

Diabetes Mellitus Type 1 in het reguliere basisonderwijs

Onderzoeksverslag 24 mei 2013

Jolein Noorland 1567292

Algemene gegevens

Student

Naam : **Jolein Noorland**
Adres : Lepelaarlaan 6
Postcode en Plaats : 1241 EG Kortenhoef
Telefoonnummer : 06-13541577
Studentnummer : 1567292
E-mail : jolein.noorland@student.hu.nl

Opdrachtgever

Naam : Anke van Bijsterveldt
Vestiging : Hogeschool Utrecht Amersfoort
Faculteit : Maatschappij en Recht
Postadres : Postbus 512, 3800 AM, Amersfoort
Postcode en Plaats : 3812 PA, Amersfoort
Telefoonnummer : 088 481 8283
Naam afstudeerbegeleider : Anke van Bijsterveldt
Functie : Docent Pedagogiek
E-mail : anke.vanbijsterveldt@hu.nl

Leerteamcoach

Naam : Alfons Ravelli
E-mail : alfons.ravelli@hu.nl

Voorwoord

Mijn naam is Jolein Noorland en ik ben 4^e jaar student aan de opleiding Ecologische Pedagogiek van de Hogeschool Utrecht. Dit verslag betreft mijn afstudeeronderzoek. Het is een onderzoek naar de ervaringen van leerkrachten en directieleden in de zorg voor kinderen met Diabetes in het basisonderwijs.



Bovenstaande afbeelding laat zien dat er veel verschillende handelingen nodig zijn om de ziekte de baas te blijven. Niet alleen thuis, maar ook op school is het belangrijk dat deze handelingen naar behoren worden uitgevoerd. De vraag wat de leerkrachten en directieleden vinden van deze verantwoordelijkheid, staat centraal in het onderzoek.

Een aantal mensen hebben mij ontzettend geholpen bij het opzetten en uitvoeren van het onderzoek. Ik wil hen graag bedanken voor hun feedback en advies. Allereerst Lydia Braakman, zelf moeder van twee dochters met diabetes. Haar ervaringen en professionele vaardigheden als trainer, coach en mediator zet zij in om ouders van kinderen met diabetes te ondersteunen. Ook heeft zij een boek geschreven voor andere ouders, met daarin haar eigen ervaringen als opvoeder van twee kinderen met diabetes. De titel van het boek, *flying high*, is een aansprekende metafoor: Lydia beschrijft wat ouders nodig hebben om 'hoog te leren vliegen' met diabetes. Dit boek heeft mij geïnspireerd in het doen van het onderzoek. Lydia beschrijft hierin hoe hard zij haar best moest doen om de zorg voor haar dochters op school goed te regelen. Dit maakte het voor mij een uitdaging om de situatie te onderzoeken vanuit een ander perspectief: namelijk die van de leerkracht en de directie. Daarnaast wil ik graag mijn praktijkbegeleider bedanken: Anke van Bijsterveldt, pedagoog en ervaringsdeskundige, omdat zij zelf en haar zoon allebei diabetes type 1 hebben. Anke stond altijd klaar om mij verder op weg te helpen. Haar goede feedback, begeleiding en kennis hebben mij enorm geholpen in het hele proces. Daarbij maakte haar enthousiasme voor het onderwerp het ook extra leuk om het onderzoek uit te voeren. Uiteraard wil ik ook mijn leerteamcoach, Alfons Ravelli, bedanken. Met zijn kennis over het doen van onderzoek heeft hij mij heel veel geleerd en de feedback die hij gaf heeft mij steeds weer verder op weg geholpen.

Samenvatting

Door middel van praktijk en literatuur onderzoek, is onderzoek gedaan naar de volgende vraag:

Hoe ervaren de leerkrachten en de directie van de reguliere basisschool de verantwoordelijkheid voor de zorg voor het kind met Diabetes Mellitus Type 1?

Vijf leerkrachten en vijf directieleden van vijf verschillende scholen zijn geïnterviewd om hen te vragen naar hun ervaringen.

Uit deze interviews is gebleken dat de onderzochte leerkrachten en directieleden de verantwoordelijkheid op dit moment als positief ervaren. De leerkrachten zeggen dat de zorg ‘goed te doen’ is en de directieleden zeggen pas betrokken te zijn als de zorg niet goed gaat. Op dit moment is dit bij geen van de scholen aan de orde geweest.

De haalbaarheid van de zorg in de klas hangt af van de zelfstandigheid van de leerling, de relatie met de ouders en de aard van de ziekte. Als één van deze punten in negatieve zin zou veranderen, zou dit de haalbaarheid in de klas aantasten. Toch zijn leerkrachten niet bang dat dit bij DM1 snel het geval zou zijn. Ook denken zij en de directieleden dat passend onderwijs niet veel gaat veranderen aan de zorg in de klas voor kinderen met DM1.

Als de leerkrachten insuline zouden moeten injecteren zou dit wel veel veranderen. Dit zien zij als een totaal andere handeling dan wat nu van hen gevraagd wordt. Ook de directieleden vinden het om deze reden niet verstandig de handeling uit te voeren. De leerkrachten zouden nog wel bereid zijn om de handeling te leren, maar sommigen geven aan dan wel bang te zijn voor eventuele gevolgen. De directeuren zijn huiverig in het toepassen van deze medische handeling en één van hen zegt dat zij daar ook een grens trekken: zij zullen deze handeling niet uitvoeren. Wel zijn zij bereid andere oplossingen te faciliteren.

Bovenstaande heeft vooral te maken met de aansprakelijkheid. Op dit moment voelen leerkrachten zich niet aansprakelijk, maar als zij zouden moeten injecteren wel. Dit geldt ook voor de directieleden. Zij weten niet of zij de verantwoordelijkheid dan wel zouden willen nemen.

De belangrijkste aanbeveling na dit onderzoek is het uitzoeken van het belang van een landelijke regeling in de uitvoering van medische handelingen bij kinderen met DM1. Daarbij kan onderzoek naar scholen die dit wel doen veel opheldering geven.

INHOUDSOPGAVE

Inleiding.....	7
1 AANLEIDING EN RELEVANTIE	8
1.1 Maatschappelijke context	8
1.2 In gesprek met sleutelfiguren	9
1.3 Relevant onderzoek & Good practices.....	9
1.3.1 Relevant onderzoek	9
1.3.2 Good practices	10
2 ONDERZOEKSONTWERP EN METHODE.....	12
2.1 Probleemstelling	12
2.2 Doelstelling.....	12
2.3 Onderzoeksvragen	13
2.3.1 Hoofdvraag.....	13
2.3.2 Deelvragen	13
2.4 Onderzoeksgroep	14
2.4.1 Selectie van de basisscholen	14
2.5 Methode.....	15
2.5.1 Dataverzamelingmethode	16
2.5.2 Dataverwerkingsmethode.....	16
2.6 Betrouwbaarheid en validiteit	18
2.6.1 Betrouwbaarheid	18
2.6.2 Validiteit	18
2.7 Ecologische insteek	19
3 THEORETISCH KADER	21
3.1 Wat is diabetes?	21
3.2 Behandeling.....	21
3.3 Zorg in het onderwijs	23
3.3.1 Praktische zorg in de klas	23
3.3.2 Emotionele steun	24

3.4 Richtlijnen in het onderwijs.....	25
3.5 Aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid.....	26
4 RESULTATEN.....	29
4.1 Resultaten per topic.....	29
4.1.1 Intro.....	29
4.1.2 Praktische zorg.....	29
4.1.3 Sociaal emotionele zorg.....	31
4.1.4 Bekwaam: kennis.....	31
4.1.5 Bekwaam: kunde.....	32
4.1.6 Bekwaam: attitude.....	32
4.1.7 Verantwoordelijkheid / aansprakelijkheid.....	33
4.1.8 Passend onderwijs.....	37
4.1.9 Wensvraag.....	37
4.2 Interpretatie van de resultaten.....	37
4.3 Verbanden met de literatuur.....	39
5 CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN.....	41
5.1 Conclusie.....	41
5.1.1 Beantwoording van de deelvragen.....	41
5.1.2 Beantwoording van de hoofdvraag.....	44
5.2 Discussie.....	45
5.3 Aanbevelingen.....	46
Referentielijst.....	48
Bijlagen.....	52
Begrippenlijst (operationalisering).....	53
Topiclijst directeur en leerkracht.....	57
Voorbeeld samenvatting interview directeur.....	58
Voorbeeld samenvatting leerkracht.....	61

Dit verslag beschrijft een praktijk onderzoek naar de ervaringen van leerkrachten en directieleden in de zorg voor kinderen met diabetes in het reguliere onderwijs. De officiële naam voor diabetes is Diabetes Mellitus (DM). In dit verslag wordt gesproken over Diabetes Mellitus type 1 (DM1). DM1 beïnvloedt het leven van kinderen en iedereen in de omgeving significant. In het onderwijs verloopt de zorg niet altijd soepel. In dit onderzoek wordt het perspectief vanuit school belicht, namelijk vanuit de leerkrachten en directieleden. De volgende onderzoeksvraag staat centraal: *Hoe ervaren de leerkrachten en de directie van de reguliere basisschool de verantwoordelijkheid voor de zorg voor het kind met Diabetes Mellitus Type 1?*

Leeswijzer:

Als eerste wordt de aanleiding en de relevantie van de dit onderzoek beschreven. Vervolgens wordt de onderzoeksmethode uitgelegd. Bij praktijkonderzoek is het belangrijk dat de onderzoeker vooraf al over domeinkennis beschikt en zich vooraf grondig heeft georiënteerd op de te onderzoeken praktijkproblematiek (Migchelbrink, 2010). Daarom wordt in het theoretisch kader alle onderzochte relevante literatuur weergegeven. Het hoofdstuk daarna gaat over de resultaten van de interviews. Ten slotte beschrijft het laatste hoofdstuk van dit verslag de beantwoording van de onderzoeksvragen, de discussie en de aanbevelingen.

1 AANLEIDING EN RELEVANTIE

In dit hoofdstuk staan de aanleiding en motivatie van het onderzoek beschreven. Daaronder vallen: de maatschappelijke relevantie, de persoonlijke motivatie en die van de opdrachtgever, belangrijke informatie verkregen via sleutelfiguren en relevant verricht onderzoek.

1.1 MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

In 2010 telt Nederland ongeveer twaalfduizend kinderen met DM1 die naar school gaan. Aangezien het aantal continu stijgt, zullen dit er nu anno 2013, veel meer zijn (Nederlandse Diabetes Federatie, 2010; Kelo, Martikainen, & Eriksson, 2011). Uit onderzoek blijkt dat zes van de tien kinderen op school niet op een juiste manier om gaat met DM1 en daardoor de glucosewaarden moeilijk onder controle kunnen houden (Nederlandse Diabetes Federatie, 2012). Het is algemeen bekend dat als het kinderen lukt de suikers goed onder controle te houden, het risico op complicaties op latere leeftijd kleiner is (Van Rooij, 2008). Wat de barrière in het onderwijs is, staat niet beschreven, maar het is duidelijk dat DM1 in het onderwijs meer aandacht verdient.

Sinds 2003 is de wet gelijke behandeling op grond van een handicap of chronische ziekte van kracht (Donner, 2003). Deze wet houdt in dat discriminatie op grond van een chronische ziekte, verboden is bij het aanbieden en afronden van onderwijs. Van scholen wordt verwacht dat zij aanpassingen treffen om de kinderen in staat te stellen onderwijs te volgen (College voor de Rechten van de Mens). Toch blijken scholen niet altijd ingericht om kinderen met DM1 te onderwijzen. Zij beschikken over onvoldoende medische kennis en hebben niet de praktische mogelijkheden die nodig zijn voor de zorg voor een kind met DM1 (Seignette, 2008).

Vanaf augustus 2014 gaat de wet op het passend onderwijs van kracht. Dit houdt in dat scholen een zorgplicht krijgen. Ouders melden hun kind aan en de school doet vervolgens een onderwijs aanbod, passend bij het kind. Is het voor hen niet haalbaar het kind aan te nemen, dan doen zij het aanbod voor het regelen van een plaats op een andere reguliere of speciale school in de regio. De speciale scholen blijven bestaan voor de kinderen die het echt nodig hebben, maar uitgangspunt is zo veel mogelijk kinderen in het reguliere onderwijs op te leiden met eventuele extra ondersteuning in de klas (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2012). Wat opvalt, is dat passend onderwijs vooral gericht is op het leerniveau van kinderen. Over zorgbehoeften voor kinderen met een chronische ziekte wordt in dit

landelijke beleid niet of nauwelijks gesproken. Het is onduidelijk wat voor kinderen met DM1 gaat veranderen als het passend onderwijs in gaat.

1.2 IN GESPREK MET SLEUTELFIGUREN

De pedagogische zorg voor ouders en kinderen met DM1 is verspreid over Nederland, en daardoor lastig te vinden. Echter zijn er wel degelijk initiatieven om ouders op pedagogisch vlak te helpen, maar vanwege de versnippering van de zorg, moeten ouders en kinderen met DM1 het vooral doen met het netwerk om hen heen. Het is belangrijk dat dit netwerk zo groot mogelijk is (Braakman, 2013). De school is de plek waar een kind, naast het gezin de meeste tijd doorbrengt en daarom is het belangrijk dat de school op de hoogte is van de ziekte van het kind. Soms is er veel bemiddeling nodig om een kind met diabetes op school te krijgen (Braakman, 2013). Lydia Braakman legt uit dat dit waarschijnlijk geen onwil van de school is, maar eerder angst uit onwetendheid. Op scholen is weinig bekend over DM1, maar nog minder over de regel- en wetgeving. De aansprakelijkheid op eventuele risico's speelt dan een grote rol (Braakman, 2013).

Een diabetesverpleegkundige legt uit dat scholen een zorgplicht hebben, maar geen medische handelingsplicht. Dit betekent dat als de leerkracht of de directie van de school geen insuline wil injecteren, zij dit niet verplicht zijn te doen. Een andere oplossing is dan het inschakelen van de thuiszorg, die vervolgens op school komt om het kind te ondersteunen.

Een intern begeleider van een school voor kinderen met een verstandelijke – en of lichamelijke beperking of chronische ziekte, kent weinig kinderen met DM1 in het speciaal onderwijs. Wel zijn er kinderen met DM1 die met de leerlinggebonden financiering (het 'rugzakje') ambulante begeleiding krijgen vanuit het rec. Dit zijn dan kinderen die ook andere problemen ervaren, zoals een taak-werkhouding-, of een motivatieprobleem. Dit zou betekenen dat de meeste kinderen met DM1 naar het reguliere onderwijs gaan.

1.3 RELEVANT ONDERZOEK & GOOD PRACTICES

In deze paragraaf zijn relevante onderzoeken beschreven en worden verschillende projecten genoemd die al een bijdrage hebben geleverd aan de situatie in het onderwijs.

1.3.1 RELEVANT ONDERZOEK

Er wordt veel medisch onderzoek verricht naar diabetes type 1. Dit onderzoek is vooral gericht op het voorkomen en genezen van DM1. Ook wordt er onderzoek gedaan naar het leven met diabetes, maar dit betreft vooral de praktische handelingen die nodig zijn voor

de behandeling van de ziekte (Diabetes Fonds, 2012). Onderzoek naar de kwaliteit van het leven met diabetes krijgt steeds meer aandacht. Zo blijkt dat dit voor kinderen met DM1 samen hangt met onder andere de veiligheid die zij op school ervaren (Hirose, Beverly, & Weinger, 2012). Het meeste onderzoek naar de kwaliteit van leven dat te vinden is komt uit het buitenland. Daar lijkt men al veel verder te zijn op dit gebied. Zo kent Zweden ook al duidelijke richtlijnen voor het begeleiden van kinderen met DM1 in het onderwijs. Daar is namelijk wettelijk vastgelegd dat de verantwoordelijkheid voor kinderen met DM1 onder schooltijd bij de school ligt (Nederlandse Diabetes Federatie, 2010).

Onderzoek naar kinderen met DM1 in het onderwijs in Nederland is moeilijk te vinden. Toch is hier in het buitenland wel onderzoek naar gedaan. Zo blijkt dat veel kinderen met DM1 negatieve ervaringen in het onderwijs hebben. Variërend van gebrek aan een privéruimte om insuline te injecteren, tot onbegrip in hun situatie (Newbold, Francis, & Smith, 2007; Amillategui, Mora, Calle, & Giralt, 2009). Een Spaans onderzoek wijst uit dat 44% van de ouders hun werktijden heeft aangepast om hun kind op school te kunnen ondersteunen en een recent onderzoek uit Engeland laat zien dat 70% van de scholen verwacht dat ouders naar school komen (Amillategui, Calle, Alvarez, Cardiel, & Barrio, 2007; Boden et al., 2012). Een ander recent onderzoek laat zien dat dit niet alleen een probleem is in Spanje of Engeland, maar een internationaal probleem (Lange, Jackson, & Deeb, 2009). Een onderzoek naar de beleving van leerkrachten toonde aan dat leerkrachten zich vooral zorgen maken over de verantwoordelijkheid en de haalbaarheid van het zorgen voor leerlingen met DM1 in een klas. De meeste angsten van leerkrachten komen voort uit gebrek aan kennis en weinig ervaringen met de ziekte (Boden et al., 2012).

1.3.2 GOOD PRACTICES

Er zijn verschillende initiatieven geweest om de zorg voor kinderen met DM1 in het onderwijs te verbeteren. Zo ondersteunt de website diabetesopschool.nl ouders en leerkrachten in het maken van afspraken (Nederlandse Diabetes Federatie, 2012). Ook zijn er stichtingen die zich bezig houden met chronisch zieke kinderen in het onderwijs. Ziezon, landelijk netwerk ziek zijn & onderwijs, zet zich in om het onderwijs voor hen te verbeteren. Zij hebben een handboek geschreven voor leerkrachten die te maken krijgen met leerlingen met DM1. Het doel is om aandacht te vragen voor de geschiedenis van de leerling en gevolgen van de ziekte (Stubbé, 2006). Ook helpt het handboek bij de zorg in de klas. In het handboek staat bijvoorbeeld uitgelegd wat per punt van zorg de taak van de leerkracht is.

Een voorbeeld:

Controleren bloedglucose - De bloedglucose van een leerling met Diabetes kan nogal schommelen. Het is belangrijk om vaak te meten ' om de leerling beter te kunnen instellen op zijn medicatie.

Wat kan ik doen? - Maak afspraken over het controleren van de bloedglucose. Wie (leerkracht' ouders of verpleegkundige) controleert en wanneer (vaste tijdstippen en/of bij veranderd gedrag)? Oudere leerlingen kunnen dit vaak zelf (Stubbé, 2006).

