



UNIVERSITEIT
UTRECHT

Het effect van cluster 4 onderwijs, speciaal basisonderwijs en regulier onderwijs op de ontwikkeling van het sociaal functioneren bij jongens met gedragsproblemen

Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen
Master Psychologie, Kind en Jeugd

THESIS

*Het effect van cluster 4 onderwijs, speciaal basisonderwijs en regulier
onderwijs op de ontwikkeling van het sociaal functioneren bij jongens met
gedragsproblemen*

H.A. de Vries – 3521486

20 juni 2013

Supervisor: Prof. Dr. B. Orobio de Castro

Tweede beoordelaar: I. Schrooten, MSc.

Inhoudsopgave

Abstract (Nederlands)	7
Abstract (English)	9
Inleiding	11
Methode.....	19
Design	19
Participanten	19
Procedure	20
Meetinstrumenten	21
Achtergrondvariabelen.....	21
Sociaal functioneren.....	21
Achenbach System of Empirically Based Assessment-lijsten	21
Sociometrie.....	21
Parent Rating Scale Reactive and Proactive Aggression (PRPA).....	21
Data analyse.....	22
Resultaten	23
Selectie-effect	23
Regressie.....	28
Hoofdeffect en interactie-effect onderwijs en risicogroep.....	31
Hoofdeffecten controlevariabelen.....	32
Discussie.....	34
Literatuur	42

Abstract (Nederlands)

‘Passend Onderwijs’, ook wel inclusief onderwijs genoemd, ambieert zorgleerlingen binnen het regulier onderwijs onder te brengen om zo hun sociaal functioneren te bevorderen. Het zou onder andere de stijging van jongens met gedragsproblemen in het cluster 4 onderwijs moeten tegengaan. De gevonden effecten van inclusief onderwijs zijn echter tegenstrijdig doordat veel onderzoek geen rekening heeft gehouden met de initiële verschillen tussen de groepen zorgleerlingen: het selectie-effect. Dit onderzoek heeft longitudinaal het effect van cluster 4 onderwijs, speciaal basisonderwijs en regulier onderwijs op het sociaal functioneren bij jongens met gedragsproblemen onderzocht, rekening houdend met dit selectie-effect. Het selectie-effect is bevestigd: zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs hebben bij aanvang de zwaarste problematiek en zijn daarmee een aparte groep zorgleerlingen. Daarnaast ontwikkelen zorgleerlingen met een lage mate aan initieel probleemgedrag in het cluster 4 onderwijs verontrustend veel reactieve agressie wat zorgen wekt over de toelatingscriteria van het cluster 4 onderwijs.

Kernwoorden: passend onderwijs, inclusief onderwijs, cluster 4 onderwijs, speciaal basisonderwijs, zorgleerlingen, gedragsproblemen, sociaal functioneren, selectie-effect, reactieve agressie

Abstract (English)

‘Passend Onderwijs’, also known as inclusive education, is a Dutch policy in which children with special needs are placed in regular elementary schools to enhance their social functioning. This policy should limit the increase of children with behavioral problems visiting special educational settings. The current study investigates whether inclusive education does indeed have a positive effect on the social functioning of boys with behavioral problems. Methodological shortcomings of previous studies were addressed by controlling for the selection-effect, which implies that there are important differences among children with special needs that make them differentially susceptible to the effects of school settings. The selection-effect was confirmed: the problems of children in a special education setting ‘cluster 4 onderwijs’ are the most severe. Additionally, this type of special education was related to the development of reactive aggression in children who initially showed few behavioral problems. This raises concerns about the admission criteria of ‘cluster 4 onderwijs’.

Keywords: inclusive education, cluster 4 onderwijs, Passend Onderwijs, children with special needs, behavioral problems, social functioning, selection-effect, reactive aggression.

Inleiding

Over het speciaal onderwijs wordt momenteel veel gesproken en gediscussieerd in de media en in de wetenschap. In de afgelopen jaren is er een sterke stijging geweest in het aantal aanmeldingen van jongens met gedragsproblemen voor het cluster 4 onderwijs (Onderwijsraad, 2010). De huidige regering wil met het nieuwe beleid ‘Passend Onderwijs’ deze stijging tegengaan door alle zorgleerlingen binnen het regulier onderwijs te plaatsen met eventueel extra ondersteuning (Stoutjesdijk & Scholte, 2009). In 2007-2008 waren tenminste 300.000 leerlingen aan te merken als zorgleerling, waaronder 10% van de leerlingen in het regulier basisonderwijs (Onderwijsraad, 2010). Deze zorgleerlingen kunnen momenteel geplaatst worden op drie typen onderwijs: inclusief onderwijs, cluster 4 onderwijs en speciaal basisonderwijs (Onderwijsraad, 2010).

Cluster 4 onderwijs valt onder het speciaal onderwijs en is gericht op kinderen met ernstige ontwikkelingspsychopathologie die tot uiting komt in een emotionele, gedrag of ontwikkelingsstoornis (Stoutjesdijk & Scholte, 2009). Naast cluster 4 onderwijs zijn er nog drie typen speciaal onderwijs te onderscheiden: cluster 1 onderwijs voor kinderen met een visuele beperking, cluster 2 onderwijs voor kinderen met een auditieve beperking en/of communicatieve beperking en cluster 3 onderwijs voor kinderen met een lichamelijke en of verstandelijke beperking en langdurig zieke kinderen (Stoutjesdijk & Scholte, 2009). Speciaal onderwijs wordt gereguleerd door de Wet op de Expertisecentra (WEC). In 2003 is de regelgeving omtrent speciaal onderwijs aangepast en is er een nieuwe financieringsystematiek gekomen: ‘leerling gebonden financiering’ (LGF) (Stoutjesdijk & Scholten, 2009). Hiermee krijgen ouders van zorgleerlingen de mogelijkheid om hun kind regulier onderwijs te laten volgen met extra ondersteuning, of om voor het cluster 4 onderwijs te kiezen. Sindsdien heeft 80% van de ouders ervoor gekozen om hun kind op het regulier onderwijs te plaatsen met extra ondersteuning, ook wel inclusief onderwijs genoemd (Onderwijsraad, 2010).

Speciaal basisonderwijs richt zich op zorgleerlingen met enkelvoudige problematiek (Onderwijsraad, 2010). Deze vorm van onderwijs wordt gereguleerd door een ander wettelijk kader dan het speciaal onderwijs, namelijk de Wet op het Primair Onderwijs (WPO). De WPO streeft een samenwerkingsverband na tussen basisscholen en speciale basisscholen om zo een samenhangend geheel van zorgvoorzieningen te realiseren (Onderwijsraad, 2010). De

WPO is in 1998 in werking getreden met als doel, net als het hedendaagse beleid 'Passend Onderwijs, de aanmeldingen voor het cluster 4 onderwijs tegen te gaan door zorgleerlingen zoveel mogelijk binnen het regulier onderwijs te plaatsen (Onderwijsraad, 2010).

Waarom nu het beleid 'Passend Onderwijs'? 'Passend Onderwijs' zou veel beter zijn voor de sociale ontwikkeling van de zorgleerlingen omdat zij zich zo minder apart, beperkt en gestigmatiseerd zouden moeten voelen (Kroesbergen et al., 2010). Volgens de Onderwijsraad (2010) past 'Passend Onderwijs' bij het internationaal streven om alle kinderen binnen het regulier onderwijs onder te brengen, ook wel inclusief onderwijs genoemd. De onderwijsraad (2010) is van mening dat het zo genaamde inclusief onderwijs, financiële voordelen heeft en dat het van pedagogisch nut is voor de reguliere medeleerlingen. Zij noemt als uitgangspunt van passend onderwijs dat ieder kind gelijke rechten en kansen heeft en dat deze gelijke kansen het beste gewaarborgd zijn wanneer zorgleerlingen zoveel mogelijk samen met leerlingen zonder leer- en gedragsproblemen en beperkingen onderwijs ontvangen (Onderwijsraad, 2010). Het plaatsen van zorgleerlingen in aparte klassen en scholen zou deze kansen verkleinen, ongelijkheid vergroten en latere deelname aan de samenleving bemoeilijken (Onderwijsraad, 2010). Integratie in het reguliere onderwijs zou vooral de sociale en sociaal-emotionele ontwikkeling moeten bevorderen doordat zorgleerlingen zich zo minder apart, beperkt en gestigmatiseerd zouden moeten voelen als 'probleem leerling' (Kroesbergen et al., 2010). Het is echter de vraag of dit ook werkelijk het geval is.

Het leren in de klas is een sociale en interactieve situatie (Tutt, Powell, & Thornton, 2006). Sociale vaardigheden spelen daarom een belangrijke rol in het academisch presteren. Zo blijkt er een wederzijdse relatie te bestaan tussen het sociaal functioneren en het academisch presteren (Welsh, Parke, Widaman, & O'Neil, 2001). Daarnaast zijn sociale vaardigheden gelinkt aan het psychologisch welzijn van kinderen en zijn deze belangrijk in de transitie naar het vervolgonderwijs en in het functioneren als volwassene (Ostmeyer & Scarpa, 2012). Juist bij de groeiende groep zorgleerlingen met gedragsproblemen zijn de sociale vaardigheden beperkt en het is de vraag of inclusief onderwijs voldoende tegemoet komt aan deze beperking.

Internationaal onderzoek laat wisselende resultaten zien als het aankomt op de effecten van inclusief onderwijs op de sociale en emotionele ontwikkeling van zorgleerlingen (Farmer & Hollowell, 1994; Kalambouka, et al., 2007; Banerji & Daily, 1995; Vaughn, Elbaym &

Schumm, 1996; Klingner et al., 1998). De term 'inclusief onderwijs' wordt echter zeer uiteenlopend gebruikt, zowel internationaal als in Nederland. Dit zorgt niet alleen voor problemen bij het onderzoeken van het effect van inclusief onderwijs, maar ook bij het interpreteren van zowel nationale als internationale onderzoeksresultaten. Het uiteenlopende gebruik van de term 'inclusief onderwijs' kan daarom een oorzaak zijn van de zeer wisselende onderzoeksuitkomsten wat betreft het effect van onderwijs op de sociaal-emotionele ontwikkeling van zorgleerlingen.

