

## **Bijlage 7.12: HGD en labels in het onderwijs**

### *Naar minder labels in het onderwijs*

*Steeds meer leerlingen hebben een etiket, stempel of label, zoals ADHD, ADD, ASS, Asperger, gedragsstoornis, ODD, hoogbegaafd, dyslexie, dyscalculie, DCD of NLD. Hoe komt dit? Er zijn verschillende redenen. Op internet, in vakbladen, in de populaire pers en op TV krijgt het labelen van kinderen/jongeren veel aandacht. Artikelen en websites beantwoorden vragen als “hoe herkent u deze stoornis bij uw leerling of kind?”. Met het invullen van een checklist worden leerlingen, leraren en ouders aangemoedigd om vroegtijdig stoornissen op te sporen. ‘Hoe eerder gediagnosticeerd, hoe beter’ lijkt de boodschap. Terwijl de boodschap eigenlijk zou moeten zijn ‘hoe eerder de problemen worden aangepakt, hoe beter’. Daarnaast is er een ruim aanbod aan cursussen waarin leraren/mentoren, intern/ambulant begeleiders en zorgcoördinatoren leren hoe ze psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld met de DSM-5) kunnen signaleren. Zij zien hierdoor vaker signalen en bespreken hun vermoedens hieromtrent met ouders (en leerlingen). Het gevolg hiervan is dat ouders (en leerlingen) een professional benaderen met de vraag of er inderdaad sprake is van een bepaalde stoornis. Het onderwijsbeleid heeft hierbij ook een rol gespeeld. Om in aanmerking te komen voor een rugzak of (voortgezet) speciaal onderwijs moesten leerlingen aan bepaalde indicaties voldoen, waaronder een classificatie. Ook het aanvragen van een persoonsgebonden budget (PGB) vereiste zo’n label. Dit heeft geleid tot een toename van leerlingen met labels en strategisch gedrag van scholen (hoe meer rugzakken, hoe meer financiën voor de school) en ouders (een label levert budget voor hulp op). Hierdoor kregen diagnosten steeds vaker classificerende vragen als “Deze leerling is zo brutaal, heeft hij ODD? Dan kunnen we een rugzak aanvragen.” of “Mijn dochter is niet zo sociaal, zij is misschien autistisch, kan ik nu een PGB krijgen?”.*

### **Labels in het onderwijs: kritische kanttekeningen**

Volgens Frances (in Van Hintum, 2013) heeft 20% van de jongens in de Verenigde Staten ADHD en slikt 10% medicatie. Maar “boys will be boys!”. Dat zij zich op school actief en ontremd gedragen, wil nog niet zeggen dat ze aan een stoornis lijden en medicatie nodig hebben. Het gebruik van labels in het onderwijs versterkt het idee dat kinderen met problemen ziek zijn. Terwijl veel van deze kinderen over hun problemen heen groeien: ze gaan na verloop van tijd beter functioneren door hun natuurlijke veerkracht en sterke eigenschappen (zoals motivatie), de ondersteuning van hun leraren en ouders of door gunstigere omstandigheden.

Ben je als diagnost onzeker over een label? Erken dan die onzekerheid en geef geen valse zekerheid met een etiket, zo adviseert Frances. Stel dat we per classificatie zouden weten wat de meest effectieve interventie is, dan heeft het zin om te classificeren. Maar zolang we dit niet weten, wat winnen we er dan mee? Een label als ASS zegt immers niets over de ondersteuning die deze leerling op school en thuis nodig heeft om zich optimaal te ontwikkelen. Dat wat nodig is bepaal je op basis van

zijn behoeften en niet op basis van zijn ASS. Voor een kritische bespreking van de zin en onzin van ADHD, lees het boek “Hoe voorkomen we ADHD? Door de diagnose niet te stellen!” (Batstra, 2012).

Inmiddels hebben veel onderzoekers, professionals, opvoeders en jongeren een kritische houding ten opzichte van labeling. Dat zien we ook in de beleidsontwikkelingen Passend Onderwijs en Transitie in de Jeugdzorg. Daarin krijgen begrippen als ‘demedicaliseren’, ‘ontzorgen’ en ‘normaliseren’ veel aandacht. Labels zijn nu niet meer nodig voor het toekennen van extra ondersteuning in het onderwijs of voor de toelating tot een speciale onderwijssetting. In plaats van te zoeken naar stoornissen, kunnen diagnosten zich nu richten op de mogelijkheden van leerlingen en op wat zij nodig hebben. Bijvoorbeeld door het analyseren van executieve functies (zoals planning, organisatie, timemanagement, werkgeheugen en metacognitie) en specifieke vaardigheden (zoals taakinitiatie, volgehouden aandacht, doelgericht doorzettingsvermogen, reactie-inhibitie, flexibiliteit en emotieregulatie), omdat deze richtinggevend zijn voor de aanbevelingen in onderwijs en opvoeding (Dawson & Guare, 2010; Greene, 2007).