Het maken van afspraken lijkt de hoofdboodschap uit dit handboek. Het is echter voor te stellen dat er alsnog vragen van leerkrachten onbeantwoord blijven. Denk dan bijvoorbeeld aan vragen over wat wettelijk wel en niet is toegestaan.

2 ONDERZOEKSONTWERP EN METHODE

De aanleiding en de relevantie van het onderzoek zijn bekend. Het probleem dat hieruit voortvloeit, staat in dit hoofdstuk beschreven. Vervolgens wordt weergegeven welke methode is gebruikt om tot resultaten te komen.

2.1 PROBLEEMSTELLING

Zes van de tien kinderen met DM1 behandelen hun diabetes op school niet op de juiste wijze (Dawn Youth, 2008). Als er ruim twaalfduizend kinderen in Nederland met DM1 onderwijs volgen, betekent dit dat er meer dan 7,200 kinderen met DM1 zijn, die problemen op school ervaren. Dit terwijl het er vervelende complicaties kunnen ontstaan als gevolg van een suikerwaarde die niet onder controle is. Ook de kwaliteit van leven voor kinderen met DM1, is afhankelijk van een juiste suikerwaarde en een veilig gevoel op school.

Zoals in de aanleiding beschreven hebben veel kinderen negatieve ervaringen in het onderwijs. Uit onderzoek blijkt dat ouders veel op moeten geven om hun kind op school te ondersteunen. Leerkrachten maken zich zorgen over de verantwoordelijkheid en haalbaarheid binnen een klas en de directie is bang voor de aansprakelijkheid. Ook blijkt dat schoolpersoneel vaak te weinig kennis heeft door gebrek aan ervaringen met de ziekte.

Behalve de wet gelijke behandeling op grond van een handicap of chronische ziekte, kent Nederland geen eenduidige richtlijn voor het behandelen van kinderen met DM1 in het onderwijs, zoals Zweden dit wel heeft. Op dit moment is de situatie zo dat de scholen in overleg met ouders zelf invulling geven aan de zorg. Als de school de zorg niet ziet zitten, zijn er voor ouders weinig andere oplossingen dan het kiezen van een andere school, elke dag zelf naar school toe komen om het kind bij de handelingen te ondersteunen, of het inschakelen van de thuiszorg. Dit laatste is iets dat kinderen vaak niet leuk vinden. Kortom: geen optimale situatie.

Vanaf augustus 2014 gaat de wet op het passend onderwijs in. Wat dit echter betekent voor kinderen met DM1 in het onderwijs, is niet duidelijk.

2.2 DOELSTELLING

Zoals uit de probleemstelling blijkt is er nog veel onduidelijk wat betreft de richtlijnen voor de zorg voor kinderen met DM1 in het onderwijs. Scholen bepalen op dit moment zelf hoe zij de zorg vormgeven, maar worden niet gesteund door landelijk beleid. Met het oog op het passend onderwijs is het belangrijk dat dit beleid in de toekomst wel gevormd wordt. Dit

onderzoek zou input kunnen zijn voor een dergelijk beleidsstuk. Het onderzoeken van de situatie op dit moment is een belangrijke eerste stap. Het hoofddoel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de ervaringen van de reguliere basisscholen wat betreft de zorg voor kinderen met DM1. Als het resultaat van het onderzoek een goed beeld van de situatie geeft, maakt dit het mogelijk om in de toekomst goed gefundeerd beleid te schrijven voor alle betrokkenen in het onderwijs.

Omdat de zorg voor ouders en kinderen met DM1 op dit moment versnipperd is, is het belangrijk om te kijken naar zorg in het onderwijs. Ieder kind met DM1 gaat naar school, daarom is op deze plek veel te halen. Het doel van de opdrachtgever is de situatie op scholen onder de aandacht brengen en uitzoeken wat nodig is om de situatie te verbeteren.

Het maatschappelijke doel sluit aan bij het passend onderwijs. Een heldere situatie is belangrijk voordat de wet in gaat. Als scholen zich bewust zijn van de situatie, is er nog tijd voor aanpassingen. Een voorbeeld van een aanpassing is het ontwikkelen van een protocol, waarin de zorg die nodig is en de afspraken staan beschreven.

2.3 ONDERZOEKSVRAGEN

Vanuit de probleem- en doelstelling ontstaan de volgende hoofd- en deelvragen.

2.3.1 HOOFDVRAAG

Hoe ervaren de leerkrachten en de directie van de reguliere basisschool de verantwoordelijkheid voor de zorg voor het kind met Diabetes Mellitus Type 1?

2.3.2 DEELVRAGEN

Welke praktische zorg heeft het kind in de klas nodig?

Welke emotionele zorg heeft het kind in de klas nodig?

Voelen leerkrachten zich bekwaam voor de zorg voor leerlingen met DM1?

Voelen directieleden zich als school bekwaam voor de zorg voor leerlingen met DM1?

Voelen leerkrachten zich verantwoordelijk voor de zorg voor leerlingen met DM1?

Wat vinden leerkrachten van deze verantwoordelijkheid?

Voelen directieleden zich verantwoordelijk voor de zorg voor leerlingen met DM1?

Wat vinden directieleden van deze verantwoordelijkheid?

Voelen leerkrachten zich aansprakelijk voor de gevolgen, als er iets misgaat bij een medische handeling?

Wat vinden leerkrachten van deze aansprakelijkheid?

Voelen directieleden zich aansprakelijk voor de gevolgen, als er iets misgaat bij een medische handeling?

Wat vinden directieleden van deze aansprakelijkheid?

2.4 ONDERZOEKSGROEP

Dit onderzoek gaat over kinderen met DM1 die naar de lagere school gaan, in de leeftijdscategorie van 4 tot 12 jaar. De respondenten zijn de leerkrachten en de directie van de school. Zo wordt de situatie vanuit het perspectief van de school belicht. De reden dat deze groepen uit elkaar gehaald worden is, omdat zij beiden op een andere manier met het kind in aanraking komen. De leerkracht ziet het kind van dichtbij en heeft daarom een andere rol in de zorg dan de directie heeft. Hierdoor zullen zij een andere kijk hebben op de situatie en andere ervaringen dan de directie.

Als men kijkt naar de beroepscompetenties zoals Stichting Beroepskwaliteit Leraren deze heeft opgesteld, ziet men dat deze vrij breed zijn en de zorg voor een kind met DM1 is heel specifiek (Marnix Academie, 2013). Aangezien leerkrachten niet concreet les krijgen in de zorg voor kinderen met DM1 is het te begrijpen dat de mate waarin zij zich bekwaam voelen in de zorg voor het kind, van persoon tot persoon kan verschillen.

Ook voor de directeur in het onderwijs bestaan beroepscompetenties (Nederlandse Schoolleiders Academie, 2013). Taken die bij deze competenties zijn voor te stellen zijn bijvoorbeeld het implementeren van de missie en visie of beleid, het toezicht houden op de faciliteiten van de school, het begeleiden van het personeel en het vertegenwoordigen van de school. Hieruit lijkt op te maken dat de directie in het onderwijs de eindverantwoordelijkheid voor de zorg voor leerlingen draagt. Zij moeten namelijk ervoor zorgen dat de leerkrachten in staat zijn om de zorg voor de leerlingen te kunnen dragen en zijn daarom een belangrijke spil achter de zorg voor leerlingen met DM1 in de klas.

2.4.1 SELECTIE VAN DE BASISCHOLEN

Omdat er geen steekproefkader beschikbaar is – er is geen bestand van basisscholen die kinderen met DM1 onderwijzen – is het niet mogelijk de onderzoeksgroep aselect samen te stellen. Daarom is er geen andere optie dan de scholen telefonisch te benaderen met de vraag of zij een kind met DM1 onderwijzen. Als dit zo is komen zij in aanmerking voor het

onderzoek. Een enkele school heeft dit echter afgewezen omdat het interview hen teveel tijd kost. Deze manier van onderzoeken wordt ook wel een toevallige steekproef genoemd en is daarom niet aselekt (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). Ook is gebruik gemaakt van de gestratificeerde methode door deelpopulaties te onderscheiden. Om toch een zo goed mogelijke afspiegeling van de werkelijke populatie te kunnen creëren, is namelijk van te voren een aantal selectiecriteria vastgesteld waarop scholen kunnen verschillen en die wellicht invloed hebben op de denkvisie van de school. Die groepen zijn:

- de grootte van de plaats van de school, geselecteerd op het aantal inwoners van de plaats (dorp of stad);
- de grootte van de school (het aantal leerlingen);
- de regio van de school, geselecteerd op het vakantierooster dat de school aanhoudt (Noord-, Midden-, of Zuid-Nederland);
- de godsdienst van de school (Katholiek, Christelijk of Openbaar).

Pas toen alle groepen vertegenwoordigd waren is gestopt met het benaderen van respondenten. Hierdoor is de volgende indeling tot stand gekomen:

	Plaats	Grootte school	Regio	Godsdienst
Basisschool 1	Dorp	300 ll.	Midden	Katholiek
Basisschool 2	Dorp	200 ll.	Noord	Christelijk
Basisschool 3	Stad	500 ll.	Midden	Katholiek
Basisschool 4	Stad	500 ll.	Midden	Protestants - christelijk
Basisschool 5	Dorp	200 ll.	Zuid	Openbaar

2.5 METHODE

Dit onderzoek betreft een praktijkgericht onderzoek, omdat het een probleem betreft vanuit de beroepspraktijk: er is behoefte aan informatie over hoe de situatie in elkaar zit. Dit wordt ook wel inventariserend onderzoek genoemd (Migchelbrink, 2010). Daarbij is het onderzoek kwalitatief van aard; het is niet gericht op het verzamelen van cijfermatige gegevens, maar juist op het ‘begrijpen of ‘doorgronden van individuele mensen, groepen of situaties (Verhoeven, 2013). De beantwoording van de onderzoeksvraag streeft naar het beschrijven van informatie over hoe personen een situatie beleven, naar hun achterliggende

argumenten, ervaringen en motieven, en wordt daarom ook wel een beschrijvende onderzoeksvraag genoemd (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005).

Omdat voor dit onderzoek een periode van drie maanden gepland staat, is voor de keuze van de methode gekeken naar wat de meeste informatie oplevert, maar ook naar wat haalbaar is. Tegelijk is de bruikbaarheid, zoals Migchelbrink (2010) dit beschrijft, de primaire en belangrijkste kwaliteitseis die aan praktijkgericht onderzoek wordt gesteld. In deze paragraaf, en de volgende paragrafen over betrouwbaarheid en validiteit, wordt uitgelegd welke concessies gedaan zijn voor de haalbaarheid en op welke manier de bruikbaarheid toch wordt gewaarborgd.

2.5.1 DATAVERZAMELINGSMETHODE

Een interview is een geschikte onderzoeksmethode bij kwalitatief onderzoek. Het houden van een interview geeft de mogelijkheid te vragen naar ervaringen en behoeften van de respondenten. Er kan een verdiepend gesprek ontstaan en dit is geschikt wanneer nog weinig bekend is over een onderwerp (Verhoeven, 2013).

Om het interview voor een gedeelte te structureren zal gebruik gemaakt worden van een topiclijst. Dit is een lijst met onderwerpen die gebruikt wordt om structuur te geven aan het interview. Dit wordt ook wel ‘half gestructureerde’ interview genoemd (Verhoeven, 2007). Er worden van tevoren geen vaste vragen opgesteld en dit geeft de respondent de ruimte voor eigen inbreng. Het is dan aan de interviewer de taak goed te luisteren en de interviewtechnieken in te zetten om de juiste informatie naar boven te krijgen. De onderwerpen in de topiclijst zijn afgeleid vanuit de deelvragen en de onderzochte literatuur.

2.5.2 DATAVERWERKINGSMETHODE

De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder. Het gebruik van een voicerecorder heeft een aantal voordelen: tijdens het interview kan de aandacht volledig gericht blijven op het gesprek met de respondent en een letterlijke weergave van het interview kan worden teruggeluisterd.

Er is voor gekozen om de opname van het interview op een snelle manier uit te schrijven. Dit betekent dat het niet erg is als hier en daar een woord wordt overgeslagen. De muur van tekst wordt vervolgens gesorteerd onder de topics en daarna wordt het samengevat. Hierbij is getracht de formulering van de zinnen zoals de respondent deze heeft uitgesproken, zoveel mogelijk te behouden. Dat het in sommige gevallen niet meer letterlijk is wat de

respondent gezegd heeft, is een concessie die bewust is gedaan. Het analyseren van een samenvatting kost namelijk minder tijd dan het analyseren van lappen met tekst. De verwachting is dat het voor de respondenten prettig is de samenvattingen van de interviews na te lezen en op deze manier betrokken te zijn bij het onderzoek. Zij hebben de controle om nog dingen toe te voegen of te veranderen.

Na controle van de respondent worden de samenvattingen als volgt geanalyseerd: onder iedere topic bevindt zich een bepaalde hoeveelheid aan samengevatte tekst die nog verder opgedeeld kan worden in tekstfragmenten. De onderzoeker voorziet expliciet en weloverwogen de geselecteerde tekstfragmenten van een indicatie (naam, omschrijving of andere code). Dit wordt het *labelen* genoemd (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). Vervolgens is het resultaat een grote hoeveelheid aan gelabelde tekstfragmenten die de inhoud van de interviews presenteren. Het doel van de kwalitatieve analyse is een structuur of een patroon aanbrengen in deze gegevens om te komen tot een zinvolle en herkenbare ordening (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). Hier zijn speciale computerprogramma's voor, maar omdat die niet tot de beschikking zijn wordt gewerkt met het programma Excel. De tekstfragmenten worden in kolommen onder elkaar gezet met in andere kolommen de naam van de topic, de label, de respondent, het nummer van de school en het tekstfragment zelf. Dit ziet er als volgt uit:

Topic	Code	Respondent	School nr.	Tekstfragment
Intro	Groep leerling	Directeur	1	Het kind met diabetes zit in groep 7.
Intro	Werk directeur	Directeur	1	De directeur werkt twee jaar op deze school en

Het programma Excel heeft een optie om per kolom te filteren. Zo kan opgevraagd worden wat bijvoorbeeld de leerkracht van school nummer twee en drie zeggen over de medische handeling die valt onder de praktische zorg. Alleen die bijbehorende tekstfragmenten komen dan naar boven. Op deze manier komen verschillende tekstfragmenten onder elkaar en dat is interessant voor de interpretatie van de gegevens. Het is aan de onderzoeker om de juiste selecties te maken. Belangrijk is dat bij het maken van de selecties en verdere interpretaties de hoofdvraag en de doelstelling in gedachte worden gehouden (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005).

De verbanden die op deze manier worden gevonden, worden weer in verband gebracht met de probleemstelling (Verhoeven, 2007). Op deze manier wordt naar een antwoord op de hoofdvraag gezocht, om aanbevelingen te doen voor vervolgonderzoek of eventueel beleid.

2.6 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

Om de relevantie van het onderzoek te kunnen beoordelen is het goed om te kijken naar de betrouwbaarheid en de validiteit van de resultaten.

2.6.1 BETROUWBAARHEID

Helaas is er geen steekproefkader beschikbaar. Het is daarom niet mogelijk om een aselechte steekproef te trekken. De enige mogelijkheid is om de verschillende onderzoeksgroepen op te zoeken op plaatsen waar zij snel te vinden zijn. Zo zijn scholen afgebeld totdat er genoeg respondenten waren om te interviewen. Dit heet een gemaksteekproef of ‘toevallige’ steekproef (Verhoeven, 2007). Helaas tast dit de betrouwbaarheid van het onderzoek aan en is het generaliseren van de resultaten om deze reden niet mogelijk. Uiteindelijk kunnen alleen gelokaliseerde uitspraken gedaan worden; enkel over de onderzochte respondenten. Dit is bij kwalitatief onderzoek niet ernstig, omdat gezocht wordt naar meningen, gevoelens en houdingen van de onderzoeksgroepen en die zijn altijd waardevol.

Om de populatie toch zo breed mogelijk te trekken is gekeken naar verschillende eigenschappen van de scholen. Er zijn scholen uitgekozen uit verschillende regio's, scholen uit kleine dorpen en grote steden, scholen van verschillende grootte en scholen met verschillende godsdienstige achtergronden. Het zou kunnen dat deze verschillende eigenschappen invloed hebben op de denkwijze van de school en daardoor op het onderzoek. Op deze wijze is een zo variërend mogelijke steekproef gecreëerd, die zo veel mogelijk gelijk is aan de werkelijke populatie.

2.6.2 VALIDITEIT

Om de validiteit van de topiclijst te vergroten is een proefinterview afgenomen alvorens officieel met de interviews gestart is (Verhoeven, 2007). Na dit proefinterview is ontdekt dat verschillende topics overlappen en dat daarom op bepaalde punten goed moet worden doorgevraagd. Als men het heeft over *aansprakelijkheid*, bedoelt men ook wel eens *verantwoordelijkheid* of andersom. De onderzoeker heeft daarom extra verdiepende vragen gesteld over deze topics. Na het interview zijn er twee extra topics toegevoegd. Namelijk *passend onderwijs* en *wensvraag*. Passend onderwijs is een grote ontwikkeling in het onderwijs op dit moment de wensvraag is toegevoegd om nog te vragen naar de beleving van de respondenten.

Om de validiteit in dit onderzoek te waarborgen is er voor gekozen een samenvatting van de interviews terug te sturen naar de respondenten met de vraag het te controleren. Daarbij wordt hen gemeld dat het belangrijk is dat wat in de samenvatting staat door hen is gezegd en niet per ongeluk de interpretatie van de onderzoeker. Dit is een inhoudscontrole die de geldigheid van de onderzoeksresultaten vergroot (Migchelbrink, 2010). Bij eventuele aanpassingen konden zij dit aangeven in het bestand en deze terugsturen naar de onderzoeker. De enige aanpassingen die terug zijn gekomen zijn veranderingen in de nuances. Dit waren slechts enkele zinnen. Hieruit kan worden opgemaakt dat de samenvattingen van de interviews valide zijn opgesteld.

