



Medisch handelen bij chronisch zieke kinderen in het (speciaal) basisonderwijs in regio Gelderland-Midden

M. L. M. Haagmans · C. van Gent · N. E. H. M. de Jong-Mares · M. H. de Wolff

Published online: 30 December 2020

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2021

Samenvatting Inleiding: Sinds de invoering van de Wet passend onderwijs kunnen scholen vaker te maken krijgen met de vraag medische handelingen te verrichten bij chronisch zieke leerlingen. Wij onderzochten hoe vaak en welke medische handelingen vereist zijn bij kinderen op (speciale) basisscholen in de regio Gelderland-Midden en welke knelpunten schoolpersoneel bij de uitvoering tegenkomt.

Methode: Kwantitatieve informatie, verzameld met een digitale vragenlijst gericht aan schooldirecties van scholen voor (speciaal) basisonderwijs, is gecombineerd met kwalitatieve informatie uit semigestructureerde interviews met intern begeleiders of directeuren. Knelpunten die in de interviews werden uitgediept, zijn gecodeerd volgens de categorieën van het MeetInstrument Determinanten van Innovaties (MIDI).

Resultaten: De vragenlijst is ingevuld door 97 van 280 (35%) scholen voor (speciaal) basisonderwijs in het werkgebied van GGD Gelderland-Midden, en er werden negen interviews gehouden. Voor gemiddeld 1,7 leerlingen per school waren in de voorbije zes maanden medische handelingen nodig, vooral bij leerlingen met diabetes mellitus, allergie en neurologische ziektebeelden. Het betreft vooral het geven van een noodinjectie, het bepalen van glucose, het geven van noodmedicatie en het toedienen van insuline (via een insulinepomp). Meestal voert schoolpersoneel de handelingen uit, en geven ouders instructie. Bij

19% van de leerlingen beschreef de school enkele knelpunten, in elk van de vier MIDI-categorieën.

Beschouwing: Bij medisch handelen is er bij scholen de behoefte om aansprakelijkheid, scholing, een medisch onderlegde tussenpersoon voor overleg, voldoende tijd en personeel goed te regelen. De jeugdarts kan als medisch geschoolde tussenpersoon fungeren, en kan scholing regelen of verzorgen. De beschikbaarheid van een extra persoon op school die medische handelingen uitvoert, moet verder verkend worden. Het bestaande modelprotocol wordt momenteel aangepast.

Trefwoorden medisch handelen · school · chronisch ziek · passend onderwijs

Inleiding

Sinds de invoering van de Wet passend onderwijs in 2014 kunnen scholen vaker te maken krijgen met de vraag om medische handelingen te verrichten bij leerlingen met een (chronische) lichamelijke ziekte [1, 2]. Een doel van passend onderwijs is dat alle kinderen een passende plek in het onderwijs krijgen en naar een gewone school gaan als dat kan [3].

De prevalentie van chronische aandoeningen (bijvoorbeeld astma, allergieën, diabetes mellitus, epilepsie, hemofilie) onder kinderen van 4–12 jaar in Nederland is 11–14% [4, 5]. Het is niet bekend hoeveel kinderen met een chronische aandoening naar het regulier onderwijs gaan.

Bij chronisch zieke kinderen kan het nodig zijn tijdens schooltijden medische handelingen uit te voeren. Dit zijn naast voorbehouden medische handelingen volgens de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) [1], alle handelingen die op school nodig (kunnen) zijn voor een kind met een ziekte. Voorbeelden zijn noodmedicatieverstrekking,

Dit onderzoek is uitgevoerd als onderdeel van de opleiding tot arts Maatschappij en Gezondheid bij de NSPOH.

M. L. M. Haagmans (✉) · C. van Gent ·
N. E. H. M. de Jong-Mares
GGD Gelderland-Midden, Arnhem, Nederland
Michele.haagmans@vvggm.nl

M. H. de Wolff
Stichting Vérian, Apeldoorn, Nederland



bloedsuikerbepaling, het toedienen van sondevoeding of geven van een injectie. Goede uitvoering van deze handelingen is van belang voor de gezondheid van het kind op de korte en/of lange termijn (soms is het zelfs van levensbelang), en kan ook belangrijk zijn voor de schoolprestaties en het uitstroomniveau [6]. Bij diabetes bijvoorbeeld voorkomt goede glykemische controle latere complicaties. Hyperglykemie door suboptimale insulinebehandeling kan leerproblemen veroorzaken [7–9]. Anafylaxie is een levensbedreigende situatie en vereist direct ingrijpen [10, 11].

