



rivm

Rapport 295001010/2010
W.J.G. Lijs-Spek

Standpunt Jeugdgezondheidszorg in het speciaal onderwijs

RIVM-rapport 295001010/2010

Standpunt Jeugdgezondheidszorg in het speciaal onderwijs

W.J.G. Lijs-Spek

Contact:
Centrum Jeugdgezondheid
Wike.Lijs@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin.

© RIVM 2010

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Rapport in het kort

Jeugdgezondheidszorg in het speciaal onderwijs

Het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM heeft een standpunt ontwikkeld waarin staat beschreven welke taken de jeugdgezondheidszorg (JGZ) te bieden heeft voor leerlingen van het speciaal (basis- en voortgezet)onderwijs. Het doel van dit standpunt is om zo veel mogelijk eenheid te brengen in de inhoud en de uitvoering van de JGZ voor het speciaal onderwijs en de kwaliteit daarvan te borgen. Het is van groot belang dat elk kind dat speciaal onderwijs volgt, daar optimaal van kan profiteren en zo min mogelijk wordt gehinderd door beperkingen op fysiek, cognitief en/of psychosociaal gebied. Een standpunt geeft op basis van praktijkervaringen aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies die de besluitvorming van professionals in de zorg ondersteunen. Het RIVM voert de regie over de ontwikkeling, implementatie en borging van JGZ-standpunten.

Het standpunt is in opdracht van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin geschreven, omdat de taken voor het speciaal onderwijs ontbraken in het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Dit basistakenpakket is in 2003 ingevoerd en omvat de JGZ-activiteiten die aan alle 0 tot 19-jarigen in Nederland moeten worden aangeboden. De consequenties van veranderingen in de wetgeving en structuur van het speciaal onderwijs voor JGZ-activiteiten zijn niet uitgewerkt in het basistakenpakket. Het gevolg is dat de inzet van de JGZ in het speciaal onderwijs per regio verschilt.

Het standpunt doet een voorstel om de jeugdgezondheidszorg in het speciaal (basis- en voortgezet) onderwijs te positioneren. Dat kan bijvoorbeeld door deel te nemen aan de begeleidende en onderzoekscommissies voor het speciaal onderwijs. Daarnaast doet het voorstellen om de eenheid van de JGZ-bijdragen te vergroten, bijvoorbeeld door een infrastructuur voor kennis en een nascholingsmodule te ontwikkelen. Ook staan enkele aandachtspunten beschreven, zoals extra aandacht voor neuromotorisch en psychiatrisch onderzoek.

De JGZ is al veel jaren een belangrijke en gewaardeerde samenwerkingspartner in het speciaal onderwijs. JGZ-professionals beschikken over kennis en expertise over gezondheid, ontwikkeling en groei van kinderen tussen de 0 en 19 jaar. De professionals beoordelen welke consequenties fysieke, cognitieve of psychosociale beperkingen hebben voor het volgen van onderwijs. Zij kunnen leerlingen, ouders en scholen hierin adviseren en bijstaan.

Abstract

Youth health services in special education

The Netherlands Centre for Youth Health at RIVM has drafted an ‘opinion’ that describes what the youth health services (YHSs) must be able to offer pupils in primary and secondary special education. The purpose of making this opinion known is to promote making the content and performance of the YHSs as consistent as possible for special education and to guarantee quality. It is very important that each child needing special education can profit from it optimally. The child must be hampered as little as possible by physical, cognitive, and/or psychosocial limitations. On the basis of practical experience, opinions provide recommendations, advice, and methods for action to support the decision-making of care professionals. RIVM implements the management of the development, carrying out, and safeguarding of the YHS opinions.

This opinion has been taken up at the request of the Minister for Youth and Families because no special education tasks are described in the National Youth Health Service Package. This package was implemented in 2003. It includes the YHS activities that must be provided to all 0-19 year-olds in the Netherlands. The consequences of legal changes and the structure of special education have not been worked out for YHS activities in the package. The result is that the efforts of the YHSs in special education differ from region to region.

The opinion includes a proposal to put child and youth healthcare firmly in place in special primary and secondary education. This can be done by taking part in the guiding and fact-finding committees for special education, for example. Aside from that, the opinion makes suggestions to increase the uniformity of the YHS contributions. One suggestion is to develop the infrastructure for knowledge and a continuing education module. A few points of particular interest, such as extra attention for neuromotor and psychiatric research, are also included.

The YHS has been an important and valued collaboration partner in special education for many years. YHS professionals have the necessary knowledge and expertise in connection with health, development, and growth of children and youths aged 0 to 19 years. These professionals judge what consequences the children’s physical, cognitive, or psychosocial limitations will have in their education. They can advise and assist pupils, parents, and schools in these matters.

Inhoud

Samenvatting	7
1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Opdracht	10
1.3 Doel van het standpunt	10
1.4 Procedure	10
1.5 Opbouw	11
2 Begripsomschrijving	13
3 JGZ-contactmomenten in het speciaal onderwijs	17
4 Notitie ‘Speciale zorg voor speciale kinderen’	21
5 Conclusies en aanbevelingen	23
5.1 Conclusies	23
5.2 Aanbevelingen	24
5.2.1 Landelijk	24
5.2.2 Regionaal/lokaal vanuit de JGZ-organisatie	24
Literatuur	25
Lijst van afkortingen	27
Bijlage 1: PGO-peiling 1994/1995 Speciaal Onderwijs	29
Bijlage 2: Geraadpleegde deskundigen	31

Samenvatting

Het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM heeft een standpunt ontwikkeld waarin staat beschreven welke taken de jeugdgezondheidszorg (JGZ) te bieden heeft voor leerlingen van het speciaal (basis- en voortgezet) onderwijs. Het doel van dit standpunt is om zo veel mogelijk eenheid te brengen in de inhoud en de uitvoering van de JGZ voor het speciaal onderwijs en de kwaliteit daarvan te borgen. Het is van groot belang dat elk kind dat speciaal onderwijs volgt daar optimaal van kan profiteren en zo min mogelijk wordt gehinderd door beperkingen op fysiek, cognitief en/of psychosociaal gebied. Een standpunt geeft op basis van praktijkervaringen aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies die de besluitvorming van professionals in de zorg ondersteunen. Het RIVM voert de regie over de ontwikkeling, implementatie en borging van JGZ-standpunten.

