

De vergoedingsregeling dyslexie in het licht van rechtvaardig onderwijs

Herman Wieberdink & Heleen Kuster

Inleiding

Sinds 01 januari 2009 zijn diagnostiek en behandeling van ernstige, enkelvoudige dyslexie opgenomen in het basispakket van de zorgverzekeringswet. Voor een groep ouders wordt daarmee de mogelijkheid geschapen aanspraak te maken op vergoede zorg met betrekking tot ernstige lees- en spellingproblemen die hun kind(eren) in het onderwijs ondervinden. Vanuit het oogpunt van verzekerde zorg gaat het hier om een bevoorrechte groep kinderen. Zorg bij leerstoornissen, waaronder dyslexie, valt namelijk onder de niet verzekerde zorg. Behandeling van ernstige dyslexie vormt hierop een uitzondering (Van Diggelen, Kroes & De Wit, 2012). Een uitzonderingssituatie waarbij een beroep wordt gedaan op solidariteit, in casu gemeenschapsgeld, vraagt om het stellen van eisen. De procedures die dienen de groep ernstige dyslectici van de overige probleemlezers te onderscheiden behoren te steunen op wetenschappelijke consensus en mogen niet arbitrair of discriminerend zijn. Kinderen mogen niet ten onrechte worden in- of uitgesloten van hulp. Bij de vergoedingsregeling dyslexie wringt hier de schoen. Om de regeling financieel beheersbaar te houden, zijn criteria vastgesteld om de doelgroep strak te begrenzen. De te volgen procedure bij de afbakening van de groep kinderen die voor vergoede zorg in aanmerking mag komen en de verantwoording en keuzes die hieraan ten grondslag liggen, leiden in de praktijk tot willekeur en discriminatie. De vergoedingsregeling voor ernstige, enkelvoudige dyslexie draagt dan ook niet bij aan rechtvaardig onderwijs.

De overheveling van de behandeling van een ernstig leerprobleem als dyslexie naar de zorg draagt bovendien bij aan de medicalisering van het onderwijs. Deze ontwikkeling belemmert de professionele autonomie van leraren en kan een rem zijn op de inhoudelijke ontwikkeling van het onderwijs. Leraren horen een belangrijke en actieve rol te vervullen in het blijvend verbeteren van onderwijs aan alle kinderen. In plaats van een diagnostiek gericht op labeling kan de aandacht beter uitgaan naar een handelingsgerichte diagnostiek gericht op interventies in de klas en afgestemd op individuele behoeften van (alle) zorgleerlingen.

Willekeur

Een grote groep leerlingen heeft in het onderwijs zodanige moeite met het verwerven van technische leesvaardigheid dat hun verdere schoolcarrière en maatschappelijk functioneren erdoor bedreigd wordt. Zo schrijft de inspectie (2011) in het Onderwijsverslag 2009/2010 het volgende:

“Leerlingen die op de basisschool niet goed genoeg hebben leren lezen, leren dat in het voortgezet onderwijs ook niet, tenzij ze leerstof krijgen die hen helpt de achterstanden te overbruggen. Omdat die leerstof vaak ontbreekt, heeft Nederland nog steeds 14 procent laaggeletterden, merendeels in het vmbo. Deze leerlingen begrijpen eenvoudige teksten over alledaagse zaken niet of kunnen hun eigen leerboeken nauwelijks zelfstandig lezen” (p.23).

Er is veel wetenschappelijke discussie en onenigheid over de vraag of en hoe het mogelijk is binnen de grote groep zwakke lezers de dyslectische lezers te onderscheiden. Leesvaardigheidsscores zijn namelijk continu verdeeld: op geen enkele plaats is er een gat of dip die dyslectici van niet-dyslectici onderscheidt. Leesvaardigheid laat zich niet categoriseren door de aan- of afwezigheid van een bepaalde eigenschap op basis waarvan kan worden vastgesteld of iemand dyslexie heeft. De onderzoeksliteratuur geeft geen steun aan de opvatting dat dyslexie is te beschouwen anders dan het lage uiteinde op het continuüm van leesvaardigheid. Er is op de normaalverdeling van leesscores nergens een 'magic point' waar iemand wel of niet een stoornis heeft (Stanovich, 1999). Wat overblijft, is het vaststellen van een arbitrair criterium. Als de score beneden een bepaald minimum

valt, is er sprake van een stoornis (Bosman, 2008).

In de diagnostische praktijk kunnen de continu verdeelde leesvaardigheids- en aan leesvaardigheid gerelateerde scores tot willekeur leiden. Om een continue vaardigheid, zoals lezen, te categoriseren moet een cut-offscore worden ingevoerd: een score die de grens tussen twee categorieën aangeeft, bijvoorbeeld tussen dyslexie en niet-dyslexie. Een behaalde score heeft altijd een standaardmeetfout: de behaalde score is een benadering van de werkelijke score. Twee scores, één net boven en één net onder de grens, kunnen in psychometrisch en in cognitief opzicht identiek zijn, maar op basis van toeval aan een andere categorie worden toegekend. Voor kinderen in kwestie betekent dit het ten onrechte hulp ontvangen of hiervan uitgesloten worden.