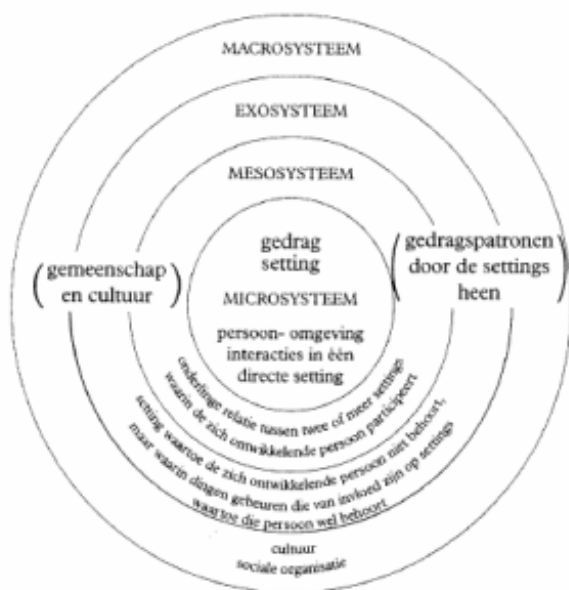
Een ander punt dat belangrijk is voor de validiteit heeft betrekking op de meetinstrumenten van het onderzoek (Verhoeven, 2007). In dit onderzoek is het belangrijk dat respondenten via de interviews ook daadwerkelijk antwoord geven op de hoofdvraag en niet iets wordt gemeten. Om de begripsvaliditeit te waarborgen, is extra aandacht besteedt aan de operationalisering van de begrippen en op basis daarvan is de topiclijst voor het interview opgesteld. De lijst met deze begrippen en de topiclijst zijn bijgevoegd in de bijlagen.

Een ander mogelijk risico voor de validiteit binnen dit onderzoek is dat respondenten tijdens het interview een sociaal wenselijk antwoord geven. Hierdoor kunnen de resultaten niet volledig juist zijn. Om dit zo veel mogelijk te voorkomen stelt de onderzoeker zich tijdens het interview objectief op en vraagt zo veel mogelijk door op de antwoorden van respondenten. Voor de interviews geldt dat de anonimiteit voor de respondenten gewaarborgd blijft. Hierdoor is het risico op sociaal wenselijke antwoorden kleiner.

2.7 ECOLOGISCHE INSTEEK

In de ecologische pedagogiek staat de mens (het kind) niet los, maar wordt de wereld beschouwd als een netwerk van verschijnselen, die onderling afhankelijk en fundamenteel met elkaar verbonden zijn. Het is daarom belangrijk zo veel mogelijk open te staan voor de verschillende perspectieven van de betrokkenen in het netwerk (van der Poel, 2010). Kinderen bevinden zich een groot gedeelte van hun tijd op school dus is het voor hen belangrijk dat deze omgeving goed georganiseerd is. Zeker in het geval van een ziekte. Dit zegt niets over de ecologische insteek van het onderzoek, maar laat wel het ecologische belang van het onderzoek zien. Dit kan beter geïllustreerd worden aan de hand van het model van Bronfenbrenner (van der Ploeg, 2005). Ieder kind bevindt zich in verschillende *microsystemen*, waarvan het gezin de belangrijkste is en vervolgens het onderwijs, omdat het kind hier - naast het gezin - de meeste tijd in doorbrengt. Het *mesosysteem* beschrijft de

De ecologische omgeving (Bronfenbrenner, 1977)



onderlinge relaties tussen twee of meer settings waarin het kind participeert. In dit onderzoek is dat de relatie tussen school en het gezin. Ook het *exosysteem* is van belang in dit onderzoek. Dit is de setting waar het kind niet direct deel van uitmaakt, maar waarin dingen gebeuren die van invloed zijn op settings waar het kind wel direct deel van uitmaakt. Denk dan bijvoorbeeld aan het Ministerie van Onderwijs die de wet op Passend Onderwijs aanneemt. Hierdoor gaat er in het onderwijs veel veranderen

en het onderwijs is een microsysteem dat veel invloed op het kind heeft.

In dit onderzoek uit de ecologische insteek zich vooral in het betrekken van verschillende perspectieven en het aandacht hebben voor de verhalen van deze mensen. Er wordt gevraagd naar meningen, gevoelens en belevingen van leerkrachten en directie van scholen. Zij hebben een verschillende rol binnen de school en hierdoor zullen zij de situatie omtrent de zorg voor het kind met DM1 anders ervaren. Door de resultaten van het onderzoek van beide respondenten aan elkaar te koppelen, wordt het duidelijk hoe deze perspectieven wel en niet op elkaar aansluiten. Als ook ouders en leerlingen zelf betrokken zouden zijn bij het onderzoek, zou de ecologische insteek groter zijn. Helaas is dit in verband met het tijdsbestek niet haalbaar.

Hiernaast zit de ecologische insteek ook het hebben van een positieve focus. Dit zal vooral in de interviews merkbaar zijn. Hier zal namelijk de focus liggen op de vraag: 'wat werkt wel?' In plaats van de vraag: 'wat werkt niet?'

3 THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk staat de belangrijkste theorie relevant voor het onderzoek omschreven. De belangrijkste begrippen zullen aan bod komen, maar er wordt niet uitgebreid ingegaan op de medische aspecten van deze begrippen.

3.1 WAT IS DIABETES?

Diabetes Mellitus (DM) is een chronische stofwisselingsziekte en bestaat uit verschillende types, waarvan DM type 1 en DM type 2 de twee meest voorkomende types zijn. DM2 komt vooral voor bij ouderen en mensen met overgewicht en zal daarom niet verder in dit verslag genoemd worden. DM1 komt vaker voor bij kinderen en zal daarom wat uitgebreider worden beschreven. Dat DM1 een chronische ziekte is, betekent dat zelfs met de beste behandeling, de ziekte niet te genezen is en ook niet vanzelf oplost (Hallahan, Kauffman, & Pullen 2012). Bij DM1 kan lichaam zelf de bloedsuiker niet meer regelen. Bij gezonde mensen wordt dit geregeld door het hormoon insuline. Bij DM1 maakt het lichaam zelf geen insuline aan (Diabetesvereniging Nederland). Patiënten met DM1 injecteren zichzelf daarom met insuline voor of na het eten, om hun bloedsuikerspiegel om pijl te houden (Diabetes Fonds).

Diabetes is te herkennen aan de volgende symptomen: vaak dorst, veel plassen, vaak moe, last van de ogen, slecht genezende wondjes, te weinig adem krijgen of pijn in de benen bij het lopen en infecties die vaak terugkomen, zoals een blaasontsteking (Diabetes Fonds, 2012). Bij een langdurig hoge bloedsuiker, of veel schommelingen kunnen er vervelende complicaties optreden. De complicaties zijn veelal voor beide types hetzelfde en bijna de helft van de patiënten met DM1 krijgen te maken met complicaties. Voorbeelden van complicaties zijn: risico op hart- en vaatziekten, maag- en darmklachten, achteruitgang van de nieren, achteruitgang van de ogen, enzovoort (Van Rooij, 2008).

3.2 BEHANDELING

Vanaf het moment dat het kind gediagnosticeerd is met DM1 wordt het intensief begeleidt. Als de behandeling eenmaal op de rit is, vindt eens in de drie maanden een controle plaats. Een gesprek met een psycholoog of een maatschappelijk werker is standaard procedure op het moment dat het kind gediagnosticeerd is. Of er extra gesprekken komen hangt af van de situatie en de behoefte van de ouders of het kind. Ook krijgt ieder kind educatie over DM1, passend bij zijn leeftijd. Zo leert een kind in de schoolleeftijd de volgende stappen:

- stapsgewijs aanleren om zelf de suikerwaarde te meten en insuline te spuiten,
- leren zelf symptomen van een hyper en hypo te herkennen,
- aanpassingen die nodig zijn op school, sport, beweging, verjaardagen aanleren, etc.

Hierbij worden ook de ouders begeleid in het proces van het overdragen van de verantwoordelijkheden naar het kind (Nederlandse Diabetes Federatie, 2003).

Funnell en Anderson (2004) beschrijven in hun artikel een verschuiving van de zorg voor DM1 patiënten. In het verleden was de behandeling van DM1 gericht op het acute medische probleem; de ziekte zelf. De arts was verantwoordelijk voor de diagnose, behandeling en de uitkomst daarvan en de patiënt moest gehoorzamen. De arts was deskundige en men ging er van uit dat de voordelen van de behandeling die de arts voorschreef opwogen tegen de impact op de kwaliteit van het leven van de patiënt. Funnell en Anderson (2004) beschrijven een model dat tegenwoordig steeds vaker gehanteerd wordt; *The Chronic Care Model*. Dit is een model dat wetenschappelijk is getest als effectieve benadering van elke chronische ziekte. De benadering is gebaseerd op een actieve samenwerking tussen patiënt en het behandelteam, waarbij de patiënt de controle heeft en verantwoordelijk is voor de behandeling. De filosofie hierachter is dat de artsen deskundig zijn op het gebied van de medische zorg, maar patiënten deskundig zijn over hun eigen leven. Allebei zijn noodzakelijk voor een geslaagde behandeling (Funnell & Anderson, 2004).

Voor kinderen is het nog lastig de controle en verantwoordelijkheid over hun behandeling te houden, omdat zij niet altijd de gevolgen kunnen overzien. Wel geldt de benadering die hierboven beschreven staat voor de betrokkenheid van ouders. (Boman, Borup, Povlsen, & Dahlborg-Lyckhage, 2012). De manier waarop ouders gepositioneerd worden bij de behandeling is van grote invloed; soms geven ouders aan dat gezondheidsprofessionals nog steeds focussen op het overbrengen van feiten en de dagelijkse uitdagingen niet begrijpen (Boman et al., 2012). Ouders worden dan gepositioneerd als afhankelijk van hulp en steun. De beste uitkomst, heeft het positioneren van ouders als partners in de behandeling. Ouders worden dan gezien als een bron van informatie voor het zorgteam over het welzijn van hun kind (Boman et al., 2012). De zorg betreffende het kind met DM1 wordt dan een samenwerking tussen gelijken, en dit sluit aan bij *The Chronic Care Model* dat Funnell en Anderson (2004) beschrijven.

3.3 ZORG IN HET ONDERWIJS

De zorg die kinderen met DM1 op school nodig hebben bestaat uit praktische zorg en emotionele steun.

3.3.1 PRAKTISCHE ZORG IN DE KLAS

Op het moment dat er een kind op school komt met DM1, neemt het medisch behandelteam contact op met de school. Soms gaan zij ook bij de school langs om informatie te geven.

In het onderwijs is de volgende medische zorg voor kinderen met DM1 in de klas vooral aan de orde (Amillategui et al., 2007):

- het controleren van de suikerwaarde, wat kan met een vingerprikje.
- het monitoren van de insuline; zoals in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk beschreven staat, betekent dit voor veel kinderen dat zij geïnjecteerd moeten worden met insuline. Sommige kinderen beschikken over een insulinepomp. In dit geval hoeven alleen de koolhydraten van de maaltijd van het kind worden ingevoerd op de pomp om een extra shot insuline toe te dienen. Deze rekent dan precies uit hoeveel insuline het lichaam nodig heeft om de suikerwaarde op pijl te houden (Hirose et al., 2012).
- het herkennen van- en handelen bij een hypo of hyper; het kind heeft dan een extreem hoge of lage bloedsuikerspiegel. Er moet snel gehandeld worden om de suikerwaarde weer op normaal niveau te krijgen en dus is het essentieel dat de leerkracht weet wat hij of zij moet doen.

Ook is het belangrijk dat afspraken worden gemaakt over onderstaande punten, omdat deze van invloed kunnen zijn op de suikerwaarde van het kind (Nederlandse Diabetes Federatie):

- eten op school (traktaties, lunchtijden, etc.)
- sporten op school
- uitstapjes met de klas
- toiletgebruik
- het op de hoogte brengen van ander schoolpersoneel en kinderen uit de klas

Daarnaast is het belangrijk dat de leerkracht beschikt over de informatie van meerdere contactpersonen in geval van nood.

Om kinderen met DM1 zo voorbereid mogelijk naar school te laten gaan is de website diabetesopschool.nl opgericht. De website is bestemd voor ouders, leerkrachten en begeleiders. Er staat bijvoorbeeld een checklist op de website die gebruikt kan worden als ouders in gesprek gaan met de school, zodat er geen belangrijke punten vergeten worden te bespreken. De website is opgericht door de Nederlandse Diabetes Federatie (NFD), met de overtuiging dat beide partijen (ouders en school) ondersteuning en begrip verdienen, om het kind op een verantwoorde manier aan het onderwijs te laten deelnemen (Nederlandse Diabetes Federatie, 2012).

De zorg die in de praktijk neerkomt op de leerkracht varieert sterk per kind en is afhankelijk van de leeftijd. Naarmate het kind ouder wordt zal het beter kunnen omgaan met de ziekte, maar dit is per kind verschillend. Kelo en collega's (2011) omschrijven 'zelfzorg' (self-care), oftewel zelfstandige verzorging, als de gezondheid-gerelateerde activiteiten die in het dagelijks leven met DM1 nodig zijn. Of een kind in staat is deze activiteiten uit te voeren hangt af van de kennis die het kind bezit, de fysieke vaardigheden en het vermogen om de emotionele aspecten die hierbij horen te verwerken (Kelo et al., 2011). Ieder kind kan zich op deze punten anders ontwikkelen. Dit betekent dat het kan zijn dat een kind van acht nog hulp nodig heeft bij het injecteren van insuline, terwijl een ander kind dit vanaf zijn vijfde jaar zelf doet.

3.3.2 EMOTIONELE STEUN

Gedurende de basisschool periode wordt de basis gelegd van de zelfzorg van DM1. Kinderen leren logisch denken en beginnen de oorzaken en de effecten van hun ziekte te begrijpen. Ze beginnen zich te realiseren dat hun ziekte constante zorg vereist (Kelo et al., 2011). Dit betekent ook dat zij emotioneel in een volgende fase terecht komen. De emotionele ontwikkeling van een kind met een chronische ziekte verloopt anders dan die van andere kinderen (Bekerom & Hulsmans, 2012). Zij krijgen al vroeg te maken met emoties zoals, pijn, verdriet en angst die andere kinderen bespaard blijven. De sociale steun van de school is dan van groot belang. (Bekerom & Hulsmans, 2012).

Zoals hierboven te lezen is kan de zorg voor leerlingen met DM1 dus uit meer bestaan dan alleen de praktische zorg. Lydia Braakman (2013) beschrijft in haar boek de ontwikkelingsstaken die horen bij een kind met DM1 en bij welke leeftijd. In de kleuterleeftijd is het essentieel dat het kind zich veilig voelt bij de leerkracht. Deze veiligheid is nodig om de autonomie die verworven is in de peuterleeftijd uit te kunnen breiden. De kleuter zal merken dat hij of zij steeds meer zelf kan in de diabeteszorg (Braakman, 2013). In de leeftijd van

zeven tot negen jaar vindt een grotere ontwikkeling naar zelfstandigheid plaats. Nieuwe cognitieve vaardigheden zoals plannen, anticiperen, meten, koolhydraten tellen of spuiten, maken het mogelijk het kind steeds meer los te laten. Het kind leert abstract te denken en kan complexe dingen met elkaar in verband brengen en daarom kunnen er belangrijke vragen over de ziekte bij het kind naar boven komen. Vragen als ‘waarom heb ik diabetes?’ kunnen ook op school aan de orde komen (Braakman, 2013). In de pre-pubertijd neemt de kennis over het lichaam en de gezondheid toe. Dit in combinatie met een beter begrip van oorzaak en gevolg, maakt dat het kind met DM1 zich zorgen kan gaan maken over bijvoorbeeld complicaties. Door de hormonale ontwikkelingen worden de suikerwaarden moeilijk controleerbaar. Voor sommige kinderen kan dit opgevat worden als falen, omdat op deze leeftijd goed presteren belangrijk is. Ook angst voor prikken en hypo’s komen op deze leeftijd veel voor (Braakman, 2013).

3.4 RICHTLIJNEN IN HET ONDERWIJS

Zoals al in de aanleiding beschreven staat, gaat er veel veranderen in het onderwijs. Vanaf augustus 2014 gaat het passend onderwijs in. Keesenberg (2008) legt uit dat het passend onderwijs niet verward moet worden met het inclusief onderwijs zoals dat in andere landen bekend is. Het speciale onderwijs wordt niet opgeheven. Ook is het niet zo dat in Nederland standaard verpleegkundig personeel in de school beschikbaar is terwijl dit bij inclusief onderwijs in het buitenland wel voorkomt. Uit een onderzoek in Engeland blijkt dat in 36% van de openbare scholen een verpleegkundige aanwezig is (Amillategui et al., 2007).

Wat gaat veranderen met passend onderwijs is niet duidelijk. Op de website *passendonderwijs.nl* staat geschreven over de zorgplicht:

Met de invoering van passend onderwijs krijgen scholen een zorgplicht. Dat betekent dat ze de verantwoordelijkheid krijgen om alle leerlingen een passende onderwijsplek te bieden. Voorheen moesten ouders van een kind dat extra ondersteuning nodig heeft, zelf op zoek naar een geschikte school. Vanaf 1 augustus 2014 melden ouders hun kind aan bij de school van hun keuze, en heeft de school de taak om het kind een passende onderwijsplek te bieden. Op de eigen school, of op een andere school in het reguliere onderwijs of het (voortgezet) speciaal onderwijs (v)so. De ruimte om zo’n 70.000 kinderen in het (v)so te plaatsen, blijft bestaan (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2012).

Deze zorgplicht wordt vaak onterecht verward met een plaatsingsplicht. Er is bij passend onderwijs geen sprake van een plaatsingsplicht. Het grote verschil bij invoering van de zorgplicht met de huidige situatie is dat de schoolbesturen verantwoordelijk zijn voor een passend aanbod en dat ouders dus niet meer zelf op zoek hoeven naar een school die hun kind

wil accepteren (Keesenberg, 2008).

Om zo veel mogelijk kinderen een passende onderwijsplek te kunnen bieden, gaan scholen samenwerken. Als de school denkt het kind onvoldoende ondersteuning te kunnen bieden in de klas zullen zij dus op zoek gaan naar een plaats op een school binnen het samenwerkingsverband. De scholen zullen zich dus gaan profileren op gebieden waarop zij denken dat zij genoeg kennis in huis hebben. Welke ondersteuning de school kan bieden en welke ambities de school heeft voor de toekomst wordt vastgelegd in het schoolondersteuningsprofiel. Op dit moment werken scholen binnen het samenwerkingsverband aan het inrichten en opstellen van een conceptondersteuningsplan (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2012).

De invoering van het passend onderwijs heeft als gevolg dat de individuele verschillen tussen kinderen verder uit elkaar komen te liggen. Zoals al eerder beschreven zal dit niet voor iedere leerkracht prettig zijn. Of de school zich wel of niet in staat acht om kinderen met DM1 te ondersteunen hangt waarschijnlijk af van hetgeen waarin zij zich specialiseren. Voor een school waar veel kinderen individuele begeleiding nodig hebben, zoals kinderen met gedragsstoornis, zou dit lastig kunnen zijn.