Het standpunt is in opdracht van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin geschreven, omdat de taken voor het speciaal onderwijs ontbraken in het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Dit basistakenpakket is in 2003 ingevoerd en omvat de JGZ-activiteiten die aan alle 0 tot 19-jarigen in Nederland moeten worden aangeboden. De consequenties van veranderingen in de wetgeving en structuur van het speciaal onderwijs voor JGZ-activiteiten zijn niet uitgewerkt in het basistakenpakket. Het gevolg is dat de inzet van de JGZ in het speciaal onderwijs per regio verschilt.

In dit standpunt zijn de verschillende schoolsoorten binnen het speciaal onderwijs, de betrokken commissies, financiering en (beperkt) relevante wetgeving beschreven. Ook zijn de activiteiten van een contactmoment in het SO uitgewerkt. Aanbevolen wordt de voorgenomen wijzigingen in de onderwijswetgeving te vertalen naar het Basistakenpakket JGZ zodra ze definitief worden en de consequenties voor de JGZ duidelijk zijn, inclusief een bijpassende financiering.

Daarnaast doet het standpunt een voorstel om de jeugdgezondheidszorg in het speciaal (basis- en voortgezet) onderwijs te positioneren. Dat kan bijvoorbeeld door deel te nemen aan de begeleidende en onderzoekscommissies voor het speciaal onderwijs. Er wordt voorgesteld om de eenheid van de JGZ-bijdragen te vergroten, bijvoorbeeld door een infrastructuur voor kennis en een nascholings-module te ontwikkelen. Ook staan enkele aandachtspunten beschreven, zoals extra aandacht voor neuromotorisch en psychiatrisch onderzoek.

De JGZ is al veel jaren een belangrijke en gewaardeerde samenwerkingspartner in het speciaal onderwijs. JGZ-professionals beschikken over kennis en expertise over gezondheid, ontwikkeling en groei van kinderen tussen de 0 en 19 jaar. De professionals beoordelen welke consequenties fysieke, cognitieve of psychosociale beperkingen hebben voor het volgen van onderwijs. Zij kunnen leerlingen, ouders en scholen hierin adviseren en bijstaan.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De wetgeving betreffende het speciaal (basis- en voortgezet) onderwijs is de laatste tijd sterk gewijzigd. Zo is de leerlinggebonden financiering (LGF) geïntroduceerd en bereidt het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) momenteel de invoering van passend onderwijs voor. Deze nieuwe wet, de Wet Passend Onderwijs, zal in 2011 in werking treden. In de brief hierover aan de Tweede Kamer (ministerie van OCW, 2007) wordt niet over de jeugdgezondheidszorg (JGZ) gesproken, zodat de gevolgen voor de JGZ ook niet inzichtelijk zijn gemaakt. Op het gebied van de indicatiestelling zijn eveneens aanpassingen voorgesteld, met gevolgen voor de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) en Zorg- en Adviesteam (ZAT's). Deze wijzigingen hebben alle duidelijke consequenties voor de uitvoering van de JGZ.

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is al vele jaren een belangrijke samenwerkingspartner binnen het speciaal (basis- en voortgezet) onderwijs. De inzet is veelzijdig. Werken met leerlingen in het speciaal onderwijs vraagt van alle JGZ-professionals een bijzondere attitude, kennis en expertise.

Na afronding van de sociaal-geneeskundige en sociaal-verpleegkundige opleiding hebben jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen deskundigheid op het gebied van gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren, en specifieke kennis bij de begeleiding van leerlingen van het speciaal onderwijs. Zij kunnen onder andere de mogelijkheden (draagkracht-draaglast) binnen het gezin en de sociale context beoordelen. Daarnaast heeft de longitudinale gegevensverzameling (Digitaal Dossier JGZ) van alle in Nederland wonende kinderen en jongeren meerwaarde. Kenmerkend is ook de samenwerking met (para-)medische beroepsgroepen en andere professionals en hulpverlenende instanties, binnen en buiten de Centra voor Jeugd en Gezin.

De jeugdarts kan adviseren over de gevolgen van aanwezige sociaal-medische belemmeringen en beperkingen en over vervolgoopleidingen van de jongeren. Deelname in Zorg- en Adviesteam draagt bij aan preventie, vroegsignalering, adequate hulpverlening en continuïteit van de zorg, zoals bij de overgang van het basisonderwijs naar het speciaal (basis)onderwijs.

Naast de jeugdarts hebben ook de jeugdverpleegkundige en de doktersassistente een rol in het speciaal onderwijs. De jeugdverpleegkundige kan met name ingezet worden bij lichte opvoedproblemen, zindelijkheidsbegeleiding en hygiëne. De doktersassistente speelt een rol in de administratieve ondersteuning en, waar mogelijk, bij de uitvoering van onderzoek (visus, gehoor, biometrie).

Ondanks deze veelzijdige inzet wordt het JGZ-takenpakket voor het speciaal onderwijs weliswaar in een aantal rapporten genoemd, maar het is nooit duidelijk omschreven. Landelijk wordt het aanbod van de JGZ in het speciaal onderwijs dan ook zeer verschillend uitgevoerd.

Op 1 januari 2003 is, in het kader van herpositionering en kwaliteitsverbetering van de JGZ, het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar (BTP JGZ) vastgesteld en ingevoerd. Het BTP JGZ is verankerd in de Wet publieke gezondheid (Wpg) en bevat een uniform deel en een maatwerk deel. In het BTP JGZ is de preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jongeren van 0 tot 19 jaar beschreven. Dit omvat alle JGZ-activiteiten die aan alle 0-19-jarigen in Nederland moeten worden aangeboden. Het pakket bevordert de inhoudelijke samenhang binnen de JGZ 0-19, maakt het mogelijk de individuele jeugdige vanaf de geboorte longitudinaal te volgen (integrale JGZ) en geeft helderheid aan jeugdigen en ouders.

In de JGZ-richtlijn 'Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar' (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2003) staan inhoud en frequentie van de contactmomenten beschreven. Daarin is wel rekening gehouden met de mogelijke specifieke behoefte aan zorg voor sommige kinderen en jeugdigen. In de richtlijn staat slechts een advies over de frequentie van onderzoeken in het speciaal

onderwijs. Inhoudelijke componenten van deze contactmomenten zijn echter niet nader gespecificeerd. De deelname aan commissies en het zorgaanbod in het speciaal onderwijs worden in elke regio anders vormgegeven.