Een andere vorm van willekeur die in de vergoedingsregeling dyslexie besloten ligt, is de afspraak dat kinderen die naast dyslexie een andere stoornis hebben (comorbiditeit), geen aanspraak kunnen maken op de regeling. De vraag is of dit te rechtvaardigen valt. Het antwoord luidt bevestigend wanneer uitgegaan wordt van een theoretisch model waarbij dyslexie als specifiek probleem wordt gedefinieerd, bijvoorbeeld als een stoornis in de fonologische module (het gebied voor de verwerking van kleine spraakklankeenheden) ergens in het brein. Daarbij geldt de vooronderstelling dat de stoornis een genetische basis heeft en specifiek is, dit wil zeggen in principe beperkt tot deze module. Hier zijn alternatieve wetenschappelijke opvattingen tegenover te stellen, zoals bijvoorbeeld Leseman (2005) doet. Hij verwijst naar onderzoek dat laat zien dat een pasgeborene met een grotendeels ongespecificeerd brein ter wereld komt. Hersengebieden kunnen zich in de loop van tijd wel specialiseren en zo het karakter van modulaire systemen krijgen, maar in dit proces speelt de omgeving van het kind een sturende rol. Genetische en andere vroege risico's moeten dan principieel op een laag organisatieniveau van de hersenen inwerken, waardoor het eerder uitzondering is dan regel dat er later maar één specifiek probleem ontstaat. Van den Broeck (2011) spreekt van de specificiteitsparadox: enerzijds wordt dyslexie gedefinieerd als een specifiek probleem, anderzijds bestaat er een overvloed aan onderzoeksgegevens die op veel gebieden cognitieve verschillen tussen kinderen met leesproblemen en normale lezers aantoonen. Van den Bos en Van der Leij (2004) concluderen dat er geen enkel steekhoudend argument te geven is deze (comorbide) leerlingen uit te sluiten voor wat betreft hun recht op specialistische hulp buiten het onderwijs. Ook de zorgaanbieders ervaren de strikte afbakening van de diagnose ernstige, enkelvoudige dyslexie als een knelpunt en geven aan dat op deze manier kinderen met ook ADHD en autisme niet of onvoldoende worden behandeld (Minke, Gijzel & Gerritsen, 2012).

Met behulp van het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (Blomert, 2006a), dat de basis vormt van de vergoedingsregeling, wordt getracht te ontsnappen aan de willekeur van een arbitrair criterium. Door middel van differentiaal diagnostiek wordt bepaald of er bij een kind sprake is van een dyslexie-kenmerkend cognitief patroon, waardoor het voor (vergoede) specialistische behandeling in aanmerking komt. Maar dit vormt geen oplossing: de ene willekeur wordt slechts ingeleverd voor de andere. De in het protocol opgenomen cognitieve vaardigheden staan in wetenschappelijk opzicht ter discussie, zoals onder andere De Jong (2008) aantoonen. Er is bijvoorbeeld een overrepresentatie van snelheidsmaten die aan de gekozen variabelen zijn gekoppeld. Van de zes te bepalen maten zijn er vier gericht op snelheid. Problematisch is dat bij de meeste snelheidstaken een deel van de variantie wordt bepaald door een meer algemene snelheidsfactor, die in het geheel niet specifiek is voor het lezen. "Dit betekent dat het heel wel mogelijk is dat met dit protocol de tragere dyslecticus, ten onrechte, meer kans heeft om als dyslecticus erkend te worden dan de snellere dyslecticus."

Het is goed in gedachten te houden dat de keuze om het aantal dyslexiebehandelingen te beperken geen gevolg is van wetenschappelijke inzichten of van de marktwerking in de zorg, maar van politieke keuzes en maatregelen gericht op financiële beheersing van de voorziening (Wieberdink, 2009). Een belangrijke doelstelling van het Protocol is namelijk het bewaken van de toegang tot de zorg (Blomert, 2006a: p.2). Om te voorkomen dat er een te grote overloop vanuit het onderwijs naar de gezondheidszorg plaatsvindt, stelt de overheid grenzen. Op dit moment lijkt de doelgroep van dyslectici die voor vergoeding in aanmerking komen vooral te moeten worden beperkt tot 4 procent

van het totaal aantal leerlingen in het basisonderwijs (Blomert, 2006a, 2006b).

Discrimineren

De uitzonderlijke positie van dyslexie wat betreft vergoeding van zorg, wordt door het College van zorgverzekeringen onderbouwd met het argument dat "dyslexie een genetisch bepaalde neurobiologische stoornis is, die een ernstige beperking inhoudt voor de school- of werksituatie" (Latta, Hendriksen-Neijssen & Van Loenhout, 2007). Deze formulering roept vragen op. De suggestie wordt gewekt dat er een dyslexiespecifieke achterliggende stoornis bestaat, die resulteert in (ernstige) lees- en spellingproblemen. De huidige stand van zaken met betrekking tot neurologisch en genetisch onderzoek staat een dergelijke conclusie echter niet toe. Er is geen consensus over wat men de uiteindelijke of neurobiologische oorzaken van specifieke leesproblemen zou kunnen noemen (Vellutino, Fletcher, Snowling & Scanlon, 2000; Elliott & Gibbs, 2008; Van den Broeck, 2002, 2011). Dit betekent dat we bovenstaande formulering van dyslexie niet als verklarend mogen interpreteren, maar als een omschrijving van dyslexie moeten zien. Het bezwaar tegen de omschrijving is dat deze zo algemeen is dat veel, zo niet alle, (ernstige) leerproblemen eronder kunnen vallen. Het is op basis van deze omschrijving niet uit te leggen en te billijken dat (ernstige) rekenproblemen of dyscalculie niet en dyslexie wel tot vergoede zorg behoort. De 'dyscalculie-lobbyisten' hebben dan ook een sterk punt bij hun streven naar een gelijke behandeling. Wat opgaat voor kinderen met dyscalculie gaat ook op voor kinderen met andere cognitieve problemen, zoals kinderen met een zwak functionerend geheugen of kinderen met problemen bij begrijpend lezen. Ook hun problemen worden ongetwijfeld veroorzaakt door een mix van erfelijke en omgevingsfactoren, net zoals bij dyslexie en dyscalculie het geval is (Van den Broeck, 2011).