Zoals al eerder beschreven verschillen Nederland en Zweden in richtlijnen voor het onderwijs voor het kinderen met DM1. Zo zijn in Zweden de volgende twee punten in de wet vastgelegd: de verantwoordelijkheid voor de zorg voor kinderen met DM1 ligt tijdens schooltijd bij de school, en het toedienen van insuline en het meten van glucose wordt daar gezien als thuiszorg en niet als gezondheidszorg en kan daarom door iedereen die dit geleerd heeft, worden uitgevoerd (Dawn Youth, 2008). Op deze manier is een medische handelingsplicht niet noodzakelijk. In Nederland wordt het injecteren van insuline gezien als een medisch voorbehouden handeling. Dat betekent dat het gezien wordt als een handeling die onaanvaardbare risico's met zich meebrengt, als het door een ondeskundige wordt uitgevoerd (Rijksoverheid, 2012). In de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg staat wie de handeling wel en niet mag uitvoeren. Dit zijn personen die in ieder geval bevoegd zijn de handeling uit te voeren en in opdracht van een arts (Rijksoverheid, 2012).

3.5 AANSPRAKELIJKHEID EN VERANTWOORDELIJKHEID

Door het groeiende aantal kinderen met DM1 in het onderwijs krijgen steeds meer leerkrachten de vraag medicatie toe te dienen of zelfs medische handelingen te verrichten. Soms zijn zij hier niet bekwaam in of bevoegd voor en dit kan risico's met zich meebrengen. Om problemen hiermee te voorkomen zijn er verschillende tips voor scholen (Ziezon, 2013):

- Het afsluiten van een extra aansprakelijkheidsverzekering voor medisch handelen
- Een duidelijk protocol, opgesteld door een verpleegkundige of arts
- De medicijnen goed bewaren in de originele verpakking en afgesloten kast
- Een schema bijhouden voor de medicijntoediening
- Zorgen voor een goede instructie van een verpleegkundige of arts en laat hem of haar een bekwaamheidsverklaring invullen.

Als de leerkracht de handeling uitvoert is hij volgens de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG wet) verantwoordelijk voor zijn of haar eigen handelen (Van de Venne, 2013). Verantwoordelijk betekent in dit geval ook aansprakelijk en daarom is het laatste punt uit het bovenstaande rijtje belangrijk. Ook wel het ‘autoriseren’ van de leerkracht genoemd. De leerkracht maakt dan een afspraak met de ouders of de diabetesverpleegkundige dat zij een training krijgen en vervolgens bevoegd zijn de handeling uit te voeren. De verantwoordelijkheid ligt dan nog wel bij de leerkracht, maar de afspraak sterkt de leerkrachten in hun zekerheid. Dit komt door de kennis en begeleiding die zij krijgen van ouders en het medische team, maar ook door het idee dat als er wat gebeurt zij steviger in hun schoenen staan door de gemaakte afspraak (Braakman, 2013).

Volgens van de Venne (2013) is een leerkracht bekwaam wanneer hij of zij zichzelf bekwaam acht. Volgens de BIG wet bestaat bekwaamheid echter uit een aantal afzonderlijk componenten (BTSG):

- *Kennis: de noodzakelijke, context gebonden, kennis die betrekking heeft op één voorbehouden handeling.*
- *Kunde: de vaardigheid tot het uitvoeren van de voorbehouden handeling.*
- *Attitude: een professionele houding.*

Bekwaamheid voor het injecteren van insuline houdt dan in dat de leerkracht de injectie volgens het protocol kan uitvoeren, weet wat voor effect insuline heeft op de leerling, welke gevaren kunnen optreden bij het geven van injecties en welk gedrag van de leerling verwacht mag worden na toedienen van de insuline. Ook moet de leerkracht de leerling op de juiste wijze benaderen bij de handeling (BTSG).

Als de laatste twee paragrafen worden samengevat wordt een hoop duidelijk over wat wel en niet mag in het onderwijs: scholen hebben een zorgplicht, maar geen medische handelingsplicht. Dit houdt in dat als leerkrachten problemen hebben met de verantwoordelijkheid of zich onzeker voelen, zij niet bekwaam zijn, en dus niet bevoegd (Van

de Venne, 2013). Een school niet verplicht kan worden de zorg voor het kind met DM1 op zich te nemen. Wel zijn zij vanwege de zorgplicht verplicht tot het bieden van een alternatief. Er moet dan meegedacht worden naar een passende oplossing.

Voelt de leerkracht zich wel bekwaam in het uitvoeren van de handeling, dan is hij of zij wel bevoegd, maar ook verantwoordelijk en is de school dus aansprakelijk. Het autoriseren van de leerkracht middels een bekwaamheidsverklaring maakt duidelijk dat een leerkracht niet zomaar handelt, maar weloverwogen vanuit een goede instructie.

4 RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews weergegeven. Eerst wordt per topic besproken wat in de interviews naar voren kwam en vervolgens worden deze resultaten geïnterpreteerd en in verband gelegd met de literatuur.

4.1 RESULTATEN PER TOPIC

In deze paragraaf wordt per topic een terugkoppeling gegeven van de gevonden resultaten. Eerst staat beschreven wat de resultaten uit de interviews met de directeuren zijn en vervolgens de resultaten uit de interviews met de leerkrachten. Als er resultaten zijn die voor beide groepen respondenten gelden, wordt dit aan het begin van de paragraaf besproken.

4.1.1 INTRO

In totaal zijn vijf scholen geïnterviewd waarvan één leerling in groep 2, één in groep 3, één in groep 5 en twee in groep 7. Op één van de vijf scholen heeft eerder een kind met DM1 gezeten. Voor de andere scholen is dit kind de eerste ervaring voor de respondenten. Vier van de vijf leerlingen kregen DM1 toen zij al op de school zaten, waarvan één van de leerlingen de ziekte minder dan een jaar heeft. Eén van de vijf leerlingen kreeg DM1 drie maanden na de geboorte.

5.1.2 PRAKTISCHE ZORG

De directeuren weten niet precies wat de praktische zorg voor de leerlingen en leerkrachten in de klas inhoudt. Voor de beantwoording van deze vraag moet men dus bij de leerkrachten zijn.

Geen van de leerkrachten moet insuline injecteren bij de leerling. Bij twee van de vijf leerlingen is het injecteren wel nodig, maar één van hen regelt dit thuis en voor de ander komt de wijkverpleegkundige tussen de middag op school. De overige drie leerlingen dragen een insulinepomp bij zich. Eén van deze leerlingen is een jongen uit groep 7 en kan de handelingen omtrent zijn insulinepomp zelf uitvoeren. De leerkracht merkt hier dan weinig van, vertelt hij. De andere twee leerlingen, uit groep 2 en 3, zijn jonger en hebben daarom wel wat begeleiding nodig. Voor beiden geldt dat er twee of drie momenten per dag zijn dat zij bij de leerkracht komen om de suikerwaarde te meten en aan de hand van deze waarde en de hoeveelheid koolhydraten zij hebben gegeten, wordt bepaald hoeveel insuline toegediend

moet worden. Dit wordt ingesteld op het insulinepompje. Beide leerlingen kunnen de handelingen met het bloedsuikermetertje en de insulinepomp zelf uitvoeren sinds dit schooljaar. Voor de leerling van groep twee zet de leerkracht nog wel de naald in het bloedsuikermetertje.

Voor de twee jonge leerlingen met het insulinepompje hebben de leerkrachten controlerende functie. Zij controleren of de leerling de handelingen goed uitvoert en niet per ongeluk een ander getal op de pomp invoert en hierdoor een verkeerde hoeveelheid insuline toedient. Voor alle leerkrachten geldt dat zij een signalerende taak hebben. De leerkrachten leggen uit als zij aan de leerling zien dat de suikerwaarde laag is zij moeten ingrijpen. Er wordt dan een keer extra het bloed gemeten om de suikerwaarde te controleren. Bij een lage suikerwaarde gebruiken de meeste leerlingen druivensuiker, dextro of pure limonade om het weer op peil te krijgen. Alle leerlingen kunnen zelf aangeven of zij hoog of laag zitten.

Als de suikerwaarde op school niet meer op peil gekregen kan worden, wordt contact opgenomen met de ouders. Drie leerkrachten leggen uit dat zij een schema hebben waarin de suikerwaarden genoemd worden en daarbij de actie die ondernomen moet worden. Op geen enkele school is het voorgekomen dat de leerling met DM1 wegviel, omdat de suikerwaarde te laag was. Als dit zou gebeuren zou de leerkracht direct 112 bellen. Verschillende leerkrachten geven aan dat zij dan de BHV-ers inschakelen.

Alle leerkrachten zeggen geen specifieke contactmomenten met de ouders te hebben. Wel houden zij elkaar op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen. Eén van de leerkrachten heeft met moeder contact als er een traktatie is. Zij overleggen dan of het kind de traktatie wel of niet mag hebben en hoeveel eenheden zij toe moeten dienen in de insulinepomp.

De leerlingen hebben allerlei spullen in de klas staan die zij gedurende de dag nodig hebben, zoals het bloedsuikermetertje, producten om de suikerwaarde omhoog te brengen, een map met informatie en contactgegevens, etc. Als de groep een uitstapje gaat maken moeten de leerkrachten er aan denken dat zij alle spullen die de leerling met DM1 nodig kan hebben mee nemen. Twee leerkrachten vertellen dat de leerling met DM1 ook het eerste is waar zij aan denken als zij ziek zijn. Zij melden dit extra bij de invalleerkracht. De informatie voor de invalleerkracht zit bij alle scholen in de klassenmap. Ook hangen er bij twee leerkrachten posters en een stappenplan aan de muur waar op staat wat moet gebeuren in geval van nood.

4.1.3 SOCIAAL EMOTIONELE ZORG

Iedere school gebruikt een volgsysteem om de sociaal emotionele ontwikkeling van de leerlingen mee te volgen. Ook zijn er overleggen over de sociale emotionele ontwikkeling, maar niet iedere directeur is hierbij aanwezig. Wel hebben alle directeuren inzicht in de verslagen hiervan. Alle directeuren zeggen dat er geen zorgen zijn op dit gebied voor de kinderen met DM1.

Echter blijkt uit het interview met de leerkrachten dat er toch leerlingen zijn die zorg nodig hebben op dit gebied. Een van de leerlingen uit groep 7 wordt begeleid door een psycholoog vanuit het ziekenhuis, vanwege zijn negativisme. De leerkracht denkt dat dit meer met zijn leeftijd te maken heeft dan met zijn ziekte, maar dat kan hij niet met zekerheid zeggen. Een andere leerkracht zegt over haar leerling met DM1 dat het kind wel extra zorg nodig heeft vanwege de ziekte. De leerkracht merkt dat de leerling graag de controle wil houden en wat angstiger is dan andere kinderen. In andere dingen is hij juist volwassen, maar het gaat wel beter dan aan het begin van het jaar. Deze twee leerkrachten hebben het dan vooral over het emotionele aspect. Sociaal zien zij geen problemen.

De overige drie leerlingen hebben geen problemen op dit gebied. Alle leerkrachten vinden het knap hoe de leerlingen met hun ziekte omgaan.

4.1.4 BEKWAAM: KENNIS

Op vier van de vijf scholen is het gehele team op de hoogte van de zorg voor het kind met DM1. Dit is ter sprake gekomen tijdens teamvergaderingen en op één school is het zo dat alle teamleden een workshop hebben gehad van de GGD. Wel denken de meeste leerkrachten en directieleden dat andere leerkrachten niet precies weten wat zij moeten doen als er wat gebeurt, omdat zij niet dagelijks met de leerling te maken hebben.

Drie van de vijf scholen geven aan de meeste informatie te hebben gekregen van de ouders. Op alle scholen is een verpleegkundige langs geweest. Twee van de vijf leerkrachten hebben deze verpleegkundige echter niet gesproken, omdat zij het jaar daarvoor bij de vorige leerkracht is langs geweest. Dit is dus een eenmalige actie en voor de volgende leerkracht is de overdracht daarom een belangrijke informatiebron. Drie van de vijf leerkrachten hebben ook een informatiebijeenkomst bijgewoond in het ziekenhuis. Zij geven aan dat dit hen veel heeft opgeleverd.

Alle leerkrachten vinden dat zij op dit moment over voldoende kennis beschikken op de zorg in de klas waar te kunnen maken. Als zij vragen hebben dan weten ze aan wie die

gesteld kunnen worden. De leerkracht van de jongen uit groep 7 zegt dat hij wel graag ieder jaar even zou willen opfrissen, juist omdat er weinig gebeurt in de klas.

4.1.5 BEKWAAM: KUNDE

De directeuren associëren de kunde vooral met het werk wat BHV-ers en EHBO-ers doen.

De leerkrachten die de leerlingen moeten bijstaan met handelingen in de klas hebben dit van verschillende mensen geleerd. De diabetesverpleegkundige, de vorige leerkracht, de ouders en van een verpleegkundige op de informatie bijeenkomst in het ziekenhuis worden genoemd. Eén van de leerkrachten vertelt dat zij ook een oefenpompje mee naar huis kreeg met een beschrijving om thuis te kunnen oefenen. Voor de leerkrachten waarvan de leerlingen zelf de handelingen uitvoeren was geen oefening nodig.

De leerkrachten zijn van mening dat hun kunde ook voldoende is voor de zorg voor de leerling met DM1. Wel wordt nog twee keer genoemd dat dit niet zo zou zijn als zij ook zouden moeten injecteren. Twee leerkrachten vertellen dat zij hiervoor toch wel een goede training zouden willen krijgen.

4.1.6 BEKWAAM: ATTITUDE

Twee van de directeuren leggen uit dat de houding van de ouders invloed kan hebben op de houding die de school aanneemt. Eén van hen zegt namelijk: ‘als ouder heel comfortabel zijn, er zelfs wat gemakkelijker over doen en uitstralen dat er altijd een oplossing voor te vinden is, kan je er als school ook zodanig mee omgaan.’ Wel merkt zij dat de school wat voorzichtiger is. De grens van een hoge of lage suikerwaarde is voor de school eerder bereikt dan voor de ouders.

Twee leerkrachten van andere scholen vertellen dat de ouders betrokken zijn. De meeste afspraken worden gemaakt met ouders en leerkrachten. Bij een van de scholen was ook de verpleegkundige betrokken.

Twee van de vijf leerkrachten vonden het spannend toen de leerling bij hen in de klas kwam. Toen zij er achter kwamen wat de zorg feitelijk inhoudt en zij gerust werden gesteld door ouders en diabetesverpleegkundige, viel deze onrust weg. De andere drie leerkrachten vonden het geen probleem.

Twee leerkrachten zeggen dat zij anders naar de leerling met DM1 zijn dan naar andere leerlingen. Als de leerling zich anders gedraagt, denken zij meteen aan de ziekte en als

hij zich niet lekker voelt nemen zij eerder contact op met de ouders. Andere leerkrachten zeggen dat zij dit in het begin ook deden, maar nu zij weten dat de leerling zelf heel goed kan aangeven wanneer hij zich niet lekker voelt, zij dit meer loslaten. Geen enkele leerkracht merkt beperkingen voor de leerling op. Zij kunnen overal aan meedoen. Wel moeten zij dan soms hun bloedsuiker extra controleren als zij actief bezig zijn.

In iedere groep weten alle leerlingen van de ziekte af. Alle leerkrachten zeggen dat de leerlingen dit gewoon accepteren en dat het helemaal bij de groep hoort. De leerkracht van groep twee vertelt dat de leerling met DM1 elke dag een ander kindje mag uitkiezen dat haar helpt met de bloedsuiker meten. Op deze manier is de hele klas betrokken en dat vindt de leerkracht belangrijk.

De twee leerkrachten die les geven aan een leerling met DM1 in groep 7 vertellen dat de situatie anders zou zijn als zij zouden lesgeven aan een kleuter. De leerlingen uit groepen 7 zijn heel zelfstandig en kunnen heel goed aangeven als zij zich niet lekker voelen. Zij denken dat een kleuter misschien te druk is met spelen en het zou kunnen vergeten. Ook denken zij dat het lastiger is, omdat de andere leerlingen de leerkracht meer nodig hebben dan in groep 7.

4.1.7 VERANTWOORDELIJKHEID / AANSPRAKELIJKHEID

Om extra structuur aan te brengen, wordt in deze paragraaf gebruik gemaakt van extra tussenkopjes.

Taak leerkracht / directeur

De meeste leerkrachten en directeuren zeggen dat de verantwoordelijkheid van de praktische zorg bij de leerkracht ligt, en de eindverantwoordelijkheid bij de directeur. De directeuren vertellen dat zij verder van de praktijk af staan en pas in beeld komen als er duidelijke lijnen uitgezet moeten worden. De leerkrachten noemen dit ook als de taak van de directeuren. Verder wordt genoemd: het schrijven van beleid, het bijstaan in het regelen van de zorg en bij de leerkracht navragen hoe het gaat.

De leerkrachten noemen hun taak vooral controlerend en daarom vinden zij de verantwoordelijkheid nu 'goed te doen'.

Medische handeling

Eén van de directeuren zegt heel duidelijk: 'de grens ligt bij het spuiten.' Als leerlingen bepaalde medicatie nodig hebben onder schooltijd zoals ritalin, willen zij dit wel doen, maar het injecteren is voor hen een absolute grens. De directeur denkt dat er wel

leerkrachten zijn die willen leren injecteren, maar omdat zij te maken heeft met meerdere leerkrachten kan het niet. De andere geïnterviewde directeuren kunnen geen duidelijk antwoord geven op de vraag of zij wel of geen medische handeling zouden toestaan. Zij zijn huiverig voor de medische handeling, maar willen graag per geval bekijken wat mogelijk is. Eén van de directeuren legt uit dat het injecteren van insuline een medische handeling is die voorbehouden is aan verpleegkundigen en daarom wordt dat op dit moment verboden vanuit de stichting van de school. Leerkrachten zijn niet geschoold en mogen dit daarom niet doen. De directeur vertelt dat zij pas leerkrachten willen scholen als vanuit de stichting is gezegd dat dit kan. Een andere directeur vindt de school geen professional ten aanzien van de medici. Toch zou hij niet direct nee zeggen, omdat hij niet het idee heeft dat het risico van een dergelijke handeling groot is. Het is een afweging die gemaakt wordt op het moment dat het kind zich aanmeldt. Het liefst hebben de directeuren dat de leerkrachten niet injecteren, omdat het niet in hun takenpakket ligt. Eén van de directeuren zegt dat de school zijn best wil doen, maar als het zou betekenen dat leerkrachten over hun grenzen heen moeten gaan zou hij niet direct de verantwoordelijkheid willen nemen.