In het rapport ‘Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment’ (RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, 2008) het zogenaamde ABC-Rapport, zijn de contactmomenten in het speciaal onderwijs evenmin beschreven. Eén van de aanbevelingen uit dit rapport luidt evenwel: ‘Het ontwikkelen van een richtlijn waarin het uniforme aanbod voor bijzondere groepen beschreven wordt. Hierbij valt te denken aan leerlingen van het speciaal(basis)onderwijs en asielzoekerkinderen.’

Omdat er in het werkveld van de JGZ al langere tijd behoefte bestaat aan duidelijkheid over de zorg aan leerlingen in het speciaal onderwijs heeft Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) de commissie Speciaal Onderwijs ingesteld met als opdracht de inhoudelijke uitvoering van het BTP voor het speciaal onderwijs uit te werken en te onderbouwen. Dit heeft geresulteerd in de notitie ‘Speciale zorg voor speciale kinderen’, die in november 2008 door de AJN is uitgebracht. De notitie bevat belangrijke informatie over ondermeer de verschillende vormen van speciaal onderwijs, het onderzoek van zorgleerlingen door de jeugdarts, zowel binnen het speciaal onderwijs als in het reguliere onderwijs, relevante wetgeving en conclusies en aanbevelingen. In dit standpunt is gebruikgemaakt van deze notitie van de AJN.

1.2 Opdracht

Gezien de landelijke ontwikkelingen in het speciaal onderwijs en de wensen vanuit het werkveld van de JGZ, heeft het programmaministerie voor Jeugd en Gezin opdracht gegeven tot het uitbrengen van een standpunt over de invulling van de inhoud en de uitvoering van de contactmomenten in het speciaal onderwijs.

1.3 Doel van het standpunt

In dit standpunt doet het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid een voorstel voor de positionering van de jeugdgezondheidszorg in het speciaal onderwijs en de activiteiten die minimaal uitgevoerd behoren te worden tijdens de contactmomenten.

Het doel is om de uniformiteit en de kwaliteit van de inhoud en de uitvoering te verhogen en te borgen. Het is van groot belang dat elk kind optimaal kan profiteren van het onderwijsaanbod en daarbij zo weinig mogelijk hinder ondervindt van zijn of haar beperkingen op medisch, cognitief en/of psychosociaal gebied.

Hoewel er in 2011 wetswijzigingen voor het speciaal onderwijs te verwachten zijn, zal de inbreng van de JGZ onverminderd belangrijk zijn.

1.4 Procedure

Het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid heeft dit standpunt ontwikkeld in samenwerking met de commissie Speciaal Onderwijs van de AJN en een digitale klankbordgroep bestaande uit vertegenwoordigers van het SBO-Werkverband, de WEC-Raad en JGZ-deskundigen. Het concept standpunt is voorgelegd aan de Adviesraad van het Centrum Jeugdgezondheid.

1.5 Opbouw

In hoofdstuk 2 staan naast de jeugdgezondheidszorg en de verschillende schoolsoorten binnen het speciaal onderwijs, de betrokken commissies, financiering en (beperkt) relevante wetgeving beschreven. Hoofdstuk 3 gaat in op de activiteiten die in de contactmomenten moeten worden aangeboden (conform de omschrijving in het ABC-Rapport), aangepast aan het speciaal onderwijs. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de notitie van de AJN. Hoofdstuk 5 bevat de conclusies en aanbevelingen.

2 Begripsomschrijving

Jeugdgezondheidszorg

Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is preventieve gezondheidszorg gericht op de groei en ontwikkeling van het kind en de jongere ter voorkoming van gezondheidsbedreigingen. De JGZ volgt de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van jeugdigen en stelt de bevordering hiervan op individueel en populatieniveau centraal. Daarnaast informeert de JGZ het kind en de ouder over gezond gedrag en signaleert de JGZ (dreigende) stoornissen en zorgt voor adequate behandeling of doorverwijzing. JGZ geeft specifieke aandacht aan kinderen met beperkingen, zowel in het individu zelf als in zijn omgeving.

Speciaal onderwijs

Voor kinderen die het reguliere onderwijs niet kunnen volgen vanwege lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke aandoeningen, leer- of ontwikkelingsproblemen of vanwege psychiatrische en gedragsstoornissen, kent Nederland twee soorten speciaal onderwijs (SO): speciale scholen voor basisonderwijs (SBO) en voortgezet onderwijs (SVO), en het speciaal onderwijs, verzorgd door Regionale Expertisecentra (REC's).

Daarnaast worden kinderen met beperkingen ook binnen het reguliere onderwijs extra ondersteund.

Speciale school voor basisonderwijs (SBO)

Speciale scholen voor basisonderwijs vervangen sinds de invoering van de Wet op het Primair Onderwijs (WPO, 1998) de scholen voor moeilijk lerende kinderen (MLK), scholen voor kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden (LOM), en hun afdelingen voor in hun ontwikkeling bedreigde kleuters (IOBK-afdelingen). De SBO-scholen vallen onder het Weer Samen Naar School-beleid (WSNS). Dit houdt in dat ze samenwerken met basisscholen in een regionaal samenwerkingsverband.

Speciale school voor voortgezet onderwijs (SVO)

Tot de scholen voor speciaal voortgezet onderwijs behoren scholen met leerwegondersteunend onderwijs (LWOO) en het Praktijkonderwijs (PRO). Deze scholen zijn in de plaats gekomen van de vroegere scholen voor voortgezet speciaal onderwijs voor LOM, MLK. Dit onderwijs wordt geregeld door de Wet op het Voortgezet Onderwijs (WVO, 1963). Daar waar in de regio een orthopedagogisch didactisch centrum (OPDC) bestaat, geldt dit ook.

Speciaal onderwijs (SO) en voortgezet speciaal onderwijs (VSO), verzorgd door Regionale Expertisecentra (REC'S)

De Wet op de Expertisecentra (WEC, 2005) regelt de overige scholen voor SO. Het onderwijs wordt aangeboden op het niveau van basis- en voortgezet onderwijs (tot 20 jaar, voor scholen voor zeer moeilijk lerende kinderen (ZMLK) geldt de leeftijd van 23 jaar).

Deze scholen zijn in 4 clusters onderverdeeld:

Cluster 1

Scholen voor visueel gehandicapte (blinde of slechtziende) kinderen of meervoudig gehandicapte kinderen met een visuele handicap; de huidige scholen voor blinde en slechtziende kinderen.