Nederlands onderzoek onder ouders van een kind met diabetes type 1 laat zien dat zes van de tien scholen van ouders verlangen dat zij binnen 10 minuten op school kunnen zijn [12]. Uit Zweeds onderzoek blijkt dat bij 57% van de kinderen met diabetes niemand verantwoordelijk is voor het ondersteunen van het kind bij de zelfzorg op school en dat 21% van de ouders 's morgens minder insuline geeft, uit angst voor een hypoglykemie op school [7]. Ander internationaal onderzoek wijst erop dat leerkrachten vaak niet goed weten wat ze moeten doen bij anafylaxie en dat ze meer training nodig hebben in de medische handelingen die ze uitvoeren [6, 10, 11].

In 2007 is een modelprotocol medische handelingen op scholen opgesteld [2]. Dat benadrukt dat het belangrijk is dat een langdurig ziek kind of een kind met een bepaalde handicap zo veel mogelijk gewoon naar school gaat en dat het dus soms nodig is dat op school medische handelingen worden verricht. Volgens het protocol brengt het uitvoeren van medische handelingen op school risico's met zich mee, ook op juridisch gebied. Een leerkracht is verantwoordelijk voor zijn handelen en kan aansprakelijk worden gesteld. Het protocol bevat voorbeelden van toestemmingsformulieren en bekwaamheidsverklaringen [2].

Dit onderzoek inventariseert hoe vaak medische handelingen vereist zijn bij kinderen op (speciale) basisscholen in de regio Gelderland-Midden en welke dat dan zijn, en welke knelpunten schoolpersoneel bij de uitvoering tegenkomt. Op grond van de resultaten worden aanbevelingen gedaan over aanpassingen van het modelprotocol, om scholen beter te ondersteunen bij medisch handelen.

Methode

Vragenlijstonderzoek

Alle 269 basisscholen en elf scholen voor speciaal basisonderwijs (SBO) in het werkgebied van GGD Gelderland-Midden zijn in 2019 benaderd met een digitale vragenlijst. Er werd twee keer een herinnering gestuurd. De vragenlijst is ingevuld door 97 (35%) van de 280 scholen, waarvan vier (4%) door SBO-scholen.

Gevraagd werd naar het totale aantal leerlingen dat de school telt, bij hoeveel leerlingen medisch handelen nodig is of kan zijn, en of er een protocol medisch handelen is. Daarna werd per leerling voor wie me-

disch handelen nodig is, via meerkeuze- en ja/nee-vragen gevraagd naar ziektebeeld(en), medische handelingen, wie deze uitvoerde, wie instructie/advies gaf, een specifiek handelingsplan en knelpunten (in het afgelopen half jaar). Deze knelpunten konden in een tekstvak beschreven worden. De gegevens zijn anoniem verzameld en zijn niet herleidbaar naar individuele scholen en kinderen.

Interviews

Van de 97 scholen die de vragenlijst hebben ingevuld, stonden er twintig open voor een interview. Hieruit maakte de onderzoeker een selectie op basis van bijvoorbeeld knelpunt, ziektebeeld (veelvoorkomend of juist zeldzaam), handeling en onderwijssoort, om variatie te krijgen in ervaren knelpunten. Na negen interviews werd datasaturatie bereikt. De interviews werden door de eerste auteur (MH) afgenomen op school bij de intern begeleider (IB'er, deze gaat over de zorg voor leerlingen) of de directeur. Zij hebben een overkoepelend beeld over alle leerlingen, terwijl leerkrachten vaak alleen een specifieke leerling kennen. De geïnterviewden verwoordden ook de ervaringen van de leerkrachten. De interviews duurden een half uur tot een uur. Anonimiteit en vrijwilligheid werden benadrukt. Kinderen over wie de interviews gingen, werden niet met naam genoemd, de onderzoeker wist niet om welke kinderen het ging. De geïnterviewden ontvingen een presentje als dank voor hun deelname.

De interviews werden afgenomen aan de hand van een topic-lijst, en werden opgenomen en verbatim uitgetypt.

Analyse en codering

De data uit de ingevulde vragenlijsten zijn geanalyseerd met behulp van IBM SPSS, versie 25.0, en Microsoft Excel 2016. De data worden gepresenteerd als gemiddelde of aantal en percentage.

Analyse van gegevens uit de interviews startte parallel aan de verzameling ervan. De eerste drie interviews werden door twee onderzoekers (MH en MdW), onafhankelijk van elkaar, open gecodeerd. Daarna werden de coderingen vergeleken en besproken tot overeenstemming werd bereikt. De overige interviews werden door één onderzoeker gecodeerd (MH).

Het MeetInstrument Determinanten van Innovaties (MIDI) werd gebruikt voor de codeboom [13, 14]. MIDI verschaft inzicht in het gebruik van innovaties op vier verschillende gebieden: 1) de innovatie: medisch handelen op school of het modelprotocol, 2) de gebruiker: leerling en schoolmedewerker, 3) de organisatie/omgeving: hoe zaken geregeld zijn binnen de schoolomgeving, 4) de sociaal-politieke omgeving: financiële structuren, inhoudelijke wetgeving.