Alle vijf de leerkrachten geven aan dat zij wel willen injecteren als dit nodig is. Twee van hen vinden dit totaal niet spannend, maar begrijpen het als collega's dit wel vinden. Twee andere leerkrachten vinden het wel een grote verantwoordelijkheid. Alle leerkrachten geven aan wel een duidelijke training te willen alvorens zij het in de praktijk moeten uitvoeren. Eén van de leerkrachten legt uit dat zij het ook lastig zou vinden vanwege het ongemak dat erbij komt kijken. Het insulinepompje van de leerling bij haar in de klas zit op de bil en zij zou het ongemakkelijk vinden als zij hem in zijn bil zou moeten injecteren. Een andere leerkracht zou het wel een belemmering vinden voor het beroep waarvoor zij gekozen heeft. Zij wil namelijk les geven en geen verpleegster zijn. Eén van de leerkrachten die aangeeft het geen probleem te vinden benadrukt dat hij het belangrijk vindt dat leerlingen met DM1 wel gewoon toegang krijgen tot het reguliere onderwijs. De leerkracht zegt dat het misschien een oplossing zou zijn om de wijkverpleegkundige of ouders zelf in te schakelen om op school te komen helpen bij de medische zorg. Hij zegt daarbij ook dat het de verantwoordelijkheid van de ouders is dat zij bijstaan in het zoeken van een dergelijke oplossing.

Toelating leerling met DM1

Alle directeuren zeggen dat zij DM1 geen ziekte vinden waarvan zij op voorhand zeggen dat zij het kind niet aannemen. De scholen gaan het gesprek aan en mocht er een blokkade zijn dan kan hogerop gekeken of dingen aangepast kunnen worden, zoals bij de

medische handeling. Eén van de directeuren vertelt daarbij dat hij het jammer zou vinden als de leerling op grond van een ziekte geen toegang krijgt tot het reguliere onderwijs, als het voor de rest goed mee kan komen in de klas. Als uit het gesprek toch blijkt dat de school het niet ziet zitten, moet het kind naar een andere school. De directeur denkt dan aan een mytylschool of het speciaal onderwijs. Zij vertelt later in het gesprek dat dit bij kinderen met DM1 nog nooit is voorgekomen, maar dat zij wel achter de grens van het injecteren staat. Meerdere directeuren dragen dan de volgende oplossingen aan; ouders kunnen op school komen om te injecteren, er kan een wijkverpleegkundige ingezet worden, of als er een aantal leerkrachten wel geschoold willen worden, kan het kind dagelijks bij deze leerkracht langs gaan voor de zorg die het nodig heeft.

Iedere directeur geeft aan dat zij alvorens zij het kind toelaten na moeten gaan of de zorg te realiseren is. Eén van hen legt uit dat het handelingsverleggen wordt genoemd, als de zorg niet haalbaar is. De directeuren vertellen dat elke situatie verschillend is en zij hierdoor niet weten welke meetlat zij ernaast moeten leggen. De directeuren noemen verschillende voorbeelden van andere situaties, zoals een kind met downsyndroom, een visuele of een fysieke beperking. In elke situatie moet per kind en per jaar bekeken worden of de zorg nog haalbaar is. Eén van de directeuren vraagt zich af of hij toch er wel mee weg komt juridisch gezien, omdat hij niet weet of hij het kind wel van school mag sturen als hij voor het komende schooljaar besluit dat de zorg niet meer haalbaar is. Een andere directeur zegt daarover dat als zij eenmaal 'ja' hebben gezegd tegen het kind dat zij ook de plicht hebben er alles aan te doen om het kind de zorg te kunnen bieden die het nodige heeft.

Wat alle directeuren duidelijk maken, is dat zij geen beleidsmatig, eenduidig antwoord kunnen geven op de vraag of zij alle kinderen met DM1 aan kunnen nemen. Een van de directeuren legt uit dat dit lastig te zeggen is, omdat het ook nog maar één keer is voorgekomen. Dit geldt ook voor het indekken van de aansprakelijkheid. Een directeur legt uit dat het vaak niet anders te regelen is: 'er zijn algemene richtlijnen, maar incidenten zullen er altijd zijn.' Een andere directeur is ook niet zo bang voor de aansprakelijkheid bij kinderen met DM1. Zij zegt dat er altijd wat kan gebeuren door een foute handeling op school, ook bij leerlingen zonder beperkingen: 'een trap naar boven is ook een risico.'

Aansprakelijkheid

De leerkrachten bellen de ouders of 112 als het echt fout is. Vanaf dat moment ligt de verantwoordelijkheid bij hen of bij de arts. Een van de leerkrachten vertelt dat de ouders hebben aangegeven dat zij te allen tijde verantwoordelijk blijven voor hun kind. De leerkracht

weet niet of zij het had aangedurfd als ouders er niet zo in stonden. Zij zou dan bang zijn dat zij verkeerd ‘bolust’ en zij aansprakelijk is (bolussen = een shot insuline toedienen via de insulinepomp). Niet alle leerkrachten hebben op deze manier nagedacht over de aansprakelijkheid. Drie van de leerkrachten hebben hier nog nooit over nagedacht en daarom zouden zij ook niet weten wie aansprakelijk is als er iets mis gaat. Wel geven twee leerkrachten aan zich ervan bewust te zijn dat zij niet zomaar alles mogen doen en dat de zaak daarom verandert als zij zouden moeten injecteren.

De directeuren zeggen dat de aansprakelijkheid te maken heeft met het toedienen van de medische handeling. Mocht een medische handeling zoals het injecteren toch aan de orde komen, dan zouden de directeuren de afspraken goed op papier vast willen leggen in een aansprakelijkheidsverklaring. Mocht er iets misgaan dan kunnen zij nagaan of de school zich aan de afspraken heeft gehouden. Drie van de leerkrachten zeggen dit ook prettig te vinden. Twee van de leerkrachten vertellen dat er wel een verklaring ligt dat de ouders toestemming geven voor het toedienen van de medicijnen op school via het insulinepompje. Eén van de leerkrachten vertelt dat het een soort contractje is, maar er staat niets in over de aansprakelijkheid. Het is een risicovolle handeling en ouders moeten d.m.v. een handtekening laten zien dat ze er vertrouwen in hebben dat de leerkracht het op de goede manier doet, legt de leerkracht uit.

Geen van de scholen heeft een extra aansprakelijkheidsverzekering omdat er een kind met DM1 op de school zit. Eén van de directeuren legt uit dat dit komt, omdat de medische handeling niet van toepassing is. Twee van hen zou er over nadenken als een medische handeling wel nodig zou zijn. Eén van de directeuren vertelt dat als er wat is zij de ouders direct vragen op school te komen. Dit zien zij als de plicht van de ouders en omdat zij anders bang zijn dat de verantwoordelijkheid in het geding komt. De directeur vindt dat de verzorging thuis centraal staat. Drie andere directeuren zijn ook van mening dat de medische verantwoordelijkheid bij de ouders blijft liggen. Bij één van de scholen staat het volgende in de schoolgids: het uitgangspunt is: ‘wij hebben de verantwoordelijkheid voor de leerlingen. Ziek of niet ziek, maar ouders zijn verantwoordelijk voor het algehele welzijn, waaronder de medische situatie en het functioneren.’ Op een andere school wordt dit ook al tijdens de intake besproken: de school wil zijn best doen, maar ouders blijven verantwoordelijk. Drie directeuren leggen uit dat de school wel protocollen heeft liggen waarin staat hoe ver zij mogen gaan met de medische handeling, maar deze zijn niet specifiek gericht op leerlingen met DM1.

4.1.8 PASSEND ONDERWIJS

De directeuren en leerkrachten denken allen dat passend onderwijs niets gaat veranderen voor kinderen met DM1. De scholen gaan nu in gesprek als ouders hun kind aanmelden dat extra zorg nodig heeft en dat blijven zij ook doen met passend onderwijs. Eén directeur vertelt daarbij dat ze als school nog steeds geen insuline wil injecteren. Zij blijven achter deze grens staan.

De leerkracht van de leerling uit groep 7 verwacht dat er niets gaat veranderen, omdat zij er nu in de klas ook weinig van merkt. Dit zal niet veranderen als de leerling even in een ander groepje zit of in het lokaal ernaast. Als zij zouden moeten injecteren zou dit anders zijn, omdat hier wel tijd voor moet worden gemaakt. En ook als hij snel weg zou kunnen vallen brengt het andere zorg met zich mee. Een andere leerkracht is het hiermee eens. De zorg vindt zij op dit moment minimaal, maar zij denkt dat dit afhankelijk kan zijn van hoe het kind met DM1 is. Als het kind sterk zou schommelen in de suikerwaarde en daardoor bijvoorbeeld concentratieproblemen krijgt zou het een belasting kunnen worden in de groep. Dat is het op dit moment niet. Alle leerkrachten geven aan dat het op dit moment goed te doen is in combinatie met de rest van de klas. Eén van de leerkrachten zegt dat de relatie tussen ouders en leerkracht daarbij ook van belang is. Deze ouders zijn heel betrokken en dat vindt zij heel fijn.

4.1.9 WENSVRAAG

Ter verbetering van de situatie worden veel verschillende ideeën geopperd. Een aantal voorbeelden: formats voor afspraken, een verpleegkundige verbonden aan de school, meer kennis verspreid over het team, een betere procedure voor de overdracht, een checklist met punten die gedaan moeten zijn voor het kind in de klas komt, een protocol waar dit ook allemaal in staat en het borgen van het protocol wordt ook genoemd als een verbeterpunt. Een directeur denkt dat een landelijke regeling voor de aansprakelijkheid in de gehele beroepsgroep veel zou verbeteren. Een andere directeur denkt dat dit niets zou uithalen. Drie van de vijf leerkrachten hebben geen wensvraag en kunnen geen verbeterpunten benoemen.

4.2 INTERPRETATIE VAN DE RESULTATEN

Wat opvalt, is dat de directeuren niet weten wat voor zorg de leerling met DM1 in de klas nodig heeft en welke zorg de leerling daadwerkelijk krijgt. Eén van hen geeft aan zich er niet mee te bemoeien, omdat hij weet dat de klas het goed voor elkaar heeft. Ook kunnen zij

weinig vertellen over hoe de leerkracht de kennis en de kunde heeft opgedaan in de zorg voor de leerling met DM1. Dit heeft er waarschijnlijk mee te maken, dat vier van de vijf directeuren korter dan twee jaar werkzaam is op de school. Hierdoor hebben zij niet alles meegemaakt toen de leerling op de school kwam.

Wat leerkrachten en directeuren zeggen over de sociaal emotionele ontwikkeling lijkt niet helemaal overeen te komen. De directeuren verwachten dat er geen zorgvragen zijn, terwijl de leerkrachten er toch een aantal opnoemen. De leerkrachten weten veel minder te vertellen over de aansprakelijkheid. Veel van hen hebben hier nog nooit over nagedacht of denken dat zij niet aansprakelijk kunnen worden gesteld. Dit alles strookt wel met wat de leerkrachten en directeuren omschrijven als hun taak. De leerkrachten zijn verantwoordelijk voor de praktische zorg in de klas en de directeuren houden zich bezig met het beleid en dus met de aansprakelijkheid.

Wat ook opvalt, is dat de oefening / training die de leerkrachten hebben gehad ver uiteenlopen. Slechts één van de leerkrachten heeft thuis geoefend met een insulinepomp. Dit heeft uiteraard ermee te maken dat drie van de vijf leerlingen ouder zijn en de handelingen zelf uitvoeren. De leerkrachten die de leerlingen moeten ondersteunen bij de handelingen hebben extra oefening gehad.

Bij twee van de vijf leerlingen is het zo dat de school bijstaat in het monitoren van de insuline. Wat opvallend is, is dat zij (de leerkrachten en de directeuren van deze scholen) dit niet benoemen als medische handelingen. Er wordt dan wel dezelfde medicatie toegediend, toch verandert deze situatie pas als er geïnjecteerd moet worden door de leerkracht. Eén van de leerkrachten legt uit dat het voor haar te maken heeft met controle. Op de pomp kan zij precies terugzien hoeveel insuline er is toegediend. Zij verwacht dat dit niet zo is met een injectiespuit. De directeur van een andere school legt uit dat het injecteren een handeling is die voorbehouden is aan verpleegkundigen en dat daar het verschil zit met het gewoon toedienen van medicijnen. Uit de gesprekken met andere directeuren wordt ook duidelijk dat zij wel meewerken in het toedienen van bepaalde medicatie mocht dit nodig zijn. Denk bijvoorbeeld aan Ritalin of het smeren van zalfjes tegen allergieën.

Leerkrachten lijken positiever tegenover het injecteren van insuline te staan dan de directeuren. Zij willen de handeling wel verrichten als dit nodig is, mits de aansprakelijkheid goed geregeld kan worden. De directeuren leggen uit dat de aansprakelijkheid niet altijd in te dekken is. Eén van hen weet zelfs uit ervaring dat als de afspraken op papier worden ondertekend dit niet direct een juridische dekking heeft.

Het laatste punt dat opvalt, is dat de meningen verschillen over het wel of niet

invoeren van een landelijke regeling. Eén van de directeuren denkt dat dit duidelijkheid zal verschaffen in de beroepsgroep, terwijl de ander zegt dat dit niets uithaalt. Hij zou juist niet willen dat de school een plicht krijgt in het wel of niet faciliteren van de medische handeling, omdat dit volgens hem het kindgericht kijken aantast. Het liefst blijft hij de situatie per keer beoordelen.

4.3 VERBANDEN MET DE LITERATUUR

Zoals in het theoretisch kader staat beschreven, worden ouders en kinderen er in begeleid om zelfstandig om te kunnen gaan met hun ziekte. De leerkrachten dragen hier op hun manier aan bij door de leerlingen zo veel mogelijk zelf te laten doen, passend bij hun ontwikkeling. Zo kon de leerling aan het begin van groep 2 nog geen cijfers lezen, omdat zij cognitief nog niet zo ver was. Op dit moment lukt dit wel en mag zij dit zelf doen. De leerkracht zet wel nog het naaldje in de bloedsuikermeter, omdat zij motorisch nog niet zo ver is. Een andere leerkracht legt uit op welke manier de emotionele ontwikkeling invloed kan hebben op de zelfstandigheid van de leerling: aan het begin van het schooljaar merkte de leerkracht dat de leerling het fijn vond om even de aandacht te hebben tijdens het prikken. Hij wilde het toen niet zelf doen, maar echt samen. De leerkracht legt uit dat dit met een gevoel van veiligheid te maken kan hebben. De zelfstandigheid van het kind hangt dus af van de kennis van het kind, de fysieke vaardigheden, het emotionele vermogen en de leeftijd van het kind, zoals in het theoretisch kader ook al naar voren kwam.

Alle leerlingen kunnen zelf de symptomen van een hyper of hypo herkennen. Voor sommigen was dit aan het begin nog lastig. Eén van de leerkrachten vindt het nog wel belangrijk de leerling erop te wijzen dat hij een bepaalde verantwoordelijkheid heeft ten opzichte van zijn ziekte. Het gaat dan om een leerling uit groep 7 die nog niet zo lang DM1 heeft. De leerkracht vindt dat het belangrijk is dat hij zich bewust is van de mogelijke gevolgen. Dit sluit aan bij de *The Chronic Care Model*, zoals in de theorie staat beschreven. De leerkracht heeft hiermee namelijk als doel dat de jongen zelf de verantwoordelijkheid neemt over de behandeling en de gevolgen van zijn ziekte.

Op de scholen waar de leerkrachten de leerling bijstaan bij het bedienen van de insulinepomp ligt een verklaring waarop ouders en leerkracht met een handtekening bevestigen dat zij erop vertrouwen dat de leerkracht de handeling op school goed kan uitvoeren. In deze verklaring wordt niet gesproken over de aansprakelijkheid, maar zoals in de literatuur naar voren komt is dit wel een belangrijke factor ter verbetering van de positie van

de school als het gaat om de aansprakelijkheid. Het wordt het autoriseren van de leerkracht genoemd. Zij blijven echter wel verantwoordelijk voor de handelingen die zij uitvoeren. Ook al zeggen ouders dat zij de verantwoordelijkheid volledig op zich nemen.

5 CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

Dit hoofdstuk beschrijft de conclusie van het onderzoek. Dit betreft de beantwoording van de hoofd- en deelvragen. Vervolgens worden de sterke en zwakke punten van dit onderzoek genoemd en worden er als laatste een aantal aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

5.1 CONCLUSIE

In deze paragraaf wordt eerst een conclusie gegeven op de deelvragen, en vervolgens op de hoofdvraag.

5.1.1 BEANTWOORDING VAN DE DEELVRAGEN

Welke praktische zorg heeft het kind in de klas nodig?

Drie van de vijf kinderen dragen een insulinepomp bij zich. De jongen uit groep 7 doet alle handelingen zelfstandig. De leerling uit groep 2 en de leerling uit groep 3 doen de handelingen ook zelf, maar in het bijzijn van de leerkracht. De leerkrachten van deze leerlingen hebben een controlerende taak. De overige twee leerlingen moeten insuline injecteren. De ene leerling regelt dit allemaal thuis en doet dit al zelf. Voor de andere leerling komt er een wijkverpleegkundige op school. De leerkrachten hebben hier naar eigen zeggen geen omkijken naar. Verder heeft iedere leerkracht een signalerende taak. Zij moeten alert zijn op de symptomen die bij een hypo of hyper horen.

De leerkrachten en de directeuren zeggen allebei dat de directeuren geen taak hebben bij de praktische zorg van de leerling. Zij komen pas in beeld als er zaken zijn die niet goed lopen.

Welke sociaal emotionele zorg heeft het kind in de klas nodig?

Volgens de directeuren hebben de leerlingen met DM1 geen extra zorg nodig op sociaal emotioneel gebied. Twee leerkrachten noemen wel wat problemen, maar deze zijn niet zodanig dat de leerkracht hier veel extra zorg aan moet besteden. De ene leerling laat namelijk zien dat hij groeit in dit opzicht en de andere leerling krijgt begeleiding van een psycholoog vanuit het ziekenhuis. Ook hier hebben de leerkrachten een signalerende taak. Iedere school heeft een volgsysteem om de sociaal emotionele ontwikkeling mee in kaart te brengen. Op de meeste scholen vinden overleggen plaats waarin zij de ontwikkeling bespreken. De

directeuren zijn hier niet standaard bij betrokken, maar als er zorgen zijn worden zij wel ingelicht.

Voelen leerkrachten zich bekwaam voor de zorg voor leerlingen met DM1?