Cluster 2

Scholen voor auditief en communicatief gehandicapte kinderen; de huidige scholen voor dove kinderen, scholen voor slechthorende kinderen of meervoudig gehandicapte kinderen die een van deze

handicaps hebben en scholen voor kinderen met ernstige spraak-taalmoeilijkheden (ESM-scholen)

Cluster 3

Scholen voor (meervoudig) gehandicapte kinderen, verstandelijk gehandicapte kinderen en langdurig (lichamelijk) zieke kinderen; de huidige scholen voor kinderen met een lichamelijke handicap (Mytyl), scholen voor meervoudig gehandicapte kinderen (Tytyl), scholen voor zeer moeilijk lerende kinderen (ZMLK) en scholen voor langdurig zieke kinderen met somatische problematiek (LZK).

Cluster 4

Scholen voor kinderen met ernstige psychiatrische en gedragsproblemen; de huidige scholen voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen (ZMOK), scholen voor langdurig zieke kinderen met een psychiatrische en/of gedragsproblematiek (LZK) en scholen verbonden aan pedologische instituten (PI) en jeugdpsychiatrische instellingen.

Leerlinggebonden financiering (LGF)

Leerlinggebonden financiering is extra geld voor leerlingen met een handicap, ernstige gedragsstoornis of psychisch probleem die op een reguliere school blijven en een indicatie hebben voor SO-scholen in één van de vier clusters. Ouders kunnen kiezen of ze hun kinderen naar regulier of naar speciaal onderwijs willen laten gaan. Binnen het regulier onderwijs krijgen zij zogenaamd ‘inclusief onderwijs’. Bij inclusief onderwijs wordt de specifieke hulp in de reguliere school verleend. Deze extra ondersteuning kan komen vanuit een school voor SBO, SVO of een REC. Het extra geld (rugzakje) mag uitsluitend ten goede komen aan onderwijsdoeleinden. De LGF geldt voor het basis- en voortgezet onderwijs en sinds 2008 ook voor leerlingen in het middelbaar beroepsonderwijs.

Commissie van Begeleiding (CvB)

Een Commissie van Begeleiding, is werkzaam op SO-scholen. De CvB adviseert over het handelingsplan voor een leerling. De jeugdarts participeert doorgaans in dit multidisciplinaire team, ook in het SBO. Deelname van de jeugdarts wordt echter nergens expliciet genoemd, ook niet in het BTP JGZ. Ook in het macrobudget voor de JGZ is hier geen rekening mee gehouden, mogelijk omdat ten tijde van de doorrekening de WEC en de nieuwe werkwijze nog in ontwikkeling was. Bij de REC's in verschillende regio's blijkt de financiering divers geregeld, soms afhankelijk van het cluster of de doelgroep. Scholen krijgen extra middelen voor een CvB. Hieruit wordt soms de inzet van de JGZ gefinancierd.

Commissie voor Indicatiestelling (CvI)

Een Commissie voor Indicatiestelling voert de indicaties uit voor toelating tot scholen van de clusters 2, 3 en 4 en bepaalt of een kind in aanmerking kan komen voor LGF. Voor scholen van cluster 1 zijn aparte afspraken gemaakt. Deze onafhankelijke commissie is multidisciplinair samengesteld, afhankelijk van het cluster. De participerende arts moet bekend zijn met de problematiek die binnen het cluster voorkomt. Dit kan een jeugdarts zijn maar ook een andere specialist (bijvoorbeeld audioloog of kinder- en jeugdpsychiater). De bekostiging verloopt via de Regionale Expertisecentra. Een jeugdarts zou bij voorkeur clusteroverstijgend ingezet kunnen worden om het kind in perspectief te houden, waarvoor kennis van en overzicht over het gehele aanbod van onderwijs noodzakelijk is. Overleg met een specialist is altijd mogelijk.

Regionale Verwijzingscommissie (RVC)

Een regionale verwijzingscommissie verleent een officiële beschikking voor plaatsing op het LWOO, PRO.

Commissie Leerlingenzorg (CLZ)

Een Commissie Leerlingenzorg onderzoekt leerlingen die vanuit het samenwerkingsverband WSNS worden aangemeld door de basisschool vanwege leermoeilijkheden die niet binnen de school kunnen

worden opgelost. Aan de hand van het onderzoek wordt een handelingsplan opgesteld. Er zijn diverse oplossingsmogelijkheden (ambulante begeleiding, speciale hulpklas, hulp van buiten, tot het advies SBO of SO). De jeugdarts maakt deel uit van de CLZ.

Permanente Commissie Leerlingenzorg (PCL)

Een Permanente Commissie Leerlingenzorg geeft de beschikking af voor toelating tot het SBO. De PCL is onderdeel van een samenwerkingsverband Weer Samen Naar School (WSNS). In de PCL participeert doorgaans geen jeugdarts.

Wet- en regelgeving

Naast de Wet publieke gezondheid (Wpg), voorheen de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), heeft de JGZ binnen het speciaal onderwijs te maken met wetgeving vanuit de ministeries van VWS en van OCW.

Het onderzoek door de JGZ valt onder de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, 1995). In de leeftijdsperiode tussen 12 en 16 jaar is (in de regel) toestemming nodig van de jeugdige én van de ouders. Daarna geldt het toestemmingsvereiste alleen voor de jongere. De leeftijdsgrenzen kunnen aangepast worden, bijvoorbeeld als een 16-jarige niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen (geldt vooral voor ZMLK).

De JGZ heeft in de uitvoering van de werkzaamheden te maken met privacywetgeving, beroepsgeheim, meldcode kindermishandeling, de Verwijsindex Risicjongeren (VIR) en het privacyprotocol van de school.

In de notitie 'Vernieuwing van de zorgstructuren in het funderend onderwijs' van het ministerie van OCW (september 2005) staat: 'De jeugdarts, als onderzoeker, vraagbaak en adviseur met verstand van de (sociaal-)medisch-psychiatrische achtergrond, blijft dezelfde bijdrage leveren als voorheen en zal een meerwaarde betekenen binnen de multidisciplinaire aanpak'.

De voorstellen die in deze notitie werden gedaan, hebben geleid tot een ingrijpende herziening van de organisatie van de speciale leerlingenzorg. Het complexe regelstelsel voor speciale leerlingenzorg in het primair en voortgezet onderwijs werd fors gedereguleerd. In plaats daarvan kregen scholen en hun bestuur een 'zorgplicht' om alle leerlingen een passend onderwijsarrangement aan te bieden.