Bij het axiaal coderen werden knelpunten beoordeeld en ondergebracht bij een van de vier determinanten.

Voor de kwalitatieve gegevensanalyse werd gebruikgemaakt van het programma MAXQDA2018.

Resultaten

Vragenlijstonderzoek

Op de 97 deelnemende scholen zaten gemiddeld 222 leerlingen (range 45 tot 620). Gemiddeld waren er 1,7 leerlingen (range 0 tot 9) per school voor wie medisch handelen (eventueel) nodig was. Dertig scholen (31%) hadden geen leerlingen voor wie medisch handelen nodig was. Van de 67 scholen waar medisch handelen nodig was, was bij 73% een (model)protocol aanwezig [2]. Van de 30 scholen waar medisch handelen niet nodig was, had 67% een protocol.

In totaal gaven scholen aan dat voor 162 (0,75%) leerlingen medisch handelen nodig is of kan zijn, van wie voor 142 de vervolgvragen per leerling werden ingevuld.

De vermelde ziektebeelden waren allergieën (45,1%), diabetes (26,1%), neurologische aandoeningen (12,7%), stofwisselingsziekten (4,2%), stollingsstoornissen (3,5%), maagdarmaandoeningen (2,8%), longziekten (1,4%) en andere aandoeningen (7,0%). Vier leerlingen hadden twee ziekten.

Voor de 142 leerlingen werden in totaal 185 handelingen aangegeven. Het ging vooral om het geven van een noodinjectie (35,1%), het bepalen van glucose (17,8%), het geven van noodmedicatie (17,3%) en het toedienen van insuline via een insulinepomp (9,2%) of een injectie (4,9%). Minder vaak vermelde handelingen waren het toedienen van sondevoeding, stomaverzorging en een restcategorie, zoals het verschonen van een kind, bellen van ouders of 112, of het geven van orale medicatie (tab. 1).

Meestal werden deze handelingen door de leerkracht, IB'er of andere schoolmedewerker (53,2%) uitgevoerd, gevolgd door ouders (18,2%), de leerling zelf (10,4%) of een familielid (0,4%). Bij 6% werd een zorg-/hulpverlener ingeschakeld.

Tabel 1 Soort en aantal medische handelingen, nodig op scholen

Medische handeling	Aantal keer vermeld door scholen als nodig (%)
Zo nodig geven van injectie (bijvoorbeeld met een adrenaline-auto-injector, glucagon)	65 (35,1)
Bepalen van glucose	33 (17,8)
Geven van medicatie (tablet, zetpil, neusspray) bij een aanval of noodsituatie	32 (17,3)
Toedienen van een (extra) dosis insuline via een insulinepomp	17 (9,2)
Toedienen van insuline via een injectie	9 (4,9)
Toedienen van sondevoeding	4 (2,2)
Stomaverzorging	2 (1,1)
Anders	23 (12,4)
Totaal	185 (100)

Meestal gaven de ouders informatie over het ziektebeeld en/of de instructie over de medische handelingen (71,5%), gevolgd door (wijk)verpleegkundigen (11,1%), (jeugd)artsen/-verpleegkundigen (4,7%) of een andere persoon (5,2%).

Voor 123 (87%) leerlingen werd, naast het modelprotocol, ook een specifiek handelingsplan op papier gezet.

In totaal ervoeren scholen knelpunten bij 27 (19%) van de 142 leerlingen. Knelpunten werden vooral gemeld bij een deel van de leerlingen met diabetes (bij 12 van de 37), met allergie (bij 7 van de 64) en met neurologische aandoeningen (bij 4 van de 18).

Interviews

Er werden zeven IB'ers, één directeur en één teamleider geïnterviewd. Op basis van het coderen kwamen er meerdere categorieën en subcategorieën van knelpunten naar boven die een rol spelen bij medisch handelen op school. Zie tab. 2 voor de codeboom van knelpunten.

Knelpunten rond het medisch handelen of het protocol

De meeste geïnterviewden kennen het modelprotocol, maar vinden dit *niet helder*, vooral wat betreft de juridische positie van de schoolmedewerker en het regelen van een bekwaamheidsverklaring. Scholen maken op basis van het modelprotocol vaak een eigen proto-

Tabel 2 Codeboom knelpunten, ingedeeld volgens de vier categorieën van het MeetInstrument Determinanten van Innovaties [13, 14]

Hoofdcategorie (categorie)	Subcode (determinant)
Innovatie	Niet compleet
	Niet helder
Gebruikers	Angst
	Geen opleiding/scholing
	Niet hun taak/verantwoordelijkheid
	Rol van/relatie met ouders
	Onvoldoende concentratie
	Rol van het kind zelf
	Rol van andere ouders
	Er niet tegen kunnen
Organisatie	Tijd
	Klas alleen laten
	Aanwezigheid van iemand die medische handelingen kan verrichten
	Gaat van formatie af
	Ondersteuning wordt afgebouwd
	Geen ondersteuning/advies
	Bewaarplaats van de medicatie
Sociaal-politieke omgeving	Ruimtegebrek
	Aansprakelijkheid
	Financiering/beleid
	Privacy

col, waarbij behoefte is aan een medisch-deskundige om mee te denken. Informatie over het ziektebeeld of wat school moet doen is *niet* altijd compleet.