Krijgen diagnosten toch een vraag naar een label, dan moeten zij daar uiterst zorgvuldig mee omgaan, want *een label is snel geplakt maar lastig te verwijderen*. Zo’n classificerende vraagstelling vraagt om een nauwkeurige analyse: voldoet deze leerling werkelijk aan alle kenmerken en zijn er geen alternatieve hypothesen voor het probleemgedrag? Het vergt ook intensief overleg met betrokkenen om te bepalen of een label noodzakelijk is en of het toekennen ervan in het belang van (de toekomst van) dit kind/deze jongere is. Daartoe kunnen betrokkenen een aantal voordelen en nadelen bespreken (Pameijer, 2008): welke zijn van toepassing bij deze specifieke leerling en diens leraren en ouders?

### **Voordelen van classificeren in het onderwijs**

1. Een belangrijk doel van classificeren is het hanteren van een helder begrippenkader ter bevordering van de communicatie. Bijvoorbeeld: we spreken pas van ADHD als er sprake is van aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit en die kenmerken omschrijven we als volgt ..... Zorgen van betrokkenen kunnen met hulp van dit kader geobjectiveerd en gerubriceerd worden. Het wordt daarmee inzichtelijk waarom een diagnost een bepaald label al dan niet toekent, diens besluitvorming is transparant. Duidelijke omschrijvingen met criteria bevorderen de systematiek in het diagnostisch proces en de communicatie tussen leerlingen, school, ouders en professionals, bijvoorbeeld bij een verwijzing voor jeugdhulp.
2. De DSM-5 bevat klinisch relevante beelden en de meest voorkomende stoornissen zijn erin opgenomen. Voor veel van deze stoornissen is inmiddels empirische ondersteuning (Grietens, 2008). En er zijn steeds meer

instrumenten beschikbaar waarmee classificaties zijn te operationaliseren (Resing e.a., 2005).

3. Een classificatie is onderdeel van het diagnostisch proces: een objectieve probleembeschrijving waarin kenmerken zijn geclusterd. Een classificatie is het antwoord op een onderkende vraag (zoals: is deze puber depressief?). Het is echter geen verklarende diagnose (we weten nog niet waarom ze depressief is). Een classificatie kan tot verklarende vragen leiden (zoals: in hoeverre stemmen de ouders en docenten voldoende af op deze depressieve puber?) en adviesgerichte vragen (zoals: welke interventie kan de depressie doen afnemen?).
4. Een label kan de acceptatie van kinderen/jongeren met leer- en gedragsproblemen bevorderen. Dankzij het label accepteren andere leerlingen, leraren en ouders hen makkelijker dan de 'gewone' minder goed presterende of lastige leerlingen. Hun probleem is immers 'officieel erkend'. En het is geen onwil maar onvermogen; geen kwestie van niet-willen, maar van niet-kunnen. Zij begrijpen het kind/de jongere beter, want ze kunnen diens gedrag plaatsen als 'een kenmerk van ...'. Een label kan daarmee een beschermende functie hebben. De oudervereniging Balans Belang verwoordt dit als volgt: met het classificeren van stoornissen "... voorkomen we dat er verwachtingen zijn die het kind uit onvermogen niet waar kan maken. Juist doordat een classificatie bekend is, kunnen we rekening houden met de problemen van het kind en krijgt het kind met leer- en gedragsproblemen optimale ontwikkelingskansen" (Paternotte, 2003, p. 4).
5. Een label kan een kind/jongere meer grip op zijn mogelijkheden en beperkingen geven. Een leerling met dyslexie begrijpt bijvoorbeeld waarom het langzaam leest en extra moet oefenen ("ik ben niet dom en als ik veel oefen zal het me lukken").