De leerkrachten geven aan dat zij voldoende kennis en kunde hebben. De meesten hebben een informatie avond gevolgd of een gesprek met de verpleegkundige gehad. De ouders zijn ook een belangrijke informatiebron. Wel zeggen de leerkrachten dat als zij zouden moeten injecteren, zij een goede uitleg of training willen hebben. Hier voelen zij zich nu niet bekwaam in. Dus de leerkrachten zijn bekwaam om de zorg te bieden die op dit moment van hen gevraagd wordt.

Voelen directieleden zich als school bekwaam voor de zorg voor leerlingen met DM1?

Ook de directeuren zijn tevreden over hoe de zorg op dit moment verloopt. Zij zijn zich ervan bewust dat de school niet zomaar een medische handeling zoals het injecteren van insuline kan gaan uitvoeren, omdat de leerkrachten niet geschoold zijn. Dus ook voor de directieleden geldt dat zij zich bekwaam voelen voor de zorg die op dit moment van de school gevraagd wordt. Als extra zorg in de zin van het injecteren van insuline nodig is, voelen zij zich niet bekwaam.

Voelen leerkrachten zich verantwoordelijk voor de zorg voor leerlingen met DM1?

Wat vinden leerkrachten van deze verantwoordelijkheid?

De leerkrachten voelen zich verantwoordelijk voor de zorg voor de leerling met DM1, maar ervaren deze verantwoordelijkheid niet als zeer groot. Alle leerkrachten zeggen dat zij de zorg prima te doen vinden. Dit verandert op het moment dat zij zouden moeten injecteren. De leerkrachten vinden dit wel een grote verantwoordelijkheid, omdat zij dan denken aan wat mis zou kunnen gaan.

Ook in combinatie met de rest van de klas ervaren zij de zorg als positief. In de interviews komen een aantal zaken naar boven die de haalbaarheid voor de zorg in de klas beïnvloeden.

Namelijk:

- de relatie met de ouders; betrokken ouders geeft de leerkracht meer rust en vertrouwen dat de dingen goed verlopen.
- de zelfstandigheid van de leerling; dit hangt af van de leeftijd, de kennis die het kind heeft, de fysieke vaardigheden en het emotionele welzijn van het kind.

- de aard van de ziekte; als de bloedsuiker van het kind sterk schommelt, moet er vaker gemeten worden en dat kost de leerkracht meer tijd aan zorg. Daarbij kan een schommelende suikerwaarde invloed hebben op de schoolprestaties van het kind en ook is het risico op een hypo en hyper groter, waardoor het kind meer aandacht en alertheid van de leerkracht vraagt.

Voelen directieleden zich verantwoordelijk voor de zorg voor leerlingen met DMI?

Wat vinden directieleden van deze verantwoordelijkheid?

De directieleden vinden dat de leerkrachten verantwoordelijk zijn voor de praktische zorg en dat zij de eindverantwoordelijkheid hebben. De verantwoordelijkheid nu vinden zij geen probleem, maar ook de directieleden vinden dat dit verandert als de school zou moeten injecteren. Dit vinden zij een totaal andere handeling en een handeling die meer risico met zich meebrengt. Daar hoort een grotere verantwoordelijkheid bij.

Ook over de haalbaarheid binnen de klas maken de directeuren zich op dit moment geen zorgen. Als een kind wordt aangemeld wordt in overleg besproken of de leerkrachten de zorg in de klas kunnen dragen en als het kind al op school zit wordt de zorgvraag ieder jaar geëvalueerd. Er wordt dan bekeken of de school zorg op fysiek, emotioneel, gedrag, of medisch gebied nog kunnen bieden. Als de zorg haalbaar is, zijn de directeuren wel genegen de verantwoordelijkheid te nemen, maar de vraag of het haalbaar is om leerlingen te gaan injecteren kunnen zij niet beantwoorden. Dat willen zij per geval beoordelen.

Voelen leerkrachten zich aansprakelijk voor de gevolgen, als er iets misgaat bij een medische handeling?

Wat vinden leerkrachten van deze aansprakelijkheid?

Drie van de vijf leerkrachten hoeven geen medische handeling uit te voeren en voelen zich daarom niet aansprakelijk. De rest voelt zich ook niet aansprakelijk, omdat ouders hebben aangegeven dat zij altijd verantwoordelijk blijven. Ook is de relatie met ouders zo goed dat zij niet bang zijn dat ouders hen direct aansprakelijk stellen als er wat gebeurt. Zodra de leerkrachten zouden moeten injecteren zouden zij de aansprakelijkheid goed geregeld willen hebben in een aansprakelijkheidsverklaring, om te voorkomen dat zij aansprakelijk kunnen worden gesteld. Op dit moment verloopt de zorg in de klas soepel en zijn zij niet bang voor eventuele gevolgen en daarom ook niet voor de aansprakelijkheid.

Voelen directieleden zich aansprakelijk voor de gevolgen, als er iets misgaat bij een medische handeling?

Wat vinden directieleden van deze aansprakelijkheid?

De directeuren hebben de eindverantwoordelijkheid. Dit betekent dat zij dan ook aansprakelijk zijn zodra er iets mis gaat bij een medische handeling. De directeuren zijn daarom voorzichtig in wat zij wel en niet door de leerkrachten laten uitvoeren. Op dit moment is het injecteren van insuline niet aan de orde en de directeuren kunnen geen antwoord geven op de vraag of zij dit wel of niet als school zouden doen. Dit in verband met de aansprakelijkheid. Zoiets is niet in te dekken, leggen zij uit. Tegelijkertijd zeggen de directeuren dat zij wel graag willen dat ieder kind regulier onderwijs kan volgen, ondanks de ziekte. Daarom zijn zij wel genegen om andere oplossingen te bedenken.

5.1.2 BEANTWOORDING VAN DE HOOFDVRAAG

Hoe ervaren de leerkrachten en de directie van de reguliere basisschool de verantwoordelijkheid voor de zorg voor het kind met Diabetes Mellitus Type 1?

Over het algemeen ervaren de leerkrachten en de directie van de geïnterviewde reguliere basisscholen de verantwoordelijkheid voor de zorg voor het kind met DM1 als positief. Er zijn nog nooit vervelende situaties voorgevallen, zoals een leerling met een hyper of hypo, en de leerkrachten en directieleden zijn er ook niet bang voor dat dit gaat gebeuren. Dit heeft mede te maken met de goede relatie met de ouders, de zelfstandigheid van de leerlingen en de aard van de ziekte. Als deze punten in negatieve zin zouden veranderen zou dit de haalbaarheid van de zorg in de klas aantasten.

De verantwoordelijkheid van de leerkracht is de praktische zorg en hierover hebben zij vooral contact met de ouders. De directeuren staan hier verder van af en mengen zich pas in de zorg wanneer er dingen niet goed gaan. Dit is nog niet aan de orde geweest.

De leerkrachten achten zichzelf bekwaam in de zorg die op dit moment van hen gevraagd wordt, maar niet voor het injecteren van insuline. Dit wordt door hen en door de directeuren gezien als een heel andere handeling en een handeling die meer risico met zich mee brengt. De leerkrachten zijn nog wel bereid om deze handeling te leren, mocht dit nodig zijn, maar de directeuren gaan liever op zoek naar andere oplossingen. Voorbeelden van oplossingen kunnen zijn de ouders die hiervoor op school komen, of een wijkverpleegkundige die hiervoor wordt ingeschakeld.

De reden waarom de directeuren niet positief tegenover het injecteren staan, is de aansprakelijkheid. Zij maken zich hier meer zorgen om dan de leerkrachten doen. Waarschijnlijk is dit omdat zij erbij betrokken worden op de momenten dat het niet goed loopt en de eindverantwoordelijkheid en dus de aansprakelijkheid dan op hen neer komt. De leerkrachten en directeuren verwachten niet dat er iets gaat veranderen wanneer het passend onderwijs van start gaat. Zij zijn dan verplicht om voor alle leerlingen die zich aanmelden een geschikte onderwijsplek te vinden, maar zij mogen nog steeds hun grenzen aangeven. Als de zorg op de school niet haalbaar is moet het kind naar een andere school, maar voor kinderen met DM1 maken zij zich daar geen zorgen om.

5.2 DISCUSSIE

Deze operationalisering maakt dat nadat de resultaten van de interviews verwerkt zijn een duidelijke terugkoppeling met de literatuur kan worden gemaakt. Dit draagt bij aan de validiteit van het onderzoek. Een aantal begrippen waren echter moeilijk uit elkaar te halen, omdat het geen uitsluitende begrippen zijn. Dit betekent dat als men spreekt over verantwoordelijkheid men ook kan spreken over de aansprakelijkheid. Dit waren punten waarop de onderzoeker goed moest doorvragen om de validiteit te waarborgen. Ook was het begrip ‘attitude’ dat onderzocht moest worden om de bekwaamheid van leerkrachten te kunnen beoordelen, lastig te meten in interviews. De houding van leerkrachten is bijvoorbeeld beter te beoordelen in observaties. Dit kan daarom de validiteit van de resultaten hebben aangetast. De begrippen kennis en kunde gaven echter al genoeg informatie om te kunnen zeggen of de leerkrachten zichzelf bekwaam voelen. Een laatste punt dat de validiteit kan hebben aangetast is sociale wenselijkheid.

Het schrijven van samenvattingen van de interviews en deze laten controleren door de respondenten heeft bijgedragen aan de validiteit van dit onderzoek. Er is weinig commentaar en er zijn weinig wijzigingen teruggekomen op de samenvattingen. Dit betekent dat alle informatie die geanalyseerd is, daadwerkelijk de informatie van de respondenten is en niet per ongeluk een interpretatie van de onderzoeker.

Het praktijk onderzoek is uitgevoerd onder vijf leerkrachten en vijf directeuren van vijf verschillende scholen. Dit zijn in totaal slechts 10 verschillende respondenten. Helaas was het vanwege het korte tijdsbestek niet mogelijk meer respondenten te benaderen. Omdat het nu een kleine groep is, zijn zij niet representatief voor de gehele populatie. Ook heeft dit te maken met de manier van selecteren. Een a-selecte steekproef zou meer betrouwbaarheid

geven dan een gemak steekproef, maar zoals al in het hoofdstuk ‘methode’ staat beschreven was ook dit niet haalbaar. Helaas gelden de resultaten van dit onderzoek alleen voor de onderzochte groep respondenten, want als men een andere steekproef trekt, kan een heel ander resultaat ontstaan. Dit betekent dat de resultaten niet heel betrouwbaar zijn te noemen en slechts een indicatie kunnen geven voor de gehele populatie scholen met leerlingen met DM1. Helaas zijn er geen scholen gesproken die wel medische voorbehouden handelingen uitvoeren in de zin van een injectie en is zelfs niet duidelijk geworden of deze scholen überhaupt bestaan in het regulier onderwijs. Dit maakt dat het beeld dat met dit onderzoek is geschetst een eenzijdig beeld kan zijn.

Het is interessant dat een aantal respondenten zeiden dat het interview hen aan het denken heeft gezet. Dit geeft weer aan dat dit onderzoek relevant is en dat er behoefte is aan verduidelijking.

In de doelstelling van dit onderzoek staat beschreven dat de resultaten van dit onderzoek input zouden kunnen zijn voor het schrijven van een beleidsstuk. Nu de resultaten bekend zijn, blijkt de situatie nog niet helder genoeg om deze stap te zetten. Eerst is meer onderzoek nodig, maar hierover staat meer beschreven in de volgende paragraaf.

5.3 AANBEVELINGEN

Het beeld over de zorg voor kinderen met DM1 in het basisonderwijs dat ontstaan is vanuit dit onderzoek is niet zo negatief zoals de theorie dat deed voorkomen. De geïnterviewde scholen ervaren niet zoveel problemen als andere onderzoeken beschrijven. Er kan dus geen antwoord gegeven worden op de vraag wat mis gaat in het onderwijs. Wat wel opvalt is dat leerkrachten en directie de situatie heel anders zouden beoordelen zodra de leerling een insuline injectie van de leerkracht nodig heeft. Helaas bevonden zich onder de respondenten geen scholen die de medisch voorbehouden handeling in de zin van een injectie uitvoeren. Het zou daarom interessant zijn om hier meer onderzoek naar te doen.

De meest interessante resultaten die in het onderzoek naar voren komen, zijn de punten die de haalbaarheid van de zorg voor leerlingen met DM1 in de klas beïnvloeden: de relatie met ouders, de zelfstandigheid van de leerling, en de aard van de ziekte. Deze punten komen echter alleen in de gesprekken met de leerkrachten naar voren. Dit lijkt dus op een stukje kennis die de directeuren missen. Zij houden zich bezig met beleid en daardoor hebben zij meer kennis over de aansprakelijkheid. Omdat de aansprakelijkheid volgens de directeuren niet is in te dekken zijn zij voorzichtiger in het uitvoeren van deze medische handeling. Dit

strookt wel met wat de theorie zegt: men mag de handeling uitvoeren als men zich bekwaam voelt, maar men blijft verantwoordelijk voor elke handeling die men uitvoert. Dit betekent dat de leerkracht, of de school, er dan ook op aangesproken kan worden. Wat hiermee duidelijk wordt, is dat er bij de directeuren op dit gebied een stukje kennis zit die de leerkrachten niet hebben. Door deze stukjes kennis te bundelen (de kennis over de aansprakelijkheid van de directieleden en de kennis over de haalbaarheid van leerkrachten), wordt de situatie voor beide groepen duidelijker. Leerkrachten en directieleden vertellen in de interviews dat er eigenlijk nooit gesprekken zijn met de directie om de zorg te evalueren. Uit dit onderzoek blijkt weldegelijk dat het belangrijk is met elkaar in gesprek te gaan. Al is het alleen maar om van elkaar te leren.

Aan het einde van de interviews, werden de respondenten gevraagd of zij nog wensen hadden. De punten die wel genoemd worden zijn grotendeels van de directeuren afkomstig en hebben wel een ding gemeenschappelijk. Ze hebben allemaal te maken met het verkrijgen van extra duidelijkheid: meer kennis, formats voor afspraken, een procedure voor de overdracht of een checklist met punten die gedaan moeten zijn voor het kind in de klas komt. Wat ook opvallend is, is dat één van de directeuren denkt dat een landelijke regeling voor de aansprakelijkheid in de gehele beroepsgroep een verbetering zou zijn, terwijl een andere directeur dit niet ziet zitten. Hij denkt dat dit niets zou uithalen en wil geen verplichtingen, omdat dit volgens hem het kindgericht kijken aan zou tasten. Het is dus belangrijk dat er extra onderzoek wordt gedaan naar wat een landelijke regeling in de aansprakelijkheid teweeg zou brengen en wat de mogelijke nadelen hiervan zijn. De situatie is nog niet duidelijk genoeg om concrete voorbeelden te geven van eventuele landelijke regelingen of wetten.

Amillategui, B., Mora, E., Calle, J.R., & Giralt, P. (2009). Special needs of children with type 1 diabetes at primary school: perceptions from parents, children and teachers. *Pediatric diabetes, 10*, 67-73. doi:10.1111/j.1399-5448.2008.00457.x

Amillategui, B., Calle, J.R., Alvarez, M.A., Cardiel, M.A., & Barrio, R. (2007). Identifying the special needs of children with Type 1 diabetes in the school setting. An overview of parents' perceptions. *Diabetic Medicine, 24*, 1073-1079.

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff.

Bekerom, F. van den., & Hulsmans, C. (2012). *Kinderen en jongeren met een chronische of ernstige ziekte of aandoening in het onderwijs: algemene aspecten m.b.t. chronisch zieke leerlingen in het onderwijs*. Onderwijsman Landelijk Netwerk Ziek-zijn & onderwijs.

Boden, S., Lloyd, C.E., Gosden, C., Macdougall, C., Brown, N., & Matyka, K. (2012). The concerns of school staff in caring for children with diabetes in primary school. *Pediatric Diabetes, 13*, 6-13. doi:10.1111/j.1399-5448.2011.00780.x

Boman, A., Borup, I., Povlsen, L., & Dahlborg-Lyckhage, E. (2012). Parents' discursive resources: Analysis of discourse in Swedish, Danish and Norwegian health care guidelines for children with diabetes type 1. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26*, 363-371. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00942.x

Both, D., & Bruijn, A. de. (2012). *Onderwijs vraagt leiderschap!*. Schiedam: Scriptum.

Braakman, L. (2013). Flying High: doe-het-zelf boek voor ouders van kids met diabetes. Manuscript submitted for publication.

BTSG. (z.d.). Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). BTSG innovatie in de ouderenzorg. Retrieved from: <http://www.btsg.nl/infobulletin/wetten/wet-big.html>

College voor de Rechten van de Mens. (n.d.). In het onderwijs: Wat speelt in Nederland? Wat zegt de wet? Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Retrieved from <http://www.mensenrechten.nl/mensenrechten-voor-u/het-onderwijs>

Dawn Youth. (2008). *6 van 10 kinderen met diabetes behandelen op school hun diabetes niet op de juiste wijze: Dawn Youth geeft inzicht in problemen van kinderen met diabetes op school*. Changing Diabetes. Alphen aan de Rijn.

Diabetes Fonds. (n.d.). Diabetes type 1. Retrieved from <http://www.diabetesfonds.nl/artikel/diabetes-type-1>

Diabetes Fonds. (2012, oktober). *Diabetes: zo zit dat. 10 vragen en antwoorden over suikerziekte*. Brochure Diabetesfonds. Amersfoort: Diabetesfonds.

Diabetes Fonds. (2012, februari). *Onderzoek naar diabetes type 1: op weg naar genezing*. Brochure Diabetesfonds. Amersfoort: Diabetesfonds.

Diabetesvereniging Nederland. (n.d.). Diabetes: wat is diabetes (suikerziekte)? Retrieved from <http://www.dvn.nl/diabetes/diabetes>

Donner, J.P.H. (2003). Wet van 3 april 2003 tot vaststelling van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte. Retrieved from http://wetten.overheid.nl/BWBR0014915/geldigheidsdatum_22-02-2013

Encyclo (z.d.) verantwoordelijkheid. Retrieved from: <http://www.encyclo.nl/zoek.php?woord=verantwoordelijkheid>

Funnell, M.M., & Anderson, R.M. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123-127.

Hallahan, D.P., Kauffman, J.M., & Pullen, P.C. (2012). Learners with physical disabilities and other health impairments. *Exceptional Learners: an introduction to special education*. (pp. 396-425). New Jersey: Pearson Education.

Hatton, D.L., Canam, C., Thorne, S., & Hughes, A. (1995). Parents' perceptions of caring for an infant or toddler with diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 569-577.