'Nou en als je dan in de regio hier op zoek gaat naar de medische protocollen, die je eigenlijk natuurlijk moet hebben als school, zie je dat heel veel meer gewoon het beleidsstuk van de PO-Raad hebben als soort van medisch protocol.' (interview 5)

Knelpunten rond de gebruiker

Geïnterviewden geven aan dat *angst* een rol speelt bij leerkrachten als hen gevraagd wordt om bij een kind op school medische handelingen uit te voeren. Hierbij gaat het om angst voor de handeling (bijvoorbeeld het geven van een injectie) of voor het ziektebeeld (dat een kind 'niet goed' wordt). Angst voor juridische consequenties als een medische handeling niet goed wordt uitgevoerd, speelt ook een grote rol. Zie hiervoor verder bij de sociaal-politieke omgeving.

'En de leerkracht zegt ook: "Ik weet niet of ik dat durf hoor." Die vindt dat héél eng. "Wat raak ik, wat raak ik niet?"' (interview 1)

Wat volgens de geïnterviewden een rol speelt bij de angst, is dat leerkrachten in hun opleiding *geen scholing* krijgen over ziekten en medisch handelen. Duidelijke uitleg over de ziekte door ouders of bij voorkeur door een verpleegkundige of arts, en instructies over de handelingen vermindert de angst, is de ervaring. Scholing vanuit kinderdiabetesteams is vaak goed geregeld, maar dit geldt niet voor alle ziektebeelden. Belangrijk vinden de geïnterviewden dat na de instructie over het medisch handelen een bekwaamheidsverklaring wordt getekend.

'Maar als team hebben wij dan toch zoiets van: wij zijn niet medisch geschoold.' (interview 3)

De geïnterviewden merken dat sommige leerkrachten of onderwijsassistenten medisch handelen *niet als hun taak/verantwoordelijkheid* zien. Leerkrachten vragen zich af of het hun taak is om tafeltjes te poetsen (bij een kind met allergie) of om suikers in voedingsmiddelen uit te rekenen (bij een kind met diabetes). Alle geïnterviewden vinden dat een kind voor wie medisch handelen nodig is, naar een reguliere school in de buurt moet kunnen.

'Ja, alleen, maar de ene onderwijsassistent is de andere niet, en sommigen hebben ook zoiets van: ik ben voor onderwijs, ik ben niet voor verschonen. Die zeggen: "Ja, dat doe ik niet, daar ben ik niet voor aangenomen."' (interview 9)

Een ander knelpunt is de *rol van en de relatie met de ouders*, en vooral hun bereikbaarheid.

'Dus dat was eigenlijk, alle dagen was dat wel een beetje rommelig en zoeken naar van wanneer geven ze nu antwoord. Dat deden we via de app.'

'Maar als je geen antwoord krijgt, konden ze niks geven, moesten ze wachten, het kind moest wachten met eten.' (interview 7)

Leerkrachten zijn volgens de geïnterviewden bang dat ze in een drukke klas *onvoldoende concentratie* hebben om medische handelingen te verrichten of een leerling daarbij te helpen.

'Maar dat is terecht wat onze leerkracht zei: "Als ik dan met dat meisje bezig ben, en een kind valt, of een kind denkt toch van 'ik wil de juffrouw spreken', dan word jij, je focus wordt weggehaald." En heb je dan de juiste handelingen verricht?' (interview 4)

Enkele minder vaak genoemde knelpunten zijn de *rol van het kind zelf* (weinig concentratie), de *rol van andere ouders* (geen rekening willen houden met de allergie van een klasgenoot) of de leerkracht die *niet tegen het medisch handelen kan* (misselijk bij stoma-verzorging).

'Dit jongetje is heel snel afgeleid, die geeft zich in de pauze volledig, dus die kan, de ene keer heeft hij gigantisch veel energie verschoten, ja dan schommelt het nog heel erg.' (interview 2)

Knelpunten met betrekking tot de organisatie

Op het gebied van organisatie melden alle geïnterviewden knelpunten wat betreft *tijd*, en hiermee samenhangend het *alleen laten van de klas*.