De financiering van de bijdrage van de JGZ is echter niet meer in de OCW-wetgeving opgenomen.

Er kan geconcludeerd worden dat in de beleidsvoorbereidende organen de inbreng van JGZ wel erkend en benoemd wordt, maar niet in wet- en regelgeving en financiering vertaald wordt. Mogelijk heeft dit ook te maken doordat twee sectoren, volksgezondheid en onderwijs, hierbij betrokken zijn.

3 JGZ-contactmomenten in het speciaal onderwijs

Het doel van de jeugdgezondheidszorg is het volgen van de fysieke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen en jeugdigen en het signaleren van stoornissen daarin, gericht op het tijdig aanbieden van interventies. Bij leerlingen in het speciaal onderwijs komt het vaak voor dat kinderen naast hun leer- en gedragsproblemen ook somatische en/of psychiatrische problemen hebben. Voor de begeleiding van deze kinderen, hun gezin en de school is specifieke deskundigheid nodig die door de jeugdarts ingebracht wordt. Deze aandacht kan al op jonge leeftijd beginnen, ter ondersteuning van de ouders of bij de schoolkeuze.

Door de grote diversiteit van scholen voor speciaal onderwijs in de vier REC-clusters (zie hoofdstuk 2) vraagt dat van de JGZ-professional specifieke medische en psychiatrische kennis op velerlei gebied, vaak opgebouwd door jarenlange ervaring.

In het Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar (ministerie van VWS, 2003) zijn voor het speciaal onderwijs de volgende contactmomenten opgenomen:

- Preventief gezondheidsonderzoek (PGO) bij aanmelding of toelating tot het (V)SO.
- Jonger dan 8 jaar: tweejaarlijks een PGO.
- Vanaf 8 jaar: driejaarlijks een PGO.

Tussen de bovengenoemde contactmomenten is vraaggestuurd onderzoek mogelijk. Dit kan op verzoek van de ouders, de jongere, de school of andere instanties.

In het ABC-Rapport van het Centrum Jeugdgezondheid (2008) zijn de reguliere contactmomenten beschreven. De daarin genoemde activiteiten moeten ook aangeboden worden aan kinderen in het speciaal (basis- en voortgezet) onderwijs. Tijdens de contactmomenten in het speciaal onderwijs wordt extra aandacht gegeven aan de medische anamnese, het lichamelijke, neuromotorisch en psychiatrische onderzoek, aan signalering van mogelijke syndromen en sociaal-medische aspecten.

Voor leerlingen met een beschikking voor het LWOO/PRO of met een rugzakje geldt dezelfde extra aandacht. De activiteiten die in de contactmomenten worden aangeboden en de toelichting daarop zijn in de hierop volgende tabel beschreven.

Activiteiten	Toelichting
Contactmoment	Datum, leeftijd kind tijdens contactmoment (in jaren en maanden), begeleider van het kind, uitvoerder contactmoment.
Voorschoolse voorziening/School	Naam school en groep.
Terugkerende anamnese	Medische voorgeschiedenis: - Zwangerschap, bevalling - Neonatale periode - Aangeboren afwijkingen - Functieontwikkeling zuigelingen- en peuterperiode - Ziekten, ongevallen, operaties zuigelingen- en peuterperiode - Medische onderzoeken, begeleiding Vaccinatiegraad Familiaire ziekten, consanguiniteit; erfelijke belasting zoals ADHD, leerproblemen, retardatie, doofheid Gezinsamenstelling en bijzondere gezinsomstandigheden; draagkracht-draaglast van het kind en het gezin Huidige gezondheid, medicatie, contacten met specialisten en paramedici Door ouders ervaren gezondheid kind en doorgemaakte ziekten kind Voedingspatroon (globaal) Lichaamsbeweging (sport en spel) Vrijtijdsbesteding Ingrijpende gebeurtenissen Blootstelling aan tabaksrook
Algemene indruk	Indruk gezondheidstoestand en verzorging; medewerking, concentratie, tempo, zelfvertrouwen, stemming, contact Dysmorphe kenmerken (syndromen) Interactie ouder/kind, interactie kind/JGZ-professional. Gedrag, stemming. Verzorging/hygiëne. Zieke indruk, kleur huid
Functioneren Lichamelijk, psychisch. emotioneel en sociaal functioneren	Eten Slapen Zindelijkheid Spraak/taal Gedrag (gehoorzamen, spel, omgaan met andere kinderen, angsten, concentratie, contact) Motorisch functioneren (knutselen, gymnastiek, fietsen) Sport; zwemdiploma Buitenschoolse opvang Ontlasten/plassen/zindelijkheid. Psychosociaal functioneren volgens de JGZ-richtlijn 'Vroegsignalering van psychosociale problemen' Contact volwassenen, omgaan met nieuwe situaties Beleving school
Huid/haar/nagels	Hygiëne, blauwe plekken, littekens, andere huidafwijkingen, navragen hoofdfluis
Hoofd/hals	Trommelvlies, tonsillen, mondgedrag, gebit, tandartsenbezoek

Activiteiten	Toelichting
Groei Lengte naar leeftijd Gewicht naar lengte	Gewicht met een nauwkeurigheid van 100 gram Indruk onderzoeker gewicht/lengte Beoordelen en bespreken van de groeicurve
Psychosociale en Cognitieve ontwikkeling	Oriënterend psychiatrisch onderzoek Bijzonderheden psychosociale ontwikkeling volgens de JGZ-richtlijn 'Vroegsignalering van psychosociale problemen' Bijzonderheden cognitie
Motorische ontwikkeling	Neuromotorisch onderzoek; neuromusculaire aandoeningen
Spraak en taal ontwikkeling	Articulatie, zinsbouw, woordvorming, woordvinding, stemgebruik Bijzonderheden
Inschatten verhouding draaglast/draagkracht	Bijzonderheden verhouding draaglast-draagkracht, gebaseerd op het 'Balansmodel van Bakker'
Bepalen ontvangen zorg	In relatie met huidige problemen
Oogonderzoek	Volgens JGZ-richtlijn 'Opsporing visuele stoornissen'. Indien nodig met het LH-boekje Oogbewegingen; stand van de ogen; pupilreactie; op indicatie: dieptezien en kleurenzin (kleuronderscheidingsvermogen)
Gehoioronderzoek	Screeningsaudiogram. Indien nodig met de fluisterkaart
Conclusie en vervolgstap(pen)	Conclusie en evaluatie consult, beslissing over en beschrijving van eventuele vervolgstap(pen)

4 Notitie ‘Speciale zorg voor speciale kinderen’

In de notitie van de Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) ‘Speciale zorg voor speciale kinderen’ (2008) wordt uitgebreid aandacht geschonken aan de verschillende vormen van speciaal onderwijs, de indicatie- en begeleidingscommissies, wetgeving, aangepaste onderzoeksinstrumenten, specifieke expertise en de speciale zorg vanuit de jeugdgezondheidszorg. De notitie is in te zien op de website van de AJN: <http://ajn.artsennet.nl>. Onderstaand treft u een overzicht van de conclusies.