De vergoedingsregeling dyslexie bergt willekeur in zich met betrekking tot leerlingen met (ernstige) leesproblemen en is discriminerend ten opzichte van kinderen met andere (ernstige) leerproblemen. Het is de vraag of dit een acceptabele basis is voor een regeling die beroep doet op solidariteit en gemeenschapsgeld. Daar komt bij dat de vergoedingsregeling onbedoelde en ongewenste effecten op het onderwijs kan hebben.

Mogelijke effecten op het onderwijs

In de eerste plaats draagt de vergoedingsregeling dyslexie bij aan de medicalisering van het onderwijs. Sinds de introductie van de term 'medicalisering' in de jaren zeventig van de vorige eeuw is deze op velerlei manieren gebruikt en ingevuld (Mol & Van Lieshout, 2008). Wij gebruiken de term hier in zijn meer oorspronkelijke betekenis: het relevant maken van geneeskunde en de etiketten 'gezond' en 'ziek' voor een allengs groter deel van het menselijk bestaan. Zo kent in Nederland de opvoeding van kinderen al langer een geschiedenis van (psychiatrische) medicalisering. Vanaf de jaren dertig wordt, onder invloed van de Individualpsychologie van Adler en Künkel, afwijkend gedrag van kinderen niet langer beschouwd als moreel laakbaar, maar wordt het een medisch verhaal over stoornissen van de kindergeest (Bakker, 2005). Kinderpsychiaters en -psychologen claimen de deskundigheid over de vraag wat een geestelijk 'gezond' kind is, waardoor traditioneel "morele experts" als onderwijzers aan de zijlijn komen te staan (p. 18). Hier is het niet bij gebleven. Steeds vaker krijgen kinderen die moeite hebben met gedragingen die specifiek zijn voor het schoolse leren zoals aandacht, concentratie, behoeften uitstellen of ondergeschikt maken, een psychiatrisch label. Met de vergoedingsregeling dyslexie begint de medicalisering door te dringen in het gebied van het leren van schoolse vaardigheden. Het is juist deze vérgaande medicalisering van het onderwijs die met ongewenste effecten gepaard kan gaan.

De vergoedingsregeling dyslexie staat op gespannen voet met de wettelijke taak van het primair onderwijs met betrekking tot leerlingen die extra zorg behoeven. Ten aanzien van die leerlingen is het onderwijs gericht op individuele begeleiding die is afgestemd op de behoeften van de leerling (artikel 8, lid 4 Wet op het Primair Onderwijs). Wanneer uit de groep zorgleerlingen van de basisschool, die afhankelijk van de gehanteerde definitie tussen 10 en 26% wordt geschat, een tamelijk willekeurige subgroep leerlingen met leesproblemen wordt overgeheveld naar de

gezondheidszorg, wordt de wettelijke zorgtaak van de basisschool voor een deel naar de gezondheidszorg verschoven. Deze ontwikkeling wordt versterkt doordat in de gezondheidszorg geld beschikbaar is voor behandeling van aan school gerelateerde problemen, terwijl hiervoor in het onderwijs nauwelijks middelen voor handen zijn (Jepma, 2003; Van Eijck, 2007; Van Grinsven, Mors & Elpick, 2012). Tegemoetkomen aan individuele behoeften, zo leert een harde economische wet, brengt kosten met zich mee. Zonder voldoende geld of middelen op de werkvloer kunnen leraren geen maatwerk leveren. Om dit dilemma het hoofd te bieden, kunnen scholen zich richten op de maximale benutting van de financiële mogelijkheden die de overheid biedt: inzetten op zoveel mogelijk gebruikmaken van op indicatie te verkrijgen zorggelden (Besseling, et al., 2007). Gestimuleerd door de Nederlandse bekostigingssystematiek - geen diagnose, geen geld voor hulp - leidt dit tot de situatie dat Nederland het land in Europa is met de meeste kinderen met een diagnostisch label (Bosman, 2008). Het hoeft geen betoog dat hiermee de financiële grenzen van het systeem onder druk staan.

In de tweede plaats tast de overheveling van de behandeling van een groep kinderen met ernstige leesproblemen naar de gezondheidszorg de professionele autonomie van de leraar aan. Externe deskundigen claimen unieke competenties om een didactisch terrein op te eisen dat bij uitstek tot de beroepsuitoefening van leraren hoort. Het is de vraag of deze claim gegrond is. Het is niet zo eenvoudig het extra belang van externe dyslexiebehandeling ten opzichte van de aanpak in school vast te stellen. Er zijn in het (reguliere) onderwijs veel kinderen met ernstige lees- en spellingproblemen die uiteindelijk tot een acceptabel niveau van presteren komen. Complicerende factor is dat de ontwikkeling van lezen en spellen een zaak van lange termijn is. Ook na de basisschool gaat de ontwikkeling door. Gemiddeld halen kinderen bij technisch lezen op ongeveer 15-jarige leeftijd het plateau waarboven nauwelijks meer vooruitgang wordt geboekt. Maar er bestaat een grote variatie in de precieze leeftijd waarop dit niveau bereikt wordt; dit kan uiteenlopen van 11 jaar tot 23 jaar (aangehaald in Van den Broeck, 2011). Kinderen met ernstige leesproblemen bouwen over het algemeen vroeg in hun leesontwikkeling een grote achterstand op. Die halen ze weliswaar niet meer in, maar bij een groot deel van die kinderen wordt de achterstand ook niet groter. Met andere woorden: hun groeiritmte blijkt bijna hetzelfde te zijn als bij normale lezers (Van den Bos & Van der Leij, 2004; Van den Broeck, 2011).