'Het zijn eigenlijk vooral die momenten tussendoor waarin hij of in één keer heel erg kan dalen of in één keer heel hoog gaat en je moet reageren. En wat doe je dan dus met de rest van de klas?' (interview 5)

Geregeld vormt de *aan- of afwezigheid van iemand die medische handelingen kan verrichten* een probleem, bijvoorbeeld bij ziekte van de vaste leerkracht. Als iemand er speciaal voor wordt aangenomen, gaat dat in veel gevallen van de *formatie van de school af*. Soms is een wijkverpleegkundige geregeld, maar wordt deze *ondersteuning weer afgebouwd* (om het kind en de school zelfredzaam te maken).

'We hebben wel eens een keer gehad dat we wisten "... nu is even ook toevallig de conciërge er niet", dan hebben we met ouders afgesproken om het kind die dag gewoon thuis te houden.' (interview 6)

Ondersteuning/advies vanuit bijvoorbeeld het samenwerkingsverband of de GGD is, anders dan bij gedragsproblematiek, volgens de geïnterviewden niet goed geregeld bij medische problematiek. Scholen zijn op zoek naar een medisch onderlegde contactpersoon om te overleggen over een leerling voor wie medisch handelen nodig is en denken dan niet aan de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Degenen die wel bij

de JGZ om ondersteuning vragen, vinden deze onvoldoende in verband met tijdgebrek van de JGZ. Ondersteuning door de behandelaar van het kind is afhankelijk van de behandelaar.

'Nou, ik zei al, ik vind eigenlijk: we hebben nu wel passend onderwijs, waarin eigenlijk voor kinderen met psychiatrische aandoeningen, van alle mogelijke dingen, gedragsstoornissen, hebben we allemaal mensen binnen dat passend onderwijs, maar dat stukje, zeg maar de medische kant, daar zit niks in het ondersteuningsteam.' (interview 7)

Sommige geïnterviewden noemen de *bewaarplaats van de medicatie* of *ruimtegebrek op school* als probleem.

'En ze heeft ook tabletjes die ze dan in haar tas mee heeft. En toen zei ik: "Ik vind in de tas niet zo handig want als zij dan iets heeft, ik heb 100 tassen die daar hangen, moet ik gaan zoeken."' (interview 7)

Knelpunten met betrekking tot de sociaal-politieke omgeving

Alle geïnterviewden noemen *aansprakelijkheid*, angst voor mogelijke consequenties, als een van de grootste knelpunten. Vaak willen leerkrachten dat ouders een contract tekenen waarin staat dat ze de school/leerkracht niet aansprakelijk stellen als er iets misgaat. Wanneer het schoolbestuur een (extra) verzekering afsluit en er een door een arts getekende bekwaamheidsverklaring is, geeft dat leerkrachten een veiliger gevoel. Sommige scholen zijn niet op de hoogte van deze aanbeveling uit het modelprotocol en hebben dit niet geregeld. Veel scholen weten niet hoe ze de bekwaamheidsverklaring moeten regelen en welke arts of verpleegkundige hem kan afgeven.

'Nee, en wat de leerkrachten ... dan gaat het niet om handelingen, maar de verantwoordelijkheid als het misgaat. Wat als het misgaat?' (interview 4)

Geïnterviewden missen (*landelijke*) *financiering of beleid* voor medisch handelen op school. Het gaat bijvoorbeeld om financiering van de thuiszorg op school en van scholing/instructie. Ze missen een regeling, bijvoorbeeld om iemand in te huren voor het uitvoeren van medische handelingen, gefinancierd door de zorgverzekering. Scholen gebruiken nu verschillende geldpotjes om medisch handelen te financieren, in tijd of persoon. Een enkeling noemt de *privacyregels* als knelpunt, omdat een formulier met een stappenplan waarop allerlei gegevens over een leerling staan, op een plaats hangt die voor iedereen zichtbaar is.

'Volgens mij heeft men geen idee hoe iedereen er een beetje mee rommelt en hoe het geregeld is. Het is puur die schotten die tussen de verschillende vakgebieden staan zeg maar, en ook financieringen.' (interview 2)

Beschouwing

Dit is voor zover wij weten het eerste onderzoek in Nederland naar medisch handelen op school vanuit het perspectief van schoolmedewerkers. Het laat zien dat medisch handelen op school nodig is of kan zijn bij gemiddeld 1,7 leerlingen per school, en vooral speelt bij kinderen met diabetes, allergie of een neurologisch ziektebeeld. In de meeste gevallen worden deze handelingen uitgevoerd door leerkrachten of andere schoolmedewerkers, ouders/familie en kinderen zelf. Bijna nooit wordt thuiszorg of een andere instantie ingeschakeld. Meestal verzorgen ouders de instructie over het ziektebeeld en de medische handelingen.