Hirose, M., Beverly, E.A., & Weinger, K. (2012). Quality of life and technology: Impact on children and families with diabetes. *Current Diabetes Report*, 12, 711-720. doi:10.1007/s11892-012-0313-4

Keesenberg, G. (2008). *Passend onderwijs: alles op een rij*. Alphen aan de Rijn: Kluwer.

Kelo, M., Martikainen, M., & Eriksson, E. (2011). Self-care of school-age children with diabetes: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 10, 2096-2108. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05682.x

Lange, K., Jackson, C., & Deeb, L. (2009). Diabetes care in schools: the disturbing facts. *Pediatric diabetes*, 10, 28-36. doi:10.1111/j.1399-5448.2009.00613.

LIVE. (z.d.). Ervaring en kenniservaring. Landelijk Steunpunt Inzet Van Ervaringsdeskundigheid. Retrieved from: <http://www.live-ervaringsdeskundigheid.nl/uitgangspunten-en-doelstellingen/herstel-en-ervaringskennis-en-ervaringsdeskundigheid/ervaring-en-ervaringskennis>

Marnix Academie (2013). Competenties leraar basisonderwijs. Protestants-christelijke hogeschool. Retrieved from <http://www.marnixacademie.nl/marnix-academie/leraar-woorden/competenties.aspx>

Migchelbrink, F. (2010). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (2012). Aangrenzende wet- en regelgeving. Informatiepunt passend onderwijs. Retrieved from <http://www.passendonderwijs.nl/hoewerkt-passend-onderwijs/wat-is-passend-onderwijs/aangrenzende-wet-en-regelgeving/>

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (2012). Hoofdpunten Wet passend onderwijs. Informatiepunt passend onderwijs. Retrieved from <http://www.passendonderwijs.nl/hoewerkt-passend-onderwijs/wat-is-passend-onderwijs/hoofdpunten-wetpassend-onderwijs/>

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (2012). Schoolondersteuningsprofiel. Informatiepunt passend onderwijs. Retrieved from <http://www.passendonderwijs.nl/hoewerkt-passend-onderwijs/verantwoordelijkheid-van-scholen/schoolondersteuningsprofiel/>

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (2012). Verantwoordelijkheid van scholen. Informatiepunt passend onderwijs. Retrieved from <http://www.passendonderwijs.nl/hoewerkt-passend-onderwijs/verantwoordelijkheid-van-scholen/>

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (2012). Verschillen in de klas. Informatiepunt passend onderwijs. Retrieved from <http://www.passendonderwijs.nl/hoewerkt-passend-onderwijs/veranderingen-leraren-begeleiders/verschillen-in-de-klas/>

Nederlandse Diabetes Federatie. (2003). Richtlijn voor de behandeling van kinderen en tieners met diabetes. International Diabetes Federation.

Nederlandse Diabetes Federatie. (2010). Diabetes op school: meer dan medisch. *Nederlands tijdschrift voor diabetologie*. 2(8).

Nederlandse Diabetes Federatie. (2012). Over diabetes op school. Retrieved from <http://www.diabetesopschool.nl/contact.html>

Nederlandse Diabetes Federatie. (z.d.). Checklist voor het informatiegesprek tussen ouders en leerkracht. Retrieved from http://diabetesopschool.nl/images/stories/downloads/checklist_oudergesprek.pdf

Nederlandse Schoolleiders Academie. (2013). EFFECt: de online competentievertaler voor schoolleiders. Retrieved from <http://nsaeffect.nl/>

Nederlandse Schoolleiders Academie. (2013). Register Directeuren Onderwijs.

Retrieved from <http://www.nsa.nl/default.aspx?PageView=Shared%20-%20wijs4>

Newbold, J., Francis, S.A., & Smith, F. (2007). Young people's experiences of managing asthma and diabetes at school. *Archives of Disease in Childhood*, 92, 1077-1080. doi:10.1136/adc.2006.110536

Poel, L. van der., (2010). Ecologische pedagogiek bij de voltijd bachelor pedagogiek. Opgehaald op 28 februari 2012, van <https://onderwijsteams.sharepoint.hu.nl/fmr/IEP/afstuderen/Ecologische%20pedagogiek/Forms/AllItems.aspx>

Ploeg, J.D. van der. (2005). *Behandeling van gedragsproblemen*. Rotterdam: Lemniscaat.

Rijksoverheid (2012). Werken in de zorg: wat zijn voorbehouden handelingen en wie mag ze uitvoeren? Retrieved from <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/werken-in-de-zorg/vraag-en-antwoord/wat-zijn-voorbehouden-handelingen-en-wie-mag-ze-uitvoeren.html>

Rooij, E. van. (2008, oktober). *Gevolgen van diabetes: welke zijn dat en hoe voorkomt u ze?* Brochure Diabetesfonds. Amersfoort: Diabetesfonds.

Rozendaal, A. (z.d.) Oplossingsgericht adviseren en managen: methodieken, het ijsbergmodel van McClelland. Retrieved from: <http://www.anroco.nl/Methodieken/Coaching%20Methodieken%20Het%20ijsbergmodel%20van%20McClelland.htm>

Seignette, I. (2008, juni). Kind met diabetes op school vaak slecht begrepen. Bloedsuiker: informatie over diabetes. Retrieved from www.bloedsuiker.nl

Stubbé, H. (2006). *Een leerling met diabetes in de klas: Hoe hou ik hem / haar bij de les?* Educatieve Voorziening UMC, Utrecht.

Teitler, P., & Brussel, A. (2012). *Lessen in orde op de basisschool: handboek voor de onderwijspraktijk*. Bussum: Coutinho.

Venne, I. van de. (2013). Medicijngebruik en schoolsituatie. Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting. Retrieved from: <http://www.ncfs.nl/index.php?id=001776&id=001776&FlashSupport=true&flashversion=11.602>

Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma.

Zien primair onderwijs. (z.d.). Zeven dimensies. Retrieved from: http://www.zienvooronderwijs.nl/zeven_dimensies

Ziezon. (2013). Diabetes: wat betekent dat voor de praktijk? Retrieved from: <http://www.ziezon.nl/homepage/ziektebeelden/diabetes>

BIJLAGEN

- Begrippenlijst (operationalisering)
- Topiclijst
- Voorbeeld Samenvatting interview directeur
- Voorbeeld Samenvatting interview leerkracht

BEGRIPPENLIJST (OPERATIONALISERING)

Om de begrippen uit dit onderzoek meetbaar te maken is deze begrippenlijst gebruikt. Eerst worden de onderzoeksvragen genoemd en daaronder de dikgedrukte begrippen uitgelegd.

Begrippen uit de hoofdvraag:

*Hoe **ervaren** de leerkrachten en de directie van de reguliere basisschool de **verantwoordelijkheid** voor de zorg voor het kind met Diabetes Mellitus Type 1 en hoe geven ze de zorg in de klas vorm?*

Ervaren of ervaring: Ervaring is een lastig woord om te definiëren. Wat namelijk voor de één een hele grote ervaring is kan voor de ander minder belangrijk zijn. Daarom wordt er in dit onderzoek een onderscheid gemaakt tussen twee soorten ervaringen (LIVE):

- Ervaring als beleving: de unieke betekenis die de ervaring in het persoonlijke leven geeft. Deze betekenis is per persoon verschillend en niet overdraagbaar en vormt de manier waarop de persoon in het vervolg tegen bepaalde aspecten aankijkt.
- Ervaring als kennis: iets goed kunnen en weten waar een ander ook wat aan kan hebben. Dit verwijst naar algemene kennis die wel overdraagbaar is op anderen. Het is meer de werkelijkheid dan de beleving.

In dit onderzoek zal gevraagd worden naar de eerste vorm van ervaren. De beleving van de leerkracht en de directie betreffende de zorg van de leerlingen met DM1 staat centraal. Echter is het dan niet onbelangrijk om ook de feitelijke informatie van de ervaring te kennen. Het model van Mc Lelland geeft hier meer inzicht in (Rozendaal): de driehoek stelt een ijsberg voor waarvan alleen het topje te zien is. De rest ligt onder water en dat geldt ook voor wat mensen denken en willen. Achter de feitelijke beslissingen en het gedrag dat mensen laten zien, zit vaak meer dan wat wij kunnen zien. Deze motieven, eigenschappen, normen en waarden en het zelfbeeld vormen wel de basis voor het uiteindelijke handelen. Door te vragen naar de praktische ervaringen, maar door te gaan op de motieven van de keuzes die daarbij gemaakt zijn wordt duidelijk wat de beleving van de leerkrachten en de directie hierbij is geweest.



Verantwoordelijkheid: Uit het theoretisch kader blijkt dat de leerkracht en de directie verantwoordelijk is voor elke handeling die zij uitvoeren in de zorg voor het kind met DM1. Dit betekent dat als de school ‘ja’ zegt tegen het kind met DM1 van hen wordt geëist dat zij de beroepsmatige handelingen met zorg en toewijding uitvoeren en daarover verantwoording kunnen afleggen.

Begrippen uit de deelvragen

*Welke **praktische zorg** heeft het kind in de klas nodig?*

wat is daarbij de taak van de leerkracht?

wat is daarbij de taak van de directie?

Praktische zorg: met praktische zorg worden alle handelingen bedoeld die nodig zijn in de zorg voor kinderen met DM1 op school. Zoals in het theoretisch kader staat beschreven houdt de praktische zorg voor kinderen met DM1 in de klas de volgende aspecten in: het controleren van de glucose, het monitoren van de insuline het herkennen van- en handelen bij een hypo of hyper en het maken van afspraken met het kind, de ouders en andere betrokkenen over praktische onderwerpen zoals sporten, schooluitjes, eten en drinken, toiletbezoek, etc.

*Welke **emotionele zorg** heeft het kind in de klas nodig?*

wat is daarbij de taak van de leerkracht?

wat is daarbij de taak van de directie?

Emotionele zorg: als men het woord ‘emotioneel’ opzoekt in een encyclopedie wordt al snel duidelijk dat het over het gevoel gaat. Bij emotionele zorg gaat het om de manier waarop de ene persoon om gaat met het gevoelsleven van de ander. Bijvoorbeeld de manier waarop de leerkracht omgaat met de emoties die de leerling beleeft vanwege zijn of haar ziekte. Scholen gebruiken vaak een methode om de sociaal emotionele ontwikkeling van hun leerlingen in kaart te brengen. Alle leerlingen die extra zorg nodig hebben komen dan naar voren. Een methode die veel gebruikt wordt is ZIEN!. Deze methode gebruikt zeven dimensies of graadmeters om de ontwikkeling mee vast te kunnen stellen. Dit zijn welbevinden, betrokkenheid, sociaal initiatief, sociale flexibiliteit, sociale autonomie, impulsbeheersing en inlevingsvermogen (Zien primair onderwijs). De laatste vijf zijn de sociale vaardigheidsdimensies. In dit onderzoek is het niet van belang op elke dimensie diep in te gaan, maar wel om te vragen naar wat de leerkracht opvalt aan deze leerling.

*Voelen leerkrachten zich **bekwaam** voor de zorg voor leerlingen met DM1?*

*Voelen directieleden zich als school **bekwaam** voor de zorg voor leerlingen met DM1?*

Bekwaam: de definitie van “bekwaamheid” is letterlijk terug te vinden in het theoretisch kader en wordt hier nog een keer genoemd:

Volgens de BIG wet bestaat bekwaamheid uit een aantal afzonderlijk componenten (BTSG):

- Kennis: de noodzakelijke, context gebonden, kennis die betrekking heeft op één voorbehouden handeling: dit houdt in dat de leerkracht weet hoe hij of zij de handeling volgens protocol kan uitvoeren en wat het effect van de handeling heeft op de leerling.
- Kunde: de vaardigheid tot het uitvoeren van de voorbehouden handeling: dit betekent dat de leerkracht de handeling genoeg heeft geoefend en ook daadwerkelijk zelfstandig kan uitvoeren.
- Attitude: een professionele houding: de leerkracht treedt de leerling op een juiste wijze tegemoet. Hij of zij zegt wat er gaat gebeuren, observeert de leerling en rapporteert de handeling op een juiste wijze. Dit betekent dus ook dat de leerkracht handelt naar de afspraken die zijn vastgelegd en de betrokkenen op de hoogte houdt.

Voelen leerkrachten zich verantwoordelijk voor de zorg voor leerlingen met DM1?

Wat vinden leerkrachten van deze verantwoordelijkheid en waarom?

Voelen directieleden zich verantwoordelijk voor de zorg voor leerlingen met DM1?

Wat vinden directieleden van deze verantwoordelijkheid en waarom?

De definitie van ‘verantwoordelijkheid’ is al benoemd in de vorige paragraaf. Hier gaat het erom dat de leerkrachten en directieleden zich ook verantwoordelijk **voelen**: als leerkrachten en directieleden zich verantwoordelijk voelen zullen ze de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid op zichzelf betrekken. Voelen zij zich niet verantwoordelijk dan zullen zij deze verantwoordelijkheid op iemand (of iets) anders ‘afschuiven’ en zich niet laten aanspreken op eventuele gevolgen.

*Voelen leerkrachten zich **aansprakelijk** voor de gevolgen, als er iets misgaat bij een **medische handeling**?*

*Wat vinden leerkrachten van deze **aansprakelijkheid**?*

*Voelen directieleden zich **aansprakelijk** voor de gevolgen, als er iets misgaat bij een*

medische handeling?

Wat vinden directieleden van deze aansprakelijkheid?

Aansprakelijkheid: als men de website aansprakelijkheid.nl opent, verschijnt meteen de leus: ‘Aansprakelijkheid is meer dan verantwoordelijkheid’ Dit betekent dat naast de verantwoording af kunnen leggen men ook de eventuele nadelige gevolgen moet dragen.

Medische handeling: een medische handeling is het toedienen van medicijnen, maar in Nederland wordt het injecteren van insuline gezien als een medisch voorbehouden handeling. Dat betekent dat het gezien wordt als een handeling die onaanvaardbare risico's met zich meebrengt, als het door een ondeskundige wordt uitgevoerd (Rijksoverheid, 2012). In de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg staat wie de handeling wel en niet mag uitvoeren. Dit zijn personen die in ieder geval bevoegd zijn de handeling uit te voeren en in opdracht van een arts (Rijksoverheid, 2012)

Voor beide groepen respondenten zijn de volgende topics gebruikt bij het interviewen.

1. Intro
2. Praktische zorg
3. Sociaal emotionele zorg
4. Bekwaam: kennis
5. Bekwaam: kunde
6. Bekwaam: attitude
7. Verantwoordelijkheid / aansprakelijkheid
8. Passend onderwijs
9. Wensvraag

Intro

Het kind met diabetes zit in groep 7. De directeur werkt twee jaar op deze school en kan daarom niet met zekerheid zeggen of dit het eerste kind is met Diabetes Mellitus (DM) op deze school en of het kind DM heeft vanaf de geboorte. In de achterliggende jaren dat hij hier werkt heeft het kind DM gehad. De school heeft 300 kinderen. Dit is iets boven gemiddeld.

Praktische zorg

De directeur is niet op de hoogte hoe in detail de verzorging in de groep gestalte krijgt. Dit staat wel ergens in het klassenboek vermeld. De directeur verwacht dat de jongen uit groep 7 de meeste zorg zelf kan regelen.

Emotionele zorg

Om de sociaal emotionele ontwikkeling te volgen gebruikt de school ZIEN. Twee maal per jaar worden hiervoor lijsten ingevuld door de leerkracht. Ook zijn er overleggen over leerlingen die extra zorg nodig hebben. Dat wordt door de ib-er gedaan en daar is de directeur niet bij, maar hij ziet wel de verslagen. De directeur heeft nooit iets gehoord over de leerling met DM op dit gebied, dus dit zou betekenen dat er geen problemen zijn waar de leerkracht en die ib-er op vastlopen.

Bekwaam: kennis

Het gehele team is op de hoogte van de ziekte, maar weet niet tot in detail wat de zorg in de klas inhoudt. In de teamvergadering is besproken wat gedaan moet worden als er wat met hem gebeurt als de leerkracht er niet bij is. Als er een vervangende leerkracht is dan staan alle gegevens in het klassenboek. Hier staan alle regels en afspraken in zoals een lijst met wat het kind wel en niet mag hebben, maar bijvoorbeeld ook welke kinderen extra geholpen moeten worden met rekenen en taal.

De directeur weet niet of er een zorgteam op school is geweest om meer over de ziekte te vertellen.

Bekwaam: kunde

Volgens de directeur gaat het contact via moeder en is het niet zo dat er regelmatig een medisch team op school komt om uitleg te geven over de handelingen die bij de ziekte horen. De directeur vertelt nogmaals dat hij niet weet wat voor handelingen er tot in detail nodig zijn bij deze jongen uit groep 7.

Bekwaam: attitude

De directeur denkt dat iemand die in de klas komt kijken niet gauw zal zien dat de jongen aan DM zou leiden. Hij kan alles wat andere kinderen ook doen en is niet opvallend. Zijn ziekte hoort bij zijn dagelijkse gang en hier heeft hij zijn eigen vaardigheid in opgebouwd om het te verbergen en de dingen te doen die hij moet doen.

Naar weten van de directeur wordt de jongen met DM weinig (of niet) besproken in zorgbesprekingen. Hij vindt ook dat het kind niet in een bepaalde uitzonderingspositie gezet

moet worden. Als de zorg loopt, dan loopt het en moet er niet steeds over gesproken worden. Het kind wil ook niet dat er steeds extra aandacht aan besteed wordt. Hij wil net als andere kinderen meegaan met alles.

Verantwoordelijkheid / aansprakelijkheid

Volgens de directeur is DM geen reden om het kind aan de poort te weigeren. Het is de taak van de school om te kijken welke zorg zij kunnen bieden. Er is daarbij wel nagedacht over de aansprakelijkheid, maar dit heeft te maken met het toedienen van medische handelingen. De ziekte op zichzelf doet bij de directeur geen alarmbellen rinkelen. De directeur is huiverig in het toedienen van een medische handeling. Dit geldt voor medicatie, maar ook voor het toedienen van insuline. Op dit moment is dat niet aan de orde, maar als dat wel zo is moet het goed vastgelegd worden met ouders. Als er iets mis gaat wil de school toch een bescherming van zichzelf hebben opgebouwd met een aansprakelijkheidsverklaring. Hierin moeten ouders aangeven dat, als er wat fout gaat, zij de school niet aansprakelijk kunnen stellen. Dit geldt niet voor deze jongen, want hij zit in groep 7 en doet alles zelf. Als nu een kleuter met DM wordt aangemeld zou dat voor de directeur ook geen reden zijn het kind te weigeren. Er moeten dan goede afspraken op papier gezet worden met ouders en daarin de aansprakelijkheid meegenomen.