Daar komt bij dat studies naar het effect van behandeling van dyslexie buiten de schoolsituatie lastig met elkaar te vergelijken zijn. 'Harde' uitspraken zijn vaak niet mogelijk omdat een gecontroleerd experimenteel design, inclusief ongetrainde controlegroepen, veelal niet tot de mogelijkheden behoort. In een poging effecten van dyslexiebehandelingen in Nederland te vergelijken concludeert Van der Leij (2006) dat alle behandelingen in zekere mate effectief zijn en dat de mate van effectiviteit afhankelijk is van de ernst van het lees- en spellingprobleem. (Zie voor kritisch commentaar Blomert, 2006b; Tijms en Gerretsen, 2007 en voor repliek Van der Leij, 2007). Volgens Blomert (2006b) is de 'Best Practice' behandeling van dyslexie gericht op trainingen van fonologische vaardigheden in combinatie met fonologisch-orthografische integratieprocessen. Een dergelijke behandeling is echter niet onbekend in het onderwijs en deze is daar ook te realiseren, zie bijvoorbeeld het Lees Interventie Programma van Kuster & Wieberdink (2011). Slavin et al. (2011) tonen aan dat een dergelijke aanpak in het onderwijs ook succesvol is. Hun meta-analyse, gebaseerd op 97 studies met in totaal meer dan 14.000 kinderen, gaf als uitkomst dat klassikale instructie van hoge kwaliteit, gevolgd door één-op-één remediëring door de leerkracht, het meest effectief is de leesproblemen aan te pakken en dat deze effecten bovendien langdurend zijn.

De claim van externe deskundigen om unieke competenties op didactische terreinen op te eisen lijkt ons ongewenst. De autonomie van de leraar is al fors ingeperkt door de ontwikkeling van de autonome school met toenemende gelaagdheid en hiërarchie (Wieberdink & Kuster, 2012). Nu lijkt de leraar zijn autonomie op het didactische vlak voor een deel ook kwijt te raken. Het is deze afbreuk van professionele autonomie die inmiddels als een bedreiging voor de kwaliteit en ontwikkeling van het onderwijs wordt gezien. Onderwijsontwikkelingen krijgen pas kans van slagen wanneer leraren samen met onderzoekers en beleidsmakers de onderzoeksvragen sturen en wanneer relevante kennis uit onderwijsonderzoek daadwerkelijk in de onderwijspraktijk wordt

aangewend. Het initiatief voor de verbetering van de onderwijskwaliteit komt zo weer te liggen bij het onderwijsveld zelf (Coonen & Nijssen, 2012). In deze ontwikkeling past het niet een belangrijk onderwijsgebied als de behandeling van (ernstige) leerproblemen buiten de verantwoordelijkheid van leraren te brengen, temeer daar er geen afdoende empirisch bewijs gevonden is dat behandeling van dyslexie zou moeten verschillen van de behandeling van andere leesproblemen (Vellutino et al., 2000; Elliott & Gibbs, 2008; Van den Broeck, 2011).

Privaat versus publiek belang

De vergoedingsregeling dyslexie past in de trend de soevereiniteit van ouders als consument te benadrukken. Ouders van leerlingen met ernstige enkelvoudige dyslexie krijgen, binnen de door de zorgverzekeraar gestelde kaders, de mogelijkheid een externe behandeling voor hun kind te kiezen. Zij kunnen zelf extra zorg voor hun kind inkopen. Zo lijken zij een reële marktpositie te krijgen en lijkt er tegemoetgekomen te worden aan de geëmancipeerde positie van ouders. Het is de vraag of het wel een goede keus is ouders een consumentenrol met betrekking tot inkoop en gebruik van extra zorg te geven. Zoals vaker bij persoonsgebonden budgetten is er verschil van mening over de competentie van ouders om dergelijke beslissingen te nemen. Scholen hebben daar twijfel bij. Ouders kunnen om verschillende redenen afzien van een behandeling en ze kunnen zich daarbij door andere overwegingen laten leiden dan professionals, zoals leraren, doen. Ze kunnen bijvoorbeeld van een behandeling afzien omdat ze het belang hiervan niet inzien of deze te belastend voor hun kind vinden. Bovendien is de marktpositie van ouders niet overal gelijk. Niet elke plaats is voor een zorgaanbieder commercieel even aantrekkelijk. Er zijn regio's waar weinig zorgaanbod voor handen is, waardoor ouders afzien van behandeling omdat deze te ver weg is. Zo lijkt het erop dat de tot nu toe geleverde vergoede dyslexiezorg voornamelijk aan cliënten in de Randstedelijke gebieden, Zuid-Limburg en in delen van Twente en Groningen is geleverd (Minke, Gijzel & Gerritsen, 2011).