Volgens een Amerikaans onderzoek geven schoolverpleegkundigen aan dat zij in de meeste gevallen geen rol spelen als medisch handelen op hun scholen nodig is. Deze worden in die gevallen verricht door een *health/nursing assistant* (verpleeghulp) (65–100%) en onderwijzend personeel (5–46%). Secretarissen worden vooral ingeschakeld bij inhalatie (72%) en orale medicatie (78%). Bij de instructie aan schoolmedewerkers spelen verpleegkundigen volgens dat onderzoek wel een grote rol (bij 81–99% van de handelingen geven zij zelf instructie) [6]. Uit Italiaans onderzoek over diabeteszorg op school blijkt dat schoolpersoneel slechts bij 3,6% van de kinderen met diabetes verantwoordelijk is voor het toedienen van insuline, bij 3,6% een verpleegkundige, bij 20% de ouders, bij 25,5% het kind zelf en bij 0,5% iemand anders. Bij de overige kinderen was geen insuline nodig op school, waarschijnlijk omdat kinderen thuis lunchten. In 61,9% van de gevallen werd de instructie verzorgd door ouders en in 33,3% door personeel van de diabetesafdeling in het ziekenhuis [9].

In ons onderzoek ervaren scholen bij de meeste leerlingen voor wie medisch handelen nodig is geen knelpunten, maar bij 19% wel.

Op het gebied van medisch handelen zelf of het protocol werden de volgende knelpunten gesignaleerd: het modelprotocol is niet compleet (over aansprakelijkheid en de bekwaamheidsverklaring) en ouders geven soms onvoldoende informatie. De Stichting Zorgeloos met diabetes naar school heeft een advocatenbureau de kwestie van aansprakelijkheid laten uitzoeken [15]. Hun advies is inmiddels behandeld. In de *Kamerbrief over voortgang onderwijs en zorg* en de factsheet *Gezondheidszorg in onderwijstijd* staan de aanbevelingen: leerkrachten handelen bij de uitvoering van medische handelingen, net als ouders, niet-beroepsmatig, maar als privépersoon [16]. Zij doen dat vrijwillig en niet op grond van hun functie, en moeten bekwaam zijn. In de Kamerbrief staat ook dat het modelprotocol momenteel aangepast wordt op het gebied van de positie van de school en het onderwijspersoneel.

Wat betreft de gebruiker werden de volgende knelpunten genoemd: angst, niet geschoold zijn, het niet als zijn taak beschouwen, onvoldoende concentratie

hebben, de rol van het kind, ouders en andere ouders, en er niet tegen kunnen. Angst wordt ook genoemd in de (weinig) internationale literatuur die er is over het perspectief van schoolpersoneel [8, 9, 17], net als de behoefte aan meer training over medisch handelen [9–11, 17, 18]. Een onderzoek uit 2003 geeft aan dat gebrek aan training, het ontbreken van een verpleegkundige en gebrek aan ouderbetrokkenheid de grootste belemmeringen vormen voor goede ondersteuning voor een leerling met diabetes op school [18]. Het eerder genoemde advocatenbureau concludeerde ook dat risico's kunnen worden afgewend door te zorgen voor een opdracht (van ouders) en voor voldoende kennis en vaardigheden bij de uitvoerende schoolmedewerker. Wanneer aan deze voorwaarden wordt voldaan, zal een beroep op artikel 6:162 BW (de onrechtmatige daad) niet snel slagen. Daarnaast wordt aangegeven dat eventueel risico eenvoudig te verzekeren is [15]. Scholing wordt soms georganiseerd door een ziekenhuis of behandelcentrum. Ook een jeugdarts kan scholing verzorgen of organiseren. Mogelijk kan via de beroepsopleidingen tot leerkracht meer scholing over leerlingen met chronische ziekten gegeven worden. Hoewel sommige scholen aangeven dat zij het niet de taak van de leerkracht vinden om medische handelingen uit te voeren, zijn alle geïnterviewden van mening dat alle kinderen, met of zonder chronische aandoening, en met welke ondersteuningsbehoefte dan ook, op een reguliere school terecht moeten kunnen.