Op dit moment is de school stichting breed ermee bezig om het ook juridisch goed vast te leggen.

De school heeft het beste met iedereen voor, maar het blijft mensenwerk zegt de directeur. Het zijn leerkrachten die de handeling uitvoeren, geen verpleegkundigen. De directeur heeft er alle begrip voor als zij er niet voor open staan de medische handeling te verrichten. Hij denkt dat de leerkrachten in zijn team er dezelfde huivering voor hebben als hij zelf. De school wil zijn best doen, maar als het zou betekenen dat leerkrachten over hun grenzen heen moeten gaan zou hij niet direct die verantwoordelijkheid willen nemen. Wellicht is er in dit geval een andere oplossing te bedenken. Zo zit er ook een kind op de school waarvoor twee maal per dag een wijkverpleegkundige langs komt om het kind naar de wc te laten gaan. Dit is iets dat niet van de leerkracht verwacht kan worden, zegt de directeur. Voor DM is dat niet van toepassing, maar wellicht als het om een of twee injecties per dag zou gaan kan de leerling misschien naar een leerkracht gaan die hier wel open voor staat.

Alles wat de leerkracht doet vanuit zijn of haar functie is verzekerd, legt de directeur uit. Er is geen extra verzekering genomen voor aansprakelijkheid omdat er een kind met DM op school zit. Dat zou misschien ter sprake komen als er een kleuter op school zou komen met DM. Het liefst heeft de directeur toch dat moeder of vader en anders een wijkverpleegkundige op school komt om insuline te injecteren.

Wat betreft de haalbaarheid van de zorg maakt de directeur zich op dit moment geen zorgen. Als het kind elk half uur een injectie nodig heeft wordt het wel te veel gevraagd voor een reguliere basisschool, maar dat is niet aan de orde met DM. Die afweging kan je ook niet maken aan de hand van het aantal injecties. Dat wordt per kind op dat moment bekeken en in overleg met ouders.

De praktische zorg is volgens de directeur de verantwoordelijkheid van de leerkracht. De directeur ziet het als zijn taak om de leerkracht deze verantwoordelijkheid ook te melden en te zorgen dat hij deze op zich neemt. Wel blijft de directeur de eindverantwoordelijke, maar de zorg in de klas ligt bij de leerkracht. Als bepaalde dingen niet goed lopen in de klas kan de leerkracht naar hem toe komen met vragen. Dit is nog niet aan de orde geweest voor deze jongen met DM.

Verder is het hele team op de hoogte van de ziekte van de jongen. De directeur zegt daarbij dat als de leerkracht er niet bij is de verantwoordelijkheid ook goed gedragen moet worden door de hele school.

Passend onderwijs

Met passend onderwijs verandert volgens de directeur niet veel. Als er nu een kind met bepaalde zorgvragen aan de poort staat gaat de school met de ouders in gesprek om te kijken naar de mogelijkheden. Dat zal straks niet anders zijn. Ook aan diversiteit binnen klassen zal volgens de directeur weinig veranderen. De directeur staat er altijd al voor in de school zo laagdrempelig mogelijk te maken om zo veel mogelijk kinderen toegang tot regulier onderwijs te bieden. Het is echter niet zo dat als kinderen eenmaal over de drempel zijn, zij acht jaar gegarandeerd zijn van een plaats op de school. Met hele specifieke gevallen zal per jaar bekeken moeten worden of de zorg nog haalbaar is, vertelt de directeur. Maar zodra 'ja' is gezegd, wordt in samenspraak met ouders alles gedaan om het kind te kunnen bieden wat de school in huis heeft. Het is dus altijd 'ja, mits' En dan mits de zorg geboden kan worden die het kind nodig heeft om zich op een reguliere basisschool te kunnen ontwikkelen. De directeur denkt dat dit ook de wens is van iedere ouder en anders is het voor hen ook prettig om te weten dat er andere scholen zijn die de zorg wel kan bieden.

Wensvraag

Als de directeur iets veranderd zou willen zien is dat een landelijke regeling in de aansprakelijkheid voor de hele beroepsgroep. Ook bepaalde formats voor de afspraken die school en ouders maken en waar zij hun handtekening op kunnen zetten zouden handig zijn.

Intro

De leerkracht van groep 7 geeft les aan een leerling met Diabetes Mellitus (DM). Dit jaar voor de kerstvakantie is bij hem DM geconstateerd. Hij werd rond november van school opgehaald, omdat hij heel futloos was. Thuis werd hij wel heel afwezig en toen is moeder met hem naar de huisarts gegaan. Toen bleek dat zijn suikerwaarde heel hoog was en zo kwamen ze er achter dat hij DM heeft. Hij is toen eerst een tijdje in het ziekenhuis geweest, maar eigenlijk kwam hij heel snel weer op school.

Voor zover de leerkracht weet is dit het eerste kind met DM op school. De school heeft rond de 200 leerlingen en in groep 7 zitten 27 leerlingen.

Praktische zorg

De leerling moet zichzelf met insuline injecteren, maar doet dit gebeurt allemaal thuis. Alleen als hij moet overblijven, moet hij op school injecteren, maar dit is zelden en hij doet het allemaal zelf. De verpleegkundige heeft aan de leerkracht uitgelegd dat moeder thuis van tevoren calculeert wat hij ongeveer eet en dat wordt 's morgens ingespoten. Als hij thuis komt meten ze de suikerwaarde en dan kijken ze of het goed is gegaan en meer of minder moeten spuiten. Bij een traktatie moet hij daarom thuis vertellen wat hij heeft gegeten.

De leerkracht had verwacht dat ze van alles moesten klaarleggen en goed opletten met eten bij bijv. traktaties, maar dit beeld is wel veranderd. Het bijhouden met de spuit gebeurt dus thuis en hij mag alles eten. Ook is het een voordeel dat hij zelf helemaal niet angstig is voor prikken.

Als de jongen zich niet lekker voelt en bij de leerkracht komt, nemen ze een aantal vragen door om te kijken of hij hoog of laag zit. Dit is een soort stappenplan. Bij beiden is het eigenlijk meteen moeder bellen. In de klas staat een doosje voor echte noodgevallen. Hier zit een meetapparaatje in en een spuit. Hij zou dit dan zelf pakken. Als hij echt mocht wegvallen dat is het gewoon 112 bellen en als hij niet lekker is ouders bellen. Hij kan dan zelf nog meten en kijken of hij er zelf nog wat aan kan doen. Als hij te laag zit kan hij dan wat limonade en druivensuiker pakken. Dit ligt altijd in de klas. Als het niet lukt, gaat hij naar huis. De leerkracht hoeft dus niet zelf in de weer met injecteren.

Als de klas een uitje heeft moeten voor de zekerheid wel al zijn spullen mee, mocht er wat gebeuren.

Emotionele zorg

Om de sociaal emotionele ontwikkeling te volgen gebruikt de school 'kanjertraining'. Hier is de school nog wel mee bezig, maar hier willen ze in ieder geval naar toe. De kinderen zelf en de leerkracht moet dan een vragenlijst invullen.

De leerkracht ziet geen verschil met nu de leerling DM heeft en daarvoor. De leerkracht zegt dat het hem niet heel erg interesseert en dat hij een chaoot is. Daarom waren zij ook bang dat zij hem achter de broek aan moesten zitten, maar dat valt heel erg mee. Met overblijven zet hij ook zo zijn spuit in zijn buik waar iedereen bij is, vertelt de leerkracht. Dit maakt hem niets uit. De leerkracht zegt dat dit ook de andere kant op kan. De leerling kan ook grapjes maken

ten koste van zichzelf, dat was altijd al zo. Maar bij de kanjertraining gaf hij aan dat hij het toch niet zo leuk vindt als mensen grapjes maken over zijn ziekte. De leerkracht vond dit bijzonder, omdat hij er zelf zo nonchalant mee is en vindt dat hij er zelf dan wat serieuzer over moet doen.

Bekwaam: kennis

Toen de leerling weer op school kwam na het ziekenhuis kreeg de leerkracht eerst een briefje met daarop wat zij moesten doen als het niet goed zou gaan. Een paar weken later kwam de verpleegkundige langs om te praten met de twee leerkrachten. Toen zag de leerkracht, dat het eigenlijk wel mee viel en viel er een last van hen af.

Een kaart waarop staat wat te doen als het niet goed gaat hangt op het bord in de klas, maar ook in de lerarenkamer voor alle leerkrachten. Als ze buiten zijn weet iedereen wat ze moeten doen. Iedereen weet ook welke spullen er voor de leerling in de klas liggen.

Bij de overdracht naar het volgende schooljaar lezen de leerkrachten alle dossiers van de kinderen, maar er vindt ook een mondelinge overdracht plaats. Dan komt deze leerling zeker ter sprake. De belangrijkste dingen die je dan bespreekt zijn dan de tekenen waar je op moet letten, het stappenplan en wat je vervolgens moet doen. Dat hij voor de rest alles mag eten, hoe het contact met ouders is en wat moeder allemaal thuis regelt. De leerkracht denkt dat dit wel verteld is aan alle leerkrachten, maar dat zij het sneller vergeten, omdat zij er niet dagelijks mee te maken hebben. Dus misschien weten ze het wel maar moet het even opgefrist worden. Ook kan de leerkracht zich voorstellen dat als er wat op het plein gebeurt zij het snel aan haar overdragen, omdat zij of haar duo collega er toch altijd zijn en anders komen ze er ook wel uit.

Dat de verpleegkundige op school kwam was volgens de leerkracht eenmalig. Wel gaf de verpleegkundige hun het idee dat de leerkrachten haar altijd kunnen bellen als daar behoefte aan is en dat zij dan ook wel weer zou willen komen.

Bekwaam: kunde

Moeder en de verpleegkundige hebben uitgelegd hoe de suikerwaarde gemeten moet worden en door de verpleegkundige is uitgelegd wat ze dan moeten doen. Het ging meer om de symptomen en waarop zij moeten letten.

Injecteren is niet nodig, maar mocht dit wel nodig zijn dan denkt de leerkracht dat de verpleegkundige hen dit zou leren.

Bekwaam: attitude

De leerkracht zou voor deze leerling eerder de moeder bellen dan voor andere leerlingen, omdat ze thuis gewoon alles bij elkaar hebben en moeder precies weet wat zij hem in de ochtend heeft gegeven. Bij een ander kind zou zij zeggen 'doe even rustig aan' of 'ga maar even een slokje water drinken', maar als hij aangeeft dat hij zich niet lekker voelt moet je dat wat serieuzer nemen.

Aan begin vond de leerkracht het spannend, maar nu niet meer. In het begin dacht de leerkracht meteen het ergste, maar eigenlijk is er een heel ander beeld ontstaan door wat de diabetesverpleegkundige heeft uitgelegd en dat geeft wel rust. Misschien komt dat ook

doordat de leerling zelf heel relaxt eronder is of doordat er nog nooit iets vervelends gebeurd is.

De leerling doet gewoon overal aan mee, hierdoor vergeet de leerkracht het ook wel eens. Daarom hangt op het bord een kaartje zodat iedereen in de klas het ook weet. Aan het begin is met de klas ook een filmpje gekeken. De kinderen waren er wel van geschrokken toen de leerling ineens ziek was. Hij is er wel redelijk open over. In combinatie met de rest van de klas gaat het goed. De leerkracht merkt er eigenlijk helemaal niets van nu.

De leerkracht zegt dat de verpleegkundige uitheeft gelegd dat als het niet goed gaat met de jongen, ze er soms beter aan doen eerst moeder te bellen dan meteen 112 en dan in overleg te bekijken wat vervolgens moet gebeuren. Dit omdat het niet fijn voor hem is als 112 komt. Gelukkig is dit ook nog nooit voorgekomen.

De leerkracht hoeft de jongen weinig achter de broek aan te zitten. Alleen als ze een klassenuitje hebben en zijn spullen mee moeten nemen of als ze een traktatie hebben gehad. Dan vraagt de leerkracht hem of hij alles bij zich heeft of dat hij tegen zijn moeder zegt wat hij gegeten heeft. De leerkracht doet dit omdat zij het belangrijk vindt dat hij hier zelf ook alert op wordt voor als hij straks ouder wordt.

In groep 3 zou de zorg voor een leerling met DM misschien lastiger zijn, omdat de leerlingen je dan meer nodig hebben. Groep 7 kan wel even werken. Maar dan nog denkt de leerkracht dat op het moment dat de leerling met DM zorg nodig heeft dat even het belangrijkste is en dat de andere kinderen op dat moment even niet uitmaken. Dan gaan zij maar even keten en gek doen, maar de gezondheid gaat dan voor. De leerkracht zou dan ook kijken of zij hulp kan zoeken bij misschien de directeur of de ib-er die dan even voor de klas kunnen. Er zijn genoeg oplossingen.

Ook denkt de leerkracht dat de situatie anders zou zijn als de leerling geïnjecteerd moet worden door de leerkracht. De directeur heeft haar uitgelegd dat daar wel de tijd voor genomen moet worden en daardoor verandert de situatie.

De afspraken die zijn gemaakt, zijn gemaakt met ouders, de verpleegkundige en de twee leerkrachten. De directeur was hier niet bij, maar is later wel ingelicht. Ook de rest van het team is later in een vergadering op de hoogte gesteld. Verder zitten de afspraken in zijn zorgdossier op de computer.

Voor een vervanger voor de klas is het stappenplan bekend. De leerkracht weet niet hoe de vervanger erin staat, maar zij kan zich voorstellen dat zij er niet zo direct mee bezig zijn als de leerkracht. Zij zijn er namelijk niet dagelijks mee bezig. Ook merkt de leerkracht dat de een er makkelijker in staat dan de ander aan bijv. EHBO dingen.

De school heeft best veel BHV-ers voor zo'n kleine school legt de leerkracht uit.

Verantwoordelijkheid / aansprakelijkheid

De leerkracht denkt dat haar taak vooral is de leerling in de gaten houden. Dat als hij wat futloos of wit ziet zij even tegen hem zegt dat hij zijn suikerwaarde moet meten. Of handelen als hij naar de leerkracht toekomt, omdat hij niet lekker is. De taak van de directeur is volgens de leerkracht kijken hoe het met de leerling en de leerkrachten gaat. En aan het begin heeft de directeur bijgestaan in het regelen van de zorg voor de leerling. Hij heeft de taak op zich genomen uit te zoeken hoe het zit met de medische handelingen. De directeur heeft wel vaker

een kind met DM op school meegemaakt. Hij dacht meteen een heel plan te moeten schrijven, omdat hij dacht dat de leerkracht ook moest gaan prikken. Omdat de medische handeling niet nodig is en de jongen alles zelf regelt bleek een plan ook niet nodig te zijn.

Medische handeling

De leerkracht hoeft de leerling niet te injecteren met insuline. Volgens de leerkracht mag zij dit ook niet, omdat ze het niet geleerd heeft. Als ze het wel zou moeten zou zij het wel willen, maar dan wel na het geleerd te hebben; een duidelijke training. Hier was de verpleegkundige die toen op school kwam ook heel duidelijk in. Volgens de leerkracht gaat het ook om een verzekeringskwesitie, omdat als zij iets verkeerd doet zij dan wel de schuldige is. De leerkracht denkt dat zij of de school dan aansprakelijk gesteld kan worden. Daarnaast vindt de leerkracht het niet haar taak.

Op dit moment voelt de verantwoordelijkheid minder groot, omdat injecteren niet nodig is. De leerkracht denkt dat dit komt omdat zij zelf ook wel nuchter is. Als er wat gebeurt, belt de leerkracht de ouders of 112. Dan wordt de verantwoordelijkheid ook bij hen neergelegd. Dus dan ligt alleen de verantwoordelijkheid van het signaleren bij de leerkracht.

Als het echt mis zou gaan dan zou de leerkracht wel wat proberen, want dan probeer je toch iemand te redden. Wel weet de leerkracht dat men zich er bewust van moet zijn dat je niet zomaar alles mag doen. Dit is soms ook indekken. Maar als de leerkracht echt het gevoel heeft dat zij hem helpt als zij handelt, dan zou zij toch handelen ook al is zij (of de school) aansprakelijk.

Passend onderwijs

De leerkracht verwacht niet dat er wat gaat veranderen door passend onderwijs, omdat zij er op dit moment nooit iets van merkt.

De leerling zit eerder hoog wat betreft de suikerwaarde en de leerkracht denkt dat het misschien anders zou zijn als hij juist snel laag zou zitten. Als hij sneller weg zou kunnen vallen zou dit andere zorg met zich mee kunnen brengen. Ook denkt zij dat het ene kind een heftiger ziekbeeld zou kunnen hebben dan het andere kind. Omdat de leerkracht er nu weinig van merkt denkt zij dat het bij deze leerling meevalt, maar dit zou ook haar gevoel kunnen zijn.

Met passend onderwijs worden kinderen geholpen op hun eigen niveau. Je werkt dan in groepjes, legt de leerkracht uit. De leerkracht heeft het idee dat je bij DM gewoon alert moet zijn en dat verandert niet als hij in een ander groepje zit of even in het lokaal ernaast. De leerkracht hoeft er niet constant bovenop te zitten. Dit is volgens de leerkracht niet anders als zij insuline zou moeten injecteren, omdat dit vaak op vaste momenten gebeurt, zoals in de pauzes en daar is dan wel even tijd voor. Wel denkt de leerkracht wel eens dat dit anders zou zijn als het om een kleuter zou gaan. De leerling uit groep 7 is heel zelfstandig en kan ook zelf aangeven als hij zich niet lekker voelt. De leerkracht kan zich voorstellen dat een kleuter meer in de gaten gehouden moet worden. Een kleuter kan te druk zijn met spelen en dan vergeten dat hij zich niet lekker voelt. Ook denkt de leerkracht dat dit per kind verschillend is en daarom moeilijk in te schatten is.

Eigenlijk denkt de leerkracht dat de leerlingen met DM zich wel redden totdat zij zich niet

lekker voelen en als ze dan gewoon bij je signaleert het is er niets aan de hand. Dan zijn er wel lastigere dingen waar de leerkracht tegen aanloopt. ‘Dit is dan een makkie’, zegt de leerkracht.

Wensvraag

De leerkracht heeft niet echt een wensvraag. Wel denkt de leerkracht dat zij, omdat er zo weinig gebeurt, het niet altijd in haar hoofd zit. Zij is dan bang dat zij het vergeet terwijl als zij er zo over praat, ze alles wel weet. Dus het is meer de eigen angst niet alert te zijn dan dat het echt zo is.