Fundamenteel is de kritiek dat de ouder-consument de markt opgaat met publieke middelen en dat in die situatie de omvang van de zorgvraag zeer snel groeit. Regelingen als het persoonsgebonden budget in het kader van de AWBZ en de leerlinggebonden financiering in het onderwijs hebben dan ook zeer snel financiële grenzen bereikt. Volgens Kruiter (2010) hoeft het geen betoog dat met de introductie van de klant het eigenbelang zijn intrede doet in het publieke domein. Gestimuleerd door belangenorganisaties worden klanten geacht vooral hun eigen belangen en voorkeuren te benadrukken omdat de markt anders niet werkt. Kruiter omschrijft belangenorganisaties dan ook als verlengstukken van het eigenbelang; het zijn bij uitstek politieke groeperingen omdat ze publieke middelen willen gebruiken om hun private belangen te realiseren (p. 229). Als de overheid mensen stimuleert hun eigen belang centraal te stellen en dit in ontwikkeling en uitvoering van haar beleid ondersteunt en honoreert, gaat dat ten koste van de publieke zaak.

Vanzelfsprekend stellen ouders het belang van hun kind centraal. Vanwege het gunstige effect dat onderwijs op de loopbaan en de uiteindelijke maatschappelijke positie van een individu heeft, willen veel ouders in hun kind investeren en het is begrijpelijk dat ouders die investering graag met publieke middelen betaald willen zien. Van politici mag echter verwacht worden dat zij zich laten leiden door het publieke belang: goed onderwijs. Voor ieder individu is onderwijs de basis voor ontwikkeling en maatschappelijke participatie. Onderwijs verschaft mensen de mogelijkheden op passende wijze deel te nemen aan alle relevante maatschappelijke activiteiten en bevordert hiermee de sociale cohesie. Bovendien is het onderwijsniveau van de beroepsbevolking bepalend voor de arbeidsproductiviteit en kan van invloed zijn op economische groei. Onderwijs is wat De Swaan (1996) een gecollectiviseerd goed noemt, gedragen door de overheid en toegerust met een bureaucratisch apparaat om uitvoering te realiseren en naleving (leerplicht) af te dwingen. De maatschappelijke consequenties van laaggeletterdheid en de kosten daaraan verbonden, zijn diepsnijdend. Wanneer eenieder over voldoende vaardigheid met betrekking tot lezen, schrijven en rekenen zou beschikken om in het voortgezet onderwijs een startkwalificatie te halen, bespaart de maatschappij – op basis van het uitgavenniveau in 2006 – 537 miljoen euro per jaar (Groot & Maassen van den Brink, 2006). Het publiek belang vereist inzet van de overheid voor een streven

naar onderwijs waarin iedereen (dyslectisch of niet) een toereikend niveau van geletterdheid bereikt.

Regie

Het is verstandig de regie over de zorg, ook die over ernstige leerproblemen, (terug) te leggen bij de school. Dit sluit aan bij attitudes van leraren, die over het algemeen erg positief zijn over hun vermogen om zorgleerlingen in de reguliere klas op te vangen en over hun verwachting een adequate aanpak te kunnen realiseren in hun klas, zij het dat ze hiertoe wel extra middelen en ondersteuning nodig hebben (Ledoux et al., 2007). Ook sluit dit aan bij recente beleidsopvattingen over het blijvend verbeteren van het onderwijs. Omdat leraren de meest bepalende factor voor de kwaliteit van onderwijs zijn - onderwijs geven is namelijk hun vak - behoren zij een belangrijke rol te krijgen in de kennisketen. Onderwijsonderzoek moet aansluiten op de vragen in de onderwijspraktijk en moet kennis produceren die met en in de onderwijspraktijk is ontwikkeld (Ministerie van OC&W, 2012). Voor leraren telt handelingsgerichte diagnostiek die ten dienste staat van interventies in de klas en minder een diagnostiek gericht op labeling. Huidige regelingen en ontwikkelingen drijven ons steeds verder weg van dit doel.

Een relatief grote groep leerlingen ondervindt in het onderwijs problemen en loopt risico de minimale doelen van lezen, schrijven en rekenen niet te halen. Ongeveer vijf procent van de leerlingen begint in het speciaal (basis)onderwijs of wordt daarnaar verwezen. Gemiddeld wordt 26% van de leerlingen in een basisschoolklas door de leraar als zorgleerling beschouwd. Van die leerlingen heeft 80% te maken met een combinatie van verschillende problemen (Ledoux, Van der Veen, Derriks, Smeets & Roeleveld, 2007).

Het beleid met betrekking tot deze zorgleerlingen wordt gekenmerkt door versnippering. Centraal staat de al eerder genoemde wettelijke taak voor elke basisschool het onderwijs aan leerlingen die extra zorg behoeven af te stemmen op de behoeften van die leerlingen. Volgens de inspectie (2011) wil het met deze opdracht niet vlotten en stemmen scholen hun onderwijs onvoldoende af op specifieke behoeften van zorgleerlingen (p. 282). De verklaring hiervoor ligt voor een deel in het feit dat de leraar er bij de verdeling van middelen bekaaid afkomt en dus weinig mogelijkheden tot maatwerk heeft.