In de organisatie zien we de volgende knelpunten: onvoldoende tijd, de klas moet alleen gelaten worden, het niet beschikbaar zijn van iemand die de handelingen kan uitvoeren, ondersteuning door een medisch onderlegde contactpersoon, de bewaarplaats van medicatie en ruimtegebrek (om handelingen uit te voeren). Scholen missen bij de samenwerkingsverbanden de medische expertise. Er is wel ondersteuning bij gedrags- en leerproblemen, maar nauwelijks bij medische problematiek. Vaak wordt bij medische vragen niet aan de JGZ gedacht, of heeft de JGZ geen tijd. De jeugdarts is echter wel degene die bij uitstek kan optreden als medisch contactpersoon. Hij/zij speelt zelf geen rol bij het medisch handelen, maar fungeert als schakel tussen onderwijsinstellingen en het medische domein [19]. Net als bij de begeleiding van een leerling bij ziekteverzuim speelt de jeugdarts dan een verbindende en coördinerende rol in de driehoek kind, ouders en onderwijsinstelling [20]. De jeugdarts kan overleggen met de behandelaar en meedenken over een handelingsplan. Omdat ondersteuning in het basispakket JGZ bij vragen over medisch handelen op school niet als zodanig genoemd wordt [21], wordt dit door elke JGZ-instelling anders ingevuld. De jeugdarts wordt ook niet genoemd in het modelprotocol, waarin wel staat dat de school 'de GGD' kan inschakelen. Jeugdartsen kunnen zich op dit gebied meer profileren, zowel in het contact met scholen, als landelijk. Het is wenselijk dat scholen leerlingen voor

wie medisch handelen nodig is, aanmelden op het spreekuur van de jeugdarts of voor een multidisciplinair overleg waarbij de jeugdarts aanwezig is. Zo is tijd voor de jeugdarts geborgd. Nu wordt de jeugdarts vaak 'even gebeld voor advies'. Een stappenplan voor scholen voor het handelen bij een leerling voor wie medisch handelen nodig is, kan helpen. Het regelen van voldoende tijd of een extra persoon op school voor het uitvoeren van medische handelingen hangt met financiën en personeelsformatie samen. De betrokkene hoeft in principe geen medische zorgverlener te zijn en kan zijn of haar taken combineren met andere verantwoordelijkheden. Uit de Kamerbrief blijkt dat de overheid bezig is met het verbeteren van de aansluiting tussen zorg en onderwijs. Er wordt bijvoorbeeld onderzocht of flexibilisering van de financiering mogelijk is, en of onderwijsmiddelen ingezet mogen worden in constructies tussen school en zorglocatie [16].

Ten slotte zijn er op het gebied van de sociaal-politieke omgeving knelpunten op de volgende gebieden: aansprakelijkheid, financiering, beleid en privacy. Hierboven is reeds aangegeven dat het modelprotocol aangepast wordt wat betreft juridische aspecten en dat gekeken wordt naar de financiering. Hiermee komt landelijk beleid dichterbij.

Beperkingen van het onderzoek

Mogelijk is de vragenlijst vooral ingevuld door scholen die knelpunten ervaren bij medisch handelen. Scholen zonder leerlingen voor wie medisch handelen nodig is, hebben wellicht in mindere mate meegedaan, waardoor selectiebias niet uit te sluiten is. Dit onderzoek is gedaan in de regio Gelderland-Midden. Deze regio omvat zowel plattelandsgedebied als twee grotere steden. Over verschillen met andere regio's kan op basis van dit onderzoek niets worden gezegd.

Om *recall bias* zo veel mogelijk uit te sluiten, is gevraagd naar ervaringen in het afgelopen half jaar. Hoewel de onderzoeker tijdens de interviews niet het gevoel had, hebben de geïnterviewden mogelijk sociaal wenselijke antwoorden gegeven omdat ze een professionele relatie met de GGD hebben en omdat ze niet negatief willen spreken over passend onderwijs of zorgverleners. Verder was het aantal SBO-scholen te klein (vier van de 97) om iets te kunnen zeggen over verschillen met het reguliere basisonderwijs.

Besluit

Het is belangrijk medische handelingen ten behoeve van een kind goed af te stemmen met het schoolteam en ouders, en een leerlingsspecifiek handelingsplan op te stellen waarin verantwoordelijkheden en taken van zowel ouders als school vastgelegd worden. Ouders moeten een schriftelijke opdracht en toestemming verstrekken. Goede instructie moet geregeld worden, naast een bekwaamheidsverklaring. Hierbij zijn het modelprotocol met voorbeeldformulier en de

genoemde factsheet te gebruiken [2, 18]. De jeugdarts kan hierbij ondersteunen, als schakel tussen het medisch domein en onderwijsinstellingen.

Op die manier kunnen knelpunten op scholen zo veel mogelijk worden weggenomen. Voor leerlingen met een chronische ziekte wordt de ondersteuning op school beter. Ze kunnen zich cognitief en sociaal zo goed mogelijk ontwikkelen op een school van hun keuze, met dezelfde kansen als kinderen zonder chronische ziekte.

Dankbetuiging Wij bedanken alle directeuren en IB'ers voor de medewerking aan het onderzoek, en Henny Rexwinkel, epidemioloog bij GGD Gelderland-Midden, voor hulp bij de analyse van de gegevens.