### **Nadelen van classificeren in het onderwijs**

1. Classificatiesystemen als de DSM-5 zijn ontwikkeld vanuit een psychiatrisch perspectief. Psychiatrische taal is echter moeilijk te vertalen naar onderwijsbehoeften. Dat is ook niet de bedoeling van deze systemen, ze zijn primair bedoeld om de onderlinge communicatie tussen wetenschappers en professionals te verbeteren.
2. De kwaliteit van een classificatie is sterk afhankelijk van de deskundigheid van degene die de criteria beoordeelt. Veel van deze criteria bevatten de term "vaak": een subjectief begrip (Batstra, 2012). Ook al relateert men het gedrag van het kind/de jongere aan diens leeftijd en ontwikkelingsniveau, professionals verschillen in de wijze waarop zij gedrag beoordelen en

waarden. Het gevolg hiervan is een lage inter-beoordelaars-betrouwbaarheid, die de objectiviteit van een label in gevaar brengt.

3. Sommige veel gehanteerde labels blijken onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd, zoals NLD (Eling, 2007).
4. Een classificatiesysteem als de DSM-5 betreft vooral kindkenmerken en doet geen recht aan een transactioneel kader waarin het juist gaat om de afstemming van onderwijs en opvoeding op de onderwijs- en opvoedbehoeften van het kind/de jongere. Een risico hiervan is dat de rol van de context onderbelicht blijft<sup>1</sup>. Het kind krijgt dan als het ware ‘de schuld’ van de problemen (‘childblaming’). Gedragsproblemen zijn bovendien context gebonden: ze treden in de ene situatie vaker op dan in de andere. Kenmerken van ODD en ADHD bijvoorbeeld hangen samen met de aanpak van een leraar of ouder. Hoe minder duidelijk de gedragsregels en hoe minder structuur, des te groter de kans dat de kenmerken zich “vaak” zullen voordoen. Twee kinderen met hetzelfde label kunnen zich dan ook verschillend gedragen en of hun leraar en ouders problemen met hen ervaren wordt vooral bepaald door de manier waarop zij ermee omgaan
5. Classificeren heeft weinig betekenis voor de aanpak, want het is lastig om een adequate aanpak te adviseren op basis van alleen een label, zonder te weten hoe de interacties tussen leerling/leraar en kind/ouders verlopen. Een aanpak zal hier bij aan moeten sluiten om succesvol te zijn. Een DSM 5 classificatie betekent dan ook niet per definitie dat ondersteuning nodig is. En omgekeerd, het feit dat ondersteuning nodig is, impliceert niet per definitie dat het kind/de jongere een classificatie heeft (naar Hengeveld, 2014, p. 43).
6. Een classificatiesysteem is een categoriaal systeem: het is ‘alles of niets’; de stoornis is aanwezig of afwezig. Een leerling heeft ADHD of niet, een ‘beetje ADHD’ kan niet. Hierdoor kan het gebeuren dat de leerling die aan zes van de zes criteria voldoet het label ADHD krijgt toegekend, terwijl de leerling die aan vijf van de zes criteria voldoet dit label niet krijgt. Met als gevolg dat de eerste wél extra ondersteuning krijgt en de tweede niet, terwijl ze qua problematiek en behoeften vergelijkbaar zijn. Het is daarom zinvoller gedrag te beschrijven met een dimensioneel systeem (Wittman e.a., 2014): een continuüm van minder naar meer kenmerken, met gradaties van ernst. Dimensies doen meer recht aan de werkelijkheid, omdat de overgang tussen normale en afwijkende ontwikkeling gradueel is. Overigens is de DSM-5 dimensioneler dan zijn voorganger DSM-IV, maar het systeem hanteert nog

---

<sup>1</sup> Het classificatiesysteem ICF (WHO, 2002; [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)) besteedt wel aandacht aan omgevingsfactoren, waaronder het onderwijs.

steeds een 'cut off score' bij een aantal stoornissen: boven die score is er sprake van een stoornis, daaronder niet.

7. Kinderen ontwikkelen zich, hun problemen variëren door de tijd en zijn gebonden aan levensfasen en de mate van afstemming in hun omgeving. Met een 'alles of niets' categoriaal systeem is het mogelijk dat een kind in een 'slechte periode' wel een classificatie en extra ondersteuning toegekend krijgt, terwijl dat in een 'goede periode' niet het geval zou zijn. Ook hier past een dimensioneel systeem beter. In de perioden dat het goed gaat, zijn er lagere scores op die dimensie en in de perioden dat het moeilijk gaat, hogere scores.
8. Een leraar, ouder of leerling kan de classificatie als vaststaand en nauwelijks te beïnvloeden ervaren. Het label werkt dan stigmatiserend en leidt tot een 'self-fulfilling prophecy'. Het bestendigt de opvatting dat het kind de probleemdager is en dat de omgeving dus weinig aan het probleem kan doen. Dit is een groot risico want lage verwachtingen leiden tot lage prestaties.
9. Vanuit ethisch oogpunt is bezwaar te maken tegen de eenzijdige aandacht voor psychopathologie, waardoor bevorderende factoren over het hoofd worden gezien. De problemen worden daardoor als te ernstig ingeschat en positieve factoren worden niet in de aanpak benut, waardoor deze een lagere kans van slagen heeft. Dit kan het toekomstperspectief van het kind/de jongere negatief beïnvloeden.