Naast de wettelijke zorgtaak bestaan er, zoals Minne, Webbink & Van der Wiel, (2009) laten zien, in het onderwijs diverse regelingen met verschillende uitvoeringsinstituten en indicatieorganen, die vaak onafhankelijk van elkaar beoordelen. Ter illustratie geven we enkele voorbeelden. Al langer kunnen scholen met behulp van de *gewichtenregeling* extra financiën krijgen voor kinderen van laagopgeleide ouders. Aanvullende bekostiging van de onderwijsachterstandenbestrijding kan verkregen worden door middel van de *Regeling vaststelling impulsgebieden*. Doel van de regeling is, om in gebieden waar een combinatie is van hoge werkloosheid en veel lage inkomens, de achterstanden op het gebied van het onderwijs effectief aan te pakken. Deze gebieden worden op basis van de Armoedemonitor van het SCP/CBS vastgesteld. In het kader van de *leerlinggebonden financiering* kunnen ouders van kinderen bij wie via een officiële diagnose een beperking is vastgesteld een budget krijgen: het zogenaamde 'rugzakje'. En vanaf januari 2009 is er de *vergoedingsregeling ernstige enkelvoudige dyslexie*, waarmee ouders van kinderen met ernstige leesproblemen extra zorg buiten school kunnen inkopen.

Een bezwaar is dat versnippering overleg en afstemming noodzakelijk maakt en daarmee voor administratie en toenemende bureaucratisering zorgt. Zo moet de school, wanneer ouders gebruik willen maken van de vergoedingsregeling dyslexie, aan de zorgverzekeraar verantwoording afleggen over haar aanpak en handelen met betrekking tot het leesprobleem van de leerling. Bovendien belemmert de versnippering de inhoudelijke ontwikkeling van het eigen zorgbeleid van de school.

Een ander punt is dat de regelingen bestemd zijn voor verschillende doelgroepen, waarvoor criteria en diagnostische procedures opgesteld en gevolgd moeten worden. Dit leidt tot een dilemma. Indien criteria ruim worden gesteld, bijvoorbeeld vanwege het centraal stellen van door ouders ervaren zorgen en behoeften en het stimuleren van een vraaggerichte in plaats van aanbodgerichte markt,

leert de ervaring dat de vraag naar zorg zeer snel groeit en dat financiële grenzen spoedig bereikt worden. Scholen en ouders betrekken namelijk de financiële regelingen van de overheid in hun overwegingen en zij zullen daarbij naar het maximaal haalbare streven (Algemene Rekenkamer, 2010). Worden daarentegen criteria en procedures gedetailleerd en strak geformuleerd, dan is discriminatie en willekeur onvermijdelijk. In beide gevallen is een kostbare diagnostische procedure nodig ter vaststelling wie extra zorg mag aanwenden. Van de geschatte kosten van de vergoedingsregeling dyslexie komt, afhankelijk van het percentage kinderen dat daadwerkelijk de behandeling gaat volgen, tussen de 30 en 40% ten laste van de diagnostiek (Latta, Hendriksen-Neijssen & Loenhout, 2007). Financiële beheersing van de voorziening vergt blijkbaar hoge kosten.

Rechtvaardig onderwijs

Ook wanneer de school de regie (terug)krijgt over de zorg voor al haar leerlingen blijft er het probleem van de verdeling van schaarse middelen. Om daarbij discriminatie en willekeur te vermijden is het verstandig rechtvaardigheidstheorieën als leidraad te nemen. In zijn studie naar onderwijsachterstanden en rechtvaardigheid gaat Floris Wieberdink (2009) uit van de opvattingen van Michael Walzer. Een uitgangspunt van deze Amerikaanse politiek filosoof is de idee dat een universeel toepasbare rechtvaardigheidstheorie niet mogelijk is. In de verschillende domeinen van de samenleving (door hem sferen genoemd) moeten eigen rechtvaardige mechanismen voor de verdeling van sociale goederen gelden, afhankelijk van de betekenis en waarde die de samenleving aan die goederen heeft verbonden. In de sfeer van het (primair) onderwijs moeten goederen verdeeld worden op basis van behoefte. Eenieder heeft immers een bepaalde hoeveelheid aan kennis en vaardigheden nodig om succesvol in het voortgezet onderwijs te zijn en om later goed en zelfstandig in de maatschappij te kunnen functioneren. Vertaald naar een liberaal-democratische samenleving, zoals de onze, zou volgens deze theorie rechtvaardig onderwijs inhouden dat ieder kind, ongeacht sekse of afkomst, aan het einde van het primair onderwijs tenminste beschikt over een bepaald minimumniveau van lezen, schrijven en rekenen. Deze opvatting geeft veel voordelen. Kinderen die dit minimumniveau dreigen niet te halen, lopen grote kans op een gebrekkige schoolcarrière en een moeizaam maatschappelijk functioneren. Gezien deze positie hebben deze leerlingen recht op extra hulp en begeleiding. Hieruit volgt dat een uitsplitsing in categorieën van achterstands- en zorgleerlingen onnodig is. Immers, iedere leerling die het minimumniveau niet haalt, heeft recht op extra hulp. Het benoemen van specifieke problemen die de mogelijke grondslag vormen voor het feit dat een individuele leerling onvoldoende van het onderwijs profiteert, is enkel relevant voor de leraar als professional bij het vinden van een oplossing om de leerling alsnog de basisvaardigheden in voldoende mate bij te brengen.