Allereerst zijn er studies die neutrale tot positieve effecten vinden (Farmer & Hollowell, 1994; Kalambouka, et al., 2007; Banerji & Daily, 1995; Vaughn et al., 1996). Zo blijkt dat kinderen in de leeftijd van 8 tot 12 jaar met emotionele- en gedragsproblemen binnen het inclusief onderwijs op dezelfde manier en op een vergelijkbaar niveau als dat van de reguliere medeleerlingen, aansluiting vinden bij leeftijdsgenoten (Farmer & Hollowell, 1994). Deze studie laat echter ook zien dat zij meer agressief en storend gedrag tonen en minder samenwerkend gedrag laten zien (Farmer & Hollowell, 1994). Uit een meta-analyse blijkt dat inclusief onderwijs over het algemeen neutrale tot positieve effecten heeft op het sociaal en academisch functioneren van de reguliere leerlingen (Kalambouka, et al., 2007). Ander onderzoek laat zien dat het zelfvertrouwen en soms ook de motivatie van zorgleerlingen in het inclusief onderwijs toeneemt (Banerji & Daily, 1995). Daarnaast laat deze studie zien dat zorgleerlingen in het inclusief onderwijs even positief zijn over school, even gemotiveerd zijn voor school en een vergelijkbaar zelfbeeld hebben als hun reguliere medeleerlingen (Banerji & Daily, 1995). Wat betreft de psychosociale ontwikkeling blijkt de perceptie van ouders te verschillen van die van de leerkracht: volgens de ouders functioneren de zorgleerlingen op een vergelijkbaar niveau als de reguliere medeleerlingen, terwijl het oordeel van de leerkracht ten gunste is van de reguliere medeleerlingen (Banerji & Daily, 1995). Zorgleerlingen geven zelf aan dat zij zich minder gestigmatiseerd voelen wanneer zij deelnemen aan het inclusief onderwijs (Banerji & Daily, 1995). Onderzoek dat het sociaal functioneren van zorgleerlingen binnen het inclusief onderwijs vergeleek met hun reguliere medeleerlingen, liet zien dat zorgleerlingen niet eenzamer zijn dan hun reguliere medeleerlingen en dat zij een vergelijkbaar niveau van eigenwaarde hebben (Vaughn et al., 1996). Daarnaast liet deze studie zien dat voor de zorgleerling het aantal wederzijdse vriendschappen in de klas toeneemt (Vaughn et al., 1996).

Er zijn echter ook studies die aantonen dat het inclusief onderwijs negatieve effecten kan hebben op de zorgleerlingen (Vaughn et al., 1996; Klingner et al., 1998). Zo laat een onderzoek zien dat zorgleerlingen in het inclusief onderwijs minder aardig worden gevonden door hun medeleerlingen en meer worden afgewezen (Vaughn et al., 1996). Ander onderzoek ondersteunt deze bevinding en laat verder zien dat zorgleerlingen binnen het inclusief onderwijs het minst populair zijn (Klingner et al., 1998A). Verder laat deze studie zien dat zorgleerlingen zich minder schamen wanneer zij op het cluster 4 onderwijs zitten dan wanneer zij uit de reguliere klas worden gehaald voor extra ondersteuning (Klingner et al., 1998A). Daarnaast blijkt uit deze studie dat zorgleerlingen aangeven dat het speciaal onderwijs beter toekomt aan hun academische behoeften maar dat het inclusief onderwijs beter toekomt aan hun sociale behoeften (Klingner et al., 1998A). Uit een andere studie blijkt dat fulltime plaatsing van zorgleerlingen in het regulier onderwijs waarbij de ondersteuning in de klas plaatsvindt, onvoldoende toekomt aan de academische behoeften van de zorgleerlingen (Klingner et al., 1998B).

Waardoor worden deze schijnbaar tegenstrijdige bevindingen van internationale studies veroorzaakt? Een oorzaak zou kunnen zijn dat inclusief onderwijs in verschillende landen geplaatst wordt op een continuüm waarbij scholen verschillen in de mate waarin zij inclusief onderwijs aanbieden (Kalambouka et al., 2007). Daarnaast wordt de term inclusief onderwijs losjes gebruikt (Kalambouka et al., 2007). Over het algemeen wordt de term 'inclusief onderwijs' gebruikt wanneer kinderen binnen een reguliere schoolpopulatie worden geplaatst terwijl zij anders buiten het reguliere onderwijs geplaatst zouden worden (Kalambouka et al., 2007). Dit is vrij breed te interpreteren. Zo is het niet altijd duidelijk of met inclusief onderwijs voltijdse plaatsing binnen een reguliere klas wordt bedoeld, of de zorgleerling ondersteuning krijgt en welke mate en welke vorm van ondersteuning er eventueel wordt geboden (Kalambouka et al., 2007). Hierdoor is het moeilijk te stellen wat werkt en wat niet. Zo blijkt uit een internationaal onderzoek (Vaughn, Elbaum, Schumm & Hughes, 1998) dat inclusief onderwijs wat is ingesteld op samenwerking, positievere effecten heeft op vriendschappen en peer acceptatie bij kinderen met een leerprobleem dan inclusief onderwijs wat daar niet op is ingesteld.

Een andere oorzaak van de schijnbaar tegenstrijdige bevindingen van internationaal onderzoek wat betreft het effect van inclusief onderwijs, is dat het in veel landen verplicht is dat scholen de prestaties van hun scholieren bekend maken. Hierdoor balanceren scholen

tussen enerzijds het aannemen van meer zorgleerlingen en anderzijds het aantonen dat hun scholieren goed presteren (Kalambouka et al., 2007). Het is mogelijk dat scholen alles uit de kast halen om hoog op de ranglijst van resultaten te komen waardoor er een vertekenend beeld kan ontstaan. In Nederland zijn scholen nog niet verplicht om hun prestaties bekend te maken, al woedt momenteel wel een discussie over of scholen verplicht moeten worden hun cito scores openbaar te maken (NOS, 2013).

Het brede gebruik van de term ‘inclusief onderwijs’ en de verschillen in onderwijsbeleid maken het moeilijk om internationale bevindingen toe te passen op het Nederlands onderwijsbeleid. Ook in Nederland bestaat er onduidelijkheid over de precieze definitie van inclusief onderwijs. De Onderwijsraad (2010) stelt dat inclusief onderwijs inhoudt dat leerlingen met beperkingen, gedrag- en of leerproblemen binnen het reguliere onderwijs worden opgevangen. In de praktijk kan dit betekenen dat er een begeleider of zorgcoördinator op school aanwezig is, die eventuele extra onderwijsbehoeften bij leerlingen signaleert en naar aanleiding daarvan verdere acties onderneemt zoals diagnostisch onderzoek, handelingsplannen opstellen en het adviseren van ouders en leerkrachten (Onderwijsraad, 2010). De Nederlandse definitie is dus net zo breed te interpreteren als de internationale definitie. Een definitie moet aangeven wat iets is, niet wat het doel ervan is. Een auto wordt ook niet gedefinieerd als ‘iets waarmee snelle verplaatsing mogelijk is’. Het gebrek aan een specifieke definitie maakt dat het moeilijk is om te onderzoeken wat nu werkt voor welke specifieke groep zorgleerlingen en om vervolgens tot een gefundeerde, evidence-based, aanpak te komen.

Het gebrek aan een specifieke definitie van inclusief onderwijs kan een oorzaak zijn waarom ook Nederlands onderzoek een grillig beeld laat zien wat betreft de effecten van inclusief onderwijs. Zo zijn er verschillende Nederlandse onderzoeken die negatieve effecten hebben gevonden (Bakker & Bosma, 2003; Kroesbergen et al., 2010). Een onderzoek liet zien dat laag presterende kinderen in het regulier onderwijs een slechter zelfbeeld hebben en minder geaccepteerd worden dan laag presterende kinderen in het speciaal onderwijs (Bakker & Bosma, 2003). Een ander onderzoek laat zien dat het probleemgedrag van zorgleerlingen in het inclusief onderwijs niet afneemt en dat de competentiebeleving verslechtert ten opzichte van zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs en de reguliere medeleerlingen (Kroesbergen et al., 2010). Bij kinderen met een licht verstandelijke beperking bleek inclusief onderwijs een negatief effect te hebben op hun schoolmotivatie (Kroesbergen et al., 2010).

Ander Nederlands onderzoek vindt echter neutrale en positieve effecten van het inclusief onderwijs op zorgleerlingen (Hamstra, 2004; Koster et al., 2004). Zo blijkt dat ouders en leerkrachten tevreden zijn over de emotionele ontwikkeling en de sociale positie van zorgleerlingen in het inclusief onderwijs (Koster et al., 2004). In een andere Nederlandse studie (Hamstra, 2004) is onderscheid gemaakt in verschillende vormen inclusief onderwijs: zorgleerling in klas, zorgleerling in school (speciale klassen binnen de reguliere basisschool voor zorgleerlingen) en zorgklas gekoppeld aan school. Een groot deel van de zorgleerlingen geeft aan het leuk te vinden op school. Voornamelijk de groep ‘zorgleerling in klas’ profiteert van het inclusief onderwijs. Zij trekken zich op aan het hogere niveau en tempo van de reguliere leerlingen en leren afwijkend gedrag af. Daarnaast is er sprake van een goede sociale integratie in de klas. De andere twee groepen profiteren voornamelijk van het feit dat de school in de buurt is. Zo worden zij meer begroet, komen zij op meer feestjes en hebben zij meer vriendjes in de buurt dan voordat zij naar deze vorm van onderwijs gingen. Verder blijkt dat het sociale gedrag van zorgleerlingen in het inclusief onderwijs niet verschilt van dat van hun reguliere medeleerlingen en dat de integratie tot een blijvende positievere beeldvorming leidt van zorgleerlingen bij de reguliere medeleerlingen (Hamstra, 2004). Toch laat dit onderzoek ook zien dat de sociale-emotionele ontwikkeling van een derde van de zorgleerlingen niet gebaat is bij inclusief onderwijs omdat zij gepest worden, genegeerd worden en omdat er bij hen ongewenst gedrag wordt uitgelokt door hun reguliere medeleerlingen (Hamstra, 2004).

Een groot probleem bij het vergelijken van zorgleerlingen in cluster 4 onderwijs met zorgleerlingen in het inclusief onderwijs is dat uit verschillende onderzoeken blijkt dat deze groepen verschillen (Onderwijsraad, 2010; Kroesbergen et al., 2010; Stoutjesdijk & Scholten, 2009; Bijlstra, 2004). Zo hebben zorgleerlingen in het inclusief onderwijs over het algemeen lichtere problematiek. Bij zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs is er daarentegen vaker sprake van comorbide problematiek en wordt de problematiek als ernstiger ervaren door ouders en leerkrachten (Stoutjesdijk & Scholte, 2009). Daarnaast hebben zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs vaker de diagnose Conduct Disorder (CD), ADHD en Oppositional Deviant Disorder (ODD), een lagere intelligentie en een grotere leerachterstand (Stoutjesdijk & Scholte, 2009) en vaker een klinische score op de schaal ‘externaliserend gedrag’ van de Child Behavioural Checklist (CBCL) en Teacher Report Form (TRF) (Bijlstra, 2004). Zorgleerlingen in het inclusief onderwijs hebben daarentegen vaker een stoornis binnen het

autistisch spectrum (ASS) (Stoutjesdijk & Scholte, 2009), minder gedragsproblemen en betere schoolvaardigheden (Kroesbergen et al., 2010). Deze bevindingen wijzen op een selectie-effect. Een selectie-effect houdt in dat scholen een plaatsingsbeleid hebben waarbij alleen leerlingen met een beperking worden geaccepteerd die binnen bepaalde grenzen van de standaard vallen (Kroesbergen et al., 2010; Koster et al., 2004).

Door het selectie-effect bestaan er dus verschillen tussen de onderzoeksgroepen die worden vergeleken. Het lijkt dan alsof zorgleerlingen in het regulier onderwijs het even goed of beter doen dan zorgleerlingen in het speciaal (basis)onderwijs, maar dit komt feitelijk door hun mildere problematiek, en niet door inclusief onderwijs. Het meeste onderzoek heeft geen rekening gehouden met dit selectie-effect en hierdoor is het moeilijk te onderscheiden wat de effecten zijn van de verschillende vormen onderwijs op specifieke groepen zorgleerlingen.

Zoals gezegd is er momenteel voornamelijk een stijging in het aantal aanmeldingen van jongens met gedragsproblemen in het cluster 4 onderwijs (Onderwijsraad, 2010). Bij deze doelgroep is voornamelijk het sociaal functioneren een probleemgebied. Passend onderwijs is onder andere bedoeld om het sociaal functioneren van zorgleerlingen te ondersteunen (Onderwijsraad, 2010) en zou dus goed moeten aansluiten bij de behoeften van deze alsmaar groeiende doelgroep.

De huidige studie heeft het effect onderzocht van verschillende typen basisonderwijs, het regulier onderwijs, speciaal basisonderwijs en het cluster 4 onderwijs, op het sociaal functioneren van jongens met gedragsproblemen. Als een van de eersten heeft deze studie gecontroleerd voor het selectie-effect. Door te controleren voor het selectie-effect is er een meer betrouwbaar beeld ontstaan over de effecten van onderwijs op zorgleerlingen.

De sociale problemen zijn in kaart gebracht door de mate van agressie, sociaal probleemgedrag, delinquent gedrag, gedragsproblemen, externaliserend gedrag en de mate van totale problematiek te meten. Er is onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van agressie: reactieve en proactieve agressie. Reactieve agressie wordt gezien als agressie in reactie op een waargenomen bedreiging, een provocatie of een frustratie die gepaard gaat met woede of controle verlies. Het is impulsief en defensief gedrag (Brendgen, Vitaro, Tremblay & Lavoie, 2001; Dodge, 1991, zoals geciteerd in Louwe & van Overveld, 2008). Proactieve agressie daarentegen gaat niet gepaard met woede en controle verlies, maar is gericht op het toe-eigenen van bezittingen en het domineren of intimideren van andere mensen. Deze vorm

van agressie is meer berekend van aard (Cornell, Warren, Hawk, Safford, Oram & Pine, 1996; Dodge, 1991; Vitaro, Gendreau, Tremblay & Ologny, 1998, zoals geciteerd in Louwe & van Overveld, 2008). Wanneer de assumptie van de Onderwijsraad (2010) correct is dan zouden zorgleerlingen in het inclusief onderwijs zich minder gestigmatiseerd, beperkt en apart moeten voelen wat zich zou uiten in minder reactieve agressie, de hoeveelheid proactieve agressie zou echter onveranderd moeten blijven.

Verwacht werd dat vanwege het selectie-effect de drie verschillende groepen zorgleerlingen, de zorgleerlingen in het regulier onderwijs, speciaal basisonderwijs en het cluster 4 onderwijs, van elkaar verschillen. Uit eerder onderzoek (Kroesbergen et al., 2010; Stoutjesdijk & Scholten, 2009; Bijlstra, 2004) bleek dat zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs zwaardere problematiek vertonen dan de zorgleerlingen in de twee andere onderwijssettingen. Hierdoor werd verwacht dat de zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs in de huidige studie, zwaardere problematiek zouden vertonen dan de andere twee typen zorgleerlingen.

Naar aanleiding van het doel van inclusief onderwijs om de ontwikkeling van het sociaal functioneren te bevorderen (Onderwijsraad, 2010), zou verwacht mogen worden dat het sociaal functioneren van zorgleerlingen binnen het regulier onderwijs, na controle van het selectie effect, zich over een periode van twee jaar significant beter ontwikkeld dan het sociaal functioneren van zorgleerlingen in het speciaal basisonderwijs en het cluster 4 onderwijs. Het meeste onderzoek tot nu toe heeft echter geen rekening gehouden met het selectie-effect en hierdoor bestaat er waarschijnlijk een overschatting van de effecten van het inclusief onderwijs. Na correctie voor het selectie-effect werd verwacht dat er twee groepen zouden ontstaan: 1) een groep zorgleerlingen waarop het inclusief onderwijs een negatief effect heeft op de ontwikkeling van het sociaal functioneren: zorgleerlingen met een zwaardere mate aan initiële problematiek, en 2) een groep zorgleerlingen waarop het inclusief onderwijs neutrale tot positieve effecten heeft op de ontwikkeling van het sociaal functioneren: zorgleerlingen met een lichtere mate aan initiële problematiek. Verwacht werd dus dat er een interactie-effect zou bestaan tussen de mate aan initiële problematiek van de zorgleerling en het type onderwijs op de ontwikkeling van het sociaal functioneren.

Methode

Design

In dit onderzoek is het effect onderzocht van drie typen basisonderwijs: cluster 4 onderwijs, speciaal basisonderwijs en regulier onderwijs, op de ontwikkeling van het sociaal functioneren bij twee typen zorgleerlingen: jongens met externaliserende problematiek en jongens zonder externaliserende problematiek. Het betreft een longitudinaal veldonderzoek waarbij het sociaal functioneren is gemeten bij aanvang van het onderzoek en twee jaar later.

Participanten

Voor dit onderzoek zijn uitsluitend 6 en 7 jarige jongens geselecteerd met sterke externaliserende gedragsproblemen, dat wil zeggen met minimaal borderline scores op de schaal 'externaliseren' van de TRF (Teacher Report Form: leraar beoordelingen van gedrag – Nederlandse handleiding en normering; Verhulst, Van de Ende & Koot, 1997). Per klas zijn er tevens ter vergelijking willekeurig maximaal vier jongens met slechts geringe of incidentele gedragsproblemen geselecteerd. Zie voor de ernst van de gedragsproblemen tabel 2. Leerlingen waarbij klinisch is vastgesteld dat er sprake is van een autisme spectrum stoornis zijn uitgesloten voor dit onderzoek omdat het sociaal functioneren bij deze kinderen samenhangt met de specifieke problematiek.

Bij de beginmeting bestond de onderzoeksgroep uit 141 leerlingen. Vijfentwintig leerlingen vielen gedurende het eerste onderzoeksjaar af; in het tweede onderzoeksjaar vielen negen leerlingen af. Er zijn geen aanwijzingen dat deze uitval rechtstreeks verband houdt met het onderzoeksthema en/of de organisatie van het onderzoek. De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond uit 141 leerlingen, waarvan 47 leerlingen uit negen reguliere basisscholen, 50 leerlingen uit twaalf scholen voor speciaal basisonderwijs en 44 leerlingen uit elf scholen voor het cluster 4 onderwijs. Zie tabel 1 voor de gemiddelde leeftijd per schooltype.

Tabel 1

Gemiddelde (M) leeftijd en standaarddeviatie (SD) van de participanten (N) per schooltype

	N	M	SD
Regulier onderwijs	47	6.83	0.73
Speciaal Basisonderwijs	50	7.32	0.91
Cluster 4 onderwijs	44	7.80	1.52
Totaal	141	7.30	1.15

Procedure

De werving van de scholen voor de selectie van proefpersonen vond plaats van oktober 2001 tot juni 2002 bij de drie schooltypen in het Nederlandse primair onderwijs: cluster 4 onderwijs, speciaal basisonderwijs en regulier onderwijs. De scholen bevonden zich verspreid over geheel Nederland en waren gelijkelijk gelegen in landelijke en in (groot) stedelijke omgevingen. Om te voorkomen dat eventuele aantoonbare verschillen in de effecten van een specifiek type onderwijs op het sociaal functioneren mede toegeschreven zou kunnen worden aan geringe motivatie voor en betrokkenheid bij onderwijsverbetering in de scholen, zijn uitsluitend scholen benaderd die recent (één tot drie jaar voorafgaand aan het onderzoek) teamgerichte scholing en/of begeleiding hebben ontvangen op het gebied van klassenmanagement (m.n. het invoeren van regel geleid gedrag) of het omgaan met gedragsproblemen en die deze scholing actief in hun onderwijs probeerden te incorporeren. Als hoofddoel van het onderzoek is steeds geformuleerd: het volgen van de ontwikkeling van agressie bij vooral kinderen met ernstige gedragsproblemen in verschillende schooltypen, in verschillende delen van het land. Er is gesteld dat er zowel kenmerken van de leerlingen als van de school geïnventariseerd en bij het onderzoek betrokken zouden worden. Op deze wijze is er getracht zoveel mogelijk te voorkomen dat er onbedoelde selectiemechanismen bij de scholen zouden optreden bij de afweging om in dit onderzoek te participeren.

De uitvoering verliep in twee tranches: een aantal scholen startte met het onderzoekstraject in februari 2002, de overige scholen in oktober 2002. De helft van de scholen kreeg gedurende ruim twee jaar een interventie gericht op het versterken van de sociale en emotionele competentie van leerlingen in de leeftijd van zes tot twaalf jaar: het Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD). Voor dit interventie-effect is in de huidige studie gecontroleerd.

Meetinstrumenten

Voorafgaand aan het onderzoek is de voormeting uitgevoerd en twee jaar na aanvang van het onderzoek de eindmeting.

Achtergrondvariabelen

De intelligentie van een kind werd geschat door de score op de verkorte WISC-R (WISC-R Projectgroep, 1986). De schaal voor externaliserende problematiek van de TRF (TRF; Verhulst et al., 1997, zoals geciteerd in Louwe & van Overveld, 2008) is gehanteerd voor de selectie van proefpersonen.

Sociaal functioneren

Achenbach System of Empirically Based Assessment-lijsten

De Child Behavior Checklist (CBCL), ingevuld door een ouder of verzorger, en de TRF, ingevuld door de leerkracht, zijn afgenomen bij de voor- en nameting. De CBCL en de TRF zijn onderdeel van de Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). De ASEBA-lijsten zijn in het Nederlands vertaald en genormeerd en worden veelvuldig toegepast in wetenschappelijk onderzoek (Valenkamp, Verhulst & de Rooter, 2006). De ASEBA-lijsten zijn als betrouwbaar en valide beoordeeld (Achenbach, 1991). De ASEBA-lijsten brengen enerzijds de sociale adaptatie in kaart en bevatten daarnaast items over emotionele en gedragsproblemen. Naast de scores op acht specifieke probleemschalen kan een internaliserende en externaliserende probleemscore worden verkregen, een totale probleemscore, competentiescores en scores op de DSM-IV georiënteerde schalen. In het huidige onderzoek zijn naast de scores op de specifieke probleemschalen, de internaliserende, externaliserende en totale probleemscore gebruikt.

Sociometrie

De sociometrische status is bij aanvang van het onderzoek gemeten middels nominatie. Leerlingen werd gevraagd de medeleerlingen te nomineren die zij aardig vinden, die zij onaardig vinden en die zij prefereren. Daarnaast is hen gevraagd de medeleerlingen te nomineren die het meeste vechtgedrag laat zien, die de meeste boosheid laat zien, die het meeste pest, die het meeste ruziegedrag laat zien en die zich het meest bezig gedraagt.

Parent Rating Scale Reactive and Proactive Aggression (PRPA)

De leerkracht en de ouder hebben beiden onafhankelijk op de voor en nameting de PRPA ingevuld. De PRPA is een vragenlijst om agressief gedrag te beoordelen (Kempes,

Matthys, Maasen, Van Goozen & Van Engeland, 2006). De interne consistentie van de items in de PRPA, afgenomen bij de leraren, bleek zowel bij de voormeting en nameting redelijk tot goed: de alfa coëfficiënten voor de reactieve agressie waren .84 en .94 en voor de proactieve agressie .66 en .90. De interne consistentie van de door ouders ingevulde PRPA-items bij de voor en nameting was redelijk tot goed: de alfa coëfficiënten voor reactieve agressie waren .85 en .81 en voor de proactieve agressie .65 en .74. Er bestaat een significante relatie tussen de gerapporteerde reactieve en proactieve agressie bij meting 1 door ouders ($r = .708$, $p < .01$) en door leerkrachten ($r = .754$, $p < .01$). Na twee jaar neemt de sterkte van de correlatie af, al blijft deze significant voor ouders ($r = .620$, $p < .01$) en leerkrachten ($r = .603$, $p < .01$).

Data analyse

Om te controleren voor het selectie-effect is er, voorafgaand aan de toetsing, na gegaan in hoeverre de zorgleerlingen per type onderwijs bij aanvang van het onderzoek significant van elkaar verschillen op een aantal leerlingkenmerken met behulp van een tweeweg ANOVA ($\alpha \leq .05$). Vervolgens is de ontwikkeling van het sociaal functioneren getoetst door per afhankelijke variabele een hiërarchische regressie analyse uit te voeren waarbij voor de initiële significante verschillen tussen de groepen zorgleerlingen is gecontroleerd.

Resultaten

Het doel van deze studie was 1) te onderzoeken in hoeverre het sociaal functioneren van zorgleerlingen in verschillende schooltypen (cluster 4 onderwijs, speciaal basisonderwijs en regulier onderwijs) van elkaar verschilt, en 2) of deze verschillen over een periode van twee jaar significant toenemen. Als een van de eersten heeft de huidige studie gecontroleerd voor het selectie-effect bij het in kaart brengen van de ontwikkeling van het sociaal functioneren bij zorgleerlingen.

Selectie-effect

Allereerst is er getoetst of er sprake is van een selectie-effect. Verwacht werd dat de groepen zorgleerlingen bij aanvang van het onderzoek significant van elkaar zouden verschillen in hun sociaal functioneren. Om deze hypothese te toetsen zijn een tweeweg ANOVA's uitgevoerd waarbij een overschrijdingskans van $\alpha \leq .05$ is gehanteerd (zie tabel 1 voor de resultaten). Er is een selectie-effect gevonden.

Tabel 2

Selectie-effect: gemiddelden (M) en standaard deviaties (SD) per variabele op tijdstip 1, uitgezet tegen onderwijstype

Variabelen	Regulier		Special		Cluster4	
	onderwijs		basisonderwijs		onderwijs	
	M	SD	M	SD	M	SD
Sociometrie: aardig ^{z-score}	-.210	.957	.043	.995	-.272	.928
Sociometrie: onaardig ^{z-score}	1.002	.205	.156**	1.001	.399	2.024
	(AA)		(BB)			
Sociometrie: preferentie ^{z-score}	-.721	1.232	-.083*	.145	-.379	1.001
	(AA)		(BB)			
Sociometrie: vechten ^{z-score}	1.197	1.454	.651	.145	.238**	.975
	(AA)				(BB)	
Sociometrie: boos ^{z-score}	1.030	1.414	.590	1.029	.092**	1.090
	(AA)				(BB)	

Sociometrie: bazig ^{z-score}	.552	1.260	.348	.926	.254	.935
Reactieve agressie volgens leraar Ruwe-score	.909 (AA)	.586	1.249 (BB)	.584	1.398*** (BB)	.433
Reactieve agressie volgens ouder Ruwe-score	.899 (AA)	.385	.946 (AA)	.404	1.352*** (BB)	.383
Proactieve agressie volgens leraar Ruwe-score	.575 (AA)	.503	.693	.470	.849* (BB)	.454
Proactieve agressie volgens ouder Ruwe-score	.413 (AA)	.335	.448 (AA)	.305	.655** (BB)	.365
TRF: teruggetrokken ^{deviatie-score}	-.063 (AA)	.810	.322	1.042	.614** (BB)	1.120
TRF: somatische klachten ^{deviatie-score}	-.140	.544	.434	1.571	.258	1.258
TRF: angstig depressief ^{deviatie-score}	-.096 (AA)	.834	.335 (AA)	1.143	1.289*** (BB)	1.420
TRF: sociale problemen ^{deviatie-score}	.382 (AA)	1.149	.764	1.142	1.201** (BB)	1.214
TRF: denkstoornissen ^{deviatie-score}	.285 (AA)	1.046	.412 (AA)	1.004	1.095** (BB)	1.784
TRF: aandachtsproblemen ^{deviatie-score}	.534 (AA)	1.257	1.060 (BB)	.975	1.270* (BB)	.159
TRF: delinquent gedrag ^{deviatie-score}	1.097 (AA)	1.725	1.057 (AA)	1.330	2.241* (BB)	1.572
TRF: agressief gedrag ^{deviatie-score}	1.366 (AA)	1.716	1.665 (AA)	1.523	2.683* BB)	1.258
TRF: totale problemen ^{deviatie-score}	.824 (AA)	1.372	1.269 (AA)	1.109	2.144*** (BB)	1.116
TRF: internaliseren ^{Ruwe-score}	4.91 (AA)	4.96	8.10 (AA)	7.037	12.23*** (BB)	7.953
TRF: externaliseren ^{Ruwe-score}	19.11 (AA)	15.27 0	21.32 (AA)	13.55 5	31.20*** (BB)	11.53 3

CBCL: teruggetrokken ^{deviatie-score}	.422	1.065	.713	1.414	1.866***	1.682
	(AA)		(AA)		(BB)	
CBCL: somatische klachten ^{deviatie-score}	.416	1.659	.523	1.647	.737	1.566
CBCL: angstig depressief ^{deviatie-score}	.682	1.265	.870	1.544	2.104***	1.821
	(AA)		(AA)		(BB)	
CBCL: sociale problemen ^{deviatie-score}	.625	1.191	1.496	1.397	2.601***	1.394
	(AA)		(BB)		(CC)	
CBCL: denkproblemen ^{deviatie-score}	.467	1.545	.751	1.692	2.513***	2.885
	(AA)		(AA)		(BB)	
CBCL:aandachtsproblemen ^{deviatie-score}	.751	1.163	1.196	1.188	2.140***	1.254
	(AA)		(AA)		(BB)	
CBCL: delinquent gedrag ^{deviatie-score}	.927	1.579	1.003	1.965	3.155***	2.524
	(AA)		(AA)		(BB)	
CBCL: agressief gedrag ^{deviatie-score}	.992	1.234	1.154	1.337	2.676***	1.464
	(AA)		(AA)		(BB)	
CBCL: internaliseren ^{Ruwe-score}	7.50	5.214	8.55	6.212	13.82***	7.071
	(AA)		(AA)		(BB)	
CBCL: externaliseren ^{Ruwe-score}	14.93	8.418	15.91	9.160	27.11***	10.57
	(AA)		(AA)		(BB)	2
CBCL: totale problemen ^{deviatie-score}	1.001	1.258	1.375	1.413	3.104***	1.731
	(AA)		(AA)		(BB)	
Intelligentie ^{Ruwe-score}	94.81	14.17	78.875	11.37	84.19***	9.44
	(AA)		(BB)		(BB)	
Leeftijd ^{Ruwe-score}	6.83	.73	7.32	.91	7.80***	1.52
	(AA)				(BB)	

Noot. *p<.05, **p<.01, ***p<.000, ^{z-score} uitgedrukt in z-scores: een z-score is een gestandaardiseerde waarde van de steekproef waarbij 0 het gemiddelde en 1 de standaarddeviatie aangeeft, ^{deviatie-score} uitgedrukt in deviatie scores: een deviatiescore drukt de afstand van het gemiddelde uit, ^{Ruwe-score} score uitgedrukt in ruwe scores. (AA), (BB) en (CC) geven aan welke groepen significant van elkaar verschillen.

Het selectie-effect blijkt om te beginnen uit dat zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs op bijna alle metingen van de TRF en CBCL, hoger scoren dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en speciaal basisonderwijs. Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de TRF: Teruggetrokken, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs ($F(2, 138) = 5,261, p < .01$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de TRF: Angstig-Depressief, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en in het speciaal basisonderwijs ($F(2, 138) = 17,170, p < .05$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de TRF: Sociale problemen, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs ($F(2, 138) = 5,589, p < .01$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de TRF: Denkstoornissen, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en het speciaal basisonderwijs ($F(2, 138) = 5,011, p < .05$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de TRF: Aandachtsproblemen, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en het speciaal basisonderwijs ($F(2, 138) = 5,512, p < .05$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de TRF: Delinquent gedrag, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en het speciaal basisonderwijs ($F(2, 138) = 8,592, p < .001$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de TRF: Agressief gedrag, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en op het speciaal basisonderwijs ($F(2, 138) = 9,377, p < .001$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de TRF: Totale problemen, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en speciaal basisonderwijs ($F(2, 138) = 14,041, p < .001$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de TRF: Internaliseren, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en het speciaal basisonderwijs ($F(2, 138) = 13,399, p < .001$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de TRF: Externaliseren, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en speciaal basisonderwijs ($F(2, 138) = 10,175, p < .001$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de CBCL: Teruggetrokken, dan zorgleerlingen op het regulier onderwijs en speciaal basisonderwijs ($F(2, 130) = 12,262, p < .001$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de CBCL: Angstig-depressief, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en speciaal basisonderwijs ($F(2, 130) = 10,186, p < .001$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de CBCL: Sociale problemen, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en speciaal basisonderwijs, terwijl zorgleerlingen in het speciaal basisonderwijs weer hoger scoren dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs ($F(2, 130) = 10,186, p < .001$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant

hoger op de CBCL: Denkproblemen, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en speciaal basisonderwijs ($F(2, 130) = 11,742, p < .001$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de CBCL: Aandachtsproblemen, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en het speciaal basisonderwijs ($F(2, 130) = 14,349, p < .001$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de CBCL: Delinquent gedrag, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en het speciaal basisonderwijs ($F(2, 130) = 15,872, p < .001$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de CBCL: Agressief gedrag, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en het speciaal basisonderwijs ($F(2, 130) = 19,502, p < .001$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de CBCL: Internaliseren, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en het speciaal basisonderwijs ($F(2, 130) = 12,287, p < .001$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de CBCL: Externaliseren, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en het speciaal basisonderwijs ($F(2, 130) = 21,272, p < .001$).

Het selectie-effect blijkt ook uit dat zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs meer reactieve en proactieve agressie laten zien dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en speciaal basisonderwijs. Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs laten meer reactieve agressie zien beoordeeld door de leerkracht, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en in het speciaal basisonderwijs ($F(2, 130) = 6,621, p < .05$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op reactieve agressie volgens ouders, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en speciaal basisonderwijs ($F(2, 130) = 16,433, p < .001$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs laten significant meer proactieve agressie zien volgens de leerkracht, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs ($F(2, 138) = 3,763, p < .05$). Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs scoren significant hoger op de proactieve agressie volgens ouders, dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en in het speciaal basisonderwijs ($F(2, 130) = 6,257, p < .05$).

Het selectie-effect blijkt verder uit dat zorgleerlingen in het regulier onderwijs significant minder aardig worden gevonden ($F(2, 130) = 6,621, p < .05$) en minder worden geprefereerd ($F(2, 130) = 4,074, p < .05$) dan zorgleerlingen in het speciaal basisonderwijs. Daarnaast laten zorgleerlingen in het regulier onderwijs meer vechtgedrag ($F(2, 130) = 6,937, p < .01$) en meer boosheid ($F(2, 130) = 6,362, p < .05$) zien dan zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs. Verder hebben zorgleerlingen in het regulier onderwijs een significant hoger IQ ($M = 94.81, SD = 14; F(2, 137) = 6,459, p < .001$) dan zorgleerlingen in het cluster 4

onderwijs en zorgleerlingen in het speciaal basisonderwijs, waarbij zorgleerlingen in het speciaal basisonderwijs de laagste IQ score laat zien ($M = 78.88$, $SD = 11.37$). Tot slot hebben zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs een significant hogere leeftijd dan zorgleerlingen op het regulier onderwijs ($F(2, 138) = 8,887$, $p < .001$).

Regressie

Nadat is vastgesteld dat er sprake is van een selectie-effect is een hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd om het effect van cluster 4 onderwijs, speciaal basisonderwijs en regulier onderwijs op de ontwikkeling van het sociaal functioneren over twee jaar te meten, rekening houdend met het selectie-effect.

Bij de regressieanalyse is als afhankelijke variabele steeds één van de scores op een meting voor het sociaal functioneren na twee jaar ingevoerd, waarbij werd gecontroleerd voor het niveau van deze variabele op tijdstip 1.

In blok 1 van de regressieanalyse zijn de variabelen ingevoerd waaruit het selectie-effect bleek en is er gecontroleerd voor een eventueel interventie-effect. Omdat het selectie-effect ervoor zorgt dat zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs bij aanvang van de studie op bijna alle onderdelen van de TRF en CBCL verschillen van de zorgleerlingen in het speciaal basisonderwijs en het regulier onderwijs, is er voor de totale probleemscore van de CBCL en de TRF gecontroleerd. Daarnaast is er gecontroleerd voor: de mate waarin de zorgleerling onaardig wordt gevonden, de mate waarin de zorgleerling vechtgedrag laat zien, de mate waarin de zorgleerling boosheid laat zien, reactieve en proactieve agressie volgens ouders, reactieve agressie volgens leerkracht, intelligentie en leeftijd. Omdat er op verschillende scholen een interventie heeft plaatsgevonden met als doel het sociaal functioneren te bevorderen (PAD), is er ook gecontroleerd voor een interventie-effect.

In blok 2 van de regressieanalyse zijn de verschillende schooltypen ingevoerd: cluster 4 onderwijs, speciaal basisonderwijs en regulier onderwijs. De verschillende schooltypen zijn ongecodeerd naar dummyvariabelen, waarbij de zorgleerlingen van het speciaal basisonderwijs zijn gebruikt als controle groep.

In blok 3 van de regressieanalyse is de risicofactor ingevoerd: de groep jongens met een borderline score op de schaal 'externaliseren' van de TRF versus de groep jongens zonder deze score. De groep zorgleerlingen met een borderline score op de schaal 'externaliseren'

van de TRF zijn gecodeerd als een hoge risico groep en de zorgleerlingen zonder deze score zijn gecodeerd als een lage risicogroep.

In blok 4 van de regressieanalyse zijn de interactie variabelen ingevoerd: risicofactor x regulier onderwijs en risicofactor x cluster 4 onderwijs.

Het significantieniveau voor het testen van de interactie effecten was $\alpha \leq .10$ omdat het vinden van interactie effecten moeilijk is in veldstudies (McClelland & Judd, 1993). Bij de overige analyses is significantieniveau van $\alpha \leq .05$ gehanteerd. In tabel 3 zijn de resultaten weergegeven per onderwijsvorm en voor de interactievariabelen. In tabel 4 zijn de resultaten weergegeven voor de significant voorspellende controle variabelen.

Tabel 3

Regressie van verandering in sociaal functioneren van T1 naar T2 op type onderwijs en de interactie onderwijs x risico op T1 met speciaal basisonderwijs als referentiegroep

Variabelen	Regulier vs. cluster 4 en speciaal	Cluster 4 vs. speciaal en regulier	Risico x regulier	Risico x cluster4	Totale R^2
	β	β	β	β	
Reactieve agressie leerkracht	.080	.355	-.263	-.323	.370
Proactieve agressie leerkracht	-.026	.321	-.026	-.201	.310
Reactieve agressie ouders	-.095	.828**	-.161	-.747*	.437
Proactieve agressie ouders	-.085	-.013	-.141	-.039	.335
TRF: Sociale problemen	-.062	.614	.153	-.504	.405
TRF: Delinquent gedrag	.085	-.266	-.117	.480	.385
TRF: Agressief	-.023	-.129	-.005	.280	.474
TRF: Externaliseren	.003	-.161	-.028	.329	.473
TRF: Internaliseren	.079	-.095	-.149	.217	.348
TRF: Totale problemen	-.035	-.066	.066	.158	.531

CBCL: Sociale problemen	-.202	.608	.004	-.604	.467
CBCL: Delinquent gedrag	-.200	.016	.146	-.047	.502
CBCL: Agressief gedrag	-.155	.072	.050	.087	.583
CBCL: Externaliseren	-.171	.061	.074	.059	.592
CBCL: Internaliseren	-.043	-.586	-.044	.387	.468
CBCL: Totale problemen	-.187	-.099	.039	.086	.584

Noot. * $p < .10$, ** $p < .05$.

Tabel 4

Regressie van de verandering van het sociaal functioneren van T1 naar T2 op de controle variabelen op T1

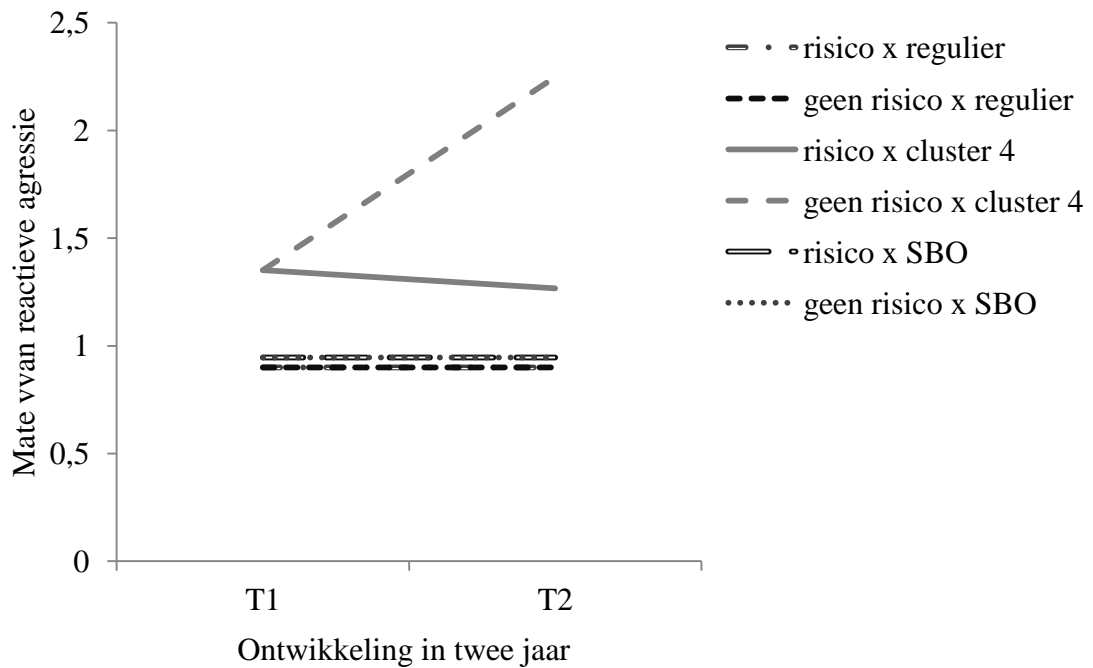
Variabelen	CBCL Totaal T1	TRF Totaal T1	PAD T1	Proact ieve agress ie ouders T1	Reacti eve agress ie ouders T1	IQ T1	Onaar dig T1	Boosh eid T1	Totale R^2
	β	β	β	β	β	β	β	β	
Reactieve agressie leerkracht T2	-	-	-	-	-	-	-	.39*	.37
Proactieve agressie leerkracht T2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reactieve agressie ouders T2	-	-	.21*	.29*	-	-	-	-	.44
Proactieve agressie ouders T2	.49**	-	-	-	-	-	-	-	.34
TRF: Sociale problemen T2	-	-	-	-	.45**	-	-	-	.41
TRF: Delinquent gedrag T2	.37*	-	-	-.41*	-	-.29*	-	-	.39
TRF: Agressie T2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRF: Externaliseren T2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRF: Internaliseren T2	-	-	-	-	.48**	-	-.31*	-	.35

TRF: Totaal T2	-	-	-	-.34*	.41**	-	-	-	.53
CBCL: Sociale problemen T2	.57***	-	-	-.40**	-	-	-	-	.47
CBCL: Delinquent gedrag T2	.32*	-	-	-	.30*	-	-	-	.50
CBCL: AgressieT2	.31*	-	-	-	.27*	-	-	-	.58
CBCL: Externaliseren T2	.32*	-	-	-	.29*	-	-	-	.59
CBCL: Internaliseren T2	.73***	.36*	-	-	-	-	-	-	.47
CBCL: Totaal T2	.61***	-	-	-	-	-	-	-	.58

Noot. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Hoofdeffect en interactie-effect onderwijs en risicogroep

Met de hiërarchische regressieanalyse is de verwachting getoetst dat de verschillen tussen de groepen zorgleerlingen in het sociaal functioneren zouden toenemen in twee jaar. Er is een hoofdeffect gevonden voor het cluster 4 onderwijs, ten opzichte van het speciaal basisonderwijs en het regulier onderwijs, op de ontwikkeling van reactieve agressie bij zorgleerlingen. Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs ontwikkelen significant meer reactieve agressie dan zorgleerlingen in het speciaal basisonderwijs en regulier onderwijs ($\beta = .828$, $p < .05$). Echter, er blijkt ook sprake te zijn van een interactie-effect tussen de risicogroep en cluster 4 onderwijs op de ontwikkeling van reactieve agressie ($\beta = -.747$, $p < .10$). Dit betekent dat bij zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs met een lage mate aan initiële probleemgedrag, de mate van reactieve agressie over twee jaar gemiddeld toeneemt met .828 standaarddeviatie. Bij zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs met een hoge mate aan initiële probleemgedrag, neemt de reactieve agressie daarentegen over een periode van 2 jaar gemiddeld toe met .081 standaarddeviatie ($\beta = .828 + \beta = -.747 = \beta .081$). Zie voor de hoofdeffecten en interactie-effecten figuur 1.



Figuur 1. Regressie van verandering in reactieve agressie van T1 naar T2 op type onderwijs: regulier onderwijs, cluster 4 onderwijs en speciaal basisonderwijs (SBO) en de interactie onderwijs x risico op T1, op de gemiddelde mate reactieve agressie per onderwijstype op T1.

Hoofdeffecten controlevariabelen

Naast een hoofdeffect voor cluster 4 onderwijs en een interactie-effect voor risico x cluster 4 onderwijs zijn er hoofdeffecten voor de controle variabelen gevonden. De mate van boosheid gerapporteerd middels sociometrie bij aanvang voorspelt de mate van reactieve agressie gerapporteerd door de leerkracht twee jaar later ($\beta = .389, p < .05$). De mate waarin de zorgleerling onaardig wordt gevonden door zijn klasgenoten bij aanvang voorspelt internaliserend gedrag gemeten met de TRF twee jaar later ($\beta = -.308, p < .05$). De hoogte van het IQ bij aanvang voorspelt de mate van delinquent gedrag volgens de TRF twee jaar later ($\beta = -.285, p < .05$). De mate van reactieve agressie gerapporteerd door ouders bij aanvang, voorspelt de mate van sociale problemen volgens de TRF ($\beta = .446, p < .01$), de mate van internaliserend gedrag volgens de TRF ($\beta = .479, p < .01$), de mate van totale problemen gerapporteerd door de TRF ($\beta = .409, p < .01$), de mate van delinquent gedrag volgens de CBCL ($\beta = .302, p < .05$), de mate van agressief gedrag volgens de CBCL ($\beta = .272, p < .05$) en de mate van externaliserend gedrag volgens de CBCL ($\beta = .288, p < .05$) twee jaar later.

Het interventieprogramma voorspelt de mate van reactieve agressie twee jaar later volgens ouders ($\beta = .210, p < .05$). De TRF totaalscore voorspelt de CBCL score voor internaliserend gedrag twee jaar later ($\beta = .358, p < .05$). De totaalscore op de CBCL bij aanvang voorspelt de ontwikkeling van proactieve agressie volgens ouders ($\beta = .489, p < .01$), de ontwikkeling van delinquent gedrag gemeten met de TRF ($\beta = .367, p < .05$), de mate van sociale problemen volgens de CBCL ($\beta = .569, p < .000$), de mate van delinquent gedrag volgens de CBCL ($\beta = .316, p < .05$), agressief gedrag volgens de CBCL ($\beta = .307, p < .05$), de mate van externaliserend gedrag volgens de CBCL ($\beta = .320, p < .05$), de mate van internaliserend gedrag volgens de CBCL ($\beta = .730, p < .000$) en de mate van totale problemen volgens de CBCL ($\beta = .610, p < .000$) twee jaar later. De mate van gerapporteerde proactieve agressie door ouders bij aanvang voorspelt de mate van reactieve agressie gerapporteerd door ouders twee jaar later ($\beta = .294, p < .05$), de mate van delinquent gedrag gemeten met de TRF twee jaar later ($\beta = -.405, p < .05$), de totale gerapporteerde problemen op de TRF twee jaar later ($\beta = .335, p < .05$) en de sociale problemen gerapporteerd op de CBCL twee jaar later ($\beta = .395, p < .01$).

De betekenis van de hoofdeffecten voor de controle variabelen worden zijn opgesomd. Allereerst is gevonden dat een hogere mate van boosheid bij aanvang van het onderzoek, leidt tot de ontwikkeling van meer reactieve agressie. Daarnaast is gevonden dat wanneer de zorgleerlingen onaardig worden gevonden bij aanvang van het onderzoek, zij meer internaliserende problematiek ontwikkelen in twee jaar. Ook blijkt dat zorgleerlingen met een hogere intelligentie minder delinquent gedrag ontwikkelen over twee jaar. Verder is de mate van initiële reactieve agressie, voorspellend voor de ontwikkeling van meer delinquent gedrag, agressief gedrag, sociale problemen, internaliserende problemen en totale problemen. Eveneens bleek dat hoe hoger de totale score van de zorgleerling op de TRF, hoe meer internaliserende problematiek deze ontwikkeld over 2 jaar. Maar ook een hoge totale probleemscore op de CBCL is voorspellend voor het ontwikkelen van sociale problemen. Tot slot blijkt dat hoe meer initiële proactieve agressie de zorgleerling laat zien, hoe meer reactieve agressie, sociale problemen en delinquent gedrag deze zal ontwikkelen in twee jaar. Tot slot ontwikkelen zorgleerlingen die hebben geparticipeerd in het interventieprogramma (PAD) meer reactieve agressie dan zorgleerlingen die deze interventie niet hebben gevolgd.

Discussie

De regering wil met het beleid 'Passend Onderwijs' de stijging van jongens met gedragsproblemen in het cluster 4 onderwijs terugdringen door hen zoveel mogelijk plaatsen binnen het regulier onderwijs, ook wel inclusief onderwijs genoemd (Onderwijsraad, 2010). Inclusief onderwijs zou beter zijn voor sociale ontwikkeling van zorgleerlingen omdat zij zo minder apart, beperkt en gestigmatiseerd worden (Kroesbergen et al., 2010). Deze assumptie is echter twijfelachtig gezien het grillige en sterk wisselende beeld van nationale en internationale onderzoeksresultaten (Farmer & Hollowell, 1994; Kalambouka, et al., 2007; Banerji & Daily, 1995; Vaughn et al., 1996; Klingner et al., 1998; Bakker & Bosma, 2003; Kroesbergen et al., 2010; Hamstra, 2004; Koster et al., 2004). Een belangrijke tekortkoming van deze studies is echter dat er geen rekening is gehouden met het selectie-effect. Het selectie-effect houdt in dat scholen een plaatsingsbeleid hebben waarbij alleen leerlingen met een beperking worden geaccepteerd die binnen de grenzen van de standaard vallen (Kroesbergen et al., 2010; Koster et al., 2004). Cluster 4 zorgleerlingen vallen buiten deze grenzen door hun zwaardere en meer complexe problematiek en worden daarom geplaatst op het cluster 4 onderwijs. Door het selectie-effect bestaat er dus een groot verschil tussen de onderzoeksgroepen, waardoor het lijkt alsof zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs meer problemen ontwikkelen terwijl zij feitelijk al meer problemen hadden voordat zij naar dit onderwijstype gingen.

De huidige studie heeft longitudinaal het effect onderzocht van verschillende typen basisonderwijs: regulier onderwijs, speciaal basisonderwijs en cluster 4 onderwijs, op de ontwikkeling van het sociaal functioneren bij jongens met gedragsproblemen. Als een van de eersten heeft deze studie gecontroleerd voor het selectie-effect. Hierdoor geeft deze studie een meer betrouwbaar beeld van de effecten van verschillende typen basisonderwijs op het sociaal functioneren dan nationaal en internationaal onderzoek tot nu toe heeft laten zien.

De resultaten laten een overtuigend selectie-effect zien. Zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs hebben zwaardere en complexere problematiek dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en het speciaal basisonderwijs. Naast het selectie-effect is een andere alarmerende bevinding dat zorgleerlingen met een lage mate aan initieel probleemgedrag, in het cluster 4 onderwijs een sterke stijging in reactieve agressie laten zien.

Allereerst is er onderzocht of er sprake is van een selectie-effect. De verwachting was dat de drie verschillende groepen zorgleerlingen, zorgleerlingen in het regulier onderwijs, speciaal basisonderwijs en het cluster 4 onderwijs, van elkaar zouden verschillen. Deze hypothese is bevestigd. In lijn met eerdere bevindingen (Stoutjesdijk & Scholte, 2009) hebben zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs meer en zwaardere problematiek dan zorgleerlingen in het speciaal basis onderwijs en regulier onderwijs. Daarnaast blijken zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs in overeenstemming met eerder onderzoek (Stoutjesdijk & Scholte, 2009) over een lagere intelligentie te beschikken dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs. De huidige studie laat echter ook zien dat zorgleerlingen in het speciaal basisonderwijs over de laagste intelligentie te beschikken.

Het selectie-effect blijkt ook uit dat zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs hoger scoren op de schaal 'externaliseren' van de CBCL en de TRF. Dit is in overeenkomst met eerder onderzoek (Bijlstra, 2004). Aanvullend laat deze studie zien dat zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs bij aanvang niet alleen op de schaal 'externaliseren', maar op alle schalen van de CBCL en TRF significant hoger scoren dan zorgleerlingen in het regulier onderwijs en in het speciaal basisonderwijs, met uitzondering op de schaal 'somatische klachten'. Deze resultaten suggereren dat zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs door hun zwaardere en meer gecompliceerde problematiek, een aparte groep zorgleerlingen zijn.

Opvallend is dat het selectie-effect ook blijkt uit dat zorgleerlingen in het regulier onderwijs volgens hun medeleerlingen het slechtst functioneren. Zo worden zorgleerlingen in het regulier onderwijs minder aardig gevonden en minder geprefereerd door hun klasgenoten dan zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs en speciaal basisonderwijs. Daarnaast laten zij de meeste boosheid zien en vechten zij het vaakst volgens hun medeleerlingen. Deze resultaten sluiten aan bij bevindingen uit internationaal onderzoek (Farmer & Hollowell, 1994; Vaughn et al., 1996; Klingner et al., 1998A). Waarschijnlijk ligt de norm voor sociaal geaccepteerd gedrag in het regulier onderwijs een stuk hoger dan in de andere twee typen onderwijs. Zorgleerlingen in het regulier onderwijs functioneren vermoedelijk op het randje van deze norm, wat tot afwijzing door de medeleerlingen leidt. Dit sluit aan bij Nederlands onderzoek wat heeft aangetoond dat zorgleerlingen in het regulier onderwijs meer worden gepest en genegeerd dan hun reguliere medeleerlingen en dat er bij hen vaker ongewenst gedrag wordt uitgelokt door hun reguliere medeleerlingen (Hamstra, 2004). Mogelijk gebeurt dit buiten het zicht van ouders en leerkrachten wat zou kunnen verklaren dat dit enkel op

sociometrische metingen naar voren komt. Het zou echter ook kunnen dat de TRF en CBCL onvoldoende in staat zijn deze vormen van sociaal functioneren in kaart te brengen. De bevindingen laten dus niet alleen zien dat zorgleerlingen in het regulier onderwijs het meest worden afgewezen, maar tonen ook aan dat sociometrische metingen een belangrijke bron van informatie zijn.

Nadat het selectie-effect werd vastgesteld is onderzocht in hoeverre deze initiële verschillen tussen de groepen, na controle, significant voorspellend zijn voor de ontwikkeling van het sociaal functioneren, onafhankelijk van onderwijstype. De resultaten laten zien dat meerdere van deze controle variabelen inderdaad de ontwikkeling van het sociaal functioneren voorspellen. Zo blijkt de controle variabele ‘totale probleemscore’ op de CBCL een sterke voorspeller voor het ontwikkelen van problemen in het sociaal functioneren, onafhankelijk van onderwijstype. Daarnaast komt naar voren dat veel van de problemen in het sociaal functioneren van zorgleerlingen in het speciaal basisonderwijs, zijn te wijten aan de lagere intelligentie van deze groep. De relatie tussen een lage intelligentie en het ontwikkelen van antisociaal gedrag is al vaker beschreven, zelfs al op jonge leeftijd, en is voor jongens sterker dan voor meisjes (Koenen, Caspi, Moffitt, Rijdsdijk & Taylor, 2006).

Andere controle variabelen die voorspellend zijn voor de ontwikkeling van het sociaal functioneren zijn de initiële mate van boosheid van de zorgleerling en initiële mate van reactieve agressie. Er is sprake van een positieve relatie tussen deze initiële mate van boosheid van de zorgleerling, beoordeeld door medeleerlingen, en de ontwikkeling van reactieve agressie. Reactieve agressie is een reactie op een waargenomen bedreiging, provocatie of frustratie (Brendgen et al., 2001; Dodge, 1991, zoals geciteerd in Louwe & van Overveld, 2008). Mogelijk is deze waargenomen boosheid een uiting van reactieve agressie. Reactieve agressie blijkt een sterke positieve relatie te hebben met het ontwikkelen van sociale problemen. Deze bevindingen suggereren een vicieuze cirkel, waarbij reactieve agressie leidt tot sociale afwijzing, wat weer leidt tot meer reactieve agressie enzovoorts.

Samenvattend kan worden gesteld dat er sprake is van een sterk selectie-effect en dat de gebieden waarop de drie groepen zorgleerlingen van elkaar verschillen, significant voorspellend zijn voor het sociaal functioneren twee jaar later, ondanks dat hiervoor wordt gecontroleerd. De hoofdfocus van dit onderzoek was echter het effect van onderwijs op de ontwikkeling van het sociaal functioneren. Op basis van de predictie van ‘Passend Onderwijs’

werd verwacht dat het sociaal functioneren van zorgleerlingen in het regulier onderwijs zich in een periode van twee jaar, beter zou ontwikkelen dan het sociaal functioneren van zorgleerlingen in het speciaal basisonderwijs en het cluster 4 onderwijs.

Bij het onderzoeken van het effect van onderwijs op het sociaal functioneren, is er allereerst gekeken naar de onafhankelijke invloed van onderwijs na controle voor het selectie-effect. Er is een hoofd-effect gevonden van cluster 4 onderwijs op het sociaal functioneren van zorgleerlingen. Reactieve agressie blijkt namelijk verontrustend sterk toe te nemen bij zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs over een periode van twee jaar.

Naast de onafhankelijke invloed van onderwijs, is er ook gekeken of er sprake is van een interactie-effect tussen de initiële mate aan probleemgedrag van de zorgleerling en het type onderwijs. Er is een interactie-effect gevonden tussen de risicofactor en cluster 4 onderwijs. In het cluster 4 onderwijs neemt de reactieve agressie bij zorgleerlingen met een lage mate aan initieel probleemgedrag over een periode van twee jaar sterk toe, terwijl de stijging van reactieve agressie bij zorgleerlingen met een hoge mate aan initieel probleemgedrag te verwaarlozen is.

Dat zorgleerlingen met een lage mate aan initieel probleemgedrag zorgwekkend veel reactieve agressie ontwikkelen in het cluster 4 onderwijs roept zorgen op over de toelatingscriteria van dit type onderwijs. In dit onderzoek komt duidelijk naar voren dat de totale (klinische) probleemscore op de CBCL een goede voorspeller is voor het ontwikkelen van problemen in het sociaal functioneren. Daarnaast blijkt de TRF een goed instrument om risicogroepen te identificeren. Bij het al dan niet indiceren van cluster 4 onderwijs zou er dan ook goed gekeken moeten worden naar de scores op deze instrumenten. Zorgleerlingen zonder een klinische totaal score op de CBCL en een borderline score op de schaal 'externaliseren' van de TRF, zijn volgens dit onderzoek beter af in het regulier onderwijs of speciaal basisonderwijs.

De extreme ontwikkeling van reactieve agressie in het cluster 4 onderwijs bij zorgleerlingen zonder een hoge mate aan initieel probleemgedrag, wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de omgang met zorgleerlingen die wel een hoge mate aan initieel probleemgedrag hebben. Een hoge mate aan initieel probleemgedrag uit zich in de deze populatie vaak als externaliserende gedrag. Vooral in het cluster 4 onderwijs zijn veel zorgleerlingen met externaliserende problematiek (Onderwijsraad, 2010). Dit betekent dat

zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs veel te maken hebben met agressie, overactief gedrag en ongehoorzaamheid van hun medeleerlingen. Waarschijnlijk reageren zorgleerlingen die zelf een lage initiële mate aan probleemgedrag hebben, op deze omgeving met reactieve agressie. Voor zorgleerlingen met een hoge mate aan initieel probleemgedrag is reactieve agressie waarschijnlijk een onderdeel van de problematiek en daarom neemt de reactieve agressie bij hen nauwelijks toe.

Deze studie heeft een aantal sterke kanten maar ook een aantal beperkingen. Een sterk punt is het longitudinale karakter van de studie. Door te kijken naar de ontwikkeling van het sociaal functioneren over een periode van twee jaar kunnen er patronen en veranderingen door de tijd vastgesteld worden en kan causaliteit worden verhelderd (Howitt & Cramer, 2007). Daarnaast wordt het sociale functioneren vanuit verschillende perspectieven in kaart gebracht, namelijk vanuit de ouder, vanuit de leerkracht en vanuit de medeleerlingen. Hierdoor ontstaat er een breed en omvattend beeld van de problematiek van de zorgleerling. Deze studie heeft echter geen zelfrapportage gebruikt. Het zou voor vervolgonderzoek interessant zijn om naast rapportages van ouders, leerkrachten en medeleerlingen, ook zelfrapportages mee te nemen. Zo zou het kunnen zijn dat zorgleerlingen die worden afgewezen door hun medeleerlingen dit zelf helemaal niet als zodanig ervaren. Dus hoewel het longitudinale karakter en de verschillende invalshoeken sterke punten zijn van deze studie, zou het gebruik van zelfbeoordelingen over het sociaal functioneren kunnen leiden tot nieuwe inzichten en onderzoeksrichtingen.

Een ander sterk punt van deze studie is de controle voor het selectie-effect, maar hier zitten ook limitaties aan verbonden. Hoewel de huidige studie als een van de eersten en enigen heeft gecontroleerd voor het selectie-effect, betreft het een veldstudie waarin enkel statistisch is gecontroleerd voor het selectie-effect. De resultaten tonen aan zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs bij aanvang veel meer probleemgedrag laten zien dan de andere typen zorgleerlingen. Door het selectie-effect is het daarom onwaarschijnlijk dat er in het huidige onderzoek zorgleerlingen met deze zware mate aan probleemgedrag zijn geplaatst in de het regulier onderwijs. Hierdoor is het mogelijk dat de gevonden neutrale effecten van inclusief onderwijs onvoldoende representatief zijn voor de cluster 4 zorgleerlingen.

Een andere limitatie aan deze veldstudie is de mogelijkheid dat eventuele andere relevante verschillen tussen de groepen niet zijn meegenomen in het huidige onderzoek. Zo is

eventuele autisme spectrum problematiek met de ASEBA lijsten onvoldoende in kaart te brengen. Hoewel zorgleerlingen met een autisme spectrum diagnose niet in het huidige onderzoek zijn geïnccludeerd, is het mogelijk dat een bepaalde groep zorgleerlingen over een hogere mate aan autisme spectrum kenmerken beschikt dan de andere groepen. Vervolgonderzoek wordt aangeraden om voor eventuele autisme spectrum problematiek zorgvuldig te controleren omdat gedragsproblemen door dergelijke problematiek, de vatbaarheid voor de effecten van onderwijs beïnvloed vanuit een opzichzelfstaand onderliggend construct.

Hoewel deze studie kinderen met een autisme spectrum stoornis buiten de onderzoekspopulatie heeft gelaten doordat deze problemen in het sociaal functioneren vanuit een andere onderliggend construct worden verklaard, heeft dit ook een nadeel. Het is namelijk onduidelijk in hoeverre dit de huidige resultaten heeft beïnvloed. Zo blijken kinderen met een autisme spectrum stoornis vaker binnen het regulier onderwijs te blijven dan kinderen met andere probleemgebieden (Stoutjesdijk & Scholte, 2009). Van belang is om te onderzoeken welk type onderwijs het beste past bij kinderen met een autisme spectrum stoornis.

Een andere limitatie van deze studie is dat het zich enkel heeft gefocust op de ontwikkeling van het sociaal functioneren. Aangeraden wordt om in een vervolgstudie ook de academische ontwikkeling van de verschillende typen zorgleerlingen te onderzoeken. Vermoedelijk zal het onvermogen om adequaat te participeren binnen het sociale en interactieve karakter van de klassituatie in het regulier onderwijs (Tutt et al., 2006), niet alleen ten koste gaan van de sociale ontwikkeling, maar ook van de academische ontwikkeling.

Een algemeen probleem in veldonderzoek naar de effecten van verschillende typen onderwijs, is dat er niet gecontroleerd kan worden voor de vormgeving en invulling van het onderwijs. Er bestaan veel verschillen tussen scholen en docenten en daardoor is het moeilijk om de bevindingen individueel toe te passen. Dit probleem is waarschijnlijk nog groter bij het inclusief onderwijs. Zowel in internationaal en nationaal onderzoek wordt er een onduidelijke en ruime definitie van 'inclusief onderwijs' gebruikt. Hierdoor zal de manier waarop inclusief onderwijs wordt vormgegeven waarschijnlijk nog sterker verschillen van school tot school en van kind tot kind dan cluster 4 onderwijs en speciaal basisonderwijs. Het is van maatschappelijk en wetenschappelijk belang om eenduidigheid aan te brengen in de betekenis van 'inclusief onderwijs' om onderzoeksresultaten beter te kunnen toepassen.

Er is tot op heden geen random experimenteel onderzoek uitgevoerd naar de effecten van de verschillende typen onderwijs op zorgleerlingen. De bovengenoemde limitaties van de huidige studie en van nationaal en internationaal onderzoek, kunnen echter alleen worden opgelost door een random experimenteel onderzoek uit te voeren. Het beleid 'Passend Onderwijs' is een zeer ingrijpende interventie waarvan het effect verstrekkende gevolgen kan hebben. Momenteel is het onvoldoende duidelijk hoe er precies invulling zal worden gegeven aan 'Passend Onderwijs' door de verschillende scholen. Daarnaast is het niet duidelijk wat het effect zal zijn van 'Passend Onderwijs' op zowel het academisch als het sociaal functioneren van de verschillende groepen zorgleerlingen en de reguliere medeleerlingen. Voordat het beleid 'Passend Onderwijs' landelijk wordt ingevoerd wordt dan ook sterk aangeraden de interventie eerst experimenteel te onderzoeken om een goed beeld te krijgen van de effecten, voordat er straks een explosieve stijging komt in de sociale en academische problemen van een bepaalde groep zorgleerlingen. Dit is eenvoudig te realiseren door 'Passend Onderwijs' gefaseerd in te voeren in verschillende regio's.

Deze studie toont aan dat zorgleerlingen met een lage mate aan initieel probleemgedrag een verontrustende stijging laten zien in reactieve agressie wanneer zij worden geplaatst in het cluster 4 onderwijs. Voor de klinische praktijk betekent dit dat er goed moet worden gekeken naar de mate van het probleemgedrag van de zorgleerling alvorens deze op het cluster 4 onderwijs te plaatsen. Een goede hulpmiddelen daarbij zijn de scores op de CBCL en TRF. Een andere belangrijke bevinding van deze studie is dat de zorgleerlingen in het cluster 4 onderwijs sterk verschillen van zorgleerlingen in het regulier en speciaal basisonderwijs en daarom een aparte groep zorgleerlingen vormen. De Onderwijsraad (2010) stelt dat 'Passend Onderwijs' ervoor zou moeten zorgen dat zorgleerlingen zich minder apart, beperkt en gestigmatiseerd zouden moeten voelen en dat het ongelijkheid moet verkleinen (Kroesbergen et al., 2010). Zoals genoemd is het leren in de klas echter een sociale en interactieve situatie waarbij sociale vaardigheden een belangrijke rol spelen (Tutt et al., 2006). De kans is groot dat het type zorgleerlingen dat momenteel binnen het cluster 4 onderwijs wordt geplaatst, niet voldoende vaardigheden hebben om in deze sociale en interactieve situatie binnen het reguliere onderwijs te participeren. Er worden dan ook sterke vraagtekens geplaatst bij het beleid 'Passend Onderwijs' omdat het gedrag van zorgleerlingen die thuis horen op het cluster 4 onderwijs, dermate afwijkend zal zijn in het regulier onderwijs, dat

‘Passend Onderwijs’ waarschijnlijk tegengestelde effecten zal hebben op deze groep, namelijk meer afwijzing, stigmatisering en ongelijkheid.

Literatuur

- Achenbach, T. M. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(2), 251-275.
- Achenbach, T.M. (1991) Manual for Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Bakker, J. T. A., & Bosma, A. M. T. (2003). Self-image and peer acceptance of dutch students in regular and special education. *Learning Disability Quarterly*, 26(1), 5-14.
- Banerji, M. & Daily, R. A. (1995). A study of the effects of an inclusion model on students with specific learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 28(8), 511-522.
- Bijstra, J. (2004). Een onderzoek naar het gebruik van toelatingscriteria tot het cluster 4 onderwijs. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 2004(43), 488-497.
- Farmer, T. W., & Hollowell, J. H. (1994). Social networks in mainstream classrooms: social affiliations and behavioral characteristics of students with EBD. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2(3), 143-155.
- Hamstra, D. (2004). *Gewoon en Anders. Integratie van leerlingen met beperkingen in het regulier onderwijs in Almere*. Groningen: RU Groningen.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2007). *Methoden en technieken in de psychologie*. Amsterdam: Pearson Education Benelux bv.
- Kalambouka, A., Farrell, P., Dyson, A., & Kaplan, I. (2007). The impact of placing pupils with special educational needs in mainstream schools on the achievement of their peers. *Educational Research*, 49(4), 365-382.
- Kempes, M., Matthys, W., Maassen, G., van Goozen, S., & van Engeland, H. (2006). A parent questionnaire for distinguishing between reactive and proactive aggression in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 38-45.
- Klingner, J. K., Vaughn, S., Schumm, J. S., Cohen, P., & Forgan, J. W. (1998A). Inclusion of Pull-out: which do students prefer? *Journal of Learning Disabilities*, 31(2), 148-158.

- Klingner, J. K., Vaughn, S., Hughes M. T., Schumm, J. S., & Elbaum, B. (1998B). Outcomes for students with and without learning disabilities in inclusive classrooms. *Learning Disabilities Research & Practice, 13*(3), 153-161.
- Koenen, K. C., Caspi, A., Moffitt, T. E., Rijdsdijk, F., & Taylor, A. (2006). Genetic influences on the overlap between low IQ and antisocial behavior in young children. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(4), 787-797.
- Koster, M., Houten- van den Bosch, E. J., Nakken, H., Pijl, S. J., (2004). *Integratie onder het rugzak-beleid; de eerste ervaringen met leerlinggebonden financiering in het regulier basisonderwijs*. Verkregen op 23, maart, 2013 van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2005/10/14/bijlage-integratie-onder-rugzak-beleid.html>
- Kroesbergen, E. H., Sontag, L., van Steensel, R. C. M., Leseman, P. P. M., & van der Ven, S. H. G. (2010). Plaatsing van leerlingen met een beperking in het reguliere onderwijs: de ontwikkeling van schoolvaardigheden, competentiebeleving en probleemgedrag. *Pedagogische Studiën, 2010*(87), 350-366.
- Louwe, J., & van Overveld, K. (2008). *Van PAD naar minder agressie; de effectiviteit van het programma alternatieve denkstrategieën voor jongens met ernstige gedragsproblemen in verschillende typen Nederlands primair onderwijs*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- McClelland, G. H., & Judd, C. M. (1993). Statistical difficulties of detecting interactions and moderator effects. *Psychological Bulletin, 114*(2), 376-390. doi: 10.1037/0033-2909.114.2.376
- NOS (2013). Citoscores nog niet openbaar. Verkregen op 1, april, 2013 van <http://nos.nl/artikel/486615-citoscores-nog-niet-openbaar.html>
- Onderwijsraad (2010). *De school en leerlingen met gedragsproblemen*. Verkregen op 20, maart, 2013 van <http://www.onderwijsraad.nl/upload/publicaties/569/documenten/school-en-leerlingen-met-gedragsproblemen.pdf>

- Ostmeyer, K. & Scarpa, S. (2012). Examining school-based social skills program needs and barriers for students with high-functioning autism spectrum disorders using participatory action research. *Psychology in the Schools*, 49(10), 932-942.
- Stoutjesdijk, R., & Scholten, E. M. (2009). Cluster 4 speciaal onderwijs: een vergelijking tussen leerlingen op cluster 4 scholen en cluster 4 rugzakleerlingen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 2009(48), 161-169.
- Tutt, R., Powell, S., & Thornton, M. (2006). Educational Approaches in Autism: what we know about what we do. *Educational Psychology in Practice*, 22(1), 69-81.
- Valenkamp, M. W., Frank, C., & de Ruiter, C. (2006). Signaleringslijsten psychische problematiek bij jeugdigen. *Kind en Adolescent*, 2006(27), 3-17.
- Vaughn, S., Elbaum, B. E., & Schumm, J. S. (1996). The effects of inclusion on the social functioning of students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 29(6), 598-608.
- Vaughn, S. V., Elbaum, B. E., Schumm, J. S., (1998). The effects of inclusion on the social functioning of students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 29(6), 598-608.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de Teacher's Report Forms (TRF)*. Rotterdam, Netherlands: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Adacemisch Ziekenhuis/Erasmus Universiteit.
- Welsh, M., Parke, R. D., Widaman, K., & O'Neil, R. (2001). Linkages between children's social and academic competence: a longitudinal analysis. *Journal of School Psychology*, 39(6). 463-481.
- WISC-R project group: Haasen v., P. P., De Bruyn, E. E. J., Pijl, Y. J., Poortinga, Y. H., Spelberg, H. C., Van der Steene, G., Coetsier, P., Spoelders-Claes, R., & Stinissen, J. (1986). *WISC-R, Nederlandstalige uitgave*. Lisse: Swets & Zeitlinger.