De AJN komt in de notitie ‘Speciale zorg voor speciale kinderen’ tot de volgende conclusies:

- Het basistakenpakket (BTP) beschrijft onvoldoende welke taken er door de jeugdgezondheidszorg in het speciaal onderwijs moeten worden uitgevoerd. Ten tijde van het opstellen van het BTP werd er nog geen onderscheid gemaakt tussen speciaal onderwijs (SO), speciaal basisonderwijs (SBO) en speciaal voortgezet onderwijs (SVO). Voor deze zorgleerlingen, leerlingen met een indicatie en een rugzakje, is aanpassing van het BTP nodig.
- Deelname van de jeugdarts in de Commissie van Begeleiding (CvB) is onlosmakelijk verbonden met de JGZ-werkzaamheden in het SO en is noodzakelijk om het kind op sociaal-medisch en psychosociaal gebied zo goed mogelijk te laten functioneren. Het opstellen van een handelingsplan vergt een multidisciplinaire aanpak. De financiering voor de bijdrage vanuit de JGZ is bij de berekening van de kosten van het BTP JGZ (rapport van Van Naem en Partners, 2002) niet meegenomen, omdat de werkwijze toen nog niet bestond. Vanuit het ministerie van OCW zijn er wel vergoedingen voor de CvB.
- Om meer leerlingen binnen het regulier onderwijs te houden en de daarvoor beschikbare leerlinggebonden financiering (LGF) in te zetten, betekent dat naast passend onderwijs ook passende zorg nodig is, vooral op sociaal-medisch en psychosociaal gebied.
- De specifieke expertise van de jeugdarts, waaronder clusteroverschrijdend expertise, het beoordelen van de consequenties van de beperkingen voor het volgen van onderwijs en opleiding en voor de toeleiding naar werk, kunnen breder worden ingezet.
- Zeker voor de zorgleerlingen binnen het regulier onderwijs is participatie van de jeugdarts in de Zorg- en Adviesteam (ZAT's) van groot belang. Ditzelfde gaat ook voor het S(B/V)O gelden.
- Het onderzoek van leerlingen op het SBO en met een LGF vraagt een specifieke expertise en ervaring van de jeugdarts en inzet van specifieke onderzoeksmethoden.
- Extra financiering is nodig voor het JGZ-pakket voor de zorgleerling in regulier en speciaal onderwijs. Gelijkluidende landelijke afspraken zijn hiervoor van belang. Genoemde werkzaamheden in CvB en het Extra Zorgpakket dienen te behoren tot het uniforme deel van het BTP.
- De berekeningen die zijn gemaakt voor de financiering van de uitvoering van het BTP op het SO zijn onvolledig en op onderdelen foutief.
- De inzet van de jeugdverpleegkundige, die een taak heeft op het gebied van lichte opvoedingsproblemen, zindelijkheidsbegeleiding en hygiëne, en de doktersassistente voor de administratieve ondersteuning en een deel voor de ondersteuning van de uitvoering van onderzoeken, zijn evenmin of onvoldoende meegenomen in de berekeningen.
- Door de hoge turn-over in het SO zijn er jaarlijks relatief (veel) meer instroomonderzoeken. Alle zorgleerlingen verdienen een Extra Zorgpakket.

Reactie van de minister voor Jeugd en Gezin en de staatssecretarissen van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

De minister voor Jeugd en Gezin en de staatssecretarissen van OCW hebben in 2008 per brief (JOZ/86246) een reactie gegeven op de notitie van de AJN. Zij onderschrijven het belang van extra zorg voor leerlingen van het SO.

Zij gaan ervan uit dat de activiteiten die beschreven zijn in het uniform deel van het Basistakenpakket en de beschikbaar gestelde middelen voor extra zorg ten behoeve van risicokinderen toereikend zijn. Daarnaast wijzen zij op de mogelijkheden om extra zorg te bieden vanuit het maatwerkdeel van het BTP. Deze zorg kan per gemeente verschillen en flexibel worden ingezet. Deelname van de JGZ aan Zorg- en Adviesteams behoort ook tot het maatwerk. Vanaf 1 januari 2011 moet er een landelijk dekkend netwerk van ZAT's zijn voor BaO, VO en MBO. In alle ZAT's participeert ook de JGZ. In de brief wordt verder gewezen op de ondersteuning voor leerlingen van het speciaal onderwijs vanuit andere organisaties. De gemeente heeft de regie over het maken van sluitende afspraken voor die ondersteuning.

Voor de vorming van Centra voor Jeugd en Gezin en het realiseren van opvoed- en opgroeiondersteuning stelt het kabinet een structureel bedrag beschikbaar, waaruit gemeenten ook geld kunnen putten voor extra activiteiten ten behoeve van risicokinderen.

Tot slot wordt in de brief aangegeven dat de bekostiging van de Commissies voor Indicatiestelling (CvI's), waarin een jeugdarts of een andere arts zitting heeft, verloopt via de Regionale Expertisecentra (REC's), en dat er tevens middelen zijn voor de commissies voor begeleiding op de scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs.