Literatuur

- Overheid.nl. Wettenbank. 2020. <https://wetten.overheid.nl>. Geraadpleegd op: 24 okt 2020.
- PO-raad. Model-protocol medische handelingen op scholen. 2019. <https://www.poraad.nl/ledenondersteuning/toolboxen/passend-onderwijs/medisch-handelen-in-het-basisonderwijs>. Geraadpleegd op: 24 okt 2020.
- Rijksoverheid.nl. Passend onderwijs. 2020. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs>. Geraadpleegd op: 24 okt 2020.
- Mokkink LB, Lee JH van der, Grootenhuis MA, Offringa M, Praag BMS van, Heymans HSA. Omvang en gevolgen van chronische aandoeningen bij kinderen. Amsterdam: Emma Kinderziekenhuis, AMC Amsterdam; 2006. Beschikbaar via: http://www.zorgvoorhetziekekind.nl/media/files/Rapport_Mokkink_et_al.pdf.pdf.
- CBS Statline. Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken. 2020. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83005NED/table?ts=1541859162100>. Geraadpleegd op: 24 okt 2020.
- Baker DL, Hebbeler K, Davis-Alldritt L, Anderson LS, Knauer H. School health services for children with special health care needs in California. *J Sch Nurs*. 2015;31(5):318–25.
- Särnblad S, Berg L, Detlofsson I, Jönsson Å, Forsander G. Diabetes management in Swedish schools: a national survey of attitudes of parents, children, and diabetes teams. *Pediatr Diabetes*. 2014;15:550–6.
- Amillategui B, Mora E, Calle JR, Giralt P. Special needs of children with type 1 diabetes at primary school: perceptions from parents, children, and teachers. *Pediatr Diabetes*. 2009;10:67–73.
- Pinelli L, Zaffani S, Cappa M, Carboniero V, Cerutti F, Cherubini V, et al. The ALBA Project: an evaluation of needs, management, fears of Italian young patients with type 1 diabetes in a school setting and an evaluation of parents' and teachers' perceptions. *Pediatr Diabetes*. 2011;12:485–93.
- Ercan H, Ozen A, Karatepe H, Berber M, Cengizlier R. Primary school teachers' knowledge about and attitudes toward anaphylaxis. *Pediatr Allergy Immunol*. 2012;23:428–32.
- Kilger M, Range U, Vogelberg C. Acute and preventive management of anaphylaxis in German primary school and kindergarten children. *BMC Pediatr*. 2015;15:159.
- Diabetesfonds. Diabetes op school is een verborgen probleem. 2014. <https://www.diabetesfonds.nl/over-diabetes/nieuws/diabetes-op-school-is-een-verborgen-probleem>. Geraadpleegd op: 24 okt 2020.
- Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Dommelen P van, Buuren S van. Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *Int J Qual Health Care*. 2014;26(5):501–10.
- TNO. MIDI-vragenlijst. 2012. <https://www.tno.nl/media/1870/midivragenlijst.pdf>. Geraadpleegd op: 24 okt 2020.
- Van Benthem en Keulen Advocaten & Notariaat. Diabeteszorg in het primair en voortgezet onderwijs. Wettelijk kader en aansprakelijkheid. 2018. https://www.zorgeloosmetdiabetesnaarschool.nl/application/files/7715/2579/2461/Advies_diabeteszorg_in_het_primair_en voortgezet_onderwijs.pdf. Geraadpleegd op: 24 okt 2020.
- Rijksoverheid.nl. Kamerbrief over voortgang onderwijs en zorg. 2019. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/10/30/kamerbrief-over-voortgang-onderwijs-zorg>. Geraadpleegd op: 24 okt 2020.
- Boden S, Lloyd CE, Gosden C, Macdougall C, Brown N, Matyka K. The concerns of school staff in caring for children with diabetes in primary school. *Pediatr Diabetes*. 2011;13(6):e6–13.
- Lewis DW, Powers PA, Goodenough ME, Poth MA. Inadequacy of in-school support for diabetic children. *Diabetes Technol Ther*. 2003;5:45–56.
- AJN Jeugdartsen Nederland. Wat doet de jeugdarts. 2020. <https://ajnjeugdartsen.nl/de-jeugdarts/wat-doet-de-jeugdarts/>. Geraadpleegd op: 29 mei 2020.
- AJN Jeugdartsen Nederland. Standpunt schoolverzuim. 2018. <https://ajnjeugdartsen.nl/standpunt/standpunt-aanpak-schoolverzuim>. Geraadpleegd op: 24 okt 2020.
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Basispakket JGZ. 2020. <https://www.ncj.nl/themadossiers/uitvoeringskader/basispakket-jgz/>. Geraadpleegd op: 24 okt 2020.

M.L.M. Haagmans, arts Maatschappijen Gezondheid

C. van Gent, arts Maatschappijen Gezondheid

N.E.H.M. de Jong-Mares, epidemioloog

M.H. de Wolff, jeugdarts KNMG, aios arts Maatschappijen Gezondheid