Werken volgens deze opvatting verschaft een helder en objectiveerbaar criterium voor in- en uitsluiting van leerlingen voor extra zorg: een politiek vastgesteld minimumniveau. Er zijn geen kostbare diagnostische procedures nodig om leerlingen te indiceren. En, niet onbelangrijk, de leraar heeft de regie. Deze rol stelt eisen aan de professionaliteit van leraren. Zij moeten goed opgeleid zijn en veel kennis hebben van onderwijsleerprocessen, waardoor instructies en interventies van hoog niveau gegeven kunnen worden. Zowel opleiding als nascholing moeten aan hoge eisen voldoen. Indien aan deze voorwaarden voldaan is, is het wenselijk als leraren in staat worden gesteld wetenschappelijke kennis in hun klas toe te passen en als ze samen met wetenschappers werken aan effectieve en efficiënte aanpakken en behandelingen van leerproblemen in de klas. Investeren in een actieve rol van de leraar in alle fasen van de kennisketen is effectief (vroeg interveniëren in de didactische ontwikkeling van kinderen), efficiënt (gericht op alle kinderen met leerproblemen), goedkoper (besparen op externe deskundigen en diagnostiek) en het geeft de leraar de autonomie over zijn vak terug.

Bij het tot stand brengen en garanderen van doelmatig en rechtvaardig onderwijs heeft de centrale overheid een fundamentele taak, met name bij het bepalen van de minimale eisen van het curriculum en bij controle van resultaten. De minimale niveaus van vaardigheid met betrekking tot technisch en begrijpend lezen, spellen en rekenen, waaronder geen kind zou mogen presteren, dienen in termen van prestaties op toetsen beschreven te worden. Dit betekent ook dat de

betreffende niveaus binnen een vooraf gestelde tijdsperiode bij iedere leerling bereikt moeten zijn. Dit geeft een objectieve maat voor in- of uitsluiting van extra zorg (bij schaarste aan middelen). Een dergelijke opvatting en uitwerking van rechtvaardig onderwijs kan toe met een eenvoudige en doorzichtige financieringswijze. Scholen zouden een budget moeten krijgen dat uit drie delen bestaat. Het eerste deel bestaat uit een zodanige vergoeding per leerling, dat recht gedaan wordt aan de Nederlandse ambitie om tot de wereldtop van de kenniseconomie te horen. Als tweede deel een zorgbudget dat basisscholen in staat stelt extra leer- en instructietijd voor hun zorgleerlingen te organiseren. Tenslotte nog een derde deel dat afhankelijk is van het opleidingsniveau van ouders, de beste voorspeller van de schoolprestaties van kinderen. Het totale budget waar de school recht op heeft, moet aan elke school individueel worden uitgekeerd. Euro's blijken namelijk niet door managementlagen heen te kunnen dringen teneinde de werkvloer te bereiken. Het tweede en derde deel van het budget zijn geen groepsgebonden financieringen of doelgroepuitkeringen, waarbij kinderen eerst op basis van tamelijk arbitraire criteria in diagnostische categorieën worden ondergebracht. Beide aanvullende budgetten zijn voor school de middelen die op basis van rechtvaardigheidsbeginselen van het onderwijs ingezet worden bij alle leerlingen die dreigen het basiscurriculum niet te halen.

Literatuur

- Algemene Rekenkamer (2010). *Zorgleerlingen in het primair en voortgezet onderwijs*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 338, nrs. 1-2. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Bakker, N. (2005). Geestelijke gezondheid en de medicalisering van de opvoeding in Nederland, ca. 1890-1950. *Pedagogiek*, 25, 1, 10-26.
- Besseling, J., Hagen, B., Andriessen, S., Peelen, A. te, Crone, M., Kok, L. & Vos, E. de (2007). *Toename gebruik ondersteuning voor jongeren met een gezondheidsbeperking*. [S.I.]: TNO
- Blomert, L. (2006a). *Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Blomert, L. (2006b). *Onderzoek & verantwoording behorend bij het Protocol Diagnostiek & Behandeling Dyslexie*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Bos, K.P. van den & Leij, A. van der (2004). Dyslexie in definitie, criteria, prevalentieschattingen en beleid: een commentaar op het rapport van Blomert. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 43, 451-461.
- Bosman, A.M.T. (2008). Pedagogische wetenschap: koorddans tussen Kunst en Kunde. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 47, 499-522.
- Broeck, W. van den (2002). Dyslexie: naar een wetenschappelijk verantwoorde definitie. In A.J.J.M. Ruijsenaars & P. Ghesquière (Red.), *Dyslexie en dyscalculie: ernstige problemen in het lezen en rekenen. Recente ontwikkelingen in onderkenning en aanpak* (pp 13-22). Leuven/Leusden: Acco.
- Broeck, W. van den (2011). Rijmt dyslexie op empirie of op theorie? Nieuwe inzichten over diagnose en achtergronden. In: A. Geudens, D. Baeyens, K. Schraeyen, K. Maetens, J. De Brauwier & M. Loncke (Red.) *Jongvolwassenen met dyslexie. Diagnostiek en begeleiding in wetenschap en praktijk*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Coonen, H.W.A.M. & Nijssen, A.J. (2012). *Wetenschap en vakmanschap: onderzoek voor en met de onderwijspraktijk*. Den Haag: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- Diggelen, H van, Kroes, M. & Wit, J. de (2012). *Geneeskundige GGZ (deel 1) Wat is nu verzekerde zorg en wat niet*. Advies op 6 april 2012 uitgebracht aan de minister van VWS. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Eijck, S. van (2007). *Koersen op het kind. Groeistuipen in het speciaal onderwijs*. Den Haag: Projectbureau Operatie Jong.
- Elliott, J.G. & Gibbs, S. (2008). Does dyslexia exist? *Journal of philosophy of education*, vol. 42, no. 3-4, 475-491.
- Grinsven, V. van, Mors, B. & Elpick, E. (2012). *Marktontwikkelingen in het primair en voortgezet onderwijs*. Utrecht: DUO Onderwijsonderzoek (in opdracht van het CPS in Amersfoort).