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

- De JGZ heeft door haar kennis en expertise op het gebied van het volgen van de gezondheid, groei en ontwikkeling van de jeugd (0-19 jaar) en van psychosociale problemen meerwaarde voor de zorg en samenwerking rondom psychosociale en medische problemen bij leerlingen in het speciaal (basis- en voortgezet) onderwijs.
- Het SO vraagt meer van de inzet van JGZ dan het regulier onderwijs. Dit geldt ook voor leerlingen, die in het kader van de leerlinggebonden financiering (LGF) binnen het reguliere onderwijs blijven. Deze leerlingen hebben relatief vaak bijkomende medische en/of psychiatrische problematiek. Kinderen met ontwikkelingsproblemen vragen om inzet van aangepast onderzoeksinstrumentarium voor het onderzoek naar zintuiglijke stoornissen (visus en/of gehoor).
- Er is tussen verschillende regio's een grote variatie in de inzet van de JGZ in SO/SBO/LWOO/PRO en voor leerlinggebonden financiering (LGF) zorgleerlingen in het regulier onderwijs. De inzet lijkt vooral gebaseerd te zijn op kosten en niet op kwaliteit.
- Het Basistakenpakket JGZ (BTP JGZ) beschrijft onvoldoende welke taken door JGZ moeten worden uitgevoerd in het SO. Sinds de vaststelling van het BTP zijn er veranderingen in de wetgeving en de structuur van het SO aangebracht. Er is onderscheid gemaakt tussen speciaal onderwijs en speciaal basis- en voortgezet onderwijs. Daarnaast is LGF ingevoerd en is passend onderwijs volop in ontwikkeling. Hoewel deze wijzigingen consequenties hebben voor het JGZ-takenpakket, hebben zij geen vertaling gekregen in het BTP JGZ.
- In de berekeningen van de bijbehorende financiering is destijds geen rekening gehouden met de participatie van de JGZ in de zorgstructuren binnen het regulier en speciaal onderwijs. De berekening door van Naem en Partners blijkt al onvoldoende voor de oorspronkelijke in het BTP JGZ beschreven werkwijze in het SO.
- Uit de brief van de minister voor Jeugd en Gezin en de staatsecretarissen van OCW kan geconcludeerd worden dat zij ervan uitgaan dat er voor de gemeenten voldoende budget is om ook te kunnen besteden aan JGZ-activiteiten ten behoeve van het speciaal onderwijs. Zij beschouwen het participeren van de JGZ in de zorgstructuren van het SO als maatwerk, dat ingezet moet worden afhankelijk van de lokale gezondheidssituatie. Hieruit kan geconcludeerd worden dat deze financiën niet specifiek voor de JGZ in het SO worden ingezet.

5.2 Aanbevelingen

5.2.1 Landelijk

- Richt een kennisinfrastructuur in voor kwaliteitsontwikkeling en borging van de specifieke kennis en expertise voor jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en doktersassistenten in het speciaal (basis- en voortgezet) onderwijs en voor LGF-leerlingen in het regulier onderwijs. Ontwikkel en onderzoek de specifieke inbreng van de verschillende JGZ-professionals. Beschrijf de werkwijze van de JGZ voor alle vormen van speciaal onderwijs in een richtlijn.
- Ontwikkel een speciale nascholingsmodule voor jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en doktersassistenten die (gaan) werken in het speciaal onderwijs. Deze module kan door opleidingsinstituten worden aangeboden.
- Onderzoek in hoeverre de werkzaamheden van het JGZ-team in het speciaal onderwijs in het uniform deel van het BTP JGZ passen, dan wel als maatwerk sterk aan gemeenten aanbevolen kunnen worden.
- Onderzoek in hoeverre leerlingen met een LGF en/of met aangepast onderwijs in het reguliere onderwijs extra zorg nodig hebben van de JGZ.
- Herbereken de benodigde kosten voor de JGZ-bijdrage in het speciaal onderwijs. Neem hierin mee: de rapportage ten behoeve van de indicatiestelling, deelname aan de Commissies van Indicatie (CvI), van Begeleiding (CvB) en van Leerlingenzorg (CLZ), extra zorgconsulten en herindicaties. NB. Extra tijdsinvestering is noodzakelijk geworden na aanscherping van de regels, waardoor de CLZ's bij alle clusteraanvragen betrokken moeten worden. Dit houdt in dat de CLZ haar inbreng moet hebben in de CvI van de REC.

5.2.2 Regionaal/lokaal vanuit de JGZ-organisatie

- Voer een actief beleid om de betrokkenheid van de JGZ bij de zorgstructuren rondom de scholen voor speciaal onderwijs te vergroten. Binnen afzienbare tijd moeten Zorg- en Adviesteams (ZAT's) ook in het speciaal onderwijs worden ingericht.
- Om de nodige zorg aan leerlingen met een LGF te kunnen garanderen, is het van belang dat de JGZ actief informeert welke leerlingen dat betreft.
- Regel de inbreng van jeugdartsen (indien mogelijk en noodzakelijk in samenwerking met medische specialisten) in alle CvI's, CvB's en CLZ's (in beginsel jeugdartsen die zijn opgeleid tot arts Maatschappij en Gezondheid, bij voorkeur met extra SO-scholing).
- Regel de financiering van de JGZ-bijdrage vanuit een combinatie van het bestaande BTP-budget voor het SBO, LWOO en PRO en van de REC-scholen.

Literatuur

Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (2008) Notitie Speciale zorg voor speciale kinderen, Lisse: Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

Directie Communicatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1996) Nieuwe wet voor het primair onderwijs. Persbericht 12-07-1996. Den Haag

Mast J., Pool, A. (2005) In ontwikkeling. Competentieprofiel voor jeugdverpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg (0-19 jaar). Utrecht: Vilans

Ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap (2007) Brief PO/ZO/07/44986 Invoering passend onderwijs. Den Haag

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2006) Voorhang besluit van 23 juni 2006 houdende wijziging van Besluit leerlinggebonden financiering met de vaststelling van criteria voor toelaatbaarheid van leerlingen tot het speciaal onderwijs. WJZ/2006/25625(2643). Den Haag

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2005) Notitie Vernieuwing van de zorgstructuren in het funderend onderwijs. Den Haag: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003) Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Platform Jeugdgezondheidszorg (2003) Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Woerden: Platform Jeugdgezondheidszorg

Programmaministerie voor Jeugd en Gezin (2008) Brief betreffende stand van zaken Zorg- en Adviesteams met daarin opgenomen de reactie op het rapport van Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland JOZ/86246. Den Haag

RIVM/Centrum Jeugdgezondheid (2008) Rapport 295001001 'Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment', Bilthoven: RIVM/Centrum Jeugdgezondheid