### **Dyslexie of ernstige leerproblemen: is het vast te stellen en doet het ertoe?**

Er is veel wetenschappelijke discussie over de vraag of en hoe het mogelijk is om binnen de groep van zwakke lezers de dyslectische leerlingen te onderscheiden van de niet-dyslectische en hoe dat zou moeten (Wieberdink & Kuster, 2013). Leesvaardigheidsscores zijn namelijk continu verdeeld (dimensioneel): op het continuüm van leesproblemen bestaat geen punt (cut off score) waarmee dyslectische leerlingen zijn te onderscheiden van leerlingen met ernstige leesproblemen (niet-dyslectische leerlingen). Een cut-off-score zou de grens moeten aangeven tussen wel of niet dyslectisch, maar elke behaalde score heeft een standaardmeetfout. Gevolg hiervan is dat leerlingen ten onrechte wel of juist niet het label dyslexie krijgen. Hierdoor krijgen ze ten onrechte wel of juist niet de ondersteuning die ze nodig hebben om te leren lezen. Daarbij komt dat er geen overtuigend bewijs is dat de aanpak van dyslexie wezenlijk zou moeten verschillen van die van leesproblemen. Dat wat effectief is voor dyslectische leerlingen blijkt ook effectief voor leerlingen met leesproblemen. Kortom, dyslexie of ernstige leerproblemen: het is niet alleen lastig vast te stellen, het doet er ook weinig toe wat betreft de keuze van een effectieve aanpak.

### **Implicaties voor HGD?**

HGD richt zich meer op wat een leerling nodig heeft (zijn onderwijs- en opvoedbehoefte) dan op wat hij is of heeft (zijn stoornis). Classificeren blijkt namelijk lang niet altijd nodig, omdat betrokkenen al reële doelen kunnen stellen en al genoeg weten om aan de slag te kunnen. Heel druk óf ADHD, erg brutaal óf ODD, ernstige rekenproblemen óf dyscalculie: de aanpak is in grote lijnen hetzelfde. Soms heeft het echter wél zin om een label toe te kennen, bijvoorbeeld als het leidt tot inzicht in de situatie, reële doelen, passende ondersteuning op school en/of een gerichte verwijzing naar de jeugdhulp. *Als* het zonder label niet lukt om de situatie te begrijpen, doelen te stellen en aanbevelingen te doen voor de aanpak, *dan* is een label wél functioneel. Kortom: *bij HGD geen label, tenzij het bijdraagt aan overzicht, inzicht én uitzicht.*

Als een leerling, leraar of ouder wil weten of er sprake is van een bepaalde stoornis, dan gaat een handelingsgerichte diagnost eerst samen met hen na welke aanwijzingen er zoal voor én tegen deze stoornis pleiten. Zijn er voldoende aanwijzingen, dan bespreken ze of een label in deze specifieke situatie meerwaarde heeft: leidt het tot adequater handelen waardoor de situatie voor het kind/de jongere verbetert? Is dit zonder label ook mogelijk? Zijn er meer voordelen dan nadelen verbonden aan het label? Zo ja, dan kan het toekennen ervan het belang van de leerling dienen. Alleen dan neemt de diagnost de vraag aan. Hij zal zich in de onderzoeksfase niet alleen richten op de problemen van de leerling, maar ook op diens krachten en talenten. De omgeving van de leerling betreft hij eveneens in de analyse: welke factoren werken belemmerend dan wel bevorderend? Een label wordt alleen toegekend als daar ruim voldoende betrouwbare aanwijzingen voor zijn én als alternatieve hypothesen zijn verworpen. Is dit het geval, dan wordt algemene kennis over het label betrokken in de te formuleren doelen en onderwijs/opvoedbehoefte. Op deze manier is het mogelijk om ‘handelingsgericht te classificeren’ (Pameijer 2008).

*Bron: Handelingsgerichte Diagnostiek in het Onderwijs (Pameijer & van Beukering, 2015).*