- Groot, W. & Maassen van den Brink, H. (2006). *Stil vermogen. Een onderzoek naar de maatschappelijke kosten van laaggeletterdheid*. Den Haag: Stichting Lezen & Schrijven.
- Hakkaart, I. & Stolk, E.A. (2007). *Kosteneffectiviteit ernstige dyslexie*. Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment/Erasmus MC.
- Inspectie van het onderwijs (2011). *De staat van het onderwijs. Onderwijsverslag over het jaar 2009/2010*. Utrecht: Inspectie van het onderwijs.
- Inspectie van het onderwijs (2012). *De staat van het onderwijs. Onderwijsverslag over het jaar 2010/2011*. Utrecht: Inspectie van het onderwijs.
- Jepma, I.J. (2003). *De schoolloopbaan van risicoleerlingen in het primair onderwijs*. Amsterdam: academisch proefschrift.
- Jong, P. F. de (2008). Van ernstige problemen met lezen en/of spellen naar dyslexie: commentaar op het voorgestelde Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 47, 146-152.
- Kruiter, A.J. (2010). *Mild despotisme. Democratie en verzorgingsstaat door de ogen van Alexis de Tocqueville*. Amsterdam: Van Gennep.
- Kuster, H. & Wieberdink, H. (2011). *Het Lees Interventie Programma*. Ede/'s Hertogenbosch: Giralis Groep.
- Latta, J.M., Hendriksen-Neijssen, G..M.M. & Loenhout, J.W.A. van (2007). *Dyslexie: van zorg verzekerd? Rapport uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Ledoux, G., Veen, I. van der, Derriks, M., Smeets, E. & Roeleveld, J. (2007). *Zorgleerlingen en leerlingenzorg in het basisonderwijs*. Nijmegen/Amsterdam: ITS/SCO-Kohnstamm Instituut.
- Leij, A. van der (2006). Dyslexie: vergelijking van behandelingsstudies. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 45, 313-338.
- Leij, A. van der (2007). Raker kon ik niet schieten. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 46, 13-17.
- Leseman, P.P.M. (2005). Verdwalen langs gebaande paden. Een andere kijk op leermoeilijkheden. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 44, 3-17.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2012). *Oprichten van een regieorgaan onderwijsonderzoek*. Brief van minister Van Bijsterveldt-Vliegenthart aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 06 juli 2012.
- Minke, C., Gijzel, H. & Gerritsen, E. (2012). *Beleidsvaluatie dyslexiezorg. Onderzoek naar de uitwerking van de vergoedingsregeling voor ernstige, enkelvoudige dyslexie in de praktijk. Eindrapportage*. Amstelveen: Deloitte (in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).
- Minne, B., Webbink, D. & Wiel, H. van der (2009). *Zorg om zorgleerlingen. Een blik op beleid, aantal en kosten van jonge zorgleerlingen*. CPB Document no 192. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Mol, A. & Lieshout, P. van (2008). *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsengeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Slavin, R.E., Lake, C., Davis, S. & Madden, N.A. (2011). Effective programs for struggling readers: a best-evidence synthesis. *Educational Research Review* 6, 1-26.
- Stanovich, K.E. (1999). The sociopsychometrics of learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, vol. 32, no. 4, pp 350-361.
- Swaan, A. de (1996). *Zorg en staat*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Tijms, J. & Gerretsen, P. (2007). Dyslexie: hoe een vergelijking van behandelingsstudies zijn doel is voorbijgeschoten. Een reactie op het artikel: 'Dyslexie: een vergelijking van behandelingsstudies' (A. van der Leij). *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 46, 3-12.
- Vellutino, F.R., Fletcher, J.M., Snowling, M.J. & Scanlon, D.M. (2000). Specific reading disability (dyslexia): what have we learned in the past four decades? *Journal of child psychology and psychiatry* 45:1, pp 2-40.

- Wieberdink, F. (2009). *Onderwijs en rechtvaardigheid. Een toepassing van de politiek-filosofische rechtvaardigheidstheorieën van Rawls en Walzer op achterstanden in het basisonderwijs*. Masterscriptie. Amsterdam: UvA.
- Wieberdink, H. & Kuster, H. (2012). De autonome school en de teloorgang van de professionele autonomie. *Orthopedagogiek: Onderzoek en praktijk*, 51 (4), 182-190.

Samenvatting

Sinds januari 2009 maken diagnostiek en behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie deel uit van het basispakket van de zorgverzekeringswet. De discriminatie en willekeur waarmee deze regeling in de praktijk vergezeld gaat, is echter onacceptabel voor een wet die beroep doet op solidariteit en gemeenschapsgeld. Bovendien draagt de vergoedingsregeling bij aan de medicalisering van het onderwijs, een beleid dat met ongewenste effecten gepaard gaat. Er komen steeds meer leerlingen met een diagnose of indicatie op basis waarvan extra zorgmiddelen nodig zijn, waardoor financiële beheersing problematisch wordt. Een ander ongewenst effect is afbreuk van professionele autonomie van leraren. Deze afbreuk vormt een bedreiging voor de inhoudelijke ontwikkeling van het onderwijs en belemmert een effectieve aanpak van zorgleerlingen in de school. Op basis van een uitwerking van de rechtvaardigheidstheorie van de Amerikaanse politiek filosoof Michael Walzer wordt een alternatief geschetst.

Sleutelwoorden: dyslexie, zorgverzekeringswet, medicalisering, onderwijsbeleid