Geraadpleegde websites

www.minocw.nl

www.postbus51.nl

www.kennisnet.nl

Lijst van afkortingen

AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
BaO	Basisonderwijs
BTP	Basistakenpakket
CLZ	Commissie leerlingenzorg
CvB	Commissie van Begeleiding
CvI	Commissie voor Indicatiestelling
CvO	Commissie voor Onderzoek
ESM	Ernstige spraak-taalstoornissen
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LGF	Leerlinggebonden financiering
LOM	Leer- en opvoedingsmoeilijkheden
LWOO	Leerwegondersteunend onderwijs
LZ	Langdurig zieke kinderen
MBO	Middelbaar beroepsonderwijs
MLK	Moeilijk lerende kinderen
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
PCL	Permanente Commissie Leerlingenzorg
PRO	Praktijkonderwijs
REC	Regionaal Expertisecentrum
RVC	Regionale Verwijzingscommissie
SBO	Speciaal basisonderwijs
SO	Speciaal onderwijs
SVO	Speciaal voortgezet onderwijs
VO	Voortgezet onderwijs
Wcpv	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WEC	Wet op de Expertise Centra
Wpg	Wet publieke gezondheid
WPO	Wet op het Primair Onderwijs
WSNS	Weer Samen Naar School
WVO	Wet op het Voortgezet Onderwijs
ZAT	Zorg- en Adviesteam
ZMLK	Zeer moeilijk lerende kinderen
ZMOK	Zeer moeilijk opvoedbare kinderen

Bijlage 1: PGO-peiling 1994/1995 Speciaal Onderwijs

In het schooljaar 1994/5 is door TNO een PGO-peiling uitgevoerd in het SO. 19 GGD'en verleenden hun medewerking. Kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 15 jaar die uitgenodigd werden hebben meegedaan (98 %). Deze leerlingen zaten (toelatings-/herhalingsonderzoek) op IOBK, LOM en MLK (nu SBO), ZMLK (cluster 3), ZMOK (cluster 4), gehoor- en/of spraaktaalmoeilijkheden (cluster 2) en LZK (langdurige zieke kinderen) (cluster 4). De peiling omvatte de gebruikelijke onderwerpen als lengte en gewicht, ziekten en geneesmiddelengebruik en beoordeling van de gezondheid. Daarnaast bevatte het onderwerpen die eerder al in het reguliere onderwijs waren gepeild, zoals gehoor, het visusonderzoek naar aanwijzingen voor amblyopie, de zwemvaardigheid, lichamelijke beperkingen (ouder)vragenlijst) en bedplassen. Er zaten relatief weinig 4-6-jarigen in de peiling, de jongens waren oververtegenwoordigd, maar het was wel voldoende voor de weging.

De leerlingen waren kleiner dan die in het regulier onderwijs. Bij de meisjes waren de Surinaamse en Antilliaanse leerlingen het langst. De ZMOK-leerlingen waren het langst en de ZMLK-leerlingen het kleinst. Meisjes waren zwaarder dan jongens. Meisjes van lager opgeleide ouders waren zwaarder dan die van hoger opgeleide ouders (BMI). Er zijn meer kinderen die relatief te zwaar zijn dan in het reguliere onderwijs.

Bij 6 % van de 4-9-jarigen waren er aanwijzingen voor amblyopie, dat percentage wordt gedrukt doordat het onderzoek niet gedaan of niet gelukt is.

Bij 6 % van de 4-6-jarigen is gehoorverlies geconstateerd. 71 werd verwezen naar de huisarts of KNO-arts. Ook hier is het onderzoek vaker niet gedaan of niet gelukt. Het is aannemelijk dat gehoorverlies vaker voorkomt in het SO dan in het regulier onderwijs. Er werden 2,5 keer zo vaak trommelvliesbuisjes aangetroffen.

Enuresis nocturna komt bij 26 % van de 4-6-jarigen voor vaker in het MLK en ZMLK-onderwijs. Dit is over de hele linie hoger dan in het regulier onderwijs en kan samenhangen met de (lichte) ontwikkelingsachterstand. Zowel in het SO als het regulier onderwijs is ca 10 % ervoor in behandeling. Bijna de helft meldt op één of meer terreinen een lichamelijke beperking; bij 20 % gaat het om een ernstige beperking (vooral spreken, plassen/ontlasting, uithoudingsvermogen). In het regulier onderwijs is dat respectievelijk 20 % en 4 %. Lichamelijke beperkingen komen het vaakst voor bij 4-6-jarigen. Er worden vaker meerdere beperkingen tegelijkertijd aangegeven. Zij zijn meestal ook al langer aanwezig dan in het regulier onderwijs. 21 % van degenen met een beperking en 33 % van degenen met een ernstige beperking, is belemmerd in de uitvoering van de dagelijkse bezigheden (RO respectievelijk 6 % en 12 %).

Van de 10-jarigen en ouder heeft 15 % geen zwemdiploma (Turkse en Marokkaanse kinderen 48 % en Surinaamse en Antilliaanse kinderen 42 %). Dit is vaker dan in het regulier onderwijs en een reden voor extra aandacht.

24 % is in de afgelopen 12 maanden minstens één periode van een week of langer niet naar school geweest door ziekte. Dit is vergelijkbaar met het regulier onderwijs.

De afgelopen maand heeft 22 % medicijnen gebruikt (RO 17/18 %). Luchtwegklachten zijn de voornaamste reden voor ziekteverzuim en geneesmiddelengebruik.

Suikerziekte komt even vaak voor als in het regulier onderwijs.

Epilepsie komt wel vaker voor in het SO (2,4 % versus 0,2/0,3 %).

In 17 % van de gevallen werd de beoordeling niet goed gezond gegeven, 22 % van de 4-6-jarigen; dat is hoger dan in het regulier onderwijs.

Kinderen in het SO zijn ook vaker onder behandeling van huisarts, specialist of fysiotherapeut (32 % versus 15/16 %).

Na het onderzoek is 11 % naar de huisarts of een andere hulpverlener verwezen. Er is ook in bijna de helft van de gevallen reden tot extra zorg. Dit is tweemaal zo hoog als in het regulier onderwijs.

Conclusie: bij kinderen in het SO is vaker sprake van een slechtere gezondheidstoestand dan bij kinderen in het regulier onderwijs. Mede daarom is de sociaal-medische inbreng van de JGZ van belang voor een optimale multidisciplinaire begeleiding die zo vroeg mogelijk dient te worden afgestemd op de fysieke en mentale (en cognitieve) mogelijkheden van de individuele leerling.

Bijlage 2: Geraadpleegde deskundigen

W.A.J.J. Willems
W.M. Nagelsmit
O.A. Wienen-Schippers
H. Talma
J. Zandt
G. Bouma
C. van Helvoirt
J. Verschueren
AJN-commissie Speciaal Onderwijs
AJN-bestuur

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum Jeugdgezondheid

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl