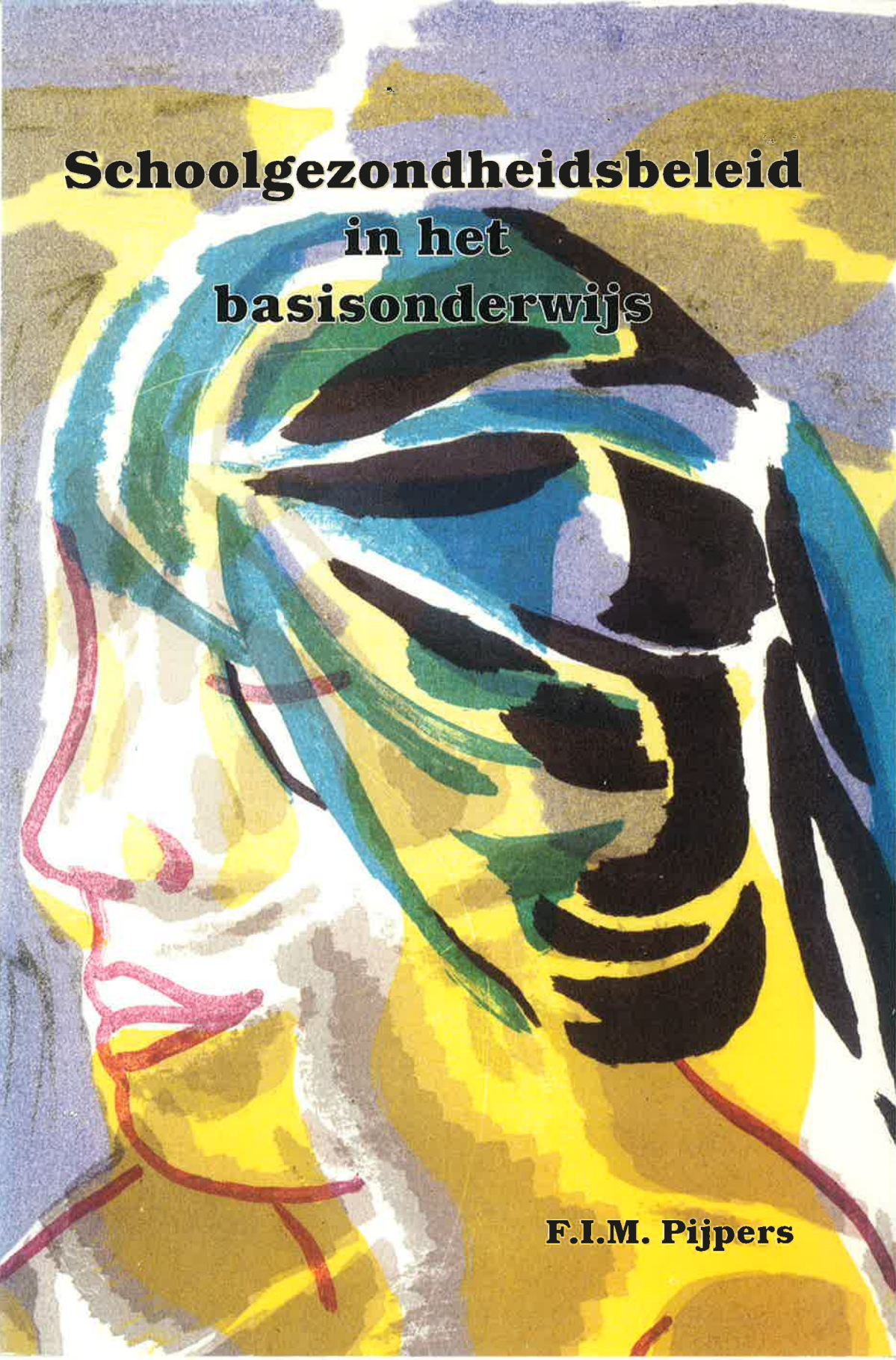


An abstract painting of a human face in profile, facing left. The face is rendered with bold, expressive brushstrokes in a variety of colors including yellow, blue, green, black, and red. The background is a mix of purple, yellow, and brown tones. The overall style is modern and expressive.

Schoolgezondheidsbeleid in het basisonderwijs

F.I.M. Pijpers

SCHOOLGEZONDHEIDSBELEID
IN HET
BASISONDERWIJS

Effecten van schoolgezondheidsbeleid in het basisonderwijs

F.I.M. Pijpers

Dissertatie Universiteit Leiden – met literatuurverwijzingen – met Engelse
samenvatting

ISBN 90-6743-585-6

Omslag: Vanessa C. Pijpers, Jaap van der Plas

Ridderprint offsetdrukkerij b.v., Ridderkerk 1999

© 1999, F.I.M. Pijpers

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook,
zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Stellingen

1. Gezondheidsbeleid is niet equivalent aan een gezonde schoolpraktijk (dit proefschrift).
2. Planmatige gezondheidsbevordering heeft een positief effect op de gezondheidskennis, gezondheidsattitude, gezond gedrag en schoolbeleving van de leerlingen op basisscholen (dit proefschrift).
3. Schoolgezondheidsbeleid is voor directeuren van basisscholen een onduidelijk begrip (dit proefschrift).
4. Het ontbreken van een operationeel kader voor schoolgezondheidsbeleid belemmert niet alleen het doen van onderzoek, maar scholen weten daardoor ook niet wat er van hen wordt verwacht (dit proefschrift).
5. Voor een goede ondersteuning van scholen bij de ontwikkeling van schoolgezondheidsbeleid is een combinatie van drie rollen nodig, namelijk die van promotor/initiator, van adviseur 'gezondheid' en van samenwerkingspartner (TJGZ 1995, nr 2, 51-53).
6. De meeste schoolartsen missen adviesvaardigheden om scholen goed te kunnen ondersteunen bij schoolgezondheidsbeleid (Eindverslag Implementatieproject Schoolgezondheidsbeleid, 1994).
7. Een verdere verankering van schoolgezondheidsbeleid in de werkwijze van GGD-en vraagt om een actieve implementatiestrategie (Schoolgezondheidsbeleid in de praktijk, scriptie TNO PG 1998).
8. Wanneer er gezegd wordt dat er behoefte is aan landelijke regie, wordt in het algemeen bedoeld dat anderen de zelf ontwikkelde werkwijze zouden moeten overnemen.
9. Het in Nederland geringe aantal onderzoeken naar de begeleiding van chronisch zieke kinderen op de basisschool is een teken dat de Rechten van het Kind (Verenigde Naties, 1959) hier niet geheel serieus worden genomen.
10. Veranderingen in organisatiestructuur of fysieke omgeving leiden al snel tot emotionele afstand tussen medewerkers.

Schoolgezondheidsbeleid in het basisonderwijs

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van Doctor
aan de Universiteit Leiden,
op gezag van de Rector Magnificus Dr. W.A. Wagenaar,
hoogleraar in de faculteit der Sociale Wetenschappen,
volgens besluit van het College voor Promoties
te verdedigen op woensdag 30 juni 1999
te klokke 15.15 uur

door

Frans Ignatius Martinus Pijpers
geboren te Djakarta (Indonesië) in 1952

PROMOTIECOMMISSIE

Promotor: Prof. Dr. S.P. Verloove-Vanhorick
Co-promotor: Dr. J.L.A. van Rijkevorsel (TNO Preventie en Gezondheid)
Referent: Prof. Dr. Th.G.W. Paulussen (Katholieke Universiteit Nijmegen)
Overige leden: Prof. Dr. O.J.S. Buruma
Prof. Dr. M.P. Springer

De studie naar schoolgezondheidsbeleid in het basisonderwijs is uitgevoerd door TNO Preventie en Gezondheid in samenwerking met 25 GGD-en in Nederland. Het onderzoek is gefinancierd door het Praeventiefonds en door TNO Preventie en Gezondheid.

Inhoud

Introductie

1. Schoolgezondheidsbeleid en jeugdgezondheidszorg in historisch perspectief	1
2. De basisschool en de gezondheid van leerlingen	11

Vooronderzoek

3. Heeft een basisschool zelf profijt van schoolgezondheidsbeleid?	27
4. Is er verschil tussen basisscholen in schoolgezondheidsbeleid?	41
5. Meten van schoolgezondheidsbeleid	53
6. Ontwikkelen van de vragenlijst voor groep 8 leerlingen	67

Hoofdonderzoek

7. Onderzoeksopzet en onderzoeksgroep	75
8. Zijn er gezondheidsverschillen bij leerlingen van groep 8 op basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid?	87
9. Schoolgezondheidsbeleid en verzuim	99

Samenvatting: Basisscholen en Schoolgezondheidsbeleid	109
---	-----

Summary: Primary Schools and School Health Policy	127
---	-----

Bijlage 1: Relevante artikelen Wet Basisonderwijs en Kerndoelen

Bijlage 2: Stellingen voor de directeur

Bijlage 3: Leerkrachtenvragenlijst

Bijlage 4: Moeilijke woorden en vragen

Bijlage 5: De leerlingenvragenlijst gegroepeerd naar schalen

Bijlage 6: Aantal scholen per deelnemende GGD

Bijlage 7: Registratie verzuimgegevens

Nawoord

Curriculum vitae

Hoofdstuk 1

Schoolgezondheidsbeleid en jeugdgezondheidszorg in historisch perspectief

Inleiding

Aanleiding voor het onderzoek was de ondersteuning die GGD-en sinds 1990 aan basisscholen geven bij het ontwikkelen van schoolgezondheidsbeleid. Zij hielpen scholen om inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie op school en adviseerden op basis daarvan over het gezondheidsbeleid. Deze ondersteuning aan basisscholen was nieuw voor GGD-en en de vraag rees of het doel van de ondersteuning zinvol was. Het onderzoek richtte zich dan ook niet op de ondersteuning door de GGD-en maar op schoolgezondheidsbeleid op basisscholen.

Bij het onderzoek is er van uitgegaan dat basisscholen zelfstandig, eventueel met hulp van anderen, schoolgezondheidsbeleid ontwikkeld kunnen hebben. Zij zijn vanaf de invoering van de Wet op het Basisonderwijs in augustus 1985 niet alleen verplicht om gezond gedrag te bevorderen, maar ook om hun visie, doelstellingen en werkplan in een schoolwerkplan vast te leggen¹. Met andere woorden: basisscholen moeten sinds 1985 hun gezondheidsonderwijs systematiseren en expliciteren. Uit onderzoek van Wiersma² en van der Hoeven³ bleek echter dat basisscholen hieraan verschillend invulling gaven. Dit bood de mogelijkheid om te onderzoeken of de gezondheid van leerlingen verschilde op basisscholen met en op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid.

Voor een goed begrip van schoolgezondheidsbeleid is inzicht in een aantal ontwikkelingen in Nederland nodig. Deze ontwikkelingen worden in grote lijnen in dit hoofdstuk beschreven. Ontwikkelingen die ook de achtergrond zijn geweest waartegen de samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg en basisscholen is gegroeid. Hoewel deze samenwerking in het onderzoek geen rol speelde, worden in dit hoofdstuk de ontwikkelingen in de samenwerking eveneens beschreven, omdat zij de aanleiding vormden voor het onderzoek. Er is echter niet onderzocht op welke wijze en met welke ondersteuning basisscholen schoolgezondheidsbeleid ontwikkeld hebben.

Leefstijl en omgevingsfactoren: aangrijpingspunten voor preventie

Nadat in de jaren na de Tweede Wereldoorlog veel aandacht was uitgegaan naar het opbouwen van gezondheidszorgvoorzieningen, kwam er begin jaren zeventig in eerste instantie vooral als een reactie op de explosief groeiende kosten voor de gezondheidszorg weer meer aandacht voor leefstijl en omgevingsfactoren. In Canada verscheen het rapport 'A new perspective on the health of Canadians'⁴ waarin het 'Health Field Concept' werd gepresenteerd. Daarin werd centraal gesteld dat

- gezondheid een optimale aanpassing aan gegeven omstandigheden is,
- gezondheid een dynamisch evenwicht tussen endogene en omgevingsfactoren is,
- gezondheid zowel fysieke als psychische en sociale aspecten kent,
- gezondheid zich op organisch, functioneel en sociaal niveau afspeelt,
- gezondheid subjectieve en objectieve aspecten heeft.

Dit basisconcept^{5, 6}, dat nog steeds gebruikt wordt om preventief gezondheidsbeleid inhoud te geven, vormt de basis voor schoolgezondheidsbeleid.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)

Door de grotere aandacht voor leefstijl en de invloed van het gedrag van mensen op hun gezondheid kwam in de jaren zestig GVO (gezondheidsvoorlichting en -opvoeding) op. Deze term werd in Nederland in 1962 geïntroduceerd door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid als de meest adequate vertaling van het Angelsaksische 'health education'⁷. De in 1976 door de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ingestelde Kommissie Nationaal Plan GVO karakteriseerde GVO als een educatieve benadering van gezondheidsvraagstukken, met als centrale focus het gedrag van individuen en groepen voor zover dat gedrag van invloed was op hun eigen en andermans gezondheid⁸.

GVO hoorde naar het idee van de Kommissie ook een vaste plaats in het onderwijs in te nemen omdat de school in de Nederlandse samenleving het leren opvoedingsinstituut bij uitstek was waar kinderen (naast en in aansluiting op de ervaringen thuis, in de wijk en in de peergroup) kennis, inzichten en vaardigheden opdeden. Gezondheidsopvoeding vergde tenslotte een langdurig en systematisch opvoedingsproces dat vroeg diende te beginnen. Het onderwijs kon qua taak en inrichting dit opvoedingsproces ondersteunen en mede richting geven. Ook maakte de inrichting van het onderwijs het in principe mogelijk om dit proces volgens een ononderbroken ontwikkelingslijn en aansluitend bij de eigen leef- en ervaringswereld van de leerlingen te laten verlo-

pen. Tot slot zou volgens de Kommissie in het onderwijs de voor GVO wellicht meest ontvankelijke groep, namelijk de jeugd, in zijn totaliteit bereikt kunnen worden⁹.

Het eindadvies van de Kommissie vormde ook het startpunt voor een GVO-ondersteuningsstructuur, waarin de GGD-en in de regio een centrale rol speelden.

Jeugdgezondheidszorg en GVO

In de jaren vlak na de Tweede Wereldoorlog werd in de schoolgezondheidszorg het accent gelegd op het regelmatig onderzoeken van kinderen, de periodieke geneeskundige onderzoeken van kinderen¹⁰. In de loop van de jaren zeventig groeide echter ook in de kringen van schoolartsen de belangstelling voor GVO. Er werden heftige discussies gevoerd over de rol van schoolartsen bij GVO en op 30 oktober 1979 werd door de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG) de multidisciplinaire taakgroep 'Gezondheidseducatie en Jeugdgezondheidszorg' ingesteld. Zij moest de NVJG adviseren over de consequenties voor de schoolgezondheidszorg die voortvloeiden uit de ontwikkeling van gezondheidseducatie in het basisonderwijs.

In 1981 rapporteerde de taakgroep in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde¹¹. Volgens haar had de schoolgezondheidszorg drie taken:

- individuele gedragsbeïnvloeding door individueel te informeren en te motiveren;
- collectieve gedragsbeïnvloeding gericht op een groep leerlingen door middel van een agogische werkwijze;
- collectieve gedragsbeïnvloeding gericht op de school als systeem waarbinnen de leerlingen functioneren.

Periodieke Geneeskundige Onderzoeken moesten dienstbaar gemaakt worden aan het verkrijgen van inzicht in gezondheidsparameters bij deelpopulaties schoolkinderen, inzicht in gezondheid bedreigende respectievelijk bevorderende factoren en inzicht in ziekten, afwijkingen en handicaps. De gegevens moesten informatie bieden aan onderwijsgevend en schoolbesturen. In het advies werd voor het eerst de term schoolgezondheidsbeleid gebruikt.

In de jaren daarna werden tal van initiatieven genomen om gezondheidseducatie in het basisonderwijs te stimuleren zoals 'Het Medisch-educatief Schoolonderzoek: een nieuwe onderzoeksvorm met focus op gezondheidsvoorlichting en -onderzoek'¹² en de Jaarthema-aanpak¹³. Een inventariserend onderzoek in 1985 liet zien dat jeugdartsen positief stonden tegenover gezondheidseducatie. Zij wilden hieraan meewerken door te adviseren, inhoudelijke infor-

matie te leveren, een consultatiefunctie te vervullen en deel te nemen aan overleg met betrekking tot gezondheidseducatie¹⁴

In 1990 werd de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) van kracht. GGD-en werden belast met de zorg voor de uitvoering van de collectieve preventie ten aanzien van gezondheidsrisico's voor jeugdigen (artikel 3)¹⁵. Deze wet stimuleerde de Vereniging Directeuren Basisgezondheidsdiensten en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten tot het opstellen van de beleidsnota 'Zorgen voor Jeugd'. Hierin werd gesteld dat de afdeling jeugdgezondheidszorg bij de GGD de taak had om schoolgezondheidsbeleid te stimuleren en te ondersteunen¹⁶.

Gezondheidseducatie in het basisonderwijs

Voor de scholen was gezondheidseducatie niets nieuws. Al in het begin van de negentiende eeuw werd er door De Maatschappij tot Nut van 't Algemeen gepleit voor gezondheidsleer als schoolvak, maar ondanks vele publicaties van hygiënisten werd gezondheidsleer niet als apart vak in het lager onderwijs ingevoerd. Gezondheidsbevordering werd aan de individuele leerkracht overgelaten¹⁷. Pas in de zeventiger jaren werd de discussie over gezondheidseducatie weer opgepakt. In 1972 publiceerde de interdepartementale werkgroep 'GVO in het basisonderwijs' het rapport Beijerman. Hierin werd een krachtig pleidooi gehouden voor de invoering van GVO in het kleuter- en lager onderwijs alsmede de realisatie van een aantal randvoorwaarden op het gebied van wetgeving, leerplanontwikkeling, opleiding en nascholing¹⁸.

Een uitvloeisel van het rapport Beijerman waren twee landelijke projecten waarin lespakketten werden ontwikkeld: 'Op je gezondheid' (Hoogveld Instituut) en 'Doe-het-zelf set' (Stichting Leerplan Ontwikkeling). Zij werden spoedig gevolgd door vele folders, brochures, lespakketten, leskisten en lesmaterialen van categorale en regionale instellingen als het Ivoren Kruis, de Nederlandse Hart-stichting, de Stichting Consument en Veiligheid, het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs en de GGD-en. Op 1 augustus 1985 werd de Wet op het Basisonderwijs (WBO) van kracht. 'Bevorderen van gezond gedrag' werd een wettelijke taak van basisscholen (WBO art 9.1.h)¹.

Schoolgezondheidsbeleid: van gezondheidseducatie naar gezondheidsbevordering

Tot in de jaren tachtig lag het accent van gezondheidseducatie op de inhoud: de kennis die mensen moeten hebben over gezondheid. Dit bleek echter weinig effectief. Het accent verschoof daarom van Gezondheidsvoorlichting naar Gezondheidsbevordering van gemeenschappen. Paulussen schetste in het rapport 'Stand van zaken schoolgezondheidsbeleid in Nederland' deze ontwikkelingsgeschiedenis in internationaal verband. Onder impuls van de Verklaring van Alma Ata (1978) en de Ottawa Charter (1986) groeide het besef dat gezondheidseducatie alleen niet voldoende was. De gewenste gedragsverandering wordt sindsdien niet alleen benaderd met op het individu gerichte gezondheidseducatie, maar ook met direct ingrijpen in de directe omgeving en de bredere gemeenschap. Gezonde scholen moeten wanneer zij het Ottawa Charter volgen een samenhangende aanbod bieden van:

- gezondheidseducatie in lesverband
- participatie van de bredere leefgemeenschap rond de school (ouders, wijk)
- en gerichte aanpassingen in
- het gezondheidsbeleid
- de leefomgeving
- de organisatie van gezondheidsvoorzieningen.

Naast integratie van interventies zou op gezonde scholen ook integratie van verschillende gezondheidsgerelateerde gedragingen zoals roken, beweging en voeding moeten worden beoogd. Een reden hiervoor is de niet aflatende druk op het onderwijs om maatschappelijke thema's op het lesrooster te plaatsen. Alleen al op het gebied van gezondheid is een onuitputtelijke reeks thema's beschikbaar¹⁹.

Afstemming gezondheidsbevordering basisonderwijs en GGD

In de loop van de jaren tachtig groeide de behoefte om de gezondheidsbevorderende activiteiten van basisschool en GGD op elkaar af te stemmen. Basisschool en GGD hadden tenslotte beide het doel de gezondheid van kinderen te bevorderen. Bovendien konden zij elkaar goed aanvullen doordat zij over verschillende deskundigheden en mogelijkheden beschikten. In 1984 werd daarom een subsidie-aanvraag bij het Ministerie van WVC ingediend voor een pilot-project 'Integratie van Jeugdgezondheidszorg en GVO op school'. Het project moest 'gezondheidseducatie op de basisschool en activiteiten van de Jeugdgezondheidszorg dusdanig op elkaar afstemmen dat leerkrachten, leerlingen en

ouders zich meer betrokken zouden voelen bij het GVO-onderwijs alsmede bij het periodiek geneeskundig onderzoek²⁰. In dit project werd de samenwerking tussen GGD en basisschool in concrete activiteiten beschreven.

In 1986 startte vervolgens het 'GVO-afstemmingsproject Jeugdgezondheidszorg-basisonderwijs'. Het doel was het verder ontwikkelen en beproeven van een model van samenwerking tussen GGD-en en basisscholen, toegespitst op de uitvoering van taken van de Jeugdgezondheidszorg. Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur stelde daarbij als voorwaarde dat alle belanghebbende organisaties van meet af aan daadwerkelijk er bij betrokken moesten worden en zich uiteindelijk in de uitvoering van het onderzoek, mede wat betreft hun eigen werksfeer, moesten kunnen vinden. In dit ontwikkelingsproject is schoolgezondheids-beleid vastgelegd in doelstellingen voor basisscholen. Daarnaast zijn er methodieken en materialen ontwikkeld voor de ondersteuning van de basisschool door de GGD. Deze ondersteuning sloot aan bij de beleidscyclus op een school: initiëren, inzicht verschaffen in de gezondheidssituatie, adviseren, samenwerken bij de uitvoering en helpen evalueren: Willen, Weten, Wikken, Werken en Waken²¹.

Na een gunstige evaluatie²² is in overleg met de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten (VDB) besloten om de verspreiding en invoering van deze werkwijze projectmatig te ondersteunen. Begin 1990 begon met subsidie van het Praeventiefonds het 'Implementatieproject Schoolgezondheidsbeleid-Basisonderwijs'. Het project voorzag in deskundigheidsbevordering van GGD-medewerkers, advisering van GGD-en bij de inbedding van de nieuwe activiteiten in het bestaande takenpakket, begeleiding van GGD-en bij de invoering op de scholen en verankering in het landelijke GGD-beleid. Het project had succes. De looptijd van drie en een half jaar werd in verband met de grote belangstelling (uiteindelijk 51 van de 63 GGD-en) met een jaar verlengd²². En in het onderzoek 'Op weg naar Volwassenheid. Evaluatie JGZ 0-19 jaar.' door KPMG en TNO PG²³ gaven vrijwel alle GGD-en aan schoolgezondheidsbeleid te ondersteunen.

Naarmate de invoering van het samenwerkingsmodel vorderde, kwamen er echter steeds meer vragen naar de zin van schoolgezondheidsbeleid. Veel GGD-en zagen zich door beperkte budgetten genoodzaakt keuzes te maken tussen individugerichte (periodieke geneeskundige onderzoeken) en groepgerichte (schoolgezondheidsbeleid) activiteiten. Zij hadden behoefte aan inzicht in de effecten van schoolgezondheidsbeleid. Daarom werd bij het Praeventiefonds een subsidieaanvraag ingediend voor het onderhavige onderzoek. In 1996 werd dit verzoek gehonoreerd.

Beschouwingen

In dit hoofdstuk is een aantal ontwikkelingen in het onderwijs beschreven tegen welke achtergrond schoolgezondheidsbeleid is gegroeid. Zij hadden betrekking op opvattingen over gezondheid bevorderende taken van het basisonderwijs. In feite weerspiegelden zij echter ontwikkelingen in de maatschappelijke opvattingen over verantwoordelijkheden van burgers, overheden en maatschappelijke organisaties. Na een periode van dwingende voorschriften van centrale overheid en autoriteiten stonden deregulering, decentralisering, eigen verantwoordelijkheid en het unieke van de eigen situatie voorop. Zeven jaar na de invoering van het Basisonderwijs bleek echter slechts eenderde van de scholen in enige omvang invulling aan gezondheidsbevordering te geven³.

Een vergelijkbare ontwikkeling van opvattingen had zich ook in de schoolgezondheidszorg voorgedaan. Samenwerking tussen scholen en GGD-en was van 'dringend' adviseren naar 'motiverend' ondersteunen veranderd. Begonnen als een voorlichtingsstrategie om scholen tot gezondheidseducatie te stimuleren en te motiveren was er een werkwijze ontstaan waarin scholen geholpen werden zelf keuzes te maken en zelf gezondheidsbeleid te ontwikkelen.

Samengevat paste schoolgezondheidsbeleid en de ondersteuning daarvan door GGD-en zeker in de geest van de tijd waarin een verantwoordelijke en mondig burger centraal stond. Maar zoals op andere terreinen in de Jeugdgezondheidszorg kwam ook hier de vraag naar effectiviteit en doelmatigheid naar voren. Inzicht was nodig om keuzes te kunnen maken tussen individuerichte en groepgerichte activiteiten. Daarom is het onderzoek uitgevoerd waarover in dit proefschrift wordt gerapporteerd.

Literatuur

1. Minister van Onderwijs. Wet op het Basisonderwijs. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985.
2. Wiersma Y, Suhre CJM. Stand van zaken gezondheidseducatie. RION, Groningen, 1987.
3. Hoeven-van Doornum AA van. Gezondheidseducatie in het basisonderwijs. ITS, Nijmegen, 1992.
4. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ontario Canada: Ministry of National Health and Welfare, 1974.
5. Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota 2000. 's Gravenhage: Tweede Kamer, 1985.

6. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiene. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1993 en 1997. Den Haag: Sdu Uitgeverij, 1993 en 1997.
7. Rouwenhorst W. Leren gezond te zijn? Over de plaats en mogelijkheden van GVO. Alphen aan de Rijn: Samson, 1977.
8. Kommissie Nationaal Plan GVO. Eindadvies van de Kommissie Nationaal Plan GVO. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1981.
9. Hegger W en Hameren J.A.M. van. GVO in het onderwijs. Eindadvies van de Kommissie Nationaal Plan GVO. Deel 5. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1981.
10. Kramers PLM. Het schoolkind. In: Leerboek voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne. Beekhuis H, (eds.). Assen: van Gorcum Comp, 1975.
11. Meeren van der WBJM. Rapport gezondheidseducatie en jeugdgezondheidszorg. Tijdschrift Soc Geneeskd 1981; 59: 830-6.
12. Parijs van LG, Haveloose d' T, Allemeersch L, Dierijnck P . Het Medisch-educatief schoolonderzoek. Tijdschr. Soc Geneeskd 1980, 58: 631-40.
13. GGD Stadsgewest Breda. Jaarverslag 1983. Breda: GGD Stadsgewest Breda, 1984.
14. Hilten van P, Oostveen T. Jeugdarts en gezondheidseducatie. GVO/Preventie, 1987, 8: 51-8.
15. Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Sport. Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Rijswijk: Staatsblad 1990; nr 300, 1990.
16. Lanphen WEN, Pijpers FIM, Wassenaar J. Zorgen voor jeugd. De rol van de GGD. Utrecht: VNG/VDB, 1992.
17. Knecht de-Eekelen van A. Ontwikkeling van de schoolgeneeskunde in Nederland. GEWINA 1994, 17: 219-34.
18. Beijerman JM. Rapport Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in het basis-onderwijs. 's Gravenhage: Ministerie VOMIL, 1972.
19. Paulussen Th, Panis R, Peters L, Buijs G, Wijnsma P. Stand van zaken schoolgezondheidsbeleid in Nederland. Woerden: NIGZ 1998.
20. Pijpers FIM, Verkleij M, Philipsen N, Konig KG, Hegger W. Verslag werkzaamheden GVO- Integratie-project. Nijmegen: KU Nijmegen, 1984.

21. Pijpers FIM, Reinders J, Geffen van B, Konig KG, Weerden van J. GVO-Afstemmingsprojekt Jeugdgezondheidszorg-basisonderwijs. Eindverslag. Nijmegen: KU Nijmegen, 1989.
22. Geffen LAM van, Pijpers FIM, Smissen PJAM van der, Vlerken K van. Eindverslag Implementatieproject Schoolgezondheidsbeleid. Utrecht: LVGGD, 1994.
23. Burgmeijer R, Filedt Kok T, Geenhuizen Y van. Op weg naar Volwassenheid. Evaluatie Jeugdgezondheidszorg 0-19. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1997.

Hoofdstuk 2

De basisschool en de gezondheid van leerlingen

Inleiding

De basisschool speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling van kinderen. Vrijwel alle kinderen in Nederland brengen 8 jaren lang gedurende 40 weken per jaar 25 uur per week op de basisschool door. Dat is ongeveer 7500 uur in totaal. En van oudsher besteedt een basisschool aandacht aan de gezondheid van zijn leerlingen. Het kan dan ook niet anders of de basisschool heeft invloed op de ontwikkeling van gezond gedrag.

Basisscholen zijn verplicht aan gezondheidsbevordering te doen, maar zij hebben de vrijheid hieraan zelf invulling te geven. In de praktijk is er dan ook een grote variatie, van veel tot weinig, van ongestructureerd tot planmatig.

Schoolgezondheidsbeleid is een systematische en doelgerichte manier van gezondheidsbevordering. Er wordt verwacht dat dit effectiever is dan spontane, ongeplande en ongestructureerde gezondheidsbevordering. Dit was echter tot op heden nog niet onderzocht.

Ter voorbereiding op het onderzoek naar de effecten van schoolgezondheidsbeleid is een literatuurstudie gedaan naar de volgende vragen:

1. Wat zijn de wettelijke verplichtingen voor een basisschool op het terrein van gezondheidsbevordering?
2. Wat wordt er verstaan onder schoolgezondheidsbeleid?
3. Hoe leren kinderen gezond gedrag aan?
4. Welke effecten kunnen gezondheidsbevorderende programma's in het basisonderwijs op de gezondheid van leerlingen hebben?

Langs verschillende wegen is naar publicaties uit de laatste 15 jaren gezocht. Als eerste is in Medline en ERIC gezocht. Hierbij zijn de volgende trefwoorden gebruikt: 4-12 jarigen, basisonderwijs, basisschool, gezondheid, gezond gedrag, gezondheidseducatie, schoolgezondheidsbeleid en effectiviteit. Ook de Engelse equivalenten zijn gebruikt. Daarnaast is er gebruik gemaakt van adviezen van de begeleidingscommissie. Vervolgens is de gevonden literatuur aangevuld met verwijzingen in de artikelen.

De resultaten van deze literatuurstudie worden in dit hoofdstuk beschreven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de onderzoeksvragen en een overzicht van de deelonderzoeken die in de volgende hoofdstukken worden beschreven.

Wettelijke verplichtingen van de basisschool

Op jeugdige leeftijd wordt de grondslag gelegd voor de normen, waarden, vaardigheden en leefgewoonten van een persoon. Het onderwijs kan dit proces ondersteunen en mede vormgeven. Bovendien bereikt het onderwijs de groep die voor het bevorderen van gezond gedrag wellicht het meest ontvankelijk is, de jeugd, in zijn geheel. Tenslotte spelen zich binnen de school allerlei zaken af die met gezondheid te maken hebben¹⁻³. Basisscholen hebben dan ook sinds 1985 de wettelijke taak een gezonde ontwikkeling van hun leerlingen te bevorderen. Dit valt af te leiden uit de artikelen 8 en 9 van de Wet op het Basisonderwijs⁴ (bijlage 1).

Sinds 1993 geven kerndoelen⁵ aan wat leerlingen aan het eind van de basisschoolleeftijd moeten kunnen op het terrein van gezondheid (bijlage 1). Deze zijn vooral gericht op kennis en het aanleren van enkele eenvoudige vaardigheden. De concrete invulling van gezondheidsbevordering wordt echter geheel aan de basisschool zelf overgelaten. De praktijk is dan ook zeer gedifferentieerd zoals onderzoek in 1990 bij 250 basisscholen liet zien⁶. Er waren verschillen in gebruikte lesmaterialen en de wijze waarop het lesmateriaal in de klas gebruikt werd. Ook was er verschil in tijdsbesteding en inbedding in de schoolorganisatie (overzicht 2.1).

Schoolgezondheidsbeleid

Behalve dat basisscholen gezond gedrag moeten bevorderen, verplicht de Wet op het Basisonderwijs hen ook tot schoolbeleid, dat wil zeggen dat basisscholen hun onderwijs planmatig vorm moeten geven en moeten beschrijven in het schoolwerkplan. Het deel van het schoolbeleid dat betrekking heeft op het bevorderen van de gezondheid van de schoolpopulatie, leerlingen en personeel, wordt wel schoolgezondheidsbeleid genoemd.

In Nederland verstaat men in het algemeen onder schoolgezondheidsbeleid dat deel van het totale beleid van een school dat er op gericht is de gezondheid van de gehele schoolpopulatie te beschermen en te bevorderen. In dit proefschrift gaat het om het deel dat zich op de leerlingen richt, omdat de Jeugdgezondheidszorg, die in feite de evaluatievraag heeft gesteld, zich alleen op de gezondheid van de leerlingen richt.

In het GVO-afstemmingsproject Jeugdgezondheidszorg-Basisonderwijs⁷ is schoolgezondheidsbeleid uitgewerkt in de volgende soorten activiteiten:

Educatie

- systematische educatieve activiteiten over gezondheidsonderwerpen en adequate gezondheidsregels

Overzicht 2.1: Verschillen in de praktijk van gezondheidsonderwijs⁶

Gebruik lesmateriaal

- Op 69% van de scholen is er een lespakket gezondheidsonderwijs aanwezig; 21% heeft de Doe Het Zelf-set en 8% de methode 'Op je gezondheid'; 2% beide methoden en 38% andere methoden
- Op 90% van de scholen wordt gebruik gemaakt van lesmateriaal dat zij door diverse instanties -gratis- krijgen aangeboden
- 18% van de scholen neemt het lesmateriaal integraal over
- 28% van de scholen gebruikt het lesmateriaal alleen als achtergrondmateriaal
- 53% van de scholen gebruikt het gezondheidsonderwijs-lesmateriaal zowel voor de lessen als voor achtergrondmateriaal

Tijdsbesteding (frequentie)

- 37% schat in dat één keer per week met gezondheidsonderwijs-lesmateriaal wordt gewerkt
- 33% schat in dat één keer per maand met gezondheidsonderwijs-lesmateriaal wordt gewerkt
- 19% schat in dat vijf keer per jaar met gezondheidsonderwijs-lesmateriaal wordt gewerkt
- 6% schat in dat één keer per jaar met gezondheidsonderwijs-lesmateriaal wordt gewerkt
- 5% gebruikt minder dan één keer per jaar gezondheidsonderwijs-lesmateriaal

Tijdsbesteding (omvang)

- 30% van de scholen geeft maximaal twee keer per maand een gezondheidsles
- 40% van de scholen geeft twee of meer gezondheidslessen per maand
- 30% van de scholen geeft een of twee keer per week een les gezondheidsonderwijs

Inrichting van gezondheidsonderwijs

- 93% als onderdeel van andere vakken
- 70% gezondheidsprojecten
- 70% als projecten die niet specifiek over gezond gedrag gaan
- 31% als apart vak

De vier verschillende mogelijkheden sluiten elkaar niet uit.

Schoolorganisatorische inbedding van gezondheidsonderwijs

- 75% toevallige gezondheidsonderwijs
 - 66% via omweg (buiten het lesprogramma)
-

Leerlingenzorg

- adequate signalering en begeleiding van kinderen met lichamelijke problemen
- adequate signalering en begeleiding van kinderen met psychosociale problemen

Zorg voor de omgeving

- adequate signalering en aanpak van problemen in de fysieke omgeving
- adequate signalering en aanpak van problemen in de sociale omgeving.

Onder beleid wordt verstaan dat er een set van doeleinden bestaat die men wil bereiken met bepaalde middelen in een gekozen tijdsvolgorde en een gegeven uitgangspositie. Activiteiten moeten op een planmatige, systematische en samenhangende manier zijn opgezet en uitgevoerd^{8, 9}. Dit sluit aan bij artikel 11 lid 2 van de Wet op het Basisonderwijs⁴. Basisscholen moeten in hun schoolwerkplan de volgende zaken vermelden:

- de leer- en ontwikkelingsdoelen van de school
- de leerstof (omvang en ordening)
- de didactische werkvormen en onderwijsmaterialen
- de wijze van opvang van leerlingen met leermoeilijkheden
- de school- en onderwijsorganisatie
- de wijze van evaluatie van het gehele functioneren in relatie tot de gewenste resultaten
- de wijze van registratie en beoordeling van leerlingvorderingen
- de vormgeving aan het contact met de ouders
- de wijze van gebruik van beschikbare faciliteiten voor specifieke doeleinden of leerlingen.

Schoolgezondheidsbeleid is dus in feite de uitwerking van gezondheidsbevordering in het schoolwerkplan.

Ontwikkelen van gezond gedrag

In Nederland wordt bij de analyse van gedragsverandering vooral het ASE-model (Attitude; Sociale norm en eigen-Effectiviteitsverwachtingen) gebruikt^{10, 11}. Het ASE-model gaat er vanuit dat het gezondheidsgedrag van een persoon te verklaren is uit zijn cognities, dat wil zeggen zijn attitudes, sociale normen en eigen-effectiviteitsverwachtingen. Attitudes zijn verwachtingen over de consequenties van gedrag en waarden. Zij zijn gekoppeld aan een bepaalde object of situatie. Uit een algemene gezondheidsattitude kan men bijvoorbeeld niet voorspellen of deze persoon rookt of drinkt¹². Bij sociale normen gaat het om de door de persoon gepercipieerde verwachtingen van anderen over zijn gedrag. Eigen-effectiviteitsverwachtingen zijn de inschatting van de persoon over eigen capaciteiten om het gedrag te kunnen uitvoeren. Afwegingen tussen cognities leiden tot een bepaald gedrag, waarbij gedrag en cognities elkaar ook wederzijds beïnvloeden. Een persoon leert dus meer of minder bewust gezond gedrag.

Leren kan op verschillende manieren gebeuren. Knoers¹³ vatte dat als volgt samen: “mensen leren door ‘muddling’ (eigen ervaring), ‘modelling’ (observeren van anderen) en ‘meddling’ (instructie)”. Piaget en in zijn spoor neopiage-

tanen als Case¹⁴ stelden echter dat kinderen in hun mogelijkheden en gedrag van volwassenen verschillen afhankelijk van de ontwikkelingsfase waarin zij verkeerden. Kinderen van 12 jaar waar het onderhavige onderzoek over gaat bevinden zich volgens hen aan het eind van de concreet-operationele fase. Op deze leeftijd zijn kinderen meesters in het ordenen van hun eigen wereld door een perfecte toepassing van de klassen- en relatieloga (verzamelwoede is daar een uiting van). Maar zij kunnen nog geen afstand van de ervaring doen om zich zodoende te begeven op het terrein van het mogelijke en het hypothetische. Pas in de volgende fase (formeel-operationele fase) kunnen kinderen actie ondernemen op hypothetisch denkniveau. Dan komen er discussies over hypothetische problemen, kritische analyse van oudermoraal en maatschappelijke leefwijzen, wat kan leiden tot een persoonlijke samenhangende waarde-oriëntering. Voor kinderen in de concreet-operationele fase zijn regels absoluut en onveranderbaar. Hun oriëntatie is gericht op gehoorzaamheid en het vermijden van straf. Elke actie die op een instrumenteel niveau eigen behoeften en eventueel ook de behoeften van anderen bevredigt wordt als moreel goed beschouwd. Zij interpreteren menselijke relaties pragmatisch. Als jij dit doet, doe ik dat. Bij het meten van veel omvattende begrippen als algemeen gezond gedrag en algemene gezondheidsattitude moet hiermee rekening gehouden worden. Van leerlingen van groep 8 kan niet verwacht worden dat de samenhang in het gezonde gedrag en de gezondheidsattitude gebaseerd is op een erg consistent persoonlijk waardensysteem.

Effectiviteit van gezondheidsbevorderende programma's op de basisschool

Zoals hierboven aangegeven omvat schoolgezondheidsbeleid activiteiten op het terrein van leerlingzorg, gezondheidseducatie en zorg voor de omgeving. Dit laatste kan onderscheiden worden naar een in fysiek opzicht gezonde en veilige omgeving en een in psychosociaal opzicht gezonde en veilige omgeving. Over de effecten van dergelijke brede gezondheidsbevorderende programma's op de basisschool is echter weinig bekend. En wat er bekend is heeft vooral betrekking op gezondheidseducatie en is dan nog afkomstig uit onderzoek buiten Nederland.

Gezondheidseducatie

Het enige onderzoek in Nederland naar de effectiviteit van gezondheidseducatie in het basisonderwijs was het onderzoek van Van Weerden naar de lesmethode 'Op je Gezondheid'. Hij vond vrijwel geen verschil tussen experi-

mentele en controlescholen. Dit gebrek aan effect werd door hem geweten aan een onvoldoende implementatie van het curriculum¹⁵.

Uit Amerikaanse en Britse onderzoeken bleek gezondheidseducatie onder bepaalde voorwaarden effecten te kunnen hebben op kennis, attitude en zelf gerapporteerd gedrag. Dit was een consistent patroon van bevindingen uit projecten zoals the School Health Curriculum Project, Project Prevention, Health Education Curriculum Guide and the 3 Rs and High Blood Pressure^{16,17}. Er werden echter alleen effecten gevonden in gestructureerde en intensieve gezondheidseducatieve programma's die op enkele specifieke doelen gericht waren. En dan nog waren het vooral korte termijn effecten op kennis en veel minder op attitude en gedrag¹⁸⁻³⁷. De effecten bij leerlingen waren ook sterk afhankelijk van het aantal bestede uren. Zo traden kenniseffecten pas op als ongeveer 20 les-uren aan een bepaald onderwerp besteed waren. Attitudes en gedrag vergden meer uren. Bij ongeveer 50 uren besteed aan een specifiek onderwerp trad pas een redelijk stabiel effect op ten aanzien van de attitude en gedrag¹⁶.

Effecten verdwenen ook na enige jaren. Dit liet onder andere het Know Your Body-programma zien. Dit programma was breed opgezet, gericht op het aanleren van vaardigheden voor kinderen van de kleuterschool tot groep 8. Het doel was de leerlingen kennis, attitude, vaardigheden en ervaring te geven nodig voor gezond gedrag. De Sociale Leren Theorie vormde het theoretische raamwerk voor het programma. Effecten zijn gemeten na 3 en na 5 jaar. Na vijf jaar waren er alleen effecten op gezondheidskennis en op rookgedrag³⁸. Een vergelijkbaar verval van de effecten is ook voor andere 'school-based health education programs' gerapporteerd³⁹.

Resnicow en Botvin³⁹ noemden een aantal mogelijke redenen voor het ontbreken van effecten: onvoldoende tijdsinvestering, onvoldoende implementatie, irreële verwachtingen, verkeerde curriculumopbouw, verkeerde aannames ten aanzien van het ontstaan van gewoonten en inadequate boodschappen.

Er kan dus geconcludeerd worden dat de traditionele, information-centered gezondheidseducatie maar ook de programma's die de traditionele aanpak en 'sociaal leren' verenigen een gebrek aan positieve lange termijn resultaten laten zien.

Zorgactiviteiten

Naast educatieve activiteiten kan een basisschool ook zorgactiviteiten uitvoeren, dat wil zeggen in het kader van de begeleiding van leerlingen aandacht besteden aan hun gezondheid. Door vroeg signaleren van gezondheidsproblemen zouden leerkrachten beter kunnen inspelen op eventuele beperkingen van een leerling en daardoor ervoor kunnen zorgen dat leerlingen minder verzuimen en beter presteren.

De laatste jaren is er door verschillende GGD-en in Nederland⁴⁰⁻⁴² onderzoek gedaan naar het ziekteverzuim van basisschoolleerlingen. Deze onderzoeken kwamen alle tot ongeveer dezelfde cijfers: 23% van de kinderen is in de afgelopen twaalf maanden tenminste één keer een periode van 1 schoolweek of langer niet op school geweest door ziekte. Van deze kinderen had 76% één keer een week of langer verzuimd, 15% twee keren, 6% drie keren en 3% meer dan drie keren. Kinderen met lager opgeleide ouders verzuimden meer dan van hoger opgeleide ouders.

Onderzoek bij leerlingen van lagere scholen in Veendam en Den Haag liet zien dat in de hogere klassen er meer werd verzuimd dan in de lagere. Luchtwegaandoeningen vormden 55% van de opgegeven redenen⁴³. In een review vermeldde Weitzman⁴⁴ vele redenen van verzuim. Deze liepen uiteen van ernstige, langdurige aandoeningen tot triviale, kortdurende. Hieronder vielen zowel puur lichamelijke ziekten als psychosociale problemen. Veel chronische ziekten verzuimden meer dan kon worden toegeschreven aan de ernst van hun onderliggende ziekte of hun lichamelijke beperkingen. Dit kon onder andere te maken hebben met overbezorgdheid van de ouders. Hij vermeldde ook dat uit onderzoek bleek dat verzuim minder was wanneer er adequaat met de onderliggende aandoening werd omgegaan. Dit was met name aangetoond voor luchtwegaandoeningen zoals astma. Ook Berg⁴⁵ wees er op dat het psychische welbevinden een belangrijke factor was in de mate van verzuim. Sommige kinderen met duidelijke chronische ziekten verzuimden weinig, terwijl kinderen met psychosociale problemen lichamelijk ongemak snel aangrepen voor verzuim. Basisscholen zouden dit type verzuim kunnen verminderen door adequate zorgactiviteiten.

Op de omgeving gerichte activiteiten

Naast gezondheidseducatie en zorgactiviteiten zou een basisschool aandacht kunnen besteden aan de omgeving waarin de leerlingen leren en werken. Aandacht voor een in fysiek opzicht gezonde en veilige schoolomgeving zou bijvoorbeeld de veiligheid op school kunnen verbeteren. Hiermee zou het aantal ongevallen op school teruggedrongen kunnen worden.

Tussen 1986-1991 waren er in Nederland per jaar ruim 1600 kinderen van 5 tot en met 12 jaar die ten gevolge van ongeval in/om school op een Eerste Hulp van een ziekenhuis terechtkwamen. Ongeveer de helft daarvan werd doorverwezen voor opname. Bijna de helft van de ongevallen was van het type 'val op gelijk niveau'. Het meest voorkomende letsel was een open wond. Bijna de helft van de gewonden had letsel aan de arm⁴⁶. Er vanuitgaande dat deze ongevallen het topje van de ijsberg (stel 10% van alle ongevallen van kinderen op de basisschool) waren, zouden 16.000 basisschoolleerlingen per jaar een ongeval op school moeten hebben. Er waren 8450 basisscholen in 1990. Dat wil dus zeggen ongeveer 2 ongevallen per school per jaar. Bij dergelijke kleine aantallen per school kan de invloed van school niet aangetoond worden.

Zorg voor een in psychosociaal opzicht gezonde en veilige omgeving zou invloed kunnen hebben op schoolbeleving, negatieve ervaringen op school (gepest worden) en psychosomatische klachten. De sociaal-emotionele ontwikkeling van leerlingen in het basisonderwijs is tenslotte een belangrijke doelstelling van het onderwijs. De Wet op het Basisonderwijs⁴ vermeldt: 'Het onderwijs richt zich in ieder geval op de emotionele en verstandelijke ontwikkeling, en op het ontwikkelen van creativiteit, op het verwerven van noodzakelijke kennis en van sociale, culturele en lichamelijke vaardigheden.' Het bevorderen van de sociaal-emotionele ontwikkeling vormde ook een speerpunt in het zorgverbredingsbeleid in het basisonderwijs. Knuver⁴⁷ vond echter geen relatie tussen prestatie-gerichtheid, groeperingvormen en effectieve leertijd, en het affectief functioneren van leerlingen. Het is echter onbekend in hoeverre gezondheidsbevordering van invloed is op schoolbeleving, negatieve ervaringen op school en psychosomatische klachten van leerlingen.

Probleemstelling en onderzoeksvragen

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat een basisschool de gezondheid van zijn leerlingen zou kunnen bevorderen, maar dit gebeurt niet altijd even systematisch en gestructureerd. Uit onderzoek, met name in Amerika, bleek bovendien dat gezondheidseducatie op de lange termijn vaak weinig effecten had. Positieve resultaten die in de literatuur beschreven zijn³⁹⁻⁴⁰, hebben zonder uitzondering betrekking op specifiek programma's gericht op enkele gezondheidsonderwerpen. Men veronderstelde daarom dat een bredere aanpak nodig was. Een aanpak die niet alleen bestond uit gezondheidsvoorlichting, maar mikte op het bevorderen van de gezondheid door het scheppen van voorwaarden in de vorm van een gezondheid bevorderende leefgemeenschap³⁹. Deze notie leidde tot de 'Health Promoting School'. Educatie in de

vorm van lessen was in deze benadering slechts een van de strategieën. Men betrok ook de omgeving inclusief die buiten de school. Uit een recente review van Lynagh e.a. bleek echter dat er geen programma's waren die de 'Health Promoting Schools' aanpak volledig implementeerden en evalueerden⁴⁸. Het Nederlandse schoolgezondheidsbeleid dat in de kern met de 'Health Promoting Schools' vergelijkbaar is, is ook niet geëvalueerd. In het onderhavige onderzoek zijn daarom de effecten van schoolgezondheidsbeleid in het basisonderwijs onderzocht.

De globale vraag is uitgewerkt in de volgende onderzoeksvragen:

1. Hebben leerlingen van groep 8 meer algemene gezondheidskennis op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?
2. Hebben leerlingen van groep 8 een positievere gezondheidsattitude op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?
3. Rapporteren leerlingen van groep 8 meer verantwoordelijk gedrag en een betere persoonlijke verzorging op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?
4. Beleven leerlingen van groep 8 de school positiever op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?
5. Worden leerlingen van groep 8 minder gepest op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?
6. Rapporteren leerlingen van groep 8 minder verzuim van bepaalde lessen door gezondheidsproblemen, terwijl zij wel op school zijn, op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?
7. Hebben leerlingen van groep 8 een betere psychosomatische gezondheid, dat wil zeggen rapporteren zij minder psychosomatische klachten, op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?
8. Verzuimen leerlingen op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid minder vaak en minder langdurig door ziekte dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?

Deelonderzoeken

Het onderzoek was onderverdeeld. Het eerste deel was een literatuurstudie naar de effecten van ziekte en gezondheidsproblemen op het presteren van leerlingen op de basisschool. Dit is gedaan om zicht te krijgen op het belang dat basisscholen zelf hebben bij het uitvoeren van gezondheidsbevordering. In het algemeen is het uitgangspunt dat scholen aan gezondheidsbevordering moeten doen vanwege het maatschappelijke belang. Een belangrijkere drijfveer zou het eigen belang, dus het belang van gezondheid voor het leerproces, kunnen zijn. De literatuurstudie wordt in hoofdstuk 3 beschreven.

Naast de literatuurstudie is onderzocht of basisscholen in de praktijk ook echt in schoolgezondheidsbeleid van elkaar verschilden. Hiervoor zijn directeuren van basisscholen geïnterviewd. In hoofdstuk 4 wordt dit deelonderzoek gerapporteerd.

Gelijktijdig met de interviews zijn er vragenlijsten bij de zelfde directeuren en leerkrachten afgenomen. De vragenlijsten zijn ontwikkeld om in het hoofdonderzoek op een eenvoudiger wijze dan door interviews te kunnen bepalen wat op een school het beleid en de schoolpraktijk aan gezondheidsbevordering zijn. Dit deelonderzoek wordt in hoofdstuk 5 beschreven.

Vervolgens is in een pilotstudie een vragenlijst voor leerlingen van groep 8 op een aantal basisscholen getest. De vragenlijst was gebaseerd op een aantal bestaande vragenlijsten, maar nog niet eerder in deze samenstelling gebruikt. Er is onderzocht wat de psychometrische kwaliteiten van de verschillende schalen waren. Dit deelonderzoek wordt in hoofdstuk 6 beschreven.

Het hoofdonderzoek tenslotte valt in 2 delen uiteen. Het onderzoek naar de effecten op een aantal gezondheidsparameters bij leerlingen van groep 8 wordt in hoofdstuk 8 en de effecten op het verzuim van leerlingen in alle jaargroepen in hoofdstuk 9 beschreven. De algemene onderzoeksopzet en de onderzoeksgroep worden in hoofdstuk 7 beschreven.

Het proefschrift wordt afgesloten met een samenvatting waarin het gehele onderzoek in het kort wordt beschreven. Er worden ook een aantal algemene conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

De opzet van de deelonderzoeken wordt schematisch in overzicht 2.2 weergegeven.

Overzicht 2.2: Hoofdstukindeling, probleemstelling en methode van aanpak

Hoofdstuk	Probleemstelling	Methode van aanpak
<i>Vooronderzoeken</i>		
3	Hebben scholen profijt van schoolgezondheidsbeleid?	Literatuurstudie
4	Is er onderscheid in schoolgezondheidsbeleid tussen basisscholen?	Kwalitatief Interviews
5	Kunnen de basisscholen met een vragenlijst voor directeuren naar schoolgezondheidsbeleid ingedeeld worden?	Toetsend Logistische regressie Chi-kwadraat toets
	Kunnen de basisscholen met een vragenlijst voor leerkrachten naar de schoolpraktijk gezondheidsbevordering ingedeeld worden?	Beschrijvend HOMALS Cronbach's alpha
6	Kunnen met een vragenlijst de uitkomstmaten bij de leerlingen van groep 8 gemeten worden?	Toetsend Cronbach's alpha Mokken H RASCH Principale componenten analyse
<i>Hoofdonderzoek</i>		
7	Wat is de onderzoeksopzet?	Onderzoeksopzet
	Wat zijn relevante kenmerken van de onderzoeksgroep?	Beschrijvend Chi-kwadraat toets
8	Zijn er significante effecten van schoolgezondheidsbeleid en de schoolpraktijk gezondheidsbevordering op de gezondheid van leerlingen van groep 8?	Toetsend MANOVA
9	Zijn er significante effecten van schoolgezondheidsbeleid en de schoolpraktijk gezondheidsbevordering op het verzuim van leerlingen van alle jaargroepen?	Toetsend ANOVA

Literatuur

1. Hegger W. Op Je Gezondheid. Doel en werkwijze van het GVO-project Nijmegen. Hoogveld Instituut Nijmegen 1979.
2. Kommissie Nationaal Plan GVO. Eindadvies Kommissie Nationaal Plan GVO. Deel 1: Algemeen gedeelte van het Nationaal Plan GVO. Deel 5: GVO in het onderwijs. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1979.
3. Hegger W. Gezondheidseducatie. Een praktische handleiding voor programma-ontwikkeling. Assen: Van Gorcum, 1988.
4. Minister van Onderwijs. Wet op het Basisonderwijs. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985.
5. Staatsblad 264. Besluit Kerndoelen. 's Gravenhage, 1993.
6. Hoeven-van Doornum AA van. Gezondheidseducatie in het basisonderwijs. Nijmegen: ITS, 1992.
7. Pijpers FIM, Eindverslag GVO-afstemmingsproject. Utrecht: VDB 1990.
8. Aquina, HJ. Kijk op beleid. Inleiding in de beleidswetenschappen. Assen: Van Gorcum, 1993.
9. Lagerweij N, Haak E. Eerst goed kijken.... De dynamiek van schoolontwikkeling. Garant, Leuven-Apeldoorn 1994.
10. Vries H de. Determinanten van gedrag. In: Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Red.: Damoiseaux V, Molen HT van der, Kok GJ. Assen: van Gorcum 1993.
11. Kok GJ, Vries H de, Mudde AN, Strecher VJ. Planned health education and the role of self-efficacy. Dutch research. Health Education Research, 1991, 6: 231-238.
12. Wit R de, Victoir A, Bergh O van der. 'Theory of reasoned action' of 'theory of constructed reason'? Gedrag & Gezondheid.1995; 23:(2):50-8.
13. Knoers AMP. Over leren en ontwikkeling. Info, Tijdschrift voor Onderwijswetenschap. 1985; 16:45-60.
14. Case R. Intellectual development. Birth to adulthood. New York: Academic Press 1985.

15. Weerden JJ van. Evaluatie van gezondheidseducatie. De summatieve evaluatie van 'Op je Gezondheid'. Hoogveld Instituut, Nijmegen 1988.
16. Connell DB, RR Turner, EF Mason. Summary of findings of the School Health Education Evaluation: health promotion effectiveness, implementation and costs. *J Sch health* 1985, vol 55, no 8: 316-321.
17. Evans D, Clark NM, Feldman CH, Rips J, Kaplan D, Levison MJ, Wasilewski Y, Levin B, Mellins RB. A School Health education Program for children with asthma aged 8-11 years. *Health Education Quarterly*. 1987; 14(3): 267-279.
18. Sleep M; Warburton P. Are primary school children gaining heart health benefits from their journeys to school? *Child Care Health Dev*. 1993 Mar-Apr; 19(2): 99-108.
19. Christenson GM, Gold RS, Katz M, Kreuter MW. Preface to the SHEE. *Journal of School Health*. 1985; 55(8): 295-296.
20. Green JJ, Kelley JM. Evaluating the effectiveness of a school drug and alcohol prevention curriculum: a new look at 'here's looking at you, two'. *J Drug education*. 1989; 19(2): 117-132.
21. Kischuk N, O'Loughlin J, Pardis S, Masson P, Sacks-Silver G. Illuminating negative results in evaluation of smoking prevention programs. *Journal of School Health*. 1990; 60(9): 448-450.
22. Bremberg S. Does School Health Education affect the Health of the Students. In: *Youth health Promotion. From theory to practice in school & community*. pp. 89-107. D Nutbeam, B Haglund, P Farley, P Tilgren (eds.). Londen: Forbes Publication, 1991.
23. Arbeit ML, Johnson CC, Mott DS, Harsha DW, Nicklas TA, Webber LS, Berenson GS. The Heart Smart Cardiovascular School Health Promotion: Behavior Correlates of Risk Factor Change. *Preventive Medicine*. 1992; 21:18-32.
24. Fertman CI, NH Chubb. The effects of a psycho-educational program on adolescents' activity involvement, self-esteem, and locus of control. *Adolescence*, 1992, vol 27, no 107, 517-527.
25. Smith DW, KJ Redican, LK Olsen. The longevity of growing healthy: an analysis of the eight original sites implementing the school health curriculum project. *J Sch Health* 1992, vol 62, no 3, 83-87.
26. Cortese PA. Accomplishments in Comprehensive School Health Education. *Journal of School Health*. 1993; 63(1): 21-23.

27. Kim S, McLeod JH, Shantzis C. An outcome evaluation of here's looking at you 2000. *J Drug Evaluation*. 1993; 23(1): 67-83.
28. Nutbeam D, P Macaskill, C Smith, JM Simpson, J Catford. Evaluation of two school smoking education programs under normal classroom conditions. *BMJ* 1993; 306: 102-107.
29. Nicklas ThA, Webber LS, Johnson CC, Srinivasan SR, Berenson GS. Foundations for Health Promotion with youth: a review of observation from the Bogalusa Heart Study. *Journal of Health Education*. 1995; 26(2): 18-26.
30. Vandongen R, Jenner DA, Thompson C, e.a. A controlled evaluation of a fitness and nutrition intervention program on cardiovascular health in 10- to 12-year-old children. *Preventive Medicine* 1995, 24: 9-22.
31. Harrell JS, McMurray RG, Bangdiwala SI, Frauman AC, Gansky SA, Bradley CB. Effects of a school-based intervention to reduce cardiovascular disease risk factors in elementary school children: the Cardiovascular Health in Children (CHIC) Study. *J Pediatr*. 1996; 128: 797-805.
32. Stone EJ. Can school health education programs make a difference? *Preventive Medicine* 1996, 25: 54-55.
33. Resnicow K, Robinson TN, Frank E. Advances and future directions for schoolbased health promotion research: commentary on the CATCH intervention trial. *Preventive Medicine* 1996, 25: 378-383.
34. Aarts H, Paulussen T, Willemse G, Schaalma H, Bolman C, Nooijer J de. Prevention of cardio-vascular diseases. A review of international effect research on multi-component health promotion programmes for the youth. Den Haag: Nederlands Hart Stichting, 1997.
35. Gordon I, Whitear B, Guthrie D. Stopping them starting: an evaluation of a community-based project to discourage teenage smoking in Cardiff. *Health Education Journal*. 1997; 56: 42-50.
36. Grossman DC, Neckerman HJ, Koepsell TD, e.a. Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school. A randomized trial. *JAMA*. 1997; 277(20): 1605-1611.
37. Paulussen T, Schaalma H, Aarts H, Bolman C, Nooijer J de, Willemse G. Jongeren en de preventie van hart- en vaatziekten. Een samenvatting van een onderzoek naar leefstijlfactoren en een overzicht van resultaten van internationaal effectonderzoek. Den Haag: Nederlandse Hart Stichting, 1997.

38. Resnicow K, Cross D, Wynder E. The Know Your Body Program: a review of evaluation studies. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 1993; 188-207.
39. Resnicow K, Botvin G. School-based substance use prevention programs: why do effects decay? *Preventive Medicine*. 1993; 22: 484-490.
40. Bisscheroux PLFA, Tj Groendijk, W Hesseling. CARA bij kinderen: een beschrijvend onderzoek naar luchtwegklachten, medische consumptie en schoolverzuim bij 7-8 en 11-12 jarige kinderen op de Zuidhollandse Eilanden. Spijkenisse: GGD Zuidhollandse Eilanden, 1993.
41. Spee-van der Wekke J, JF Meulmeester, WP Herngreen, AGC Vogels, JJ Radder, Y Schalk-van der Weide. Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg. PGO-peiling 1991-1992. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1994.
42. Bisscheroux PLFA. Persoonlijke mededeling. Spijkenisse: GGD Zuidhollandse Eilanden, 1995.
43. Kaptein-Holmann MP, Stoel-Copper MC. Onderzoek naar de oorzaken en de structuur van schoolverzuim op de lager school. *T.Soc.Gezondheidsz.* 1985, 63 : 144-148.
44. Weitzman M. Schoolabsence rates as outcome measures in studies of children with chronic illness. *J Chron Dis* 1986, 39(10): 799-808.
45. Berg I. Absence from School and Mental Health. *British Journal of Psychiatry* 1992, 161: 154-166.
46. Toet H. Ongevallen in en om school bij 5 t/m 12 jarigen. *Prive Ongevallen Registratie Systeem (PORS)*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 1995.
47. Knuver JWM. De relatie tussen klas- en schoolkenmerken en het affectief functioneren van leerlingen. Groningen: RION 1993.
48. Lynagh M, Schofield MJ, Sanson-Fisher RW. School health programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature. *Health Promotion International* 1997; 12(1): 43-60.

Hoofdstuk 3

Heeft een basisschool zelf profijt van schoolgezondheidsbeleid?

De invloed van een aantal lichamelijke aandoeningen, sociaal-emotionele problemen en gewoonten op het functioneren van leerlingen op de basisschool.

Inleiding

Gezondheidsbevordering op school is in het belang van de scholen zelf. Kinderen kunnen niet goed leren als zij niet goed gezond zijn. Bij een acute ziekte is dat voor iedereen zichtbaar, maar er zijn ook lichamelijke en sociaal-emotionele gezondheidsproblemen waarbij dat niet zo duidelijk is. Gezondheidsproblemen komen bovendien vaker voor dan men denkt. Onderzoek van Hirasing¹ liet bijvoorbeeld zien dat 21% van de kinderen een of meer chronische ziekten had, dus minstens 5 kinderen in elke klas. Daarnaast zouden ongezonde gewoonten zoals niet-ontbijten en onvoldoende actief bewegen het leren negatief kunnen beïnvloeden. Scholen kunnen deze problemen weliswaar niet oplossen, maar wel de negatieve gevolgen zoveel mogelijk beperken. Zo zouden scholen gezondheidsproblemen vroeg kunnen signaleren en beter rekening kunnen houden met de mogelijkheden en beperkingen van het kind. Ook zouden scholen een gezonde leefstijl kunnen bevorderen door gezonde gewoonten in de dagelijkse praktijk op te nemen. Dit laatste zou bijvoorbeeld kunnen door lessen regelmatig af te wisselen met korte periodes van intensief bewegen.

Dit hoofdstuk gaat in op de invloed van gezondheid en leefstijl van leerlingen op hun presteren op school. Er is onderzocht wat er bekend is over de invloed van een aantal lichamelijke en sociaal-emotionele gezondheidsproblemen en gewoonten op de schoolprestaties van leerlingen.

Langs verschillende wegen is hiervoor naar publicaties sinds 1989 gezocht. Als eerste is in Medline en PSYCHLIT gezocht met de volgende trefwoorden: basisonderwijs, 4-12 jarigen, basisschool, gezondheid, een aantal ziekten, gezondheidsproblemen en gewoonten, leefstijl, gezond gedrag, schoolprestaties en leerprestaties. Ook de Engelse equivalenten zijn gebruikt. De gevonden literatuur is aangevuld met referenties bij de artikelen.

Er is gezocht naar artikelen over gezondheidsproblemen waarmee basisscholen een grote kans lopen in de praktijk geconfronteerd te worden, doordat

deze problemen regelmatig voorkomen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar. Er zijn 51 artikelen gevonden. Van deze artikelen gingen er 11 artikelen over astma en 12 over verschillende, ieder op zich weinig voorkomende ziekten. Er zijn 17 artikelen over sociaal-emotionele problemen gevonden, waarvan 5 artikelen over echtscheiding, 2 artikelen over kindermishandeling, 9 artikelen over ADHD en 1 overzichtsartikel over depressie. Over actief bewegen zijn 7 artikelen en over niet-ontbijten 6 artikelen gevonden. Opvallend is dat er geen publicaties gevonden zijn over de gevolgen van lichte afwijkingen van de zintuigen zoals oren en ogen. Er is hier met name naar gezocht omdat in de Jeugdgezondheidszorg aan deze afwijkingen veel aandacht besteed wordt.

Gezondheid en presteren op de basisschool

Astma

Astma is een van de meest voorkomende chronische ziekten onder basisschool leerlingen; astmatische luchtwegklachten komen voor bij ongeveer 15% van de kleuters en bij ongeveer 10% van de schoolkinderen^{2, 3}.

Uit verschillende onderzoeken kwam naar voren dat kinderen met astma lessen op school moesten verzuimen vanwege hun astma⁴⁻⁷. Hill et al.⁴ vonden in hun onderzoek dat 7% van de basis-schoolleerlingen gedurende het schooljaar gemiddeld 7 dagen verzuimde tengevolge van astma. Sommige onderzoeken lieten zien dat bij kinderen met zware astma het aantal verzuimdagen zelfs kon oplopen tot meer dan 30 dagen per schooljaar⁸. Het missen van zo veel schooldagen was waarschijnlijk de reden van de geringere schoolprestaties. Daarnaast werd het gebruik van medicijnen tegen astma zoals theophylline en steroïden van invloed geacht op het cognitieve functioneren van kinderen.

In een onderzoek van Fowler et al.⁹ kwam naar voren dat kinderen met astma een grotere kans op leerproblemen hadden in vergelijking met kinderen zonder astma. Na controle voor achtergrondvariabelen hadden kinderen met astma een 1.7 maal grotere kans op leerproblemen. Dit risico was nog groter voor kinderen uit de lagere inkomensgroepen.

Ook uit het onderzoek van Wjst et al.¹⁰ kwam naar voren dat kinderen met astma vaker leerproblemen hadden dan kinderen zonder astma. Gutstadt et al.¹¹ concludeerden echter dat kinderen met astma in het algemeen niet slechter presteerden op school dan kinderen zonder astma, maar dat alleen de subgroep van kinderen met astma die langdurig corticosteroïden gebruikten slechtere schoolprestaties had. In een overzichtsartikel van Celano & Geller¹² werd geconcludeerd dat er weinig bewijs was dat het schoolverzuim bij kinderen met astma op zichzelf leidde tot slechtere schoolprestaties. Factoren die mogelijk wel bijdroegen aan slechtere schoolprestaties van kinderen met astma waren

het gebruik van steroïden, een slechte medische begeleiding en een lage sociaal-economische achtergrond. De auteurs concludeerden dat astma tegenwoordig dermate goed onder controle kon worden gehouden door een goede begeleiding dat de ziekte zelf geen rechtvaardiging mocht zijn voor slechte schoolprestaties van kinderen met astma. Een dergelijke conclusie werd gesteund door onderzoek van Lindgren et al.¹³ waaruit naar voren kwam dat zowel de astma zelf als de medische behandeling geen invloed hadden op de schoolprestaties indien er een goede begeleiding was.

Verschillende lichamelijke ziekten en aandoeningen

Veel ernstige ziekten en aandoeningen kwamen elk afzonderlijk weinig voor op de basisschoolleeftijd, maar exclusief astma en luchtwegproblemen wordt er geschat dat toch nog 3 tot 4% van de leerlingen op de basisschool een chronische ziekte heeft¹.

Uit verschillende onderzoeken bleek dat kinderen met een slechte gezondheidstoestand op school minder presteren dan gezonde kinderen^{14, 15}. Dit is duidelijk aangetoond bij een aantal specifieke ziekten. Kinderen met epilepsie presteerden minder¹⁶⁻¹⁹. Dit gold ook voor kinderen met myelomeningocoele²⁰, langdurige hartstilstand^{21, 22} en een beenmergtransplantatie²³. Maar ook hier hingen, zoals bij astma mindere leerprestaties niet zo zeer samen met de aandoening zelf als wel met meer verzuim²⁴ en bijkomende psychosociale problemen²⁵.

Echtscheiding

Het percentage echtscheidingen is hoog in Nederland. Er wordt geschat dat een op de drie echtparen na verloop van tijd weer uiteengaat²⁶.

Echtscheiding zou een grote impact hebben op het functioneren van de kinderen in het gezin. Aro²⁷ onderzocht de relatie tussen ouderlijke ruzies, echtscheiding en de ontwikkeling van kinderen. Zowel jongens als meisjes uit gescheiden gezinnen hadden slechtere schoolprestaties dan kinderen van niet gescheiden ouders. Bij deze laatste groep was er geen verschil in schoolprestaties tussen de kinderen waarvan de ouders thuis veel ruzie maakten en de kinderen waarvan de ouders weinig ruzie maakten. In een longitudinaal onderzoek van Chase-Lansdale et al.²⁸ kwam er naar voren dat een scheiding van de ouders samenging met meer emotionele problemen en slechtere schoolprestaties op 16-jarige leeftijd.

Een studie van McCombs & Forehand²⁹ liet echter zien dat er andere factoren waren die samengingen met een lagere schoolprestatie van de kinderen dan de scheiding op zichzelf. Binnen een groep adolescenten van pas gescheiden ouders hadden kinderen vooral lagere schoolprestaties als hun ouders nog veel

onderlinge conflicten uitvochten. Die conflicten hadden met name een negatief effect op de schoolprestaties van de kinderen, wanneer deze in het bijzijn van het kind plaatsvonden en wanneer het heftige ruzies waren.

Cherlin et al.³⁰ vonden ook dat slechtere schoolprestaties bij kinderen van gescheiden ouders grotendeels konden worden toegeschreven aan variabelen die al aanwezig waren voordat de echtscheiding plaatsvond. Gezinsproblemen, ouderlijke ruzies en probleemgedrag van de kinderen voordat de scheiding plaatsvond hadden een grotere predictieve waarde voor slechtere schoolprestaties dan de scheiding op zichzelf. Er zou dus niet alleen aandacht moeten zijn voor het eventuele trauma dat kinderen oplopen door de scheiding van hun ouders, maar er zou minstens zoveel aandacht moeten worden gericht op wat er plaatsvindt binnen disfunctionele gezinnen waar de ouders niet gescheiden zijn³⁰.

Mishandeling

Mishandeling van kinderen is een probleem dat de laatste jaren veel aandacht krijgt. In 1994 rapporteerden de Bureaus Vertrouwensartsen 13.946 meldingen bij de 11 bureaus. Dit is een melding op de 270 kinderen. Hiervan werd bij 5.825 kinderen de kindermishandeling bevestigd³¹.

Volgens Paradise³² was uit onderzoek gebleken dat mishandeling van kinderen kon leiden tot emotionele en gedragsproblemen. Hij onderzocht zelf de relatie tussen mishandeling en de schoolprestaties van het kind. Uit een vergelijking van een groep 4 tot 12 jaar oude kinderen die seksueel misbruikt waren met een controlegroep bleek dat de misbruikte kinderen vaker waren blijven zitten of in speciale klassen waren geplaatst, slechtere schoolprestaties hadden en vaker onaangepast gedrag in de klas vertoonden.

Wodarski et al.³³ vergeleken een groep van 8 tot 16 jaar oude mishandelde kinderen met een controlegroep. Mishandelde kinderen hadden slechtere scores dan de controlegroep op het gebied van algemene schoolprestaties, zowel ten aanzien van rekenen als van taal. Ook vertoonden zij meer gedragsproblemen op school.

ADHD

Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) wordt gekenmerkt door impulsiviteit, hyperactiviteit en aandachtsstoornissen. De laatste tien jaar is de stroom van kinderen met ADHD op het RIAGG gestadig toegenomen en de laatste vijf jaar is deze stroom zelfs explosief gegroeid^{34, 35}. De schattingen van het aantal kinderen met ADHD lopen uiteen van twee tot vijftien procent³⁶. ADHD komt vijf tot tien maal zo vaak voor bij jongens als bij meisjes³⁷.

Verschillende onderzoeken lieten zien dat kinderen met ADHD leer- en gedragsproblemen op school hadden. Zentall et al.³⁸ vergeleken een groep 7-15

jarige jongens met ADHD met een vergelijkbare groep zonder ADHD. De jongens met ADHD hadden slechtere prestaties op het gebied van woordkennis en leessnelheid. Daarnaast hadden de jongens met ADHD ook slechtere prestaties op het gebied van vermenigvuldigen en het oplossen van wiskundige problemen. Verder gedroegen de jongens met ADHD zich ook anders: zij zaten beweeglijker op hun stoel, keken vaker weg van hun opgaven, en praatten meer met hun klasgenoten.

Dergelijke verschillen kwamen ook voor bij oudere kinderen met ADHD. In een studie van Barkley et al.³⁹ werd een groep adolescenten met ADHD (12-17 jaar) vergeleken met een groep adolescenten zonder ADHD. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de jongeren met ADHD vaker van school werden geschorst dan jongeren zonder ADHD. Docenten beoordeelden de leerlingen met ADHD slechter op het gebied van schoolprestaties en sociaal aangepast gedrag. Verder scoorden de leerlingen met ADHD slechter op het gebied van aandacht vasthouden, lezen, spelling en wiskunde dan de leerlingen zonder ADHD. Bovendien was een groter aantal leerlingen met ADHD een klas blijven zitten.

Faraone et al.⁴⁰ kwamen tot dezelfde resultaten. In vergelijking met een controlegroep hadden 6-17 jarige kinderen met ADHD vaker leerproblemen, bleven ze vaker een klas zitten, hadden ze vaker bijles en werden ze vaker in speciale klassen geplaatst. Bovendien scoorden de leerlingen met ADHD lager op WISC-R sub-tests op het gebied van reken- en leesvaardigheid. Ook Levy et al.⁴¹ vonden in hun studie bij 4-12 jarige kinderen een sterke relatie tussen ADHD en spraak- en leesproblemen.

Depressie

Er zijn verschillende manieren waarop depressie mogelijk een schadelijke invloed zou kunnen hebben op het schoolfunctioneren van kinderen. Verschillende kenmerken van depressie zoals concentratie- en aandacht problemen en een verminderde motivatie zouden bijvoorbeeld een nadelige invloed kunnen hebben op het cognitieve functioneren. Een ander kenmerk van depressie, namelijk het verminderen van sociale contacten, zou mogelijk kunnen leiden tot een gebrek aan het leren van sociale vaardigheden en tot sociale isolatie. De Wit⁴² schatte dat 2% van de kinderen op de basisschoolleeftijd last van depressie had.

In een overzichtsartikel van Kovacs⁴³ kwam naar voren dat depressieve kinderen slechtere schoolprestaties hadden en lager scoorden op standaardtesten voor schoolse vaardigheden. Op het gebied van sociale vaardigheden bleken depressieve kinderen even goed te zijn als niet depressieve kinderen in het oplossen van sociale probleemtaken. Observatiestudies lieten echter zien

dat depressieve kinderen minder goed interpersoonlijk gedrag vertoonden. Daarnaast hadden zij minder en slechter contact met hun klasgenoten en minder vrienden. Depressieve kinderen beoordeelden zichzelf als minder geaccepteerd, meer geïsoleerd, minder populair en minder assertief dan hun niet-depressieve klasgenoten.

Het leek er dus op dat depressie bij kinderen samenging met minder goede school- en sociale vaardigheden. Het is echter onduidelijk of deze beperkingen in school- en sociale vaardigheden voorafgingen aan de depressie en in welke mate deze beperkingen van blijvende aard waren.

Actief bewegen

Regelmatig actief bewegen is een actueel onderwerp. Bewegingsarmoede is een risicofactor voor hart- en vaatziekten. Daarnaast zou regelmatig actief bewegen de bloedtoevoer naar de hersenen kunnen vergroten en daarmee de cognitieve prestaties kunnen verbeteren^{44, 45}. Met name in de Verenigde Staten werden daarom bewegingsprogramma's op scholen uitgevoerd om de lichamelijke gezondheid en de schoolprestaties te verbeteren. Ook in Nederland is recent een aantal programma's ingevoerd om de lichamelijke activiteit van leerlingen op de basisschool te stimuleren, zoals 'De klas beweegt'⁴⁶. Sommige critici suggereerden dat de tijd die werd besteed aan bewegingsprogramma's ten koste ging van de reguliere lessen waardoor de deelnemende leerlingen een achterstand in schoolprestaties opliepen^{44, 47}. Dit bleek echter niet het geval te zijn. In Canada werd het "Trois Rivières experiment" uitgevoerd waarbij in totaal 546 basisscholen waren betrokken. Een deel van de leerlingen kreeg dagelijks gedurende een uur lessen lichamelijke activiteit in plaats van gewone lessen. Deze leerlingen hadden in de daarop volgende jaren betere schoolprestaties dan de leerlingen die geen extra lessen lichamelijke activiteit kregen⁴⁴.

In een overzichtsartikel⁴⁸ kwam naar voren dat de meeste bewegingsprogramma's op school positieve effecten hadden op de lichamelijke gezondheid van de jongeren. Positieve effecten van de dagelijkse bewegingsprogramma's op het functioneren op school zoals aandacht, geheugen, probleem oplossen, leesvaardigheid en rekenvaardigheid werd in een aantal onderzoeken gevonden. Sommige studies vonden echter geen effecten van bewegingsprogramma's op schoolse vaardigheden.

Naast georganiseerde activiteiten op school zou ook de hoeveelheid beweging die jongeren hebben in hun eigen tijd van invloed kunnen zijn op de schoolprestaties. Uit onderzoek van Dwyer et al.⁴⁹ bleek dat er een positieve samenhang was tussen de hoeveelheid beweging die leerlingen in hun vrije tijd hadden en hun academische prestaties. Meer onderzoek is echter nodig om de causaliteit van deze relatie aan te tonen.

Ontbijten

Recent onderzoek liet zien dat in Nederland 5% van de basisschoolleerlingen en 13% van de leerlingen in het voortgezet onderwijs het ontbijt oversloeg⁵⁰. In verschillende buitenlandse studies is onderzocht welke effecten het overslaan van het ontbijt door jongeren had op hun schoolprestaties.

Pollitt⁵¹ concludeerde in een overzichtsartikel dat experimentele studies eenduidig aantoonde dat het consumeren van een ontbijt een gunstig effect had op de cognitieve prestaties, met name het geheugen en verbale vaardigheden, van ondervoede kinderen. Voor goedgevoede kinderen waren de resultaten echter minder eenduidig. Onderzoeken in Groot Brittannië en de Verenigde Staten lieten zien dat lagere schoolkinderen en adolescenten baat hadden bij een ontbijt: hun cognitieve prestaties gingen erop vooruit. Onderzoeken in Peru en Jamaica lieten echter geen effecten zien bij goedgevoede kinderen^{52, 53}. Naast experimentele studies zijn er ook veldonderzoeken uitgevoerd voor het evalueren van schoolontbijtprogramma's. In de Verenigde Staten is het zogenaamde 'School Breakfast Program' ingevoerd om kinderen uit achterstandsgroepen een ontbijt te verzorgen wat zij anders niet zouden krijgen. Meyers et al.⁵⁴ onderzochten de effecten van dit programma op de schoolprestaties. Kinderen die deelnamen aan het programma werden vergeleken met kinderen die wel voor het programma in aanmerking kwamen maar daar niet aan deelnamen. De resultaten gaven te zien dat, na controle voor verschillen in achtergrondvariabelen, kinderen die aan het 'School Breakfast Program' deelnamen beter vooruitgingen in schoolse vaardigheden en minder vaak afwezig of te laat waren dan voorheen in vergelijking met de kinderen die niet aan het programma deelnamen. Bij evaluaties van schoolontbijtprogramma's in Peru en Jamaica werden echter geen duidelijke effecten van het ontbijt op het cognitieve functioneren gevonden. Wel waren de kinderen die deelnamen aan het ontbijtprogramma vaker aanwezig op school⁵¹.

Beschouwingen

In het kader van het onderzoek naar de effecten van schoolgezondheidsbeleid in het basisonderwijs is gezocht naar publicaties die de laatste 10 jaar zijn verschenen over de invloed van gezondheidsproblemen op de schoolprestaties van leerlingen. Dit is gedaan om inzicht te krijgen in de vraag of basisscholen ook zelf profijt hebben van gezondheidsbevordering op school. Er zijn 52 artikelen gevonden, verdeeld over verschillende lichamelijke en sociaal-emotionele problemen. Over astma en ADHD werden de meeste publicaties aangetroffen.

Wat als eerste opviel, was dat er relatief weinig onderzoeken naar de gevolgen van gezondheidsproblemen voor het functioneren op school zijn gedaan. Dit is des te opvallender gezien de discussie over de effectiviteit van het onderwijs en over een grotere zorgbreedte van scholen. Er zou toch verwacht mogen worden dat er onderzoek gedaan zou worden naar de gevolgen van ziekten voor de leerprestaties en naar de mogelijkheden om die gevolgen met een goede begeleiding op school te beperken. In dat licht is een aantal van 52 merendeels buitenlandse publicaties mager.

Bovendien is het verrassend dat er geen artikelen zijn gevonden over de gevolgen op school van een aantal gezondheidsproblemen waaraan in de schoolgezondheidszorg aandacht wordt besteed zoals visus- en gehoorproblemen. Daarentegen zijn aandoeningen als astma en ADHD redelijk vaak onderzocht.

Verscheidene gezondheidsproblemen en ongezonde gewoonten bleken een negatieve invloed te hebben op de schoolprestaties van leerlingen. Zo bleken kinderen met astma slechter te presteren op school. Dit bleek bij hen vaak niet toe te schrijven aan de aandoening zelf maar aan hoe zij zelf en hun omgeving met de ziekte omgingen. Bij een goede begeleiding presteerden deze kinderen even goed als hun leeftijdgenoten. Dit pleit ervoor dat scholen extra aandacht en begeleiding aan deze kinderen moeten geven.

Problemen thuis als echtscheidingssituaties met heftige echtelijke twisten en mishandeling leiden tot slechte leerprestaties. Dit geldt ook voor ADHD. Er zijn echter geen publicaties gevonden over het effect van begeleiding van deze kinderen. Dit is duidelijk een gemis. Het is duidelijk dat deze kinderen om een goede begeleiding vragen.

Van extra uren regelmatig actief bewegen is in enkele studies aangetoond dat het een positief effect op het leren had. Het bewijs is echter niet onomstotelijk geleverd, omdat andere studies geen effect konden aantonen. Deze laatste studies konden echter ook niet aantonen dat de extra uren die aan actief bewegen werden besteed een negatief effect op de leerprestaties hadden. Ge-

zien het gezondheidsbelang van regelmatig actief bewegen is het wenselijk dat hier meer onderzoek naar gedaan wordt.

Niet-ontbijten had vooral een negatief effect op het presteren bij kinderen met een slechte voedingstoestand. Dit betekent dat bij het nemen van maatregelen hier rekening mee gehouden moet worden. De meeste kinderen in Nederland zijn tenslotte goed gevoed. Het is echter wel denkbaar dat ook in Nederland in achterstandssituaties een gezamenlijk ontbijtmoment op school nuttig is.

Hoewel er relatief weinig onderzoek is gedaan, is het vermoeden bevestigd dat niet alleen ernstige ziekten, maar ook minder opvallende gezondheidsproblemen en ongezonde gewoonten een negatieve invloed op het leren en op schoolprestaties van kinderen hebben. Opvallend is dat er de laatste 10 jaar vrijwel geen onderzoek is gedaan naar wat voor deze leerlingen de beste begeleiding op school is. Deze aandoeningen komen tenslotte zo vaak op scholen voor dat elke leerkracht minstens een of meer leerlingen met deze problemen in klas moet hebben. Zeker in het licht van de discussies over de effectiviteit en de zorgbreedte van het onderwijs zou inzicht in de hier beschreven problematiek heel wenselijk zijn. Scholen zouden er baat bij hebben.

Literatuur

1. Hirasing RA, Aardoom HA, Heuvel EW van den, Sanavro FL, Leeuwenburg J. Prevalentie van door ouders gerapporteerde chronische aandoeningen bij schoolkinderen. *Ned Tijdschr Geneeskunde* 1995; 139 (18): 934-938.
2. Groot BJA, Boer E de, Backe JAH. Luchtwegklachten in Noord-Oost Brabant. Een studie naar de prevalentie van CARA, medische consumptie en schoolverzuim bij kinderen. *Tijdschr Soc Gezondheidsz.* 1992; 70: 368-373.
3. Wal MF van der, Rijcken B. Astmatische klachten bij autochtone en allochtone kinderen in Amsterdam. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1995; 73: 42-50.
4. Hill RA, Standen PJ, Tattersfield AE. Asthma, wheezing, and school absence in primary schools. *Archives of Disease in Childhood*, 1989; 64: 246-251.
5. Bener A, Abdulrazzaq YM, Debusse P, Abidin AH. Asthma and wheezing as the cause of school absence. *Journal of Asthma*, 1994; 31: 93-98.
6. Doull IJM, Williams AA, Freezer NJ, Holgate ST. Descriptive study of cough, wheeze and school absence in childhood. *Thorax*, 1996; 51: 630-631.

7. McCowan C, Bryce FP, Nevillde RG, Crombie IK, Clark RA. School absence - a valid morbidity marker for asthma? *Health Bull (Edinb)*, 1996; 54: 307-313.
8. Lenney W. The burden of pediatric asthma. *Pediatric Pulmonology*, 1997; 15: S13-S16.
9. Fowler MG, Davenport MG, Garg R. School functioning of US children with asthma. *Pediatrics*, 1992; 90: 939-944.
10. Wjst M, Roell G, Dold S, Wulff A, Reitmeir P, Fritzch C, Seth V, Nicolai T, Mutius E von, Bach H, Thiemann HH. Psychosocial characteristics of asthma. *J Clin Epidemiol*, 1996; 49: 461-466.
11. Gutstadt LB, Gilette JW, Mrazek DA, Fukuhara JT, LaBrecque JF, Strunk RC. Determinants of school performance in children with chronic asthma. *AJDC*, 1989; 143: 471-475.
12. Celano MP, Geller RJ. Learning, school performance, and children with asthma: how much at risk? *Journal of Learning Disabilities*, 1993; 26: 23-32.
13. Lindgren S, Lokshin B, Stromquist A, Weinberger M, Nassif E, McGubbin M, Frasher R. Does asthma or treatment with theophylline limit children's academic performance? *The New England Journal of Medicine*, 1992; 327: 926-930.
14. Lucht F van der. Sociale ongelijkheid en gezondheid bij kinderen. Proefschrift. Groningen: RijksUniversiteit Groningen 1992.
15. Kramer, R.A., Allen, L.R., Gergen, P.J. Health and Social Characteristics and Children's Cognitive Functioning: Results from a National Cohort. *American Journal of Public Health*. 1995; 85: 312-318.
16. Sturniolo MG, Galletti F. Idiopathic epilepsy and school achievement. *Arch Dis Child*, 1994 70 (5): 424-428.
17. Mitchell, W.G., Chavez, J.M., Lee, H., Guzman, B.L. Academic underachievement in children with epilepsie. *Journal of Child Neurology*. 1991; 6: 65-72.
18. Williams, J., Sharp, G. e.a. Academic Achievement and Behavioral Ratings in Children with Absence and Complex Partial Epilepsy. *Education and treatment of children*. 1996; 19: 143-52.
19. Feeman, D.J., Hagen, J.W. Effects of Childhood Chronic Illness on Families. *Social Work in Health Care*. 1990; 14:37-53

20. Wills, K.E., Holmbeck, G.N., Dillon, K., McLone, D.G. Intelligence and achievement in children with myelomeningocele. *Journal of Pediatric Psychology*. 1990; 15: 161-176.
21. Morris, R.D., Krawiecki, J.A., Walter, L.W. Neuropsychological, Academic, and Adaptive Functioning in Children who survive in-hospital cardiac arrest and resuscitation. *Journal of Learning Disabilities*. 1993; 26: 46-51.
22. Casey, F.A., Sykes, D.H., Craig, B.G., Power, R., Mulholland, H.C. Behavioral adjustment of children with surgically palliated complex congenital heart disease. *Journal of Pediatric Psychology*. 1996; 21: 335-352.
23. Phipps, S., Mulhern, R.K. Family cohesion and expressiveness promote resilience to the stress of pediatric bone marrow transplant: a preliminary report. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 1995; 16: 257-263.
24. Landau Hurtig A, Koepke D, Park KB. Relation between severity of chronic illness and adjustment in children and adolescents with sickle cell anemia. *J of Pediatric Psychology* 1989 14 (1) 117-132.
25. Öhlund, L.S., Ericsson, K.B. Elementary School Achievement and Absence Due to Illness. *The journal of Genetic Psychology*. 1994; 155: 409-421.
26. CBS. Maandstatistiek van de bevolking. Voorburg Centraal Bureau voor de Statistiek 1998
27. Aro H. Parental discord, divorce and adolescent development. *Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci.*, 1988; 237: 106-111.
28. Chase-Lansdale PL, Cherlin AJ & Kiernan KE. The long-term effects of parental divorce on the mental health of young adults: a developmental perspective. *Child Development*, 1995; 66: 1614-1634.
29. McCombs A & Forehand R. Adolescent school performance following parental divorce: are there family factors that can enhance success? *Adolescence*, 1989; 24: 871-880.
30. Cherlin AJ, Furstenberg FF, Chase-Lansdale PL, Kiernan KE, Robins PK, Ruane Morrison D, Teitler JO. Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. *Science*, 1991; 252: 1386-1389.
31. Landelijke stichting Buro's Vertrouwensartsen inzake Kindermishandeling. Jaarverslag 1994. Utrecht: LSBVK 1995.

32. Paradise JE, Rose L, Sleeper LA & Nathanson M. Behavior, family function, school performance, and predictors of persistent disturbance in sexually abused children. *Pediatrics*, 1994; 93: 452-459.
33. Wodarski JS, Kurtz PD, Gaudin JM, Howing PT. Maltreatment and the school-age child: major academic, socio-emotional and adaptive outcomes. *Social Work* 1990, 35 (6): 506-513.
34. Antrop I, Roeyers H, Schamphelaere D de. Evaluatie van de sociale competentie bij kinderen met ADHD. *Kind en Adolescent*, 1995; 16: 224-230.
35. Brandsma LG. Groepsmediatietherapie op maat voor ouders van ADHD-kinderen. *Kind en Adolescent*, 1997; 18: 73-84.
36. Wels PMA, Jansen RJA, Pelders GEJM. Videohometraining bij hyperactiviteit van het kind. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 1994; 33: 363-379.
37. Golden G. Role of attention deficit hyperactivity disorder in learning disabilities, *Seminars in Neurology*, 1991; 11: 35-41.
38. Zentall SS, Smith YN, Lee YB & Wieczorek C. Mathematical outcomes of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 1994; 27: 510-519.
39. Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC & Fletcher KE. Adolescents with ADHD: Patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991; 30: 752-761.
40. Faraone SV, Biederman J, Krifcher Lehman B, Spencer T, Norman D, Seidman LJ, Kraus I, Perrin J, Chen WJ & Tsuang MT. Intellectual performance and school failure in children with attention deficit hyperactivity disorder and in their siblings. *Journal of Abnormal Psychology*, 1993; 102: 616-623.
41. Levy F, Hay D, McLaughlin M, Wood C & Waldman I. Twin-Sibling differences in parental reports of ADHD, speech, reading and behaviour problems. *J. Child Psychol. Psychiat*, 1996; 37: 569-578.
42. Wit CAM de. Depressies bij kinderen en adolescenten. *Kind en Adolescent*, 1997, 18 (4): 166-184.
43. Kovacs M, Goldstone D. Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1991; 30: 388-392.

44. Shephard RJ. Habitual physical activity and academic performance. *Nutrition Reviews* 1996; 54: S32-S36.
45. Mutrie N, Biddle SJH. The effects of exercise on mental health in nonclinical populations. In SJH Biddle (Ed.), *European Perspectives on Exercise and Sport Psychology*. Leeds (UK): Human Kinetics Publishers 1995.
46. Sijthoff E, Kooiman L. *De Klas Beweegt! Houding, beweging en ontspanning in het klaslokaal*. Amsterdam: Fysio-Educatief 1995.
47. Pollatschek JL, O'Hagan FJ. An investigation of the psycho-physical influences of a quality daily physical education programme. *Health Education Research*, 1989; 4: 341-350.
48. Keays JJ, Allison KR. The effects of regular moderate to vigorous physical activity on student outcomes: a review. *Canadian Journal of Public Health*, 1995; 86: 62-65.
49. Dwyer T, Blizzard L, Dean K. Physical activity and performance in children. *Nutrition Reviews*, 1996; 54: S27-S31.
50. Brugman E, Meulmeester JF, Spee-van der Wekke A, Verloove-Vanhorick SP. Breakfast-skipping in children and young adolescents in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, 1998; 8 (4): 325-328.
51. Pollitt E. Does breakfast make a difference in school? *Journal of the American Dietetic Association*, 1995; 95: 1134-1139.
52. Simeon DT, Grantham-McGregor S. Effects of missing breakfast on the cognitive functions of school children of differing nutritional status. *Am J Clin Nutr.* 1989; 49: 646-653.
53. Chandler AMK, Walder SP, Connolly K, Grantham-McGregor S. School breakfast improves verbal fluency in undernourished Jamaican children. *J Nutr.* 1995; 125: 894-900.
54. Meyers AF, Sampson AE, Weitzman M, Rogers BL, Kaune H. School breakfast program and school performance. *Am J Dis Child*, 1989; 143: 1234-1239.

Hoofdstuk 4

Is er verschil tussen basisscholen in schoolgezondheidsbeleid?

Inleiding

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 zijn basisscholen sinds 1985 wettelijk verplicht gezond gedrag te bevorderen¹. De Wet op het Basisonderwijs verplicht hen ook tot schoolbeleid, dat wil zeggen dat basisscholen hun onderwijs planmatig vorm moeten geven en moeten beschrijven in het schoolwerkplan. Het deel van het schoolbeleid dat betrekking heeft op het bevorderen van de gezondheid van de schoolpopulatie, leerlingen en personeel, wordt schoolgezondheidsbeleid genoemd. Het voorliggende onderzoek heeft betrekking op het deel van het beleid dat gericht is op de gezondheid van de leerlingen.

Sinds 1992 geven Kerndoelen² aan wat op het eind van de basisschool bereikt moet zijn, maar scholen bepalen zelf hoe zij de doelen realiseren. De concrete inhoud en de vorm van de activiteiten worden overgelaten aan het schoolteam en de leerkrachten. Dit is in overeenstemming met de in de Grondwet vastgelegde vrijheid van de inrichting van onderwijs en een belangrijke reden waarom schoolgezondheidsbeleid op landelijk niveau alleen in doelen en niet in specifieke activiteiten van leerkrachten en schoolteams beschreven is³.

In dit hoofdstuk wordt het vooronderzoek beschreven waarin door interviews met de directeurs van basisscholen is nagegaan of basisscholen naar schoolgezondheidsbeleid van elkaar te onderscheiden waren.

Schoolgezondheidsbeleid

Gezondheidsbevorderende activiteiten op school zijn in activiteiten op vijf terreinen onder te verdelen³:

1. zorg voor de lichamelijke gezondheid van de leerlingen, dat wil zeggen adequate signalering en begeleiding van kinderen met lichamelijke problemen
2. zorg voor de sociaal-emotionele gezondheid van de leerlingen, dat wil zeggen adequate signalering en begeleiding van kinderen met psychosociale problemen

3. gezondheidsonderwerpen en adequate gezondheidsregels
4. zorg voor een in psychosociaal opzicht veilige en gezonde omgeving, dat wil zeggen adequate signalering en aanpak van problemen in de sociale omgeving
5. zorg voor een veilige en gezonde materiele omgeving, dat wil zeggen adequate signalering en aanpak van problemen in de fysieke omgeving.

Het is van belang dat niet alleen in de les aandacht aan gezondheid wordt besteed, maar ook in de rest van de activiteiten op school. Als bijvoorbeeld in de les over de nadelige effecten van roken gesproken wordt en de leerkrachten op het schoolplein roken, kan er geen effect van de lessen verwacht worden. Ook is samenhang tussen de jaargroepen van belang. Als in de ene jaargroep gezondheidsbevordering wel planmatige aandacht krijgt en in de andere niet, is dat op zijn minst verwarrend voor de leerlingen. Een dergelijk brede aanpak van gezondheidsbevordering op school kan alleen bereikt worden door afspraken op schoolniveau, dus door schoolbeleid ten aanzien van gezondheidsbevordering.

Zoals af te leiden uit het woord wordt schoolgezondheidsbeleid gekenmerkt door een beleidsmatige aanpak van gezondheidsbevordering. Hiermee wordt bedoeld dat een school op de hierboven genoemde terreinen

- doelen heeft uitgewerkt
- afspraken heeft over de activiteiten
- planmatig gegevens verzamelt over de gezondheidssituatie van zijn leerlingen
- planmatig reageert op situaties op school die de gezondheid van de leerlingen bedreigen
- gezondheid bevorderende activiteiten regelmatig evalueert³.

Bovendien zal schoolgezondheidsbeleid alleen invloed op de gezondheid van de leerlingen hebben als de gezondheidsbevorderende activiteiten ook prioriteit krijgen. Wanneer een school gezondheidsbevordering wel planmatig aanpakt maar weinig prioriteit geeft, vallen er nog weinig effecten bij leerlingen te verwachten.

Vraagstelling

De onderzochte vraagstelling was:

Kunnen basisscholen naar schoolgezondheidsbeleid van elkaar onderscheiden worden, dat wil zeggen naar de mate waarin gezondheidsbevordering prioriteit krijgt en planmatig wordt vorm gegeven?

Methode

Werving van de scholen

Omdat GGD-en zoals in hoofdstuk 1 beschreven sinds het begin van de jaren negentig met basisscholen samenwerken op het terrein van schoolgezondheidsbeleid, zijn negen GGD-en die binnen een straal van maximaal een uur reizen van Leiden lagen, benaderd. Dit laatste is gedaan om de reistijd voor de interviewers te beperken. De basisscholen zijn benaderd in samenwerking met GGD-en. Aan de GGD-medewerkers was gevraagd om voor zover zij dat konden evenveel basisscholen om medewerking te vragen waarvan zij het idee hadden dat de school schoolgezondheidsbeleid had als scholen waarvan zij het idee hadden dat dit niet het geval was. Elke GGD heeft de door haar uitgekozen basisscholen schriftelijk aanbevolen om aan het onderzoek deel te nemen. Volgens legden de onderzoekers contact met de scholen.

Van de negen GGD-en die benaderd zijn, hebben zes meegewerkt. In totaal is met 160 basisscholen door het projectteam contact gelegd. Hiervan wilden er 82 niet meedoen. De enige reden die zowel GGD-en als scholen aangaven om niet mee te doen was tijdgebrek. Uiteindelijk zijn er op 78 basisscholen interviews afgenomen.

Interviews met directeuren

De scholen zijn vrij om -binnen de landelijke, algemeen geformuleerde kern-doelen- zelf te bepalen aan welke concrete doelen zij prioriteit verlenen en ook op welke wijze zij daar uitvoering aan geven. Er was dus geen concrete en beperkte set van criteria aan de hand waarvan bepaald kon worden of een school wel of geen schoolgezondheidsbeleid had. Er zijn daarom interviews met directeuren gehouden. Dit waren gestructureerde, halfopen interviews gebaseerd op de literatuur over enerzijds beleidsmatig werken^{4,5} en organisatie-ontwikkeling in het onderwijs⁶⁻⁹ en anderzijds gezondheidsbevordering in het onderwijs^{3, 10-14}. Naast algemene vragen over gezondheidsbevordering op school werden er vragen gesteld om een indruk te krijgen van planmatigheid en prioriteit op elk van de vijf eerder genoemde activiteitenterreinen. De interviews zijn afgenomen door geïnstrueerde interviewers. De interviews werden zowel op schrift als op band vastgelegd.

Zoals gezegd was schoolgezondheidsbeleid geen eenduidig en concreet gedefinieerd begrip. Bij de beoordeling van interviews konden scholen niet simpel ingedeeld worden in scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid, maar moest het begrip geleidelijk aan geoperationaliseerd worden. Vooraf waren op grond van theoretische overwegingen een aantal criteria afgesproken waarop scholen beoordeeld werden. De criteria hadden betrekking op planmatigheid en prioriteit. Planmatigheid werd afgeleid van het feit of een school doelen had,

of er afspraken in het team waren en/of het schoolteam bestaande methodieken gebruikte en activiteiten regelmatig evalueerde. Prioriteit werd ingeschat aan de hand van het aantal activiteiten, de frequentie en de gemiddelde tijdsbesteding. Ook de bereidheid om te reageren op gebeurtenissen die van belang waren voor de gezondheid van de leerlingen was een indicator voor prioriteit.

In de eerste beoordelingsronde werden tien scholen door de drie beoordelaars onafhankelijk van elkaar ingedeeld. Daarna werden de verschillen besproken om de begrippen aan te scherpen. Vervolgens werden tien andere scholen beoordeeld en ingedeeld. Uiteindelijk zijn de beoordelaars in de derde ronde tot overeenstemming gekomen over de indeling van alle scholen. De aanpak kwam overeen met wat in kwalitatief onderzoek exploratie, specificatie (ontwikkelen van begrippen) en reductie (bepalen van de kernbegrippen) wordt genoemd¹⁵.

De beoordelingsopzet van de interviews wordt in tabel 4.1 weergegeven. De terreinen 'Zorg voor de lichamelijke gezondheid van de leerlingen' en 'Zorg voor een veilige en gezonde materiele omgeving' zijn aanvankelijk wel beoordeeld, maar hebben uiteindelijk niet aan de indeling van de scholen bijgedragen. Op de reden hiervoor komen wij nog terug.

Met loglineaire analyse is onderzocht in hoeverre er samenhang is tussen de terreinen 'Zorg voor de sociaal-emotionele gezondheid van de leerlingen', 'Gezondheidseducatie' en 'Zorg voor een in psychosociaal opzicht veilige en gezonde omgeving'. Dat wil zeggen in hoeverre een beleidsmatige en geprioriteerde aanpak op het ene terrein ook betekende dat er op een van de andere terreinen sprake was van een beleidsmatige en geprioriteerde aanpak.

Resultaten

Indeling van de scholen met behulp van de interviews met de directeurs

De interviews met de directeurs leverden een veelkleurig palet op aan gezondheid bevorderende activiteiten op basisscholen. Opvallend was dat geen enkele school planmatig gegevens op groepsniveau over de gezondheidssituatie van leerlingen verzamelde en dat slechts enkele scholen hun gezondheid bevorderende activiteiten regelmatig evalueerden. De uiteindelijk bij de beoordeling van de interviews gehanteerde criteria worden hieronder beschreven.

Zorg voor de lichamelijke gezondheid van de leerlingen

Verschillen tussen scholen op het terrein van 'zorg voor de lichamelijke gezondheid van de leerlingen' waren gering. Veel op dit terrein gebeurde volgens de directeurs ad hoc. Vrijwel alle directeurs waren van mening dat een basis-

Tabel 4.1: Het uiteindelijke beoordelingsschema waarmee de basisscholen naar de mate van schoolgezondheidsbeleid werden ingedeeld

Activiteitenterrein	Beleid	+	Prioriteit	=	School- gezondheids beleid
Zorg voor de sociaal- emotionele gezondheid van de leerlingen	veel/weinig		veel/weinig		Ja/nee* +
Gezondheidseducatie	veel/weinig		veel/weinig		Ja/nee* +
Zorg voor een in psychosociaal opzicht veilige en gezonde omgeving	veel/weinig		veel/weinig		Ja/nee*
					=
School met schoolgezondheidsbeleid					Ja/nee**
* ja = scholen met veel beleid én veel prioriteit nee = overige scholen ** ja = ja op alle 3 terreinen nee = alle overige scholen					

school op dit terrein beperkte mogelijkheden had. Zij gingen er vanuit dat ouders en (jeugd)gezondheidszorg deze problemen moesten oplossen. Scholen ondernamen daarom weinig systematische opsporings- en begeleidingsactiviteiten. Door de onderzoekers is daarom besloten dit terrein bij de indeling van de school als geheel niet te laten meewegen.

Zorg voor de sociaal-emotionele gezondheid van de leerlingen

Aanwijzingen voor beleid waren het systematisch gebruik van verschillende signaleringsinstrumenten zoals de LICOR-lijst¹⁶, geplande kringgesprekken om sociaal-emotionele problemen bij leerlingen te signaleren, het gebruik van observatieschema's en sociogrammen. Ook training van leerkrachten in het signaleren en begeleiden als onderdeel van leerlingbegeleidingsactiviteiten was een positieve aanwijzing, evenals een leerlingvolgsysteem, rapportages over de ontwikkeling van de leerling, protocollen of schriftelijke richtlijnen voor probleemsituaties en een draaiboek 'zorgbreedte'. Structurele deelname aan buurt-netwerken en multidisciplinaire teams en vaste contacten/afspraken met externe instellingen waren ook uitingen van beleid, evenals een interne coördinator leerlingenzorg en/of een remedial teacher. Tijdsbesteding en frequentie

van uitvoeren waren indicatoren voor de prioriteit. Een beleid met onvoldoende prioriteit was een beleid dat alles aan het initiatief van de individuele leerkrachten overliet.

Gezondheidseducatie

Indicaties voor beleid waren dat 'gezondheidseducatie' beschreven was in het schoolwerkplan en ingeroosterd in het lesschema. Dit laatste kon als apart vak, geïntegreerd in andere vakken of projecten. Ook een bewuste keuze van gezondheidsonderwerpen was een aanwijzing voor beleid evenals het gebruik van bestaande lesmethoden. Aanwijzingen voor prioriteit waren de geschatte hoeveelheid tijd die er gemiddeld per week aan besteed werd en het aantal projecten dat het jaar ervoor was uitgevoerd. Indien meer dan 20 uur per jaar per groep aan gezondheidseducatie besteed werd, was dat doorslaggevend. Een positieve aanwijzing voor prioriteit was ook het zelf maken van lesmateriaal. Scholen moesten bovendien een breed scala gezondheidsonderwerpen zowel op lichamelijk als sociaal-emotioneel gebied behandelen. Onvoldoende prioriteit bleek als een school alleen een methode biologie voor gezondheidseducatie gebruikte.

Zorg voor een in psychosociaal opzicht veilige en gezonde omgeving

Beleid bleek uit afspraken en richtlijnen voor het signaleren en aanpakken van veel voorkomende problemen al dan niet in samenwerking met externe instanties zoals een protocol rond pesten. Ook de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon was een positieve aanwijzing. Aanwijzingen voor prioriteit waren het belang dat gehecht wordt aan een goede, open sfeer en de maatregelen die een school daarvoor neemt. Als de directeur geen concrete voorbeelden van activiteiten of maatregelen kon noemen werd dat als een teken van onvoldoende prioriteit opgevat. Ook het belang dat werd gehecht aan de betrokkenheid van leerlingen en ouders was een aanwijzing. Cursussen voor leerkrachten die op dit terrein waren uitgevoerd waren aanwijzingen voor prioriteit maar ook voor een beleidsmatige aanpak.

Zorg voor een veilige en gezonde materiele omgeving

De zorg voor de materiele omgeving bleek moeilijk te beoordelen. De directoren waren van mening dat zij deze zaken maar in beperkte mate konden beïnvloeden, met name door een gebrek aan financiën. Zij voelden zich daardoor slechts in geringe mate verantwoordelijk. Verantwoordelijkheden werden vaak gedelegeerd aan anderen zowel intern (aan conciërge of werkgroep) als extern (aan schoonmaakbedrijf of administratiekantoor). Scholen onderscheidden zich hierin weinig van elkaar. Daarom werd net als bij de 'zorg voor de lichamelijke

gezondheid van de leerlingen' ook van dit terrein besloten om het niet te laten meewegen bij de indeling van de scholen.

Samengevat was de indeling van de scholen gebaseerd op de 'zorg voor de sociaal-emotionele gezondheid van leerlingen', de 'gezondheidseducatie' en de 'zorg voor een in psychosociaal opzicht veilige en gezonde omgeving'. Wanneer scholen, naar de mening van de beoordelaars, activiteiten op deze drie terreinen prioriteit gaven en met beleid uitvoerden, werd de basisschool als school met schoolgezondheidsbeleid aangemerkt. Alle overige scholen werden geacht geen schoolgezondheidsbeleid te hebben. Deze tweedeling is gemaakt omdat de meerwaarde van schoolgezondheidsbeleid niet alleen gelegen was in een planmatige aanpak maar ook in een multimethodische benadering. Dat wilde zeggen in een brede aanpak van gezondheidsbevordering, niet alleen via lessen maar ook door 'zorg voor de gezondheid van de leerlingen' en 'zorg voor de schoolomgeving'.

Van de 78 basisscholen werden 21 basisscholen aangemerkt als scholen met schoolgezondheidsbeleid. Daarbij viel op dat geen enkele school planmatig op groepsniveau gegevens over de gezondheidssituatie van leerlingen verzamelde en dat slechts enkele scholen hun activiteiten regelmatig evalueerden. Bij vijf scholen gaf het interview te weinig informatie om de school te kunnen indelen.

Tabel 4.2 geeft een overzicht van de positieve beoordelingen van de activiteitenterreinen. Uit de loglineaire analyse bleek vervolgens dat er geen samenhang was tussen de drie activiteitenterreinen ($G^2 = 8,36$, $df=4$, niet significant). Dit betekende dat als een school beleidsmatig en met prioriteit activiteiten op een terrein uitvoerde dat niet wilde zeggen dat ook de activiteiten op een ander terrein beleidsmatig en met prioriteit werden uitgevoerd.

Er waren vijf scholen die op alle drie activiteitenterreinen negatief scoorden. Het beeld bij de resterende 68 scholen was gevarieerd. Bij negen scholen werden bijvoorbeeld zowel de 'zorg voor de sociaal-emotionele gezondheid' als 'de gezondheidseducatie' positief beoordeeld. Bij één school werd alleen de 'gezondheidseducatie' positief beoordeeld. Hieruit bleek dat er binnen de groep basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid duidelijke verschillen bestaan.

Tabel 4.2: Scholen met positieve beoordelingen op de activiteitenterreinen 'zorg voor de sociaal-emotionele gezondheid van de leerlingen', 'gezondheidseducatie' en 'zorg voor een in psycho-sociaal opzicht veilige en gezonde omgeving'

	Aantal scholen
Op 3 activiteitenterreinen positief op beleid en prioriteit	21
Op 2 van de 3 activiteitenterreinen positief op beleid en prioriteit	28
<i>'zorg voor de sociaal-emotionele gezondheid' plus gezondheidseducatie'</i>	9
<i>'zorg voor de sociaal-emotionele gezondheid' plus 'zorg voor een in psychosociaal opzicht veilige en gezonde omgeving'</i>	16
<i>'gezondheidseducatie' plus 'zorg voor een in psychosociaal opzicht veilige en gezonde omgeving'</i>	3
Op 1 van de 3 activiteitenterreinen positief op beleid en prioriteit	19
<i>alleen 'zorg voor de sociaal-emotionele gezondheid van de leerlingen'</i>	7
<i>alleen 'gezondheidseducatie'</i>	1
<i>alleen 'zorg voor een in psychosociaal opzicht veilige en gezonde omgeving'</i>	11
Op geen van de 3 activiteitenterreinen positief op beleid en prioriteit	5
Niet te beoordelen	5
Totaal	78

Beschouwingen

In dit hoofdstuk is het vooronderzoek van een onderzoek naar de effecten van schoolgezondheidsbeleid in het basisonderwijs beschreven. De onderzoeksvraag was of basisscholen van elkaar naar schoolgezondheidsbeleid onderscheiden konden worden, dat wil zeggen naar de mate waarin gezondheidsbevordering op school prioriteit kreeg en planmatig werd vormgegeven. Een tweede reden voor dit vooronderzoek was het ontbreken van een eenduidige en operationele beschrijving van schoolgezondheidsbeleid.

Op 78 scholen zijn interviews met de directeur afgenomen. Van deze basisscholen gaven 21 scholen blijk van beleidsmatigheid en prioriteit op de terreinen 'zorg voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van de leerlingen', 'gezondheidseducatie' en 'zorg voor een in psychosociaal opzicht veilige en gezonde omgeving' dat zij zijn aangemerkt als scholen met schoolgezondheidsbeleid. Zij onderscheidden zich hierin van de overige scholen. Door de onderzoekers is daarom geconcludeerd dat tussen basisscholen voldoende onderscheid naar schoolgezondheidsbeleid te maken viel om het hoofdonderzoek te kunnen uitvoeren.

Wat opviel was dat geen enkele school planmatig groepsgegevens over de gezondheidssituatie van leerlingen op school verzamelde en slechts enkele scholen hun gezondheid bevorderende activiteiten regelmatig evalueerden. Ook het onderscheid tussen scholen op de terreinen 'zorg voor de lichamelijke gezondheid van de leerlingen' en 'zorg voor een veilige en gezonde materiele omgeving' was zo gering dat deze terreinen niet bijdroegen aan het onderscheid tussen de scholen.

Vooraf de afstandelijkheid waarmee de directeurs de 'zorg voor de lichamelijke gezondheid van de leerlingen' en de 'zorg voor een veilige en gezonde materiele omgeving' benaderden was opvallend. Er was hierin ook weinig onderscheid tussen scholen. Zij zagen deze zaken vooral als een taak en verantwoordelijkheid van anderen, i.c. ouders en GGD. Dit gegeven is belangrijk in het licht van de landelijke tendens binnen de jeugdgezondheidszorg om de contactmomenten met individuele kinderen te verminderen¹⁷. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat lichamelijke gezondheidsproblemen niet meer tijdig gesignaleerd worden, want het is op basis van de bevindingen onwaarschijnlijk dat op dit moment scholen de signalerende functie van de Jeugdgezondheidszorg zullen overnemen. Dit zijn punten waar vanuit de schoolgezondheidszorg aandacht aan besteed zal moeten worden. Scholen zullen zich veel meer bewust moeten zijn van hun verantwoordelijkheid en mogelijkheden op deze terreinen.

Wat verder nog opviel was dat als een school beleidsmatig en met prioriteit activiteiten op het ene terrein uitvoerde, dat niet betekende dat activiteiten op een ander terrein beleidsmatig en met prioriteit werden aangepakt. Hieruit kan

afgeleid worden dat de samenhang tussen de verschillende terreinen door veel scholen niet onderkend wordt.

Het is bekend dat scholen sterk van elkaar verschillen in de wijze waarop zij gezondheidsbevordering vormgeven¹³. Dat werd in dit onderzoek weer bevestigd. De groep scholen zonder schoolgezondheidsbeleid was heterogeen. Er waren scholen die op geen van de drie activiteitenterreinen naar planmatigheid of prioriteit positief scoorden en scholen die dat op enkele terreinen wel deden. Ook voerden scholen naar inhoud en vorm verschillende gezondheid bevorderende activiteiten uit. Dit resultaat bevestigt eerder ander onderzoek^{13, 18}.

Deze verschillen tussen basisscholen zijn overigens niet typisch voor gezondheidsbevordering. 'De uiteindelijke vormgeving van onderwijs vindt in de praktijk plaats door degenen die daarbij betrokken zijn: in eerste instantie de leraren en vervolgens anderen die met de verzorging van onderwijs belast zijn. Kortom de vormgeving en inrichting van het onderwijs vinden uiteindelijk plaats in de praktijk van het onderwijs en het is maar de vraag of een door middel van de wetenschap ontwikkelde vormgeving daadwerkelijk en zoals bedoeld in de onderwijspraktijk wordt uitgevoerd. Het is niet de methodeontwikkelaar die vaststelt hoe het onderwijs er concreet uitziet, maar de leraar die gebruik maakt van de methode.' (Creemers en Hoebe¹⁹). Gezondheidsbevordering is daar niet anders in.

De verschillen tussen scholen zijn overigens overeenkomstig de uitgangspunten van schoolgezondheidsbeleid. Er wordt vanuit gegaan dat schoolteams tot voor hun situatie juiste keuzes komen als zij maar prioriteit aan gezondheidsbevordering geven en de uitvoering planmatig doen¹². Dit sluit aan bij de strategie die bij invoering van het basisonderwijs was gehanteerd, een innovatiestrategie op basis van het 'problem solving'-model. In deze innovatiestrategie geldt, dat de basisschool zich moet ontwikkelen vanuit een consequente inbreng van de schoolpraktijk, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van plaats en regio, ondersteund door daartoe geëigende begeleidende instanties. Er wordt dus vanuit gegaan dat een school een zich zelf ontwikkelende en vernieuwende organisatie is, die met een minimum aan geboden steun van buitenaf in staat is zelf vorm en inhoud aan het basisonderwijs te geven²⁰. Pas later is de scholen meer houvast in de vorm van kerndoelen geboden vanwege de kritiek op de grote nadruk op het 'problem-solving'-model: teveel aandacht voor veranderingsprocessen en te weinig voor inhoudelijke aspecten van die verandering. De innovatiestrategie is echter niet op wezenlijke punten gewijzigd²¹. De kerndoelen hebben echter alleen betrekking op de educatieve taak van de school. Er is, zoals ook Paulussen²² constateert, behoefte aan een concrete uitwerking van inhoud en doelen van schoolgezondheidsbeleid, zodat niet alleen scholen duidelijk weten wat er van hen verwacht wordt, maar ook de resultaten van wetenschappelijk onderzoek beter vergelijkbaar is.

Schoolgezondheidsbeleid is voor basisscholen een onderwijsinnovatie. Een planmatige aanpak van het onderwijs, in dit geval van gezondheidsbevordering, is voor veel basisscholen een nieuwe manier van werken. Basisscholen zijn hiertoe pas verplicht sinds de invoering van het Basisonderwijs in 1985. Verandering in de schoolpraktijk is iets van de lange adem⁸. Ook bij het invoeren van schoolgezondheidsbeleid moet men een lange adem hebben. Invoering heeft een vrij persoonlijke en intensieve, intermediaire implementatiestrategie nodig. Scholen geven ook aan dat zij behoefte hebben aan ondersteuning. Zij zoeken die vooral dicht bij huis en zien het liefst een regionaal loket waar zij met hun vragen over gezondheidsbevordering terecht kunnen. Zij noemen daarbij de GGD het vaakst als de daarvoor meest geëigende organisatie²³.

Literatuur

1. Minister van Onderwijs. Wet op het Basisonderwijs. 's Gravenhage: Staatsuitg. 1985.
2. Stichting Leerplan Ontwikkeling (SLO). Concept Herziene Kerndoelen basisonderwijs. Enschede: SLO 1996.
3. Pijpers FIM, Reinders J, Geffen B van, et al. GVO-Afstemmingsproject Jeugdgezondheidszorg-Basisonderwijs. Nijmegen: KU Nijmegen, 1989
4. Hoogerwerf, A. Overheidsbeleid. Alphen a/d Rijn: Samson, 1989.
5. Aquina, HJ. Kijk op beleid. Inleiding in de beleidswetenschappen. Assen: Van Gorcum, 1993.
6. Dalin P. Organisatie-ontwikkeling in school & onderwijs. Alphen a/d Rijn: Samson, 1989.
7. Voogt JC, Jacobs CFTM. De basisschool in kaart. Den Haag: SDU uitgeverij, 1991.
8. Lagerweij N, Haak E. Eerst goed kijken De dynamiek van scholen-in-ontwikkeling. Leuven: Garant, 1994.
9. Windhoud P, Lagerweij N. De basisschool binnen bereik. Leuven: Garant, 1994.
10. Hegger W. Op je Gezondheid. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1979.
11. Hegger W. Gezondheidseducatie. Een praktische handleiding voor programma-ontwikkeling. Assen: Van Gorcum, 1988.
12. Geffen LAM van, Pijpers FIM, Smissen PJAM van der, Vlerken K van der. Eindverslag Implementatieproject Schoolgezondheidsbeleid. Utrecht: LVGGD, 1994.

13. Hoeven van der-Doornum AA. Gezondheidseducatie in het basisonderwijs. Nijmegen: ITS, 1992.
14. Looy F. Gezond gedrag in de basisschool. Kerndoelen. Groningen: Wolters Noordhoff, 1993.
15. Wester, F. Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Bussum: Coutinho, 1995.
16. Koning LJ. Gedragsproblemen van A tot Z. Den Bosch: Malmberg, 1984.
17. Burgmeijer RJF, Geenhuizen YM van, Filedt Kok-Weimar TF, Jager AM de. Op weg naar volwassenheid. Evaluatie Jeugdgezondheidszorg 1996. Leiden/Maarsen: TNO Preventie en Gezondheid/KPMG, 1997.
18. Wiersma Y, Suhre CJM. Stand van zaken gezondheidseducatie. Groningen. RION, 1987.
19. Creemers BPM, Hoeven WTJG. Het denken over de inrichting van het onderwijs. In: Creemers BPM, Hoeven WThJG, Snippe J (eds.) Wat is onderwijsonderzoek waard? De Lier: Academische Boeken Centrum, 1993.
20. Innovatie Commissie Basisonderwijs. Schoolwerkplannen. Zoetermeer: ICB1985
21. Gennip van J. Veranderingscapaciteiten van basisscholen. Nijmegen: ITS, 1991.
22. Paulussen Th, Panis R, Peters L, Buijs G, Wijnsma P. Stand van zaken schoolgezondheidsbeleid in Nederland. Woerden: NIGZ 1998.
23. Hansson P. Gezondheidseducatie in de basisvorming. Baarn: DST Traject Management, 1994.

Hoofdstuk 5

Metten van schoolgezondheidsbeleid

Inleiding

In het vooronderzoek zijn basisscholen met behulp van interviews met de directeuren van de basisscholen naar schoolgezondheidsbeleid ingedeeld. Hierover is in hoofdstuk 4 gerapporteerd.

Interviews met alle directeuren in een onderzoek met ongeveer 300 scholen zouden het onderzoek echter veel te duur maken. Daarom zijn er in het vooronderzoek gelijktijdig met de interviews vragenlijsten bij de directeuren afgenomen. Het doel hiervan was om te onderzoeken of deze directeurenvragenlijsten de indeling van scholen naar schoolgezondheidsbeleid gebaseerd op de interviews met de directeuren konden reproduceren. Met de vragenlijsten konden dan in het hoofdonderzoek de basisscholen op een eenvoudige wijze ingedeeld worden. Over dit deel van het vooronderzoek rapporteert dit hoofdstuk.

De indeling van basisscholen naar schoolgezondheidsbeleid geeft een indeling op beleidsmatig niveau. Het onderwijsproces heeft echter uiteindelijk in de klas plaats. Het schoolbeleid schept daarvoor slechts op schoolniveau de condities¹. Ook neemt de directeur een andere positie in de school in dan een leerkracht. Zijn oriëntatie is daardoor anders gericht dan die van de leerkracht. Hij is bijvoorbeeld meer gepreoccupeerd met de regelgeving van de overheid, terwijl de leerkracht vooral te maken heeft met de leerlingen in zijn klas. Deze laatste stellen hun eigen eisen die niet overeen hoeven te stemmen met wat op beleidsniveau bedacht is. Het werd daarom van belang geacht te weten of het beleid overeenkwam met wat in de schoolpraktijk gebeurde en is er onderzocht wat de samenhang tussen de indeling naar schoolgezondheidsbeleid en de schoolpraktijk was. Ook hierover wordt in dit hoofdstuk gerapporteerd.

Vraagstelling

De volgende vraagstellingen zijn onderzocht:

1. Is het mogelijk met een vragenlijst voor directeuren de indeling van scholen naar schoolgezondheidsbeleid gebaseerd op interviews met directeuren te voorspellen?
2. Hoe onderscheiden de naar schoolgezondheidsbeleid ingedeelde scholen zich van elkaar in activiteiten van leerkrachten?

3. Hoe verhoudt de indeling naar schoolgezondheidsbeleid zich tot wat leerkrachten aangeven dat de praktijk van gezondheidsbevordering op school is?

Methoden

De directieurenvragenlijst

In het vooronderzoek werd na het interview bij de directieuren een vragenlijst achtergelaten met het verzoek deze na invulling terug te zenden. De vragenlijst bestond uit 49 stellingen die betrekking hadden op de activiteiten van het schoolteam op het terrein van gezondheidsbevordering. Op een vijfpuntsschaal konden de directieuren aangeven in hoeverre zij het eens waren met een stelling. Een aantal van deze stellingen had betrekking op het belang dat er aan gezondheidsbevordering werd gehecht. Andere items waren indicatoren voor de planmatigheid waarmee gezondheidsbevordering vorm kreeg. De directieurenvragenlijst is in bijlage 2 opgenomen.

De antwoordcategorieën van de negatief geformuleerde vragen zijn omgepold. Hierdoor betekende een hoge score steeds een aanwijzing voor schoolgezondheidsbeleid. Vervolgens zijn de antwoorden gedichotomiseerd, omdat extreme antwoordcategorieën bij veel stellingen vrijwel of helemaal niet gebruikt werden.

Met logistische regressie in SPSS² is vervolgens bepaald welke set van variabelen de indeling naar schoolgezondheidsbeleid op basis van de interviews het beste voorspelde. Hiertoe werden stapsgewijs variabelen uit de set van 49 stellingen verwijderd. Logistische regressie deelde 85% van de scholen goed in. Er is daarna een ongewogen somscore met de met logistische regressie gevonden variabelen berekend, de directeurscore. Met de chi-kwadraat toets is vervolgens getoetst bij welk afkappunt de 'directeurscore' de indeling van scholen in scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid op basis van de interviews het beste reproduceerde. Omdat de voorspelling met logistische regressie berekende scores nauwelijks beter was dan die met ongewogen variabelen is in de verdere analyses de ongewogen 'directeurscore' gebruikt.

De leerkrachtenvragenlijst

Na het interview met de directeur werden er ook vragenlijsten voor de leerkrachten achtergelaten om vast te stellen wat de praktijk van gezondheidsbevordering op school inhield. De vragenlijst bestond uit stellingen, vragen en gevalsbeschrijvingen die betrekking hadden op hun activiteiten op het terrein van gezondheidsbevordering. Dat wil zeggen op die terreinen waarop van leerkrachten gezondheid bevorderende activiteiten konden worden verwacht. Dit waren de terreinen 'zorg voor de lichamelijke gezondheid van de leerlingen',

'zorg voor de sociaal-emotionele gezondheid van de leerlingen' en 'gezondheidseducatie'. Activiteiten op de terreinen 'zorg voor een veilige en gezonde materiele omgeving' en de 'zorg voor een in psychosociale opzicht veilige en gezonde omgeving' zijn veelal klasoverstijgend. Daarom werden daarover geen vragen aan de leerkrachten gesteld. Een aantal vragen had betrekking op het belang dat een leerkracht aan gezondheidsbevordering hechtte. Andere vragen waren indicatoren voor de planmatigheid waarmee hij dit vorm gaf. In totaal waren er 101 items. De leerkrachtenvragen zijn in bijlage 3 opgenomen.

Alle items zijn gedichotomiseerd. Veel variabelen hadden maar twee antwoordcategorieën. Een leerkracht deed iets wel of niet. Dit gold vooral voor de vragen bij de gevalsbeschrijvingen. Bovendien bleek bij veel van de overige variabelen dat net als de directeuren ook leerkrachten zelden extreme antwoordcategorieën gebruikten.

Vragen die door weinig leerkrachten waren ingevuld en vragen waarvan slechts enkele leerkrachten aangaven dat zij de betreffende activiteiten uitvoerden, zijn niet in de verdere analyses opgenomen. Vervolgens zijn voor verdere datareductie de items in de leerkrachtenvragenlijst binnen de drie hierboven genoemde terreinen geclusterd naar prioriteit en planmatigheid. Zo ontstonden zes indices. Per index is met multiple correspondentieanalyse (HOMALS)³ onderzocht welke variabelen het meest met elkaar samenhangen. Variabelen die weinig samenhangen met de andere variabelen in de index werden niet opgenomen in de verdere analyses. Tot slot is de betrouwbaarheid van de aldus verkregen indexen met Cronbach's alpha bepaald. Een Cronbach's alpha tussen .4 en .6 geeft aan dat de schaal een zwakke betrouwbaarheid heeft. Een waarde tussen .6 en .8 is redelijk en een waarde boven .8 geeft een goede betrouwbaarheid⁴.

Naar de mening van de onderzoeker is er alleen sprake van goede uitvoering van gezondheidsbevordering als activiteiten op alle drie terreinen prioriteit krijgen en met beleid worden uitgevoerd. De meerwaarde is niet alleen gelegen in een planmatige aanpak maar ook in een multimethodische benadering. Dat wil zeggen in een brede aanpak van gezondheidsbevordering, niet alleen via lessen maar ook door 'zorg voor de gezondheid van de leerlingen'. De items van alle indexen zijn daarom opgeteld tot de leerkrachtenscore Planmatige Gezondheidsbevordering (PGB).

Per leerkracht zijn ongewogen somscores berekend. Daarna is per school de gemiddelde leerkrachtenscore berekend, de schoolscore Planmatige Gezondheidsbevordering. Deze geeft dus weer in welke mate op een school leerkrachten gezondheidsbevordering in de praktijk prioriteit geven en dat ook planmatig doen. De betrouwbaarheid van de leerkrachtenscore Planmatige Gezondheidsbevordering is met Cronbach's alpha⁴ bepaald.

Samenhang tussen schoolgezondheidsbeleid en de schoolpraktijk

Er is onderzocht hoe scholen in de schoolpraktijk van elkaar verschilden als zij met behulp van de directeurenvragenlijst naar schoolgezondheidsbeleid werden ingedeeld. Als eerste is met kruistabellen en chi-kwadraattoetsen nagegaan ten aanzien van welke activiteiten van leerkrachten de scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid significant van elkaar verschilden. Daarna is met variantie-analyse⁵ getoetst in hoeverre de schoolscore Planmatige Gezondheidsbevordering samenhangt met schoolgezondheidsbeleid.

Resultaten

De directeurenvragenlijst

Op 78 scholen zijn tijdens het interview met de directeur vragenlijsten voor de directeuren achtergelaten. Van 76 directeuren zijn vragenlijsten ontvangen.

Met stapsgewijze logistische regressie konden 6 stellingen geselecteerd worden waarmee 89% van de scholen goed kon worden ingedeeld ($p < .000$). In tabel 5.1 worden deze stellingen en hun regressiegewichten weergegeven. In tabel 5.2 wordt de voorspelling weergegeven. Deze berekeningswijze wordt in het hoofdonderzoek gebruikt om scholen in te delen.

De leerkrachtenvragenlijst

Op de 78 scholen werden ook vragenlijsten voor leerkrachten achtergelaten met het verzoek deze na invulling terug te zenden. Twee scholen hadden hun vragenlijsten opgestuurd, maar deze zijn niet ontvangen. Eén schoolteam had in strijd met de instructie de vragenlijst gezamenlijk ingevuld waardoor hun gegevens niet bruikbaar waren. Vier scholen hadden ondanks enkele telefonische rappels geen vragenlijsten teruggestuurd. Van zeven scholen werd van minder dan 50% van de leerkrachten vragenlijsten ontvangen. Uiteindelijk waren er van 64 scholen voldoende vragenlijsten om een schoolscore te berekenen. In totaal waren 559 leerkrachtenvragenlijsten bruikbaar.

Een aantal items waren niet in de analyses bruikbaar, omdat de antwoorden grotendeels ontbraken. Dit had waarschijnlijk te maken met een onduidelijke formulering van deze vragen. Een aantal andere vragen zijn in verband met extreem scheve verdelingen van de antwoorden verwijderd. Tot slot werden enkele vragen verwijderd waarvan in de HOMALS bleek dat zij weinig samenhang hadden met de overige vragen uit de index. Een vraag of een leerkracht een huiswerkplan maakte als een leerling langdurig ziek was, hing weinig samen met de andere vragen naar een beleidsmatige aanpak van de Zorg voor de lichamelijke gezondheid van de leerlingen. Vragen naar de reden waarom het voorgaande jaar veel aandacht aan een bepaald gezondheidsonderwerp was besteed, hingen niet samen met de vragen naar een beleidsmatige aanpak van

gezondheidseducatie. Er bleven uiteindelijk 69 vragen over. In tabel 5.3 staan van de zes indexen de HOMALS eigenwaarden van de eerste dimensie en de Cronbach's alpha's vermeld. Uit de Cronbach's alpha's blijkt dat de betrouwbaarheid matig tot goed is. De lage HOMALS eigenwaarden tonen nog eens de complexiteit van gezondheidsbevordering op school. Het begrip wordt niet eenduidig door de leerkrachten gebruikt.

Na de reductie van het aantal vragen in de indexen zijn deze weer samengevoegd tot een enkele score, de score Planmatige Gezondheidsbevordering, omdat effecten niet worden verwacht van geïsoleerde, versnipperde activiteiten maar juist van een brede aanpak van gezondheidsbevordering op school. Naar de mening van de onderzoekers is er alleen sprake van goede uitvoering van gezondheidsbevordering als activiteiten op alle drie terreinen prioriteit krijgen en met beleid worden uitgevoerd.

In tabel 5.4 staat de uit de indexen samengestelde score, dat wil zeggen het gemiddelde, de standaarddeviatie en de range van leerkrachtenscore en schoolscore Planmatige Gezondheidsbevordering. De Cronbach's alpha van de leerkrachtenscore Planmatige Gezondheidsbevordering was 0,80.

De samenhang tussen de indeling naar schoolgezondheidsbeleid en de schoolpraktijk

Uit de variantie-analyse bleek dat er geen significante verschillen in schoolscores Planmatige Gezondheidsbevordering waren tussen de basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid (tabel 5.5). Dit betekende dat op scholen met schoolgezondheidsbeleid in de praktijk niet op een breed front, dus op alle activiteitenterreinen, gezondheid bevorderende activiteiten werden uitgevoerd.

Er is getoetst of leerkrachten op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid in activiteiten verschillen van die op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid. In tabel 5.6 staan de activiteiten waarin zij significant van elkaar verschillen. Uit de tabel blijkt dat op scholen met schoolgezondheidsbeleid significant meer leerkrachten aangeven dat er op hun school afspraken zijn over hoe om te gaan met leerlingen met verschillende soorten gezondheidsproblemen zoals concentratieproblemen, gepest worden en mogelijke kindermishandeling. Wat betreft gezondheidseducatie zijn er op scholen met schoolgezondheidsbeleid meer leerkrachten die aangeven dat de doelen en de onderwerpen die zij in hun klas moeten behandelen in het schoolteam zijn afgesproken. Opvallend is dat dit niet betekent dat leerkrachten op scholen met schoolgezondheidsbeleid meer acties ondernemen. Ook is opvallend, dat op deze scholen hoewel de directeur aangeeft dat het grootste deel van wat in de gezondheidseducatie gebeurt in het schoolteam is afgesproken, de leerkrachten die mening niet zijn toegedaan. Er zijn geen significante verschillen bij deze items.

Tabel 5.1 De stellingen voor de directeur die in de logistische regressie bijdragen aan het onderscheid tussen basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid

	Regressie gewichten
Constante	-7,51
- Beoogde verbeteringen in de veiligheid, hygiëne en binnenmilieu worden altijd geëvalueerd	2,24
- Op school zijn er de laatste paar jaar duidelijke maatregelen getroffen om veiligheid en hygiëne en/of binnenmilieu te verbeteren.	9,95
- Wat leerkrachten van verschillende klassen moeten doen op het gebied van gezondheidseducatie is schriftelijk vastgelegd.	2,02
- In het schoolteam wordt vastgelegd in welke groepen aan welke gezondheidsonderwerpen aandacht wordt besteed	2,28
- Door de overgang naar het vervolgonderwijs in het leerjaar 8 (toetsen en advisering) doen wij eigenlijk niet zoveel aan gezondheidseducatie	-6,59
- Wat er in verschillende klassen aan gezondheidseducatie gebeurt, wordt grotendeels bepaald door de methoden die wij gebruiken.	-3,24

Tabel 5.2 De schoolgezondheidsbeleid (SGB)-indeling van scholen op basis van de met logistische regressie en de schoolgezondheidsbeleid (SGB)-indeling op basis van de interviews met directeuren

Indeling op basis van de interviews met directeuren	Indeling op basis van de 6 geselecteerde stellingen voor directeuren	
	Aantal scholen zonder SGB	Aantal scholen met SGB
Aantal scholen zonder SGB	51	4
Aantal scholen met SGB	4	15

Tabel 5.3 Uitkomsten van de HOMALS en analyse van de betrouwbaarheid van de zes indexen

	HOMALS Eigenwaarde Dimensie 1	Cronbach's alpha
- Zorg voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van de leerlingen. Beleidsmatig.	0,26	0,83
- Zorg voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van de leerlingen. Prioriteit.	0,12	0,66
- Zorg voor de lichamelijke gezondheid van de leerlingen. Beleidsmatig.	0,26	0,73
- Zorg voor de lichamelijke gezondheid van de leerlingen. Prioriteit.	0,15	0,60
- Gezondheidseducatie. Beleidsmatig.	0,20	0,82
- Gezondheidseducatie. Prioriteit.	0,21	0,62

Tabel 5.4 Leerkrachtenscore en schoolscore Planmatige Gezondheidsbevordering

	Gemiddelde	Standaard Deviatie	Range
Leerkrachtenscore Planmatige Gezondheidsbevordering	25	8	9-50
Schoolscore Planmatige Gezondheidsbevordering	25	5	16-42

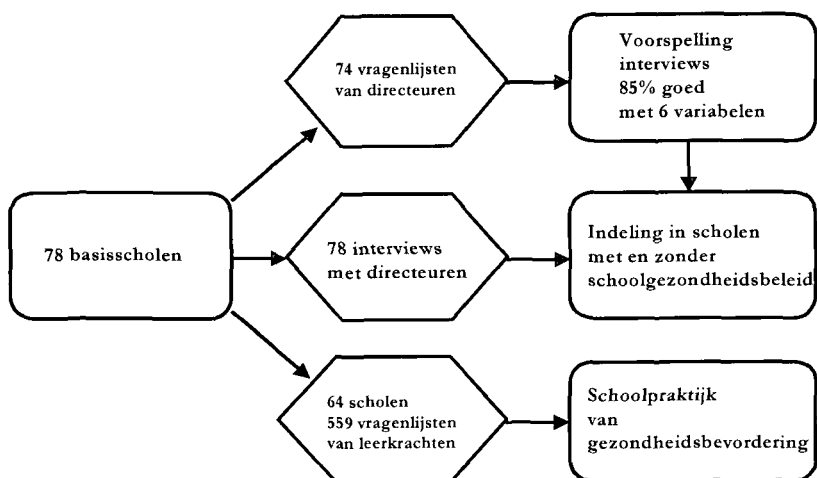
Tabel 5.5 Planmatige Gezondheidsbevordering op basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid

	F	sign F	Gemiddelde score op basisscholen	
			Zonder SGB	Met SGB
Planmatige Gezondheidsbevordering	0,92	n.s.	25	27

Tabel 5.6 De activiteiten waarin leerkrachten op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid (SGB) significant verschillen van leerkrachten op scholen met schoolgezondheidsbeleid

Item in de leerkrachtenvragenlijst	Percentage leerkrachten op basisscholen	
	zonder SGB	met SGB
- Er zijn afspraken op school over hoe te handelen bij vermoedens van kindermishandeling	50	75
- Ik vraag de mening en het advies van het schoolteam als een leerling gepest wordt.	58	70
- In het werkplan van de school staan de doelen aangegeven die ik met gezondheidseducatie in mijn groep moet bereiken.	48	58
- Er zijn afspraken op school over hoe om te gaan met leerlingen met concentratieproblemen	38	56
- Bij gezondheidseducatie kan ik gebruik maken van methoden en publicaties die school heeft aangeschaft	43	54
- Ik geef een leerling met concentratieproblemen extra aandacht	40	53
- Als een leerling gepest wordt geef ik dat door aan de schoolleiding	41	53
- Er zijn op school afspraken over hoe om te gaan met leerlingen met astma	31	51
- Er zijn op school afspraken over hoe te handelen als leerlingen gepest worden	36	51
- Ik geef een leerling die gepest wordt extra aandacht	40	50
- In het werkplan van de school staat aangegeven aan welke onderwerpen ik bij gezondheidseducatie in mijn groep aandacht moet besteden	20	32
- Er is op school een protocol over hoe te handelen bij vermoedens van kindermishandeling	7	31
- Gezondheidseducatie vormt in de feitelijke lespraktijk een groot bestanddeel van het vaste onderwijsprogramma in mijn groep	18	30
- Er is op school een algemene richtlijn of protocol over hoe om te gaan met leerlingen met astma	11	31
- Er is op school een protocol over hoe om te gaan met leerlingen met concentratieproblemen	3	13
- Er is op school een protocol hoe te handelen als leerlingen gepest worden	5	13
- Er zijn afspraken met externe instanties voor leerlingen met concentratie-problemen	4	11
- Bij vermoeden van kindermishandeling raad ik de ouders aan naar de huisarts te gaan	4	9
- Er zijn afspraken met externe instanties als leerlingen gepest worden.	1	4

Figuur 5.1: Schematische weergave van het vooronderzoek 'Meten van schoolgezondheidsbeleid'



Beschouwingen

Als eerste wordt in dit hoofdstuk een onderzoek beschreven naar de mogelijkheid om met een vragenlijst voor directeuren de indeling van scholen naar schoolgezondheidsbeleid gebaseerd op de interviews met directeuren te voorspellen. Dit werd onderzocht omdat voor het hoofdonderzoek interviews op 250 basisscholen een te kostbare zaak waren. Daarna wordt beschreven of de naar schoolgezondheidsbeleid ingedeelde scholen zich van elkaar onderscheidden in activiteiten van leerkrachten en hoe de indeling naar schoolgezondheidsbeleid zich verhiel tot de praktijk van gezondheidsbevordering. In figuur 5.1 staan de resultaten schematisch weergegeven.

Directeurenvragenlijsten

Van 76 basisscholen werden bruikbare vragenlijsten van directeuren ontvangen. Zoals in hoofdstuk 4 beschreven waren de scholen met behulp van de directeureninterviews ingedeeld in scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid. Met logistische regressie bleek dat met 6 vragen 89% van de scholen goed ingedeeld konden worden. Er is daarom geconcludeerd dat de vragenlijst voor directeuren een bruikbare methode was om in het hoofdonderzoek scholen naar schoolgezondheidsbeleid in te delen.

De zes stellingen hadden betrekking op enerzijds gezondheidsonderwijs op school en anderzijds op de zorg voor de materiele omgeving. De gezondheidsonderwijs kwam goed overeen met wat ook uit de interviews naar voren was gekomen. Het verschil in aandacht voor de materiele omgeving tussen scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid kwam in de interviews minder naar voren. In de interviews werd de verantwoordelijkheid voor dit aspect van een gezonde school door vrijwel alle directeuren nogal afstandelijk benaderd. Mogelijk werd in het interview toch te veel de aandacht op een planmatige aanpak gelegd waardoor het belang dat men hechtte aan een veilige en hygiënische omgeving onvoldoende naar voren kwam. Wat ook een rol gespeeld kon hebben was dat een systematische aanpak al snel associaties oproep aan gewenste investeringen, waarvoor vaak de financiën ontbraken. In de periode van de interviews speelde ook dat scholen verplicht een Algemene School Verkenning (ASV)⁶ moesten ondergaan. In de ASV was veel aandacht voor de materiele omgeving van een school en formeel waren scholen verplicht de adviezen uit de ASV op te volgen. Mogelijk dat ook hierdoor directeuren afstandelijk reageerden op vragen die in die richting gingen.

Schoolgezondheidsbeleid en schoolpraktijk

Ingedeeld naar schoolgezondheidsbeleid bleken basisscholen vooral van elkaar te verschillen op het terrein van 'zorg voor de gezondheid van leerlingen'. Op scholen met schoolgezondheidsbeleid waren er meer afspraken en was er meer samenwerking in situaties waarin problemen in de gezondheid van de leerlingen zich konden voordoen. Het ging bijvoorbeeld om zaken als vermoedens van kindermishandeling, pesten en concentratieproblemen van leerlingen. Dit waren zaken die de klas en de mogelijkheden van een individuele leerkracht overstegen. Leerkrachten op scholen met schoolgezondheidsbeleid ondernamen mogelijk meer activiteiten, omdat er meer voorwaarden aanwezig waren die hun activiteiten faciliteerden.

De leerkrachtenvragenlijst was in eerste instantie in indexen verdeeld om per index tot een zo beperkt mogelijk aantal vragen te kunnen komen. Er zijn een aantal vragen uit de indexen verwijderd omdat zij slecht werden ingevuld

of omdat slechts een klein percentage leerkrachten er positief op antwoordde. Enkele vragen zijn verwijderd omdat zij weinig samen hingen met de andere vragen in de desbetreffende index. Na de reductie van het aantal vragen zijn de indexen weer samengevoegd tot een enkele score, de score Planmatige Gezondheidsbevordering, omdat alleen van een brede aanpak van gezondheidsbevordering op school effecten worden verwacht en niet van geïsoleerde, over verschillende terreinen verdeelde activiteiten.

Er was geen significante samenhang tussen de schoolgezondheidsbeleidindeling en de schoolscore Planmatige Gezondheidsbevordering. Dit betekende dat er een verschil was tussen wat enerzijds de directeur waarnam en rapporteerde én anderzijds wat de leerkrachten percipieerden over afspraken op school en de dagelijkse schoolpraktijk. Er waren op scholen met schoolgezondheidsbeleid wel meer afspraken, maar dat vertaalde zich niet in meer handelen van de leerkrachten. Dit gold met name voor afspraken rond de 'zorg voor de gezondheid van leerlingen'. Wat betreft gezondheidseducatie waren er nauwelijks afspraken. Gezondheidseducatie voelden leerkrachten waarschijnlijk als hun autonome verantwoordelijkheid, ook al waren er volgens de directeur op school afspraken over gemaakt. Directeur en leerkrachten beleefden het beleid en wat op een school gebeurde vanuit een geheel ander perspectief en vanuit een andere positie. Waar van een directeur verwacht mocht worden dat hij veel aandacht voor gezamenlijke afspraken had, stond bij een leerkracht vooral de dagelijkse omgang met de leerlingen in zijn groep op de voorgrond. Een leerkracht liet zich in zijn lessen vooral leiden door wat er zijn klas gebeurde. Hierbij kon hij zich al dan niet iets van de afspraken aantrekken. Een dergelijk verschil tussen beleid en praktijk in het onderwijs was niet specifiek voor gezondheidsbevordering. Creemers en Hoebe⁷ constateerden ook al dat 'het niet de methodeontwikkelaar was die vaststelde hoe het onderwijs er concreet uitzag, maar de leraar die gebruik maakte van de methode.'

Bij de invoering van het basisonderwijs was een innovatiestrategie op basis van het Problem Solving-model gehanteerd. In deze innovatiestrategie gold, dat de geïntegreerde basisschool zich moest ontwikkelen vanuit een consequente inbreng van de schoolpraktijk, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van plaats en regio, ondersteund door daartoe geëigende begeleidende instanties. Er werd van uitgegaan dat een school een zich zelf ontwikkelende en vernieuwende organisatie was, die met een minimum aan geboden steun van buitenaf in staat was zelf vorm en inhoud aan het basisonderwijs te geven⁸. Pas in 1992 werd de scholen meer houvast geboden in de vorm van kerndoelen, omdat er kritiek was op de grote nadruk op het 'problem-solving'-model. Er was volgens de kritiek te veel aandacht geweest voor veranderingsprocessen en inhoudelijke aspecten van die verandering zouden relatief

verwaarloosd zijn. Dit wilde overigens niet zeggen dat de innovatiestrategie op wezenlijke punten gewijzigd werd⁹.

Deze innovatiestrategie is terug te vinden in de ondersteuning die GGD-en aan scholen bij schoolgezondheidsbeleid gaven. GGD-en gingen uit van de eigen verantwoordelijkheid van de basisschool en gaven vooral ondersteuning bij het ontwikkelen van het beleid. Er was veel minder aandacht voor de ondersteuning van de uitvoering. Er zou echter vanuit gegaan moeten zijn dat schoolgezondheidsbeleid voor basisscholen een onderwijsinnovatie was. Een beleidsmatige aanpak van het onderwijs, in dit geval van gezondheidsbevordering, was voor veel basisscholen een nieuwe manier van werken. Basisscholen waren hiertoe tenslotte pas verplicht door de invoering van het Basisonderwijs in 1985. En veranderingen in de schoolpraktijk zijn nu eenmaal iets van de lange adem¹⁰ GGD-en zouden daarom meer moeten inspelen op het verschil tussen schoolbeleid en schoolpraktijk. Scholen hebben ook in ander onderzoek¹¹ aangegeven dat zij behoefte hadden aan ondersteuning dicht bij huis en een regionaal loket waar zij met hun vragen over gezondheidsbevordering terecht konden. Zij noemden daarbij de GGD het vaakst als de daarvoor meest geeignende organisatie.

Literatuur

1. Creemers BPM, Reezigt GJ. School effectiveness and school improvement: sustaining links. *School Effectiveness and School Improvement*. 1997;8(4): 396-429.
2. Nouris MJ. SPSS for Windows. Advanced statistics. Release 6.0. Chicago: SPSS Inc. 1993.
3. Geer JP van der. *Multivariate Analysis of Categorical Data: Theory and Applications*. London: Sage Publications, 1993.
4. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951, 16, 297-334.
5. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate data analysis*. London: Prentice Hall Limited 1998.
6. Deursen CGL, Putten DJ van, Smulders PGW. *De algemene schoolverkenning*. Leiden: NIPG 1993.
7. Creemers BPM, Hoebe WTJG. Het denken over de inrichting van het onderwijs. In: Creemers BPM, Hoebe WThJG, Snippe J (eds.) *Wat is onderwijsonderzoek waard? De Lier: Academische Boeken Centrum*, 1993.

8. Innovatie Commissie Basisonderwijs. Schoolwerkplannen. Zoetermeer: ICB, 1985.
9. Gennip van J. Veranderingscapaciteiten van basisscholen. Nijmegen: ITS, 1991.
10. Lagerweij N, Haak E. Eerst goed kijken.... De dynamiek van schoolontwikkeling. Garant, Leuven-Apeldoorn 1994.
11. Hansson P. Gezondheidseducatie in de basisvorming. Baarn: DST Traject Management, 1994.

Hoofdstuk 6

Ontwikkelen van de vragenlijst voor groep 8 leerlingen

Inleiding

Als uitkomstmaten bij de leerlingen van groep 8 is uitgaande van de in hoofdstuk 2 beschreven literatuur, gekozen voor algemene gezondheidskennis, gezondheidsattitude, verantwoordelijk gedrag en persoonlijke verzorging, schoolbeleving en gepest worden, verzuim van bepaalde lessen door gezondheidsproblemen (lesparticipatie) en psychosomatische gezondheid. Deze uitkomstmaten werden gemeten met behulp van een vragenlijst. In dit hoofdstuk wordt de pilot waarin die vragenlijst ontwikkeld is, beschreven.

Vraagstellingen

De volgende vraagstellingen zijn onderzocht:

1. Hoeveel vragen kunnen leerlingen van groep 8 in één lesuur beantwoorden?
2. Zijn de gestelde vragen duidelijk en begrijpelijk voor de leerlingen van groep 8?
3. Wat is de kwaliteit van de verschillende schalen in de vragenlijst?

Methode

Van de 78 basisscholen die aan de interviews hadden deel genomen zijn er 10 in de directe omgeving van Leiden benaderd om aan de ontwikkeling van de vragenlijst voor leerlingen van groep 8 mee te werken. Na toestemming van de school zijn de vragenlijsten klassikaal door de onderzoekers zelf afgenomen. Dit gebeurde in één lesuur.

Alle benaderde scholen hebben aan de pilot meegewerkt. De vragenlijst is bij 276 leerlingen in 11 klassen op 10 basisscholen afgenomen. Alle leerlingen die tijdens de afname aanwezig waren, hebben de vragenlijst ingevuld. De reden voor afwezigheid van leerlingen is onbekend.

De onderzochte vragenlijst was gebaseerd op bestaande vragenlijsten¹⁻⁵. Hij bestond uit 18 clusters van vragen. De vragen hadden betrekking op gezond-

heidskennis en -attitude, gezond gedrag, schoolbeleving, gepest worden, psychosomatische gezondheid en lesparticipatie.

Inclusief persoonsgegevens waren er 200 vragen. In verschillende versies in de pilot hadden de items een andere volgorde om te voorkomen dat de laatste items in de lijst alleen door de snelste leerlingen werden ingevuld.

Negatieve geformuleerde vragen zijn 'omgepoold' zodat een positieve score steeds op positief gedrag duidt. Een positieve score op de schaal Psychosomatische gezondheid betekent bijvoorbeeld dat een leerling weinig klachten heeft. Vervolgens zijn de antwoorden gedichotomiseerd, omdat extreme antwoordcategorieën bij veel vragen vrijwel of helemaal niet gebruikt werden. De vragen die betrekking hadden op gepest worden bleken echter niet zinvol te dichotomiseren. Daarom zijn zij niet gedichotomiseerd.

De vragenlijst bestond uit verschillende schalen. Deze zijn door middel van verschillende analysetechnieken uitgebreid geëvalueerd. Het doel hiervan was allereerst het reduceren van het aantal vragen. Ten tweede werd bepaald in hoeverre de vragen hetzelfde domein maten (dimensionaliteit). Verder is de betrouwbaarheid van de verschillende inhoudelijke vragenclusters bepaald. De dimensionaliteit is onderzocht met Mokken Scale analysis for Polytomous items (MSP)⁶ en de betrouwbaarheid met Cronbach's alpha⁷. Bij MSP geeft een H tussen .3 en .4 een zwakke, een H tussen .4 en .5 een gemiddeld sterke en een H tussen .6 en 1.0 een sterke schaal aan⁶. Een Cronbach's alpha tussen .4 en .6 geeft aan dat de schaal een zwakke betrouwbaarheid heeft. Een waarde tussen de .6 en .8 is redelijk en een waarde boven de .8 geeft aan dat de schaal een goede betrouwbaarheid heeft⁷.

Vanwege de lage alpha's is de criteriumvaliditeit van de 4 gezondheidsattitudevragenclusters onderzocht om te bepalen of de vragen wel tot één construct behoren. Er is gebruik gemaakt van de theorie van beredeneerd gedrag⁸. In deze theorie is een relatie gelegd tussen attitude en gedrag. Een positieve gezondheidsattitude is volgens deze theorie een voorspeller van gezond gedrag. In dit geval moesten leerlingen met een hoge 'gezond gedrag' score significant hogere gezondheidsattitudescores hebben dan leerlingen met een lage gedrag-score. De vragen konden dan opgevat worden als indicatoren voor verschillende aspecten van het construct gezondheidsattitude.

Voor de schaal 'Gepest worden' is geen MSP-analyse gedaan, omdat de vragen van deze schaal verschillende aantallen antwoordcategorieën hadden en moeilijk te dichotomiseren waren. Voor MSP moet voor elke vraag het aantal antwoordcategorieën hetzelfde zijn.

Bij de schaalconstructie Gezondheidskennis is gebruik gemaakt van een combinatie van RASCH-analyse⁹ en klassieke betrouwbaarheidsanalyse. In de praktijk is het gebruikelijk voor de vraag naar unidimensionaliteit de Cronbach's alpha en de item-rest correlatie te gebruiken. Deze methoden zijn echter

gebaseerd op strenge, vaak onrealistische aannamen omtrent de samenhang tussen de itemscores en in dit geval de werkelijke gezondheidskennis¹⁰⁻¹². Dit maakte deze methoden in feite ongeschikt voor het vaststellen van de dimensionaliteit van de kennisvragen. Daarom is voor het alternatief van de Rasch-analyse gekozen. De Cronbach's alpha is wel gebruikt voor het bepalen van de betrouwbaarheid.

Voor de Rasch-analyse is het programma RSP gebruikt¹³. Met dit programma is door de R0-statistics te berekenen als eerste getoetst of de gezondheidscores in de steekproef normaal verdeeld waren. Bij een normale verdeling kan de MML-schattingsmethode, de R1 en R2 statistics, gebruikt worden om de unidimensionaliteit te toetsen. Wanneer deze laatste een niet significant resultaat geven kan unidimensionaliteit aangenomen worden. Deze stappen zijn in het onderzoek uitgevoerd.

Om het aantal van 18 schalen te reduceren is vervolgens met principale componenten analyse¹⁴ bepaald welke schaalscores met elkaar samenhangen. Schalen die een factorlading van de eerste dimensie boven 0,25 hadden werden samengevoegd tot één uitkomstmaat. De correlaties tussen de factorscore en de ongewogen somscore van elke schaal zijn berekend. Bij een sterke samenhang, dat wil zeggen correlaties groter dan .90, konden de factorscores in de analyses van het hoofdonderzoek gebruikt worden. Op deze manier wordt de hoeveelheid ruis in de meting zoveel mogelijk beperkt. Bovendien hebben die het voordeel gestandaardiseerd te zijn. Resultaten van de verschillende schalen zijn daardoor beter onderling vergelijkbaar.

De schalen Gezondheidskennis en Psychosomatische gezondheid hingen niet met andere schalen samen. Van deze twee schalen zijn daarom de ongewogen somscores in de analyses gebruikt. Deze somscores zijn gestandaardiseerd zodat ook zij te vergelijken zijn met de scores van de andere schalen.

Resultaten

De lengte van de vragenlijst

In de pilot werd duidelijk dat vrijwel alle leerlingen ten minste 150 vragen in een lesuur konden beantwoorden.

Duidelijkheid en begrijpelijkheid van de vragenlijst

Bijlage 4 geeft een overzicht van de woorden, begrippen en formuleringen die leerlingen moeilijk vonden. Voorbeelden van woorden die zij vaak niet begrepen, waren: lusteloos, gevarieerd, onuitputtelijk en plantaardig. Een voorbeeld van een moeilijke formulering was: 'Ik vind het in mijn klas rommelig'. Kinderen wilden dan weten of er de inrichting mee bedoeld werd of het feit dat er gekletst werd.

De kwaliteit van de vragenlijst

In tabel 6.1 worden de validiteit, betrouwbaarheid, de communaliteit en de door de principale componenten analyse verklaarde variantie van de verschillende schalen weergegeven. Vragen die weinig bijdroegen aan Cronbach's alpha en Mokken H zijn verwijderd.

Leerlingen met een hoge 'gezond gedrag' score hadden significant hogere scores op de gezondheidsattitudeclusters dan leerlingen met een lage gedragscore. Er is daarom besloten de gezondheidsattitudevragencluster als uitkomstmaat te handhaven.

Op de schaal Gezondheidskennis zijn Rasch-analyses gedaan. Op het aanvankelijke aantal van 40 vragen is een MML-Rasch-analyse uitgevoerd. Dit leverde een R1 op van 252.2 met 233 vrijheidsgraden ($p=0,18$). Door het grote aantal vragen, meer dan 15, werd helaas de R2-statistics niet berekend. Afgaande op de R1 kon men echter concluderen dat de 40 vragen het zelfde domein maten. Cronbach's alpha gaf een schatting van de ondergrens van de betrouwbaarheid en die was voor de 40 vragen gelijk aan 0.74. Op basis van klassieke betrouwbaarheidsanalyse werd de schaal ingekort tot 25 vragen met een Cronbach's alpha van 0,73. Het verwijderen van 15 vragen had dus weinig invloed op de betrouwbaarheid. De R1-statistics van de Rasch analyse was voor 25 vragen 134.8 met 119 vrijheidsgraden ($p=0,15$), zodat op basis van de R1-statistics dit ook voor de subset van 25 vragen gold. De itemparameters van deze subset vertoonden een adequate spreiding. Hierdoor kon worden aangenomen dat er zowel moeilijke als gemakkelijke vragen in de schaal aanwezig waren.

De correlaties tussen de factorscores en de ongewogen somscores waren alle boven de 0,95. Er is daarom geconcludeerd dat de factorscores in de verdere analyses gebruikt konden worden.

Tabel 6.1 Resultaten van de Mokkenanalyse, de analyse van interne consistentie, principale componentenanalyses (PCA) en verklaarde variantie van de uitkomstmaten

Schaal	Aantal items	Mokken H	Cronbach's alpha	PCA communaliteit	Verklaarde variantie
Gezondheidskennis	25		0,73		
Schoolbeleving	33		0,88		63,2%
– Algemene beleving van de school	10	0,34	0,79	0,69	
– Beleving van de leerkracht	15	0,27	0,79	0,58	
– Beleving van schoolorganisatie	8	0,30	0,74	0,62	
Gepest worden	12		0,80		81,5%
– Beleving van de klasgenoten	8	0,47	0,82	0,81	
– Gepest worden	4		0,87	0,81	
Persoonlijke verzorging	16		0,43		58%
– Voeding en hygiëne	8	0,17	0,56	0,58	
– Gebruik van genotmiddelen	2	0,45	0,61	0,58	
Verantwoordelijk gedrag	14		0,69		52,1%
– Sociaal gedrag	5	0,30	0,70	0,63	
– Pesten/ruzie maken	4	0,37	0,58	0,28	
– Zorg voor het milieu	3	0,38	0,46	0,65	
Attitude	21		0,72		46,4%
– Veiligheid	7	0,22	0,57	0,56	
– Gezondheid	7	0,25	0,40	0,45	
– Samenleven	4	0,55	0,32	0,41	
– Milieu	3	0,38	0,46	0,44	
Psychosomatische gezondheid	12	0,24	0,72		
Lesparticipatie	2			0,73	

Beschouwingen

Als uitkomstmaten bij de leerlingen van groep 8 is op basis van de in hoofdstuk 2 beschreven literatuur gekozen voor algemene gezondheidskennis, gezondheidsattitude, verantwoordelijk gedrag en persoonlijke verzorging, schoolbeleving en gepest worden, verzuim van bepaalde lessen door gezondheidsproblemen (lesparticipatie) en psychosomatische gezondheid. Voor het meten van de uitkomstmaten is gebruik makende van bestaande vragenlijsten een vragenlijst ontwikkeld. Er is onderzocht hoeveel vragen leerlingen van groep 8 in één lesuur konden beantwoorden; of de vragen duidelijk en begrijpelijk voor hen waren en wat de kwaliteit van de verschillende schalen was.

Leerlingen van groep 8 bleken in een lesuur minimaal 150 vragen te kunnen beantwoorden. De uiteindelijke vragenlijst is daarom inclusief persoonsgegevens 155 vragen geworden. Onduidelijke vragen en begrippen zijn niet opgenomen. Voor enkele begrippen werd in de vragenlijst een toelichting gegeven.

De psychometrische kwaliteiten van deze vragenclusters waren over het algemeen bevredigend. Uit de RASCH-analyses kwam naar voren dat, zoals de bedoeling was, de 25 kennisvragen gezondheidskennis op verschillende kennisniveaus maten.

De Cronbach's alpha's voor schoolbeleving, gepest worden, psychosomatische gezondheid en kennis zijn hoger dan 0.70, dus redelijk. De Cronbach's alpha van de gedragschalen zijn rond de 0.60. Dit is laag, maar nog net acceptabel.

De betrouwbaarheid van de 5 attitudeschalen was slecht: Cronbach's alpha's van 0.32 tot 0.52. Er werd echter naar attitudes ten aanzien van een breed scala aan gezondheidssituaties gevraagd en van attitudes is bekend dat die situatie-specifiek zijn^{15, 16}. Ook is van kinderen op de leeftijd van 12-13 jaar nog geen waardepatroon te verwachten dat volledig is gebaseerd op een persoonlijk, samenhangend beeld over gezondheid¹⁷. Gezondheidsbeslissingen worden op deze leeftijd vaak bepaald door het directe voordeel in een bepaalde situatie. Een geringe samenhang tussen attitudevragen betrekking hebbend op verschillende situaties is dus goed mogelijk. Om toch te bepalen of de vragen in de gezondheidsattitudeclusters tot een construct behoorden is de criteriumvaliditeit onderzocht. Hierbij is gebruik gemaakt van de theorie van beredeneerd gedrag⁸. In deze theorie wordt een relatie gelegd tussen attitude en gedrag. Een positieve gezondheidsattitude is volgens deze theorie een voorspeller van gezond gedrag. In dit geval moesten leerlingen met een hoge 'gezond gedrag' score hoger scoren op gezondheidsattitude dan leerlingen met een lage gedragscore. Dat bleek ook het geval te zijn. Daarom is besloten de attitudeschalen als uitkomstmaat te handhaven.

Om het aantal van 18 schalen te reduceren is met principale componenten analyses⁷ bepaald welke met elkaar samenhangen. Factorscores van met elkaar samenhangende vragenclusters zijn uiteindelijk in de analyses gebruikt in de volgende 6 uitkomstmaten:

- Gezondheidsattitude (21 vragen)
- Verantwoordelijk gedrag (14 vragen)
- Persoonlijke verzorging (10 vragen)
- Schoolbeleving (33 vragen)
- Gepest worden (12 vragen)
- Lesparticipatie (2 vragen).

Een hogere score betekende steeds een vanuit het gezichtspunt van gezondheid positievere uitkomst. Zo betekende een hoge score op de schaal 'gepest worden' dat de leerling niet zo vaak gepest werd. De schalen Gezondheidskennis (25 vragen) en Psychosomatische gezondheid (12 vragen) hingen niet met andere schalen samen. Van deze twee schalen zijn de gestandaardiseerde, ongewogen somscores in de analyses in het hoofdonderzoek gebruikt. In bijlage 5 staan per schaal de vragen weergegeven.

Literatuur

1. Weerden JJ van. De summatieve evaluatie van Op je Gezondheid. Nijmegen: Hoogveld Instituut, 1988.
2. Linden FJ van der. Jong zijn en volwassen worden in Nederland. Nijmegen: Hoogveld Instituut, 1989.
3. Knuver JWM. De relatie tussen klas- en schoolkenmerken en het affectief functioneren van leerlingen. Groningen: RION, 1993.
4. Mooij, T. Pesten in het onderwijs. ITS, Nijmegen, 1991.
5. Theunissen, N.C.M., Vogels, A.G.C., Koopman, H.M., Verrips, G.H.W., Zwinderman, K.A.H., Verloove-Vanhorick, S.P. & Wit, J.M. The Proxy Problem: Child report versus parent report in Health Related Quality of Life Research. accepted for publication in Quality of Life Research, december 18, 1997.
6. Molenaar, I.W., Debets, P., Sijtsma, K. & Hemker, B.T. MSP. A program for Mokken Scale analysis for Polytomous items. IEC Programma, Groningen, 1994.
7. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951, 16, 297-334.

8. Fishbein, M. & Ajzen, I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to the theory and research. Reading, Mass., Addison-Wesley, 1975.
9. Fisher, G.H. & Molenaar, I.W. Eds. Rasch Models Foundations, Recent Developments and Applications. Springer-Verlag, New York, 1995.
10. Green SB, Lissitz RW, Mulaik SA. Limitations of coefficient alpha as an index of test unidimensionality. Educational and Psychological Measurement, 1997 (37), 827-838.
11. McDonald RP. The dimensionality of tests and items. British Journal of Mathematical and Statistical Psychology 1981 (34), 100-117.
12. Hattie JA. Methodology review: Assessing unidimensionality of tests and items. Applied Psychological Measurement 1985 (9), 139-164.
13. Glas CWA & Ellis JL. RSP (Rasch Scaling Program) Users manual. Groningen: Iec Programma, 1993.
14. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate data analysis. London: Prentice Hall Limited 1998.
15. Ajzen I. Attitudes, traits, and actions: dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. Academic Press, 1987; (20): 1-63.
16. Wit R de, Victoir A, Bergh O van der. 'Theory of reasoned action' of 'theory of constructed reason'? Gedrag & Gezondheid.1995; 23: (2): 50-8.
17. Case R. Intellectual development. Birth to adulthood. New York: Academic Press, 1985.

Hoofdstuk 7

Hoofdonderzoek: onderzoeksopzet en onderzoeksgroep

Inleiding

In het hoofdonderzoek is geëvalueerd of een systematische aanpak van gezondheidsbevordering, schoolgezondheidsbeleid, meer effecten heeft op het gezonde gedrag van de leerlingen dan een ongestructureerde aanpak. Er is onderzocht of er gezondheidsverschillen zijn tussen leerlingen van basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid. In dit hoofdstuk worden de onderzoeksopzet van het hoofdonderzoek en de onderzoeksgroep beschreven.

Onderzoeksopzet van het hoofdonderzoek

Hoewel de gekozen onderzoeksopzet met zich mee brengt dat eventuele causale verbanden niet onomstotelijk aangetoond kunnen worden, is er toch voor observationeel, transversaal onderzoek¹ gekozen. Deze keuze is gemaakt omdat experimenteel, longitudinaal onderzoek niet mogelijk was. Schoolgezondheidsbeleid is een interventie gedurende 8 jaren, vanaf groep 1 tot en met groep 8 van de basisschool, en in een zo lange periode is het niet mogelijk omstandigheden en omgevingsinvloeden onder controle te houden. Metingen gebruikt aan het begin van de basisschool, dus voor de interventie, lieten zich bovendien slecht vergelijken met die van leerlingen van groep 8. Toewijzing aan de experimentele of controle conditie kon ook niet op individueel niveau plaats vinden, maar zou op het niveau van de school moeten gebeuren, omdat het ondoenlijk was leerlingen binnen een school van elkaar gescheiden te houden. Uitval in een dergelijke lange periode zou aanzienlijk zijn gezien de grote mobiliteit van gezinnen in Nederland. En tot slot was er nu behoefte aan inzicht in de effecten van de interventie, omdat GGD-en investeerden in het ondersteunen van schoolgezondheidsbeleid.

Aan GGD-en is gevraagd gegevens te verzamelen op basisscholen met minimaal 8 jaargroepen (meer dan 200 leerlingen), zodat er verwacht kon worden dat een deelnemende groep 8 minstens uit 20 leerlingen zou bestaan. Ook is aan de GGD-en gevraagd basisscholen te kiezen met maximaal 10% leerlingen uit etnische minderheidsgroepen om culturele invloeden zoveel mogelijk te beperken. De keuze van de scholen werd verder aan de GGD-en overgelaten.

De basisscholen werden op twee manieren ingedeeld: naar schoolgezondheidsbeleid en naar de praktijk van gezondheidsbevordering. Voor de eerste indeling werd gebruik gemaakt van 6 items uit een vragenlijst voor directeuren. Deze vragenlijst is in hoofdstuk 5 beschreven. Vervolgens werden de basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid met elkaar vergeleken op de andere items uit de vragenlijst voor directeuren. Dit gaf inzicht in verschillen in gebruikte methoden en instrumenten. Om dezelfde reden is onderzocht of er verschillen waren tussen de scholen ten aanzien van activiteiten die de leerkrachten in hun vragenlijst aangaven.

Naast de indeling naar schoolgezondheidsbeleid zijn de scholen ingedeeld met de schoolscore Planmatige Gezondheidsbevordering. Hiervoor zijn bij alle leerkrachten vragenlijsten afgenomen. Ook deze vragenlijst is in hoofdstuk 5 beschreven.

De uitkomstmaten bij groep 8 leerlingen zijn in hoofdstuk 6 beschreven. In het hoofdonderzoek zijn de verzamelde gegevens onderzocht met behulp van multivariate variantie analyse (MANOVA)^{2, 3}. Er is gecorrigeerd voor het prestatieniveau van de leerling door deze variabele als covariaat in de analyses mee te nemen. Ook is er gecorrigeerd voor achterstandsscore en schoolgrootte om zo zuiver mogelijk het effect van schoolgezondheidsbeleid als wel van de schoolpraktijk te kunnen inschatten. De hiërarchische versie van multivariate variantie analyse is hiervoor gebruikt. Eerst is de variantie berekend die aan achterstandsscore en schoolgrootte toegeschreven kon worden. Daarna werd pas berekend welk deel van de resterende variantie aan schoolgezondheidsbeleid dan wel aan de schoolpraktijk kon worden toegeschreven.

In de volgende paragraaf worden de verstorende variabelen beschreven waarmee in het hoofdonderzoek rekening is gehouden.

Verstorende variabelen bij de leerlingen

Om zoveel mogelijk te beperken dat gedragingen op een andere school waren aangeleerd, moest minimaal 3 jaar op de desbetreffende basisschool hebben gezeten. Er werd daarom aan de leerlingen het aantal jaren dat zij op de school zaten gevraagd.

Het prestatieniveau van de leerling hing vrij sterk samen met een aantal uitkomstmaten. Daarom is hiervoor gecorrigeerd door deze variabele als covariaat in de analyses mee te nemen. De klasseleerkracht van groep 8 had hiervoor op een driepuntsschaal een inschatting gemaakt van het prestatieniveau van de leerling in het algemeen, bij lezen en bij rekenen. Er is gevraagd de gemiddelde Nederlandse leerling als referentie te nemen. Er is één prestatiemaat van gemaakt door de drie inschattingen te sommeren: het cognitieve prestatieniveau van de leerling.

Een aantal subgroepen zijn apart geanalyseerd: een groep leerlingen met een of meer chronische ziekten, een groep met laag opgeleide moeders, en een groep waarvan beide ouders buiten Nederland geboren waren.

De eerste groep is apart onderzocht omdat het mogelijk was dat chronisch zieke kinderen anders tegenover gezondheid stonden dan gezonde kinderen en bijvoorbeeld meer gezondheidskennis hadden. Er is aan de leerlingen zelf gevraagd of zij aan een of meer chronische aandoeningen leden.

De tweede groep is onderzocht, omdat in de literatuur⁴ werd aangegeven dat de opleiding van de moeder samenhang met het gezonde gedrag van het kind. De leerkracht van groep 8 had een inschatting van de opleiding van de moeders gemaakt. Onder een lage opleiding werd verstaan geen opleiding of een hoogste opleiding op het niveau van LBO of MAVO. Een hoog opgeleide moeder had een HBO- of universitaire opleiding gevolgd. Moeders met een *gemiddelde opleiding* zaten daar tussen.

Ten derde zouden gezondheidsgewoonten ook een culturele achtergrond kunnen hebben die de uitkomsten konden verstoren. Daarom is de GGD-en gevraagd scholen te kiezen met minder dan 10% etnische minderheden, maar daarnaast is aan de leerlingen het geboorteland van hun moeder en vader gevraagd. Bij de groep leerlingen waarvan beide ouders buiten Nederland geboren zijn, is apart onderzocht of er effecten van schoolgezondheidsbeleid waren.

Verstorende variabelen op schoolniveau

Achterstandsscore van de school en schoolgrootte zijn als verstorende variabelen in de variatieanalyses behandeld om te bepalen of zij van invloed waren op de resultaten.

De achterstandsscore zou zowel van invloed kunnen zijn op het voorkomen van schoolgezondheidsbeleid (meer gezondheidsproblemen dus meer reden om die beleidsmatig aan te pakken) als op het voorkomen van gezondheidsproblemen (meer gezondheidsproblemen dus lagere scores op de uitkomstmaten). De directeur had daarom gegevens verstrekt over het aantal gewogen leerlingen. Daarmee is de achterstandsscore van de school berekend. Leerlingen uit een achterstandssituatie zoals arbeiderskinderen, allochtonen en schipperskinderen krijgen bij de telling van leerlingen op school een extra gewicht. Met een hoge wegingsfactor krijgt een school meer budget. De deelnemende scholen werden in drie even grote groepen verdeeld: scholen met een hoge (hoger dan 113), een gemiddelde (107 - 113) en een lage (lager dan 107) achterstandsscore.

Op grote scholen was het denkbaar dat er eerder beleid gemaakt werd. Een complexere organisatie vraagt eerder om regels. Ook was op grote scholen de directeur meer vrijgesteld van lesgeven en had dan meer tijd om beleid te maken. Er was daarom naar het aantal leerlingen op school gevraagd. De scho-

len werden verdeeld in twee groepen. De grens is gelegd bij 250 leerlingen, omdat meer dan 250 leerlingen betekende dat er parallelle jaargroepen ingesteld moesten worden, dus een complexere organisatie.

Tot slot is onderzocht of op scholen met schoolgezondheidsbeleid meer kinderen met problemen aanwezig waren om na te gaan of deze scholen een reden hadden voor schoolgezondheidsbeleid. Wanneer op scholen met schoolgezondheidsbeleid veel leerlingen gezondheidsproblemen hadden, zou dat de uitkomsten beïnvloeden. De school begon dan aan schoolgezondheidsbeleid met een achterstand in gezondheid van zijn leerlingen (confounding by indication). Er is daarom met variantie analyse nagegaan of op scholen met schoolgezondheidsbeleid het percentage leerlingen met een chronische ziekte, het percentage slecht presterende leerlingen, het percentage leerlingen met een laagopgeleide moeder en het percentage leerlingen met beide ouders buiten Nederland geboren significant hoger was.

Onderzoeksgroep

Response

Van de 35 benaderde GGD-en hebben 25 GGD-en verspreid over Nederland meegewerkt. Aan hen is om bovenstaande redenen gevraagd om gegevens te verzamelen op scholen met meer dan 200 leerlingen en minder dan 10% leerlingen uit etnische minderheidsgroepen. Daarnaast speelde volgens de GGD-en bij de keuze de inschatting mee of de school bereid zou zijn mee te werken. Hoeveel scholen zijn benaderd is bij de onderzoekers onbekend. Volgens de GGD-medewerkers zijn er slechts enkele scholen geweest die geweigerd hebben. Deze scholen gaven aan dat zij door grote drukte andere zaken prioriteit moesten geven.

De redenen die GGD-en aangaven om niet aan het onderzoek deel te nemen hadden alle te maken met tijdgebrek. Tijdgebrek bij GGD-en was ook de verklaring voor het verschillende aantal scholen per GGD. Het aantal basisscholen per GGD varieerde van 1 tot 30. Tijdens het onderzoek trok een GGD zich terug omdat het werven van scholen hen meer tijd kostte dan zij vooraf gedacht hadden. In bijlage 6 wordt een overzicht van GGD-en en het aantal deelnemende basisscholen per regio gegeven.

GGD-medewerkers hebben op 278 basisscholen gegevens bij 7161 leerlingen van groep 8 verzameld. Vragenlijsten met achtergrondgegevens van de leerling ingevuld door de leerkracht van groep 8 kwamen van 265 basisscholen. Na koppeling van deze twee vragenlijsten bleven er 6834 vragenlijsten over voor wie beide gegevenssets beschikbaar waren. Na verwijdering van de leerlingen die korter dan 3 jaar op school zaten, resteerden 6270 leerlingen.

In tweede instantie zijn alle leerlingen uit het bestand verwijderd die op één of meer uitkomstvariabelen een missende waarde hadden. De groep leerlingen die uitviel scoorde op alle uitkomstmaten significant slechter dan de overige leerlingen. Er is daarom onderzocht hoe de verdeling van de leerlingen die uitvielen was over scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid. Deze leerlingen bleken toen vrijwel gelijk verdeeld te zijn over de twee groepen scholen.

Er zijn 213 directeurenvragenlijsten teruggekomen en samen met 38 interviews uit het vooronderzoek waren er van 251 directeuren gegevens beschikbaar. De analyses konden uiteindelijk uitgevoerd worden bij 4494 leerlingen van groep 8 op 251 basisscholen. De uitval in de verschillende stappen wordt in tabel 7.1 weergegeven.

Basisscholen

Van de 251 basisscholen waarvan vragenlijsten van de directeuren beschikbaar waren, hadden 52 (21%) Schoolgezondheidsbeleid. Ingedeeltd naar Planmatige Gezondheidsbevordering hadden 70 scholen (28%) een hoge score, 112 (45%) een gemiddelde score en 69 (27%) een lage score. Zowel Schoolgezondheidsbeleid als een hoge score op Planmatige Gezondheidsbevordering hadden slechts 21 (8%) scholen.

Van de deelnemende basisscholen waren er 43% rooms-katholiek, 24% protestant christelijk, 27% openbaar en 6% overig. De laatste groep bestond uit Montessori 2%, Jenaplan 3% en Dalton 1%. In Nederland zijn er 35% rooms-katholieke, 30% protestant christelijke, 29% openbare en 5% overig bijzondere basisscholen⁶. Dit betekende dat de rooms-katholieke scholen in de onderzoeksgroep wat sterker vertegenwoordigd waren dan gemiddeld.

Gemiddeld waren er 264 leerlingen op school (standaarddeviatie 91) variërend van 75 tot 590 leerlingen. Dit betekende dat enkele GGD-medewerkers zich niet hebben gehouden aan het verzoek om basisscholen met minimaal 200 leerlingen uit te kiezen.

Van 255 basisscholen waren er gegevens over de achterstandsscore. De achterstandsscore liep van 100 tot 187. De gemiddelde achterstandsscore was 114 (standaarddeviatie 15,3). Dit betekende dat de scholen overwegend een lage achterstandsscore hadden. In het onderwijsveld wordt eigenlijk pas van een hoge achterstandsscore gesproken als de score hoger dan 175 was. Scholen met een dergelijke hoge achterstandsscore waren er overeenkomstig de onderzoeksopzet maar weinig in de onderzoekspopulatie, namelijk 5 basisscholen.

Tabel 7.1 Overzicht van de in de analyses gebruikte aantallen leerlingen-vragenlijsten

	Aantal scholen	Aantal leerlingen
Verzameld door GGD-en	278	7161
Na koppeling met gegevens leerkracht groep 8	268	6834
Na verwijdering leerlingen die korter dan 3 jaar op school zitten	268	6270
Na verwijdering onvolledig ingevulde effectmaten	268	5368
Na koppeling met gegevens directeur	251	4494

Leerkrachten

Zoals gebruikelijk in het basisonderwijs is het merendeel van de leerkrachten vrouwelijk (70,5%). De gemiddelde leeftijd was 40 jaar met een minimum van 20 en een maximum van 60 (standaarddeviatie 9.25). Van hen was 65% meer dan 5 jaar aan de school verbonden, 13% al 3 jaar en 22% minder dan 3 jaar. Meer dan 5 jaar onderwijservaring had 72%. In vaste dienst van de school was 80%. Een groep ervaren leerkrachten heeft dus deelgenomen.

Leerlingen van groep 8

Er waren 48,6% jongens en 51,4% meisjes. De meisjes waren iets sterker vertegenwoordigd dan op deze leeftijd in Nederland gebruikelijk⁵. Zoals verwacht was het merendeel in 1985 en 1984 geboren, 61,5% in 1985 en 34,3% in 1984, 2,3% was ouder en 1% jonger.

Hun eigen groepsleerkracht vond dat 17,3% van de leerlingen slecht, 41,3% matig en 33,3% goed presteerde. Van 9,6% van de leerlingen ontbrak dit gegeven. Er waren dus relatief weinig slecht presterende leerlingen. Dit viel te verwachten omdat er weinig scholen met een hoge achterstandsscore deelnamen.

De groepsleerkracht schatte de opleiding van de moeder bij 38,8% van de leerlingen laag in, bij 35,5% leerlingen gemiddeld en bij 14,3% hoog. Van 11,3% van de leerlingen ontbrak dit gegeven. Het percentage moeders met een laag opleidingsniveau lijkt hoog. Er zijn echter geen referentiegegevens beschikbaar.

Het geboorteland van de leerling was in 95,5% van de gevallen Nederland, 0,5% Marokko, 0,3% Suriname, 0,2% Turkije en 0,2% de Antillen, 1% een overig westers land en 2,3% een overig niet-westers land. Van 86,4% van de leerlingen zijn beide ouders in Nederland geboren, van 7,8% beide ouders in het buiten-

land en van 5,8% één ouder in het buitenland. Het betroffen dus overwegend in Nederland geboren kinderen met Nederlandse ouders. Ook dit was overeenkomstig het verzoek aan de GGD-en om scholen met minder dan 10% leerlingen uit etnische minderheden te kiezen.

Van de leerlingen gaf 22% een of meer chronische ziekten aan. Het meest kwamen aandoeningen van de luchtwegen zoals astma en chronische bronchitis voor (8%). Dit kwam overeen met wat Hirasings⁶ in 1995 meldde.

Verschillen in gezondheidsbevordering tussen scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid volgens de directeur

Aan de directeur is gevraagd om aan te geven in hoeverre bepaalde activiteiten op school uitgevoerd werden. Met kruistabellen en de chikwadraattoets is nagegaan op welke activiteiten scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid significant ($p < .000$) van elkaar verschilden. In tabel 7.2 staat het percentage scholen waarvan de directeur aangaf dat bepaalde activiteiten werden uitgevoerd. Uit deze tabel blijkt dat er op de scholen met schoolgezondheidsbeleid volgens de directeuren meer afspraken over gezondheidsbevorderende activiteiten in het schoolteam gemaakt waren.

Verschillen in gezondheidsbevorderende activiteiten tussen scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid volgens de leerkrachten

Aan de leerkrachten is gevraagd aan te geven in hoeverre gezondheidsbevorderende activiteiten op hun school uitgevoerd werden. In tabel 7.3 staat het percentage leerkrachten dat aangaf dat bepaalde activiteiten op hun school werden uitgevoerd. Het betreft die activiteiten waarop scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid significant van elkaar verschilden ($p < .000$). Uit deze tabel blijkt dat ten aanzien van afspraken over probleemsituaties bij leerlingen en doelen bij gezondheidseducatie tussen scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid significante verschillen waren.

Tabel 7.2 Het percentage directeuren op scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid (SGB) dat aangaf dat bepaalde activiteiten op hun school plaatsvonden

Activiteiten op school	Percentage directeuren op basisscholen	
	zonder SGB	met SGB
- Er zijn de laatste jaren duidelijke maatregelen genomen om veiligheid, hygiëne en binnenmilieu te verbeteren	55	84
- Er zijn de laatste jaren afspraken gemaakt over de begeleiding van leerlingen met sociaal-emotionele problemen	58	81
- Er zijn duidelijke regels met betrekking tot hygiënisch en veilig gedrag	50	81
- In het schoolteam wordt vastgesteld in welke groepen aan welke gezondheidsonderwerpen aandacht wordt besteed	28	81
- Wat leerkrachten aan gezondheidseducatie doen wordt schriftelijk vastgelegd	37	78
- Er zijn duidelijke afspraken over hoe de leerkrachten hygiëne en veiligheid moeten bewaken	34	75
- Veiligheid, hygiëne en binnenmilieu zijn minimaal eens per jaar een agendapunt op het teamoverleg	34	75
- De veiligheid wordt regelmatig met een checklist geïnspecteerd	27	72
- Verbeteringen in veiligheid, hygiëne en binnenmilieu worden altijd geëvalueerd	47	69
- Er wordt een instrument voor het opsporen van problemen in de materiele omgeving gebruikt	44	67
- Hygiëne en veiligheid worden niet alleen besproken als er aanleiding toe is	14	63
- Wat leerkrachten aan gezondheidseducatie doen wordt niet aan hen overgelaten	31	66
- Er is een duidelijke planning voor gezondheidseducatie	28	63
- Er zijn het vorige jaar tijdens de leerlingbesprekingen vaak gezondheidsproblemen aan de orde geweest	43	52
- De hygiëne wordt regelmatig met een checklist geïnspecteerd	28	50
- Wat in de klas aan gezondheidseducatie gebeurt wordt niet alleen door de lesmethode bepaald	22	49
- Er hebben de laatste jaren doelbewuste veranderingen in de gezondheidseducatie op school plaats gevonden	13	41
- Wat leerlingen leren met gezondheidseducatie wordt regelmatig getoetst	16	39
- Voor gezondheidseducatie zijn er concrete doelen voor kennis en attitude geformuleerd	14	35

Tabel 7.3 Het percentage leerkrachten op scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid (SGB) dat aangaf dat bepaalde activiteiten op hun school plaats vonden

Activiteiten op school	Percentage leerkrachten op basisscholen	
	zonder SGB	met SGB
– Er bestaan op school afspraken voor situaties waarin kindermishandeling wordt vermoed	53	65
– In het werkplan van onze school staat aangegeven welke doelen ik met gezondheidseducatie in mijn groep moet proberen te bereiken.	47	60
– Er zijn op school afspraken over hoe om te gaan met leerlingen met astma	31	53
– Ik geef een leerling met concentratieproblemen extra aandacht	40	53
– Er zijn op school afspraken over hoe te handelen als leerlingen gepest worden	36	49
– Ik geef een leerling die gepest wordt extra aandacht	40	48
– In het werkplan van de school staat vermeld aan welke onderwerpen ik bij gezondheidseducatie in mijn groep aandacht moet besteden	18	30

Samenhang tussen schoolgezondheidsbeleid en achtergrondkenmerken van school

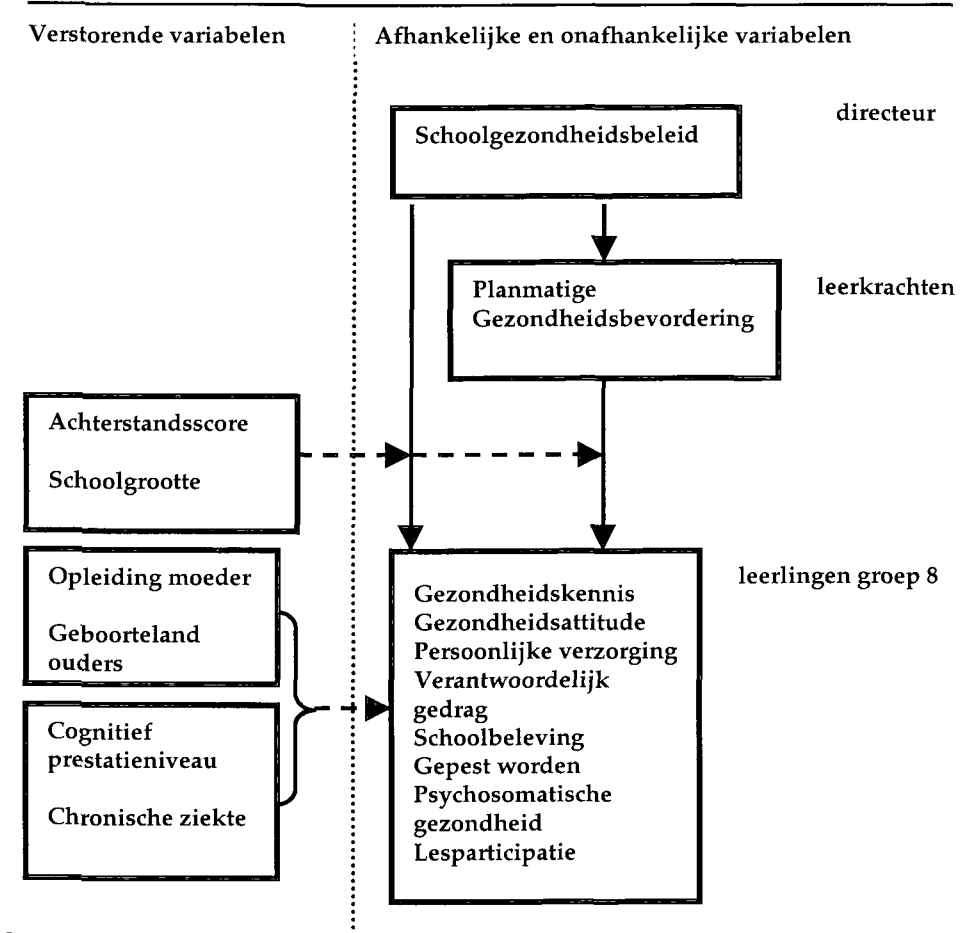
Uit de variantie analyses bleek dat op scholen met schoolgezondheidsbeleid de achterstandsscore, het percentage leerlingen met een chronische ziekte, het percentage slecht presterende leerlingen, het percentage leerlingen met een laagopgeleide moeder en het percentage leerlingen met beide ouders buiten Nederland geboren niet significant hoger was.

Beschouwingen

Het onderzoek was transversaal van opzet. Experimenteel, longitudinaal onderzoek is geen goede optie omdat de interventie 8 jaar duurt waardoor de omstandigheden niet controleerbaar zijn. Daarnaast is er op korte termijn behoefte aan inzicht in de effecten van schoolgezondheidsbeleid, doordat er momenteel aanzienlijk door GGD-en in schoolgezondheidsbeleid geïnvesteerd wordt.

In schema 7.1 worden schematisch de onderzochte relaties tussen de verschillende variabelen aangegeven.

Schema 7.1 De relaties tussen de variabelen



De gegevens zijn verzameld door medewerkers van 25 GGD-en verspreid over het land. De onderzoeksgroep bestond uiteindelijk uit 4494 leerlingen van groep 8 van 251 basisscholen. Alleen leerlingen die langer dan 3 jaar op school zaten zijn in de analyses meegenomen. De groep leerlingen waar een of meer gegevens ontbraken waardoor zij niet in de analyses meegenomen waren, verschilde wat betreft de verdeling over de scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid niet van de groep waarop de analyses zijn uitgevoerd.

De leerlingen waren zoals bedoeld overwegend van Nederlandse origine. Meer dan 95% was in Nederland geboren en van 86% waren beide ouders in Nederland geboren. Er deden iets meer meisjes dan jongens mee. De meeste leerlingen presteerden volgens de eigen leerkracht redelijk tot goed op school.

De groepsleerkracht schatte de opleiding van de moeder bij 38,8% van de leerlingen laag in, bij 35,5% leerlingen gemiddeld en bij 14,3% hoog. Het percentage moeders met een laag opleidingsniveau leek hoog. Er waren echter geen referentiegegevens beschikbaar.

Van de leerlingen meldde 22% dat hij een of meer chronische ziekten had. Het meest kwamen aandoeningen van de luchtwegen zoals astma en chronische bronchitis voor. Dit kwam overeen met wat Hirasings⁶ in 1995 meldde.

De uitkomstenmaten waren door een berekenwijze waarbij de factorscore gebruikt werd niet direct vergelijkbaar met de resultaten van het onderzoek waarin de oorspronkelijke vragenlijsten zijn gebruikt. Door de scores te berekenen zoals dat in het andere onderzoek was gedaan kon wel een vergelijking getrokken worden. De gemiddelde scores voor gezondheidskennis en gezond gedrag waren vrijwel hetzelfde als die van Weerden⁷ en Knuver⁸.

Overeenkomstig de opzet namen overwegend scholen deel met meer dan 200 leerlingen. Ten opzichte van de doorsnee Nederlandse populatie waren er in de onderzoeksgroep wat meer rooms-katholieke en wat minder protestant christelijke basisscholen.

De responderende groep leerkrachten was zoals te verwachten overwegend vrouwelijk. Zij hadden vrij veel onderwijservaring en waren overwegend meer dan 5 jaar aan de school verbonden.

Over het geheel genomen waren de onderzochte leerlingen van groep 8 modale Nederlandse leerlingen afkomstig van modale Nederlandse basisscholen, overeenkomstig de bedoeling.

Samenvattend waren de leerlingen van groep 8 zoals de bedoeling overwegend Nederlandse 12-13 jarigen op basisscholen met rond de 250 leerlingen en met weinig leerlingen uit etnische minderheidsgroepen. De conclusie was dan ook dat de beoogde samenstelling van de onderzoeksgroep grotendeels gerealiseerd was en dat de effectanalyses met deze onderzoekspopulatie uitgevoerd konden worden.

Het was wel weer opvallend evenals in het vooronderzoek dat er een verschil was in wat directeuren en leerkrachten meenden dat er op school afgesproken was. De directeuren op scholen met schoolgezondheidsbeleid waren van mening dat er afspraken met de leerkrachten waren gemaakt over gezondheidsbevordering. De meeste leerkrachten gaven echter aan dat naar hun mening er alleen sprake was van afspraken ten aanzien van de doelen voor gezondheidseducatie en voor situaties waarin kindermishandeling vermoed werd. Het is dan ook nogmaals duidelijk geworden dat bij scholen niet alleen

naar het beleid maar ook naar de schoolpraktijk gekeken moet worden. De scholen zijn daarom in het hoofdonderzoek zowel beleidsmatig (schoolgezondheidsbeleid) op basis van wat de directeuren aangeven als naar de praktijk (schoolscore Planmatige Gezondheidsbevordering) op basis van de gegevens van de leerkrachten ingedeeld.

Literatuur

1. Meerling. Methoden en technieken van psychologisch onderzoek. Meppel: Boom, 1996.
2. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate data analysis. London: Prentice Hall Limited, 1998.
3. Nourisis MJ. SPSS for Windows. Chicago: SPSS Inc., 1993
4. Lucht F van der. Sociale ongelijkheid en gezondheid bij kinderen. Proefschrift. Groningen: RijksUniversiteit, 1992.
5. CBS. Statistiek van het basisonderwijs, speciaal onderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs. 's Gravenhage: SDU uitgeverij 1991.
6. Hirasing RA, Aardoom HA, Heuvel EW van den, Sanavro FL, Leeuwenburg J. Prevalentie van door ouders gerapporteerde chronische aandoeningen bij schoolkinderen. Ned Tijdschr Geneeskunde 1995, 139 (18): 934-938.
7. Weerden JJ van. Evaluatie van gezondheidseducatie. De summatieve evaluatie van 'Op je Gezondheid'. Nijmegen: Hoogveld Instituut, 1988.
8. Knuver JWM. De relatie tussen klas- en schoolkenmerken en het affectief functioneren van leerlingen. Groningen: RION, 1993.

Hoofdstuk 8

Zijn er gezondheidsverschillen bij leerlingen van groep 8 op basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid?

Inleiding

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 zijn basisscholen sinds 1985 wettelijk verplicht gezond gedrag te bevorderen¹. De Wet op het Basisonderwijs verplicht hen ook tot schoolbeleid, dat wil zeggen dat zij hun onderwijs planmatig vorm moeten geven en moeten beschrijven in het schoolwerkplan. Het deel van het schoolbeleid dat betrekking heeft op het bevorderen van de gezondheid van de schoolpopulatie, leerlingen en personeel, wordt schoolgezondheidsbeleid genoemd. Men veronderstelt dat schoolgezondheidsbeleid effectiever is dan spontane, ongestructureerde gezondheidsbevordering. Dit is onderzocht.

Schoolbeleid is niet hetzelfde als schoolpraktijk. Hierover is in hoofdstuk 5 en 7 gerapporteerd. Er is daarom niet alleen met behulp van de directeurenvragenlijst onderzocht of er verschillen tussen basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid waren, maar ook met vragenlijsten voor leerkrachten of er verschillen waren als scholen werden ingedeeld naar de praktijk van gezondheidsbevordering op school.

Vraagstellingen

De volgende vragen zijn bij leerlingen van groep 8 onderzocht:

1. Hebben deze leerlingen meer algemene gezondheidskennis en een positievere gezondheidsattitude op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid (directeurenvragenlijst) dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?
2. Rapporteren deze leerlingen op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid (directeurenvragenlijst) meer verantwoordelijk gedrag en persoonlijke verzorging dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?
3. Beleven deze leerlingen op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid (directeurenvragenlijst) de school positiever en worden zij minder gepest dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?

Zijn er gezondheidsverschillen bij leerlingen van groep 8 op basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid?

4. Rapporteren deze leerlingen op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid (directeurenvragenlijst) minder verzuim van bepaalde lessen door gezondheidsproblemen en een betere psychosomatische gezondheid (minder psychosomatische klachten) dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?

Dezelfde vier vragen zijn onderzocht bij basisscholen ingedeeld naar de praktijk van gezondheidsbevordering (leerkrachtenvragenlijst).

Methode

Aan GGD-en verspreid over Nederland is gevraagd gegevens bij directeuren, leerkrachten en leerlingen van groep 8 te verzamelen op basisscholen met minimaal 8 jaargroepen (meer dan 200 leerlingen) en maximaal 10% leerlingen uit etnische minderheidsgroepen.

Medewerkers van 25 GGD-en hebben gegevens verzameld op basisscholen verspreid over het land. De analyses zijn uitgevoerd bij 4494 leerlingen van groep 8 op 251 basisscholen. Van deze leerlingen zijn er gegevens over alle uitkomstmaten beschikbaar. De onderzoeksgroep is in hoofdstuk 7 beschreven.

De onderzoekopzet is ook in hoofdstuk 7 beschreven. In dit hoofdstuk worden relevante delen nog eens kort samengevat.

De indeling van de basisscholen naar schoolgezondheidsbeleid is gebaseerd op de interviews met directeuren in het vooronderzoek. In het hoofdonderzoek is de indeling gereproduceerd met een vragenlijst voor directeuren. Op basis van 6 vragen uit deze vragenlijst zijn de scholen verdeeld in scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid. De berekeningswijze is in hoofdstuk 5 beschreven. Hoe deze scholen zich in het hoofdonderzoek van elkaar onderscheiden naar activiteiten, methoden en instrumenten is in hoofdstuk 7 beschreven.

Naast de indeling naar schoolgezondheidsbeleid zijn de basisscholen ook ingedeeld naar de schoolpraktijk van gezondheidsbevordering met behulp van vragenlijsten voor leerkrachten. Dat wil zeggen dat er een indeling van scholen is gemaakt gebaseerd op wat de leerkrachten aangaven dat er op school gebeurde aan gezondheidsbevordering. De berekeningswijze is in hoofdstuk 5 beschreven. Met de schoolscore Planmatige Gezondheidsbevordering zijn scholen in drie ongeveer even grote groepen verdeeld. Scholen met weinig Planmatige Gezondheidsbevordering hebben een schoolscore kleiner dan 21; scholen met gemiddelde Planmatige Gezondheidsbevordering een schoolscore van 21 - 25 en scholen met veel Planmatige Gezondheidsbevordering een schoolscore groter dan 25.

De samenhang tussen beide indelingen is met de Chi-kwadraattoets onderzocht.

Zijn er gezondheidsverschillen bij leerlingen van groep 8 op basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid?

De uitkomstmaten zijn gezondheidskennis, gezondheidsattitude, verantwoordelijk gedrag, persoonlijke verzorging, schoolbeleving, gepest worden, lessparticipatie en psychosomatische gezondheid. De gestandaardiseerde scores zijn gebruikt om de vergelijkbaarheid tussen de schalen te vergroten. Dat wil dus zeggen dat het gemiddelde 0 en de standaarddeviatie 1 is. De vragenlijst waarmee zij zijn gemeten is in hoofdstuk 6 beschreven.

De verschillen tussen scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid zijn onderzocht met behulp van multivariate variantie analyse (MANOVA)^{2, 3}. De gemiddelden die in de tabellen worden weergegeven zijn gecorrigeerd voor het effect van het prestatieniveau van de leerling, omdat het prestatieniveau vrij sterk samenhangt met een aantal uitkomstmaten. Door hiërarchische multivariate variantie analyse te gebruiken met de schoolindeling als laatste ingevoerde factor is er ook gecorrigeerd voor achterstandsscore van de school en de schoolgrootte. De analyseopzet is in hoofdstuk 7 uitgebreider beschreven.

Ook is de invloed van schoolgezondheidsbeleid bij een aantal subgroepen, waarbij gezondheidswinst mogelijk is, onderzocht. De eerste groep bestond uit leerlingen met één of meer chronische ziektes (N=1136). De tweede groep waren leerlingen met een moeder met een lage opleiding (N=2084). De laatste groep bestond uit leerlingen van wie beide ouders in het buitenland geboren waren (N=410).

Resultaten

Samenhang tussen Schoolgezondheidsbeleid en Planmatige Gezondheidsbevordering

De samenhang tussen de indeling naar Schoolgezondheidsbeleid en naar Planmatige Gezondheidsbevordering was niet significant. Evenals in het vooronderzoek waren er weinig (8%) basisscholen die hoog scoorden op zowel schoolgezondheidsbeleid als de schoolscore Planmatige Gezondheidsbevordering.

Effecten van schoolgezondheidsbeleid

Ten aanzien van schoolbeleving waren er voor en na correctie voor achterstandsscore en schoolgrootte significante verschillen. Leerlingen op scholen met schoolgezondheidsbeleid beleefden de school positiever. De verschillen zijn voor en na correctie voor achterstandsscore en schoolgrootte vrijwel gelijk. Zij zijn ook niet groot, maar in de orde van grootte van 0,1 standaarddeviatie. Tabel 8.1 geeft dit weer.

Zijn er gezondheidsverschillen bij leerlingen van groep 8 op basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid?

Effecten van schoolgezondheidsbeleid bij leerlingen met een of meer chronische ziekten

Leerlingen met een of meer chronische ziekten (n=909) verschilden zowel voor als na correctie voor achterstandsscore en schoolgrootte significant ten aanzien van gezondheidsattitude (tabel 8.2). Opvallend is dat, ook al zijn de verschillen klein, de gezondheidsattitude op scholen met schoolgezondheidsbeleid negatiever is. Dat wil zeggen dat zij gezondheid minder belangrijk vinden dan leerlingen met een of meer chronische ziekten op scholen zonder schoolgezondheidsbeleid.

Effecten van schoolgezondheidsbeleid bij leerlingen met laag opgeleide moeders

Leerlingen met een laag opgeleide moeder (n=1878) verschilden zowel voor als na correctie voor achterstandsscore en schoolgrootte significant ten aanzien van gezondheidsattitude (tabel 8.3). Ook hier was opvallend, zoals bij de leerlingen met een chronische ziekte, dat de leerlingen op scholen met schoolgezondheidsbeleid gezondheid minder belangrijk vonden dan leerlingen op scholen zonder schoolgezondheidsbeleid. Ook nu zijn de verschillen klein.

Effecten van schoolgezondheidsbeleid bij leerlingen van wie beide ouders buiten Nederland zijn geboren

Bij leerlingen met beide ouders buiten Nederland geboren (n=324) waren er zowel voor als na correctie voor achterstandsscore en schoolgrootte geen significante verschillen tussen leerlingen op scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid.

Effecten van de schoolpraktijk van Planmatige Gezondheidsbevordering (PGB)

Wanneer scholen werden ingedeeld met de schoolscore Planmatige Gezondheidsbevordering waren er voor en na correctie voor achterstandsscore en schoolgrootte significante effecten bij gezondheidskennis, gezondheidsattitude, verantwoordelijk gedrag, persoonlijke verzorging, schoolbeleving en psychosomatische gezondheid (tabel 8.4 en 8.5; figuur 8.1). De leerlingen op de scholen met de hoogste scores op Planmatige Gezondheidsbevordering scoorden het hoogst op de uitkomstmaten. De verschillen zijn echter klein.

Zijn er gezondheidsverschillen bij leerlingen van groep 8 op basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid?

Tabel 8.1 Significante effecten van schoolgezondheidsbeleid (SGB) voor en na correctie voor achterstandscore en schoolgrootte

Uitkomstmaat	F	sign. F	R2	Gemiddelde van de basisscholen	
				zonder SGB	met SGB
Schoolbeleving voor correctie	12,67	.000	0,03	0,03	0,15
Schoolbeleving na correctie	12,86	.000	0,33	0,02	0,14

Tabel 8.2 Significante effecten van schoolgezondheidsbeleid (SGB) voor en na correctie voor achterstand en schoolgrootte bij leerlingen met een of meer chronische ziekten

Uitkomstmaat	F	sign. F	R2	Gemiddelde van de basisscholen	
				zonder SGB	met SGB
Gezondheidsattitude voor correctie	4,71	.03	0,03	0,04	-0,14
Gezondheidsattitude na correctie	4,31	.03	0,03	0,01	-0,15

Tabel 8.3 Significante effecten van schoolgezondheidsbeleid (SGB) voor en na correctie voor achterstand en schoolgrootte bij leerlingen met laag opgeleide moeders

Uitkomstmaat	F	sign. F	R2	Gemiddelde van de basisscholen	
				zonder SGB	met SGB
Gezondheidsattitude voor correctie	9,59	.00	0,04	0,00	-0,17
Gezondheidsattitude na correctie	5,9	.01	0,04	-0,02	-0,16

Zijn er gezondheidsverschillen bij leerlingen van groep 8 op basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid?

Tabel 8.4 Significante effecten van Planmatige Gezondheidsbevordering (PGB) niet gecorrigeerd voor achterstand en schoolgrootte

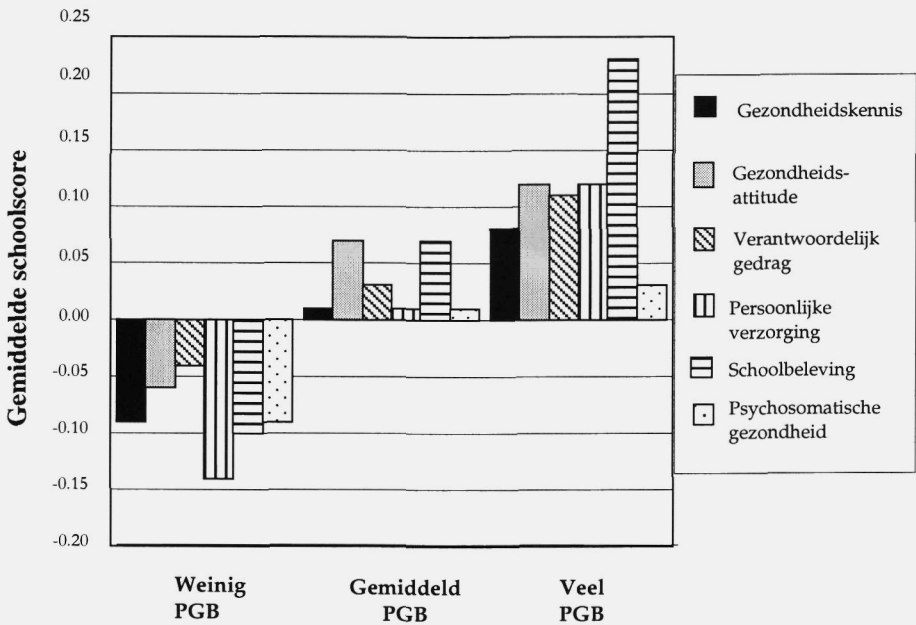
Uitkomstmaat	F	sign. F	R2	Gemiddelde van de basisscholen met		
				weinig PGB	gemiddeld PGB	veel PGB
Gezondheidskennis	2,91	.050	0,21	-0,05	0,00	0,07
Gezondheidsattitude	3,33	.045	0,03	-0,03	0,02	0,09
Verantwoordelijk gedrag	4,60	.010	0,03	-0,06	0,02	0,07
Persoonlijke verzorging	5,85	.003	0,04	-0,02	0,00	0,11
Schoolbeleving	19,2	.000	0,04	-0,08	0,04	0,18
Psychosomatische gezondheid	4,43	.010	0,01	-0,07	0,01	0,03

Tabel 8.5 Significante effecten van Planmatige Gezondheidsbevordering (PGB) na correctie voor achterstand en schoolgrootte

Uitkomstmaat	F	sign. F	R2	Gemiddelde van de basisscholen met		
				weinig PGB	gemiddeld PGB	veel PGB
Gezondheidskennis	4,01	.018	0,23	-0,09	0,01	0,08
Gezondheidsattitude	7,81	.000	0,34	-0,06	0,07	0,12
Verantwoordelijk gedrag	4,62	.008	0,03	-0,04	0,03	0,11
Persoonlijke verzorging	4,29	.009	0,05	-0,14	0,01	0,12
Schoolbeleving	25,7	.000	0,05	-0,10	0,07	0,23
Psychosomatische gezondheid	5,50	.004	0,01	-0,09	0,01	0,03

Zijn er gezondheidsverschillen bij leerlingen van groep 8 op basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid?

Figuur 8.1: Significante effecten van Planmatige Gezondheidsbevordering (PGB) na correctie voor achterstand en schoolgrootte



Tabel 8.6 Significante effecten van Planmatige Gezondheidsbevordering (PGB) voor en na correctie voor achterstand en schoolgrootte bij leerlingen met een of meer chronische ziekten

Uitkomstmaat	F	sign. F	R2	Gemiddelde van de basisscholen met		
				weinig PGB	gemiddeld PGB	veel PGB
Schoolbeleving voor correctie	3,71	.03	0,03	-0,29	-0,07	-0,05
Schoolbeleving na correctie	2,83	.05	0,04	-0,24	-0,07	-0,05

Zijn er gezondheidsverschillen bij leerlingen van groep 8 op basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid?

Tabel 8.7 Significante effecten van Planmatige Gezondheidsbevordering (PGB) voor correctie voor achterstand en schoolgrootte bij leerlingen met laag opgeleide moeders

Uitkomstmaat	F	sign. F	R2	Gemiddelde van de basisscholen met		
				Weinig PGB	Gemiddeld PGB	Veel PGB
Schoolbeleving	19,13	.00	0,05	-0,23	-0,01	0,16
Persoonlijke verzorging	3,63	.03	0,04	-0,21	-0,11	-0,02
Verantwoordelijk gedrag	5,75	.03	0,02	-0,21	-0,04	-0,02

Tabel 8.8 Significante effecten van Planmatige Gezondheidsbevordering (PGB) na correctie voor achterstand en schoolgrootte bij leerlingen met laag opgeleide moeders

Uitkomstmaat	F	sign. F	R2	Gemiddelde van de basisscholen met		
				Weinig PGB	Gemiddeld PGB	Veel PGB
Schoolbeleving	16,93	.00	0,06	-0,20	0,00	0,16
Persoonlijke verzorging	2,86	.05	0,05	-0,20	-0,11	0,02
Verantwoordelijk gedrag	5,03	.01	0,04	-0,20	-0,04	0,01

Tabel 8.9 Significante effecten van Planmatige Gezondheidsbevordering (PGB) voor correctie voor achterstand en schoolgrootte bij leerlingen van wie beide ouders in het buitenland geboren zijn

Uitkomstmaat	F	sign. F	R2	Gemiddelde van de basisscholen met		
				Weinig PGB	Gemiddeld PGB	Veel PGB
Schoolbeleving	6,79	.00	0,07	-0,38	0,11	0,18
Gepest worden	5,09	.01	0,05	-0,22	0,17	0,20

Tabel 8.10 Significante effecten van Planmatige Gezondheidsbevordering (PGB) na correctie voor achterstand en schoolgrootte bij leerlingen van wie beide ouders in het buitenland geboren zijn

Uitkomstmaat	F	sign. F	R2	Gemiddelde van de basisscholen met		
				Weinig PGB	Gemiddeld PGB	Veel PGB
Schoolbeleving	6,63	.00	0,10	-0,38	0,12	0,16
Gepest worden	5,75	.00	0,08	-0,20	0,20	0,23

Effecten van de schoolpraktijk van Planmatige Gezondheidsbevordering (PGB) bij leerlingen met een of meer chronische ziekten

Bij leerlingen met een of meer chronische ziekten (n=909) was het resultaat voor en na correctie voor achterstandsscore en schoolgrootte significant bij schoolbeleving (tabel 8.6). Op de scholen met veel Planmatige Gezondheidsbevordering werd de school positiever beleefd.

Effecten van de schoolpraktijk van Planmatige Gezondheidsbevordering (PGB) bij leerlingen met laag opgeleide moeders

Bij leerlingen met een laag opgeleide moeder (n=1878) waren er voor (tabel 8.7) en na correctie (tabel 8.8) voor achterstandsscore en schoolgrootte significante resultaten bij schoolbeleving, persoonlijke verzorging en verantwoordelijk gedrag (tabel 8.7). Alle drie waren op scholen met veel Planmatige Gezondheidsbevordering positiever.

Effecten van de schoolpraktijk van Planmatige Gezondheidsbevordering (PGB) bij leerlingen van wie beide ouders buiten Nederland zijn geboren

Bij leerlingen met beide ouders buiten Nederland geboren (n=324) waren er zowel voor (tabel 8.9) als na correctie (tabel 8.10) voor achterstandsscore en schoolgrootte significante verschillen bij schoolbeleving en gepest worden. Leerlingen op scholen met veel Planmatige Gezondheidsbevordering beleefden de school positiever en werden minder gepest.

Beschouwingen

Er is onderzocht of er verschillen in een aantal gezondheidsaspecten waren tussen leerlingen van groep 8 op basisscholen met en basisscholen zonder Schoolgezondheidsbeleid (SGB). De basisscholen waren naar Schoolgezondheidsbeleid met een vragenlijst voor directeuren ingedeeld. Naast deze beleidsmatige indeling van scholen zijn de basisscholen ook ingedeeld naar de schoolpraktijk met de schoolscore Planmatige Gezondheidsbevordering (PGB), omdat beleid niet hetzelfde is als de schoolpraktijk en het onderwijsproces uiteindelijk in de klas plaats vindt. Het schoolbeleid schept daarvoor slechts op schoolniveau de condities⁴. De directeur neemt een andere positie in de school in dan een leerkracht. Zijn oriëntatie is daardoor anders gericht dan die van de leerkracht. Hij is bijvoorbeeld meer gepreoccupeerd met de regelgeving van de overheid, terwijl de leerkracht vooral te maken heeft met de leerlingen in zijn klas. Deze laatste stellen hun eigen eisen die niet hoeven overeen te stemmen met wat op beleidsniveau bedacht is. Hierover is in hoofdstuk 5 gerapporteerd. De indelingen zijn ook in hoofdstuk 5 beschreven.

Uitkomstmaten waren gezondheidskennis, gezondheidsattitude, verantwoordelijk gedrag, persoonlijke verzorging, schoolbeleving, gepest worden, lesparticipatie en psychosomatische gezondheid. Deze werden met een vragenlijst bij leerlingen van groep 8 gemeten. In alle analyses werd er gecorrigeerd voor het prestatieniveau van de leerling. De uitkomstmaten zijn in hoofdstuk 6 beschreven.

De analyses zijn uitgevoerd bij 4494 leerlingen van groep 8 op 251 basisscholen verspreid over het land. Van deze leerlingen waren er gegevens over alle uitkomstmaten beschikbaar. De onderzoeksgroep is in hoofdstuk 7 beschreven.

Schoolgezondheidsbeleid bleek alleen een significant effect op de schoolbeleving van leerlingen van groep 8 te hebben. In onderzoek naar de invloed van de basisschool op het leren van kinderen is in het gunstigste geval 15-20% van de variantie door klas- en schoolkenmerken⁴ verklaard. Hoge verwachtingen van schoolgezondheidsbeleid op de basisschool zouden daarom ook irreëel zijn. De analyses lieten echter vrijwel geen effecten van schoolgezondheidsbeleid zien. Er moest daarom geconcludeerd worden dat er behalve van schoolbeleving geen significant verschil tussen basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid bestond.

Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van effecten van schoolgezondheidsbeleid zou kunnen zijn dat scholen met schoolgezondheidsbeleid daarvoor een reden hadden. Zij zouden schoolgezondheidsbeleid kunnen hebben omdat er veel leerlingen met gezondheidsproblemen op school zijn (confounding by indication). Dit kon met het beschikbare materiaal echter niet aanneemelijk gemaakt worden. Er waren zoals in hoofdstuk 7 beschreven geen signi-

ficante verschillen in percentages probleemleerlingen tussen scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid. Ook na correctie voor achterstand en schoolgrootte was er alleen een significant verschil in schoolbeleving.

Een andere verklaring voor het ontbreken van effecten zou kunnen zijn dat de meeste leerlingen geen gezondheidswinst meer konden boeken door hun goede gezondheid. Dit werd echter niet bevestigd als groepen onderzocht werden die wel gezondheidswinst konden boeken. Er waren geen significante verschillen bij leerlingen met een of meer chronische ziekten, leerlingen met een laag opgeleide moeder en leerlingen van wie beide ouders buiten Nederland waren geboren. Opvallend was dat op scholen met schoolgezondheidsbeleid leerlingen met een of meer chronische ziekten en leerlingen met laag opgeleide moeders een minder positieve houding ten opzichte van gezondheid hadden. Het zou kunnen zijn dat zij zich op scholen met schoolgezondheidsbeleid meer bewust werden van hun mindere gezondheid en het belang van gezondheid sterker relativeerden, omdat zij het gevoel kregen hun gewoonten niet te kunnen veranderen. Dit valt echter met het beschikbare materiaal niet te bewijzen.

In het onderzoek werd schoolgezondheidsbeleid in eerste instantie op beleidsniveau bepaald. Het ijkpunt voor de indeling waren de interviews die in het vooronderzoek met de directeuren zijn gehouden. Onderwijsonderzoek wees er echter op dat het klasniveau minstens zo belangrijk was als het beleid. Het schoolbeleid zou slechts de voorwaarden voor het gebeuren op klasniveau scheppen⁵. Daarom zijn de basisscholen niet alleen naar schoolgezondheidsbeleid ingedeeld maar ook naar de schoolpraktijk. Een basisschool kreeg een hoge score als veel leerkrachten op een school aangaven dat zij met voorrang en planmatig aandacht aan gezondheidsbevordering besteedden, een beleid 'avant la lettre' of een 'bottom-up' ontwikkeld, niet geëxpliciteerd gezondheidsbevorderend schoolklimaat.

Uitgaande van een dergelijke praktijkindeling, de schoolscore 'Planmatige Gezondheidsbevordering', waren er wel significante effecten in de verwachte richting. Leerlingen op scholen waar veel leerkrachten aangaven dat zij gezondheid bevorderende activiteiten prioriteit gaven en deze activiteiten planmatig uitvoerden hadden hogere scores op een aantal uitkomstmaten dan op scholen waar dat niet het geval was. Na correctie voor achterstandsscore en schoolgrootte waren er significante effecten bij gezondheidskennis, gezondheidsattitude, verantwoordelijk gedrag, persoonlijke verzorging, schoolbeleving en psychosomatische gezondheid. Hieruit kan geconcludeerd worden dat planmatige gezondheidsbevordering wel degelijk invloed kan hebben op de gezondheid van zijn leerlingen.

Zoals ook in het vooronderzoek in hoofdstuk 6 beschreven, was er in het hoofdonderzoek geen samenhang tussen schoolgezondheidsbeleid en school-

Zijn er gezondheidsverschillen bij leerlingen van groep 8 op basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid?

praktijk. Ook nu waren er weinig (8%) basisscholen die hoog scoorden op zowel Schoolgezondheidsbeleid als Planmatige Gezondheidsbevordering. Het zou daarom heel goed kunnen zijn dat een geringe implementatiegraad van het beleid een verklaring was voor het gebrek aan effecten van schoolgezondheidsbeleid. Leerkrachten brachten gezondheidsbevordering anders in de praktijk dan wat in het beleid was afgesproken.

Literatuur

1. Minister van Onderwijs. Wet op het Basisonderwijs. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985.
2. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate data analysis. London: Prentice Hall Limited 1998.
3. Nourisis MJ. SPSS for Windows. Chicago: SPSS Inc., 1993.
4. Creemers BPM, Reezigt GJ. School effectiveness and school improvement: sustaining links. School Effectiveness and School Improvement. 1997; 8(4): 396-429.
5. Creemers BPM, Hoeven WThJG. Het denken over de inrichting van het onderwijs. In: Creemers BPM, Hoeven WThJG, Snippe J (eds.) Wat is onderwijsonderzoek waard? De Lier: Academische Boeken Centrum, 1993.

Hoofdstuk 9

Schoolgezondheidsbeleid en verzuim

Inleiding

De laatste jaren is er door verschillende GGD-en¹⁻³ onderzoek gedaan naar het ziekteverzuim van basisschoolleerlingen in Nederland. Deze onderzoeken kwamen tot ongeveer dezelfde cijfers: 23% van de kinderen was in de afgelopen twaalf maanden tenminste één keer een periode van 1 schoolweek of langer niet op school geweest wegens ziekte. Van deze kinderen had 76% één maal verzuimd, 15% twee maal, 6% drie maal en 3% meer dan drie maal. Kinderen in de grote steden verzuimden vaker dan op het platteland. Kinderen van lager opgeleide ouders verzuimden meer dan die van hoger opgeleide ouders. Onderzoek bij leerlingen van lagere scholen in Veendam en Den Haag liet zien dat in de hogere klassen meer werd verzuimd dan in de lagere⁴.

Er werden vele redenen van verzuim genoemd, van ernstige, langdurige aandoeningen tot triviale, kortdurende infectieziekten. Hieronder vielen zowel zuiver lichamelijke ziekten als psychosociale problemen. Veel chronische ziekten verzuimden meer dan kan worden toegeschreven aan de ernst van hun onderliggende ziekte of hun lichamelijke beperkingen. Het psychische welbevinden was een belangrijke factor voor de mate van verzuim. Sommige kinderen met duidelijke chronische ziekten verzuimden weinig. Bij kinderen met psychosociale problemen geeft lichamelijk ongemak eerder aanleiding voor verzuim. Dit kan ook te maken hebben met overbezorgdheid van de ouders. Er is minder verzuim wanneer er adequaat met de onderliggende aandoening wordt omgegaan. Dit is aangetoond voor luchtwegaandoeningen zoals astma^{5,6}.

Als leerkrachten gezondheidsproblemen systematisch en vroeg zouden signaleren, zouden zij beter kunnen inspelen op de eventuele beperkingen van een leerling en daardoor ervoor kunnen zorgen dat leerlingen minder verzuimen. Schoolgezondheidsbeleid zou daarom als effect kunnen hebben dat leerlingen minder verzuimen. Het onderzoek daarnaar wordt in dit hoofdstuk beschreven.

Vraagstellingen

De volgende vragen zijn onderzocht:

1. Wat is de frequentie en de duur van het verzuim van de leerlingen in onder-, midden- en bovenbouw in de eerste vijf maanden van het schooljaar?

2. Verzuimen leerlingen van groep 8 met een of meer chronische ziekten vaker en langduriger?
3. Verzuimen leerlingen van groep 8 die de school minder positief beleven vaker en langduriger?
4. Verzuimen leerlingen op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid minder vaak en minder langdurig dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?
5. Verzuimen leerlingen minder vaak en minder langdurig wanneer de leerkrachten op de school planmatig en met prioriteit gezondheidsbevordering in de praktijk brengen?

Methode

Gelijktijdig met vragen over hun gezondheid bevorderende activiteiten zijn aan alle leerkrachten gegevens gevraagd over het verzuim van de leerlingen in hun groep in de eerste vijf maanden van het schooljaar. Zij kregen overzichtformulieren (bijlage 7) waarop van elke leerling per maand kon worden aangeven hoe vaak en hoeveel dagen die leerling verzuimd had.

Er waren van 236 basisscholen gegevens over het verzuim van 45.644 leerlingen. De leerlingen waren vrij gelijkmatig over onderbouw (29%), middenbouw (37%) en bovenbouw (35%) verdeeld. Er waren gegevens van 21.683 (48%) jongens en 21.117 (52%) meisjes. De gemiddelde leeftijd was 8,5 jaar.

Van 2900 leerlingen van groep 8 konden de verzuimgegevens gekoppeld worden aan gegevens over de aanwezigheid van chronische ziekten en over de schoolbeleving.

Voor de gehele groep werd de frequentie en omvang van het verzuim over de gehele periode berekend. Omdat veel leerlingen in het geheel niet verzuimden, worden de resultaten van degenen die wel verzuimd hadden frequentie, totale duur en gemiddelde duur van het verzuim apart gepresenteerd.

De verzuimgegevens van groep 8 leerlingen zijn gekoppeld aan gegevens over de aanwezigheid van een chronische ziekte en schoolbeleving. Er is met de chi-kwadraattoets in SPSS⁷ getoetst of leerlingen van groep 8 met een chronische ziekte significant meer verzuimden dan leerlingen zonder. De leerlingen werden daarvoor naar de mate van schoolbeleving in drie even grote groepen verdeeld. Met dezelfde toets is daarna onderzocht of de drie groepen van elkaar verschilden.

Scholen zijn ingedeeld naar Schoolgezondheidsbeleid en naar Planmatige Gezondheidsbevordering. Verschillen zijn onderzocht met behulp van variantieanalyse⁷. Er is gecorrigeerd voor de achterstandsscore. De indelingen zijn in hoofdstuk 5 beschreven.

Resultaten

Frequentie en duur van het verzuim

In de tabellen 9.1, 9.2 en 9.3 staan verzuimfrequentie, aantal verzuimdagen en gemiddelde verzuimduur van de leerlingen in de eerste vijf maanden van het schooljaar. In tabel staat per maand het percentage leerlingen dat 5 dagen of meer heeft verzuimd. Eerst worden de gegevens van de groepen 1 tot en met 8 beschreven. Vervolgens wordt het verzuim uitgesplitst naar onderbouw (groep 1-2), middenbouw (groep 3, 4 en 5) en bovenbouw (groep 6, 7 en 8).

Ongeveer 40% van de kinderen had niet verzuimd. In de onderbouw verzuimden meer kinderen vaker en langer. Het percentage kinderen dat 5 dagen of meer verzuimde was 18%.

In tabel 9.4 staat per maand het percentage leerlingen dat in die maand 5 dagen of meer verzuimde. In vergelijking met de andere maanden verzuimde in januari een groter percentage leerlingen.

Tabel 9.5 geeft de correlaties tussen de achterstandsscore van de school en het verzuim. De vermelde correlaties zijn alle significant ($p < 0,001$). Op basisscholen met een hoge achterstandsscore was er een significant hoger verzuim.

Chronische ziekte en verzuim

Leerlingen van groep 8 met een of meer chronische ziekten bleken significant meer dagen en vaker te verzuimen dan kinderen zonder chronische ziekten. Het verzuim per keer was niet langer. Het grotere aantal verzuimdagen werd dus vooral verklaard door frequenter verzuim. In tabel 9.6 wordt alleen de frequentie van het verzuim gegeven.

Schoolbeleving en verzuim

De relatie tussen schoolbeleving en verzuim is bij de leerlingen van groep 8 getoetst. De leerlingen waren in drie even grote groepen verdeeld. Er bleek geen significant verband aanwezig tussen frequentie van verzuim en schoolbeleving. Ook de gemiddelde verzuimduur van de leerlingen die verzuimden verschilde niet significant tussen de drie groepen.

Schoolgezondheidsbeleid en verzuim

Tabel 9.7 geeft het verzuim op de scholen ingedeeld naar schoolgezondheidsbeleid. Er bleek op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid significant meer verzuim te zijn dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid. Dit gold zowel voor het gemiddelde aantal dagen als voor de gemiddelde frequentie. De gemiddelde verzuimduur verschilde echter niet significant van elkaar. Dit wil dus zeggen dat het hogere aantal dagen verklaard werd door een hogere frequentie.

Tabel 9.1 Frequentie van het verzuim in de eerste vijf maanden van het schooljaar

	Het percentage leerlingen dat had verzuimd		
	0 maal	1-2 maal	3 maal of meer
Alle groepen (groep 1 t/m 8)	37	44	19
Onderbouw (groep 1 en 2)	30	41	29
Middenbouw (groep 3, 4 en 5)	40	43	17
Bovenbouw (groep 6, 7 en 8)	40	44	16

Tabel 9.2 Het aantal dagen verzuim in de eerste vijf maanden van het schooljaar

	Het percentage leerlingen dat had verzuimd			
	0 dagen	1-2 dagen	3-4 dagen	5 dagen of meer
Alle groepen (groep 1 t/m 8)	37	30	15	18
Onderbouw (groep 1 en 2)	30	27	16	26
Middenbouw (groep 3, 4 en 5)	40	32	14	13
Bovenbouw (groep 6, 7 en 8)	40	30	14	15

Tabel 9.3 Gemiddelde verzuimduur in de eerste vijf maanden van het school-jaar

	Het percentage leerlingen dat had verzuimd			
	gemiddeld 0 dagen	gemiddeld 1-2 dag	gemiddeld 3-4 dagen	gemiddeld 5 of meer
Alle groepen (groep 1 t/m 8)	37	47	13	3
Onderbouw (groep 1 en 2)	30	50	17	4
Middenbouw (groep 3, 4 en 5)	40	48	10	2
Bovenbouw (groep 6, 7 en 8)	40	45	13	2

Tabel 9.4 Het percentage leerlingen dat 5 dagen of meer in een maand heeft verzuimd

	Het percentage leerlingen dat had verzuimd				
	september	oktober	november	december	januari
Alle groepen (groep 1 t/m 8)	1,4	1,3	2,8	1,9	5
Onderbouw (groep 1 en 2)	2,5	2,3	4,9	3,4	7,5
Middenbouw (groep 3, 4 en 5)	0,9	0,8	2,1	1,2	3,5
Bovenbouw (groep 6, 7 en 8)	1,1	1,1	2,1	1,4	4,6

Tabel 9.5 Correlaties tussen achterstandsscore van de school en verzuim van de leerlingen

	Alle groepen	Onder bouw	Midden bouw	Boven bouw
Gemiddelde aantal dagen verzuim van alle leerlingen	.041	.058	.043	.031
Gemiddelde frequentie van het verzuim van alle leerlingen	.049	.048	.064	.044
Gemiddelde aantal dagen verzuim van de leerlingen die verzuimd hebben	.064	.101	.057	.051.
Gemiddelde frequentie van het verzuim van de leerlingen die verzuimd hebben	.084	.094	.098	.079
Gemiddelde verzuimduur per keer van de leerlingen die verzuimd hebben	n.s.	.059	n.s.	n.s.

Tabel 9.6 Frequentie van het verzuim bij leerlingen van groep 8 ingedeeld naar het aantal chronische ziekten

	Percentage leerlingen dat had verzuimd		
	0 keer	1-2 keer	3 of meer
Geen ziekte	45	45	10
Een ziekte	36	50	14
Twee of meer ziekten	30	50	20

Uitgesplitst naar onder-, midden- en bovenbouw waren de resultaten niet anders.

Er waren geen significante verschillen tussen de scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid als het ging om richtlijnen voor ouders en leerkrachten bij ziekte van een leerling.

Planmatige Gezondheidsbevordering en verzuim

Wanneer de scholen naar Planmatige Gezondheidsbevordering werden ingedeeld waren er eveneens geen significante verschillen.

Als er alleen naar de Zorgactiviteiten van de leerkrachten werd gekeken, verzuimden de leerlingen die verzuimd hadden significant minder frequent en gemiddeld minder lang op die basisscholen waarop de leerkrachten aangaven dat er veel en systematisch aandacht voor de begeleiding van de leerlingen was. De uitkomsten staan in tabel 9.8.

Beschouwingen

Er waren van 45.644 leerlingen op 236 basisscholen gegevens over het verzuim in de eerste 5 maanden van het schooljaar. De leerlingen waren gelijkmatig over onder-, midden- en bovenbouw verdeeld. Er waren gegevens van 48% jongens en 52% meisjes. Ongeveer 40% van de kinderen had niet verzuimd.

Verzuim in het basisonderwijs is meestal verzuim door ziekte^{1,2}. Het vermoeden bestaat dat frequenter en langduriger verzuim in de onderbouw waarschijnlijk niet altijd met ziekte te maken heeft. Het hogere verzuim van kleuters heeft mogelijk te maken met het feit dat zij gemakkelijker thuis gehouden worden.

Het percentage kinderen dat 5 dagen of meer verzuimde was met 18% iets lager dan de percentages van 20-23% die verschillende andere onderzoekers vonden^{1,2}. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat overeenkomstig de opzet van het onderzoek er weinig basisscholen met een hoge achterstandsscore aan het onderzoek meededen.

De onderzoeksperiode (september tot en met januari) omvatte ongeveer 90 schooldagen. Ongeveer 10% (4500) van de kinderen had 4 keer of meer verzuimd. Bijna 20% (8000) van de kinderen had meer dan 5 dagen verzuimd. Deze laatste groep had dus minimaal 5% van de beschikbare schooltijd verzuimd. Dit kwam overeen met wat in ander onderzoek werd aangetroffen^{3,4}. Opvallend is, het in vergelijking met de andere maanden hogere percentage leerlingen, vooral in de onderbouw, dat in de maand januari 5 dagen of meer

Tabel 9.7 Het verzuim in de eerste 5 maanden van het schooljaar op scholen ingedeeld naar schoolgezondheidsbeleid (SGB)

Uitkomstmaat	F	Sign F	R2	Gemiddelde van de basisscholen	
				zonder SGB	met SGB
Aantal dagen verzuim	14,9	0,000	0,00	2,3	2,5
Frequentie van het verzuim	11,5	0,001	0,00	1,3	1,4
Aantal dagen verzuim van de leerlingen die verzuimd hebben	11,9	0,001	0,01	3,8	4,0
Frequentie van het verzuim van de leerlingen die verzuimd hebben	8,4	0,004	0,01	2,1	2,2
Gemiddelde verzuimduur per keer van de leerlingen die verzuimd hebben	14,2	0,000	0,00	1,8	1,9

Tabel 9.8 Het verzuim in de eerste 5 maanden van het schooljaar op scholen ingedeeld naar Zorgactiviteiten

Uitkomstmaat	F	Sign. F	Gemiddelde van de basisscholen		
			weinig Zorg	gemiddeld Zorg	veel Zorg
Aantal dagen verzuim	5,21	,006	2,47	2,34	2,33
Frequentie van het verzuim	0,16	n.s.	1,34	1,33	1,32
Aantal dagen verzuim van de leerlingen die verzuimd hebben	0,97	n.s.	3,89	3,83	3,80
Frequentie van het verzuim van de leerlingen die verzuimd hebben	4,10	,017	2,18	2,16	2,10
Gemiddelde verzuimduur van de leerlingen die verzuimd hebben	2,61	,005	1,81	1,76	1,75

verzuimde. Mogelijk heeft dit met andere zaken dan met ziekte te maken. Hiervoor is echter meer onderzoek nodig.

Leerlingen van groep 8 met een of meer chronische ziekten zoals astma, bronchitis, epilepsie of diabetes bleken significant meer dagen en vaker te verzuimen dan kinderen zonder chronische ziekten. Het verzuim per keer is van de kinderen niet langer. Het grotere aantal verzuimdagen werd dus verklaard door frequenter verzuim.

Ook het psychische welbevinden is een belangrijke factor in de mate van verzuim. Uit ander onderzoek bleek dat sommige kinderen met chronische ziekten weinig verzuimden en dat kinderen die het niet leuk vonden op school lichamelijk ongemak snel als reden aangaven voor verzuim^{5,6}. Daarom is ook de relatie tussen schoolbeleving en verzuim bij de leerlingen van groep 8 onderzocht. Er bleek echter geen significant verband aanwezig tussen de frequentie van het verzuim en de schoolbeleving. Ook de gemiddelde verzuimduur van leerlingen die verzuimd hadden verschilde niet significant tussen de groepen.

Er bleek op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid significant meer verzuim te zijn dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid. Dit gold zowel voor het gemiddelde aantal dagen als voor de gemiddelde frequentie. Ook de gemiddelde verzuimduur is significant hoger. Dit wil dus zeggen dat het hogere aantal dagen samenhang met zowel een hogere verzuimfrequentie als een gemiddeld langere verzuimduur.

Het is onwaarschijnlijk dat er sprake was van een betere registratie van het verzuim, omdat scholen met schoolgezondheidsbeleid zich niet van andere scholen onderscheidden door meer en betere afspraken over verzuim.

Een verklaring voor het grotere verzuim op scholen met schoolgezondheidsbeleid zou kunnen zijn dat er op scholen met schoolgezondheidsbeleid meer leerlingen met gezondheidsproblemen zitten. Er was echter, zoals in hoofdstuk 7 is gerapporteerd, weinig samenhang tussen Schoolgezondheidsbeleid en een aantal indicatoren voor gezondheidsachterstand. De achterstandscore van de school, het percentage leerlingen met een moeder met een lage opleiding, het percentage leerlingen met beide ouders geboren in het buitenland en het percentage slecht presterende leerlingen hingen niet samen met Schoolgezondheidsbeleid. De verklaring kan daarom alleen juist zijn wanneer verzuim een betere indicator voor een slechte gezondheidstoestand van de leerlingen dan de andere genoemde indicatoren is en verzuim voor een school wel aanleiding voor Schoolgezondheidsbeleid is maar niet voor activiteiten direct gericht op het terugdringen van verzuim. Dit spoort met wat in het vooronderzoek in de interviews aangetroffen is. De directeuren benaderden de lichamelijke gezondheid van de leerlingen afstandelijk. Zij vonden dat opsporing en behandeling vooral een verantwoordelijkheid van de ouders en de ge-

zondheidszorg was. Op scholen met schoolgezondheidsbeleid zijn er dus waarschijnlijk meer leerlingen met gezondheidsproblemen, maar de school heeft weinig directe invloed op het verzuim en probeert dat ook niet. Scholen gaan dan wel over tot schoolgezondheidsbeleid, omdat er veel leerlingen met gezondheidsproblemen zijn, maar richten hun activiteiten niet direct op het terugdringen van het verzuim. Waar leerkrachten wel verantwoordelijkheid namen door systematische zorgactiviteiten werd door de leerlingen die verzuimd hebben wel significant minder frequent en gemiddeld minder lang per keer verzuimd. Wat zou betekenen dat directeuren en leerkrachten er van overtuigd zouden moeten worden dat zij wel invloed op het verzuim van hun leerlingen konden hebben.

Literatuur

1. Bisscheroux PLFA, Tj Groendijk, W Hesseling. CARA bij kinderen: een beschrijvend onderzoek naar luchtwegklachten, medische consumptie en schoolverzuim bij 7-8 en 11-12 jarige kinderen op de Zuidhollandse Eilanden. Spijkenisse: GGD Zuidhollandse Eilanden, 1993.
2. Spee-van der Wekke J, JF Meulmeester, WP Herngreen, AGC Vogels, JJ Radder, Y Schalk-van der Weide. Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg. PGO-peiling 1991-1992. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1994.
3. Bisscheroux PLFA. Persoonlijke mededeling. Spijkenisse: GGD Zuidhollandse Eilanden, 1995.
4. Kaptein-Holmann MP, Stoel-Copper MC. Onderzoek naar de oorzaken en de structuur van schoolverzuim op de lager school. T.Soc.Gezondheidsz. 1985, 63: 144-148.
5. Weitzman M. Schoolabsence rates as outcome measures in studies of children with chronic illness. J Chron Dis 1986, 39 (10): 799-808.
6. Berg I. Absence from School and Mental Health. British Journal of Psychiatry 1992, 161: 154-166.
7. Nourisis MJ. SPSS for Windows. Advanced statistics. Release 6.0. Chicago: SPSS Inc., 1993.

Samenvatting

Basisscholen en Schoolgezondheidsbeleid

Inleiding

Aanleiding voor het onderzoek waren de investeringen die GGD-en sinds 1990 deden om basisscholen bij schoolgezondheidsbeleid te ondersteunen. De invoering van deze nieuwe werkwijze riep de vraag op of het doel van de ondersteuning, schoolgezondheidsbeleid, zinvol was. Er was daarom behoefte aan een evaluatie van de effecten van Schoolgezondheidsbeleid op de gezondheid van leerlingen.

Schoolgezondheidsbeleid konden basisscholen ook zonder steun van GGD-en ontwikkeld hebben, omdat de Wet op het Basisonderwijs in 1985 hen verplichtte de gezondheid van hun leerlingen te bevorderen en om hun onderwijs te systematiseren en te expliciteren in het schoolwerkplan¹. Uit onderzoek in 1992² bleek echter dat er verschillen tussen scholen waren in de manier en intensiteit waarin zij dit deden. Dit bood de mogelijkheid om te onderzoeken of de gezondheid van de leerlingen verschilde op scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid.

In hoofdstuk 1 is voor een goed begrip van schoolgezondheidsbeleid een aantal ontwikkelingen in Nederland beschreven, die de achtergrond zijn geweest waartegen schoolgezondheidsbeleid zich ontwikkeld heeft. Ook worden in dit hoofdstuk ontwikkelingen in de samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg en basisscholen beschreven, hoewel deze samenwerking in het onderzoek geen rol speelde, omdat zij de aanleiding vormden voor het onderzoek. Er is echter niet onderzocht op welke wijze en met welke ondersteuning basisscholen schoolgezondheidsbeleid ontwikkeld hebben.

Hoofdstuk 2 begint met een beschrijving van de verplichtingen van een basisschool op het terrein van gezondheidsbevordering en van het begrip schoolgezondheidsbeleid, gevolgd door wat er bekend is over hoe kinderen gezond gedrag aanleren en wat er bekend is over effecten van gezondheid bevorderende programma's in het basisonderwijs. Het hoofdstuk eindigt met de onderzoeksvragen.

In hoofdstuk 3 wordt een literatuur studie beschreven naar de invloed van gezondheid op het presteren van kinderen op school. Deze studie is uitgevoerd om te onderzoeken in hoeverre basisscholen zelf profijt zouden hebben van gezondheid bevorderende activiteiten bij de leerlingen.

Hoofdstuk 4, 5 en 6 betreffen de vooronderzoeken die zijn gedaan. Hoofdstuk 4 beschrijft de interviews gehouden met schooldirecteuren om te bepalen of scholen ook echt in de praktijk van elkaar verschillen in schoolgezondheidsbeleid. Hoofdstuk 5 gaat over de ontwikkeling van vragenlijsten om in het

hoofdonderzoek schoolgezondheidsbeleid op een eenvoudige manier te kunnen meten. Daarnaast is een vragenlijst ontwikkeld om de schoolpraktijk van gezondheidsbevordering te kunnen bepalen. Hoofdstuk 6 is de beschrijving van de ontwikkeling van de vragenlijst voor leerlingen van groep 8 waarmee de uitkomstmaten gemeten konden worden.

In de hoofdstukken 7, 8 en 9 wordt het hoofdonderzoek beschreven. Hoofdstuk 7 beschrijft de onderzoeksopzet en de onderzoeksgroep. Hoofdstuk 8 geeft de resultaten van metingen in groep 8 en in hoofdstuk 9 worden de resultaten met betrekking tot het verzuim in alle jaargroepen weergegeven.

Schoolgezondheidsbeleid

Op school zijn op vijf verschillende terreinen gezondheidbevorderende activiteiten mogelijk³:

1. zorg voor de lichamelijke gezondheid van de leerlingen
2. zorg voor de sociaal-emotionele gezondheid van de leerlingen
3. gezondheidseducatie
4. zorg voor een in psychosociaal opzicht veilige en gezonde omgeving
5. zorg voor een veilige en gezonde materiele omgeving.

Het is van belang dat gezondheid niet alleen in de les aandacht krijgt, maar ook in de rest van de activiteiten. Als bijvoorbeeld in een les voorlichting over hygiëne wordt gegeven en de sanitaire voorzieningen zijn onvoldoende, kan er geen positief effect op het gedrag van de leerlingen verwacht worden. Ook samenhang in aanpak tussen de groepen is van belang. Als in de ene groep gezondheidsbevordering planmatig aandacht krijgt en in de andere niet, is dat op zijn minst verwarrend voor de leerlingen. Een dergelijke brede en samenhangende aanpak van gezondheidbevordering kan alleen bereikt worden door afspraken op schoolniveau, dus door schoolbeleid.

Zoals valt af te leiden uit het woord wordt schoolgezondheidsbeleid gekenmerkt door een beleidsmatige aanpak. Hiermee wordt bedoeld dat een school op de hierboven genoemde terreinen

- doelen heeft uitgewerkt
- afspraken heeft over de activiteiten
- planmatig gegevens verzamelt over de gezondheidssituatie van zijn leerlingen
- planmatig reageert op situaties op school die de gezondheid van de leerlingen bedreigen
- de activiteiten regelmatig evalueert
- prioriteit geeft aan de activiteiten³.

Wanneer een school gezondheidsbevordering planmatig aanpakt maar weinig prioriteit geeft, vallen er ook weinig effecten bij leerlingen te verwachten.

Vraagstellingen

De algemene vraagstelling van het onderzoek was of er gezondheidsverschillen waren tussen leerlingen van basisscholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid. De onderzoeksvragen waren de volgende:

1. Hebben leerlingen van groep 8 meer algemene gezondheidskennis, een positievere gezondheidsattitude en rapporteren zij meer verantwoordelijk gedrag en persoonlijke verzorging op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?
2. Beleven leerlingen van groep 8 de school positiever, worden zij minder gepest en rapporteren zij een betere psychosomatische gezondheid (minder psychosomatische klachten) op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?
3. Rapporteren leerlingen van groep 8, terwijl zij wel op school zijn, minder verzuim van bepaalde lessen door gezondheidsproblemen op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?
4. Verzuimen leerlingen van alle jaargroepen minder op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid dan op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid?

Methode

Onderzoekopzet

Er is gekozen voor observationeel, transversaal onderzoek⁴, hoewel bij een dergelijke opzet van gevonden verbanden niet aantoonbaar is dat deze causaal zijn. Verschillende redenen maken experimenteel, longitudinaal onderzoek niet uitvoerbaar. Schoolgezondheidsbeleid is een interventie gedurende 8 jaren, vanaf groep 1 tot en met groep 8 van de basisschool³. In een zo lange periode zijn omstandigheden en omgevingsinvloeden niet onder controle te houden. Metingen aan het begin van de basisschool laten zich ook slecht vergelijken met metingen bij groep 8 leerlingen. Toewijzing aan de experimentele of controleconditie kan ook niet op individueel niveau plaats vinden, omdat het leerlingen binnen een school niet van elkaar gescheiden te zijn. Tot slot zou uitval in een dergelijke lange periode aanzienlijk zijn, gezien de huidige grote mobiliteit van

gezinnen. Bovendien is er nu behoefte aan inzicht in de effecten van schoolgezondheidsbeleid, omdat GGD-en in de ondersteuning hiervan investeren.

De gekozen onderzoeksopzet bracht wel met zich mee dat maar voor een beperkt aantal verstorende variabelen gecorrigeerd kon worden. Op dit punt wordt teruggekomen als bij de bespreking van de resultaten alternatieve verklaringen aan de orde komen.

Onafhankelijke variabelen

De basisscholen zijn ingedeeld in scholen met en zonder Schoolgezondheidsbeleid. Dit gebeurde met een lijst met stellingen die aan de directeurs was voorgelegd. De stellingen hadden betrekking op de vijf bovengenoemde activiteitenterreinen. Deze lijst is in het vooronderzoek gevalideerd met behulp van interviews met 78 schooldirecteurs. Dit is in de hoofdstukken 4 en 5 beschreven.

Het onderwijsproces vindt echter uiteindelijk in de klas plaats. Het schoolbeleid schept daarvoor slechts de condities⁵. Ook neemt een directeur een andere positie in de school in dan een leerkracht. Zijn oriëntatie is daardoor anders dan die van de leerkracht. Hij zal bijvoorbeeld meer gepreoccupeerd zijn met de regelgeving van de overheid, terwijl de leerkrachten vooral aandacht hebben voor de leerlingen in de klas. Deze leerlingen stellen hun eigen eisen die niet hoeven overeen te stemmen met wat op beleidsniveau bedacht is. Daarom zijn de basisscholen naast beleidsmatig ook ingedeeld naar de praktijk van Planmatige Gezondheidsbevordering. Hiervoor is een vragenlijst voor leerkrachten gebruikt. In deze vragenlijsten werden stellingen en situatiebeschrijvingen aan de leerkracht voorgelegd. Deze vragenlijst is in hoofdstuk 5 beschreven.

Effectmaten

De effectmaten bij de leerlingen van groep 8 waren gezondheidskennis, gezondheidsattitude, verantwoordelijk gedrag, persoonlijke verzorging, schoolbeleving, gepest worden, lesparticipatie en psychosomatische gezondheid. Hiervoor zijn door GGD-medewerkers klassikaal vragenlijsten afgenomen. De uitkomstmaten zijn in hoofdstuk 6 beschreven. Daarnaast is met vragenlijsten voor groepsleerkrachten het verzuim van leerlingen in alle jaargroepen in de eerste vijf maanden van het schooljaar bepaald.

Ook is de invloed van schoolgezondheidsbeleid bij een aantal subgroepen van leerlingen van groep 8 waarbij gezondheidswinst te verwachten was, onderzocht. De eerste subgroep bestond uit leerlingen met één of meer chronische ziektes. De tweede groep waren leerlingen met een moeder met een lage opleiding, en de laatste groep bestond uit leerlingen van wie beide ouders buiten Nederland geboren waren.

Analysemethode

De gegevens van de leerlingen van groep 8 zijn geanalyseerd met multivariate variantie analyse⁶. Er is gecorrigeerd voor het prestatieniveau van de leerling, de achterstandsscore van de school en de schoolgrootte. Deze variabelen hingen met de uitkomstmaten samen. Daarom is hiervoor gecorrigeerd om het effect van de schoolindeling zo zuiver mogelijk te kunnen schatten. Deze analyses zijn in hoofdstuk 8 beschreven.

De verzuimgegevens van leerlingen in alle jaargroepen zijn geanalyseerd met variantie analyse⁶. Ook nu is er gecorrigeerd voor achterstandsscore en schoolgrootte. De verzuimanalyses staan in hoofdstuk 9.

Onderzoekspopulatie

De gegevens zijn door medewerkers van 25 GGD-en op 251 basisscholen verspreid over het land verzameld.

Van deze basisscholen hadden 52 (21%) schoolgezondheidsbeleid. Inge-deeld naar Gezondheidsbevordering hadden 70 scholen (28%) een hoge score, 112 (45%) een gemiddelde score en 69 (27%) een lage score. Tussen de twee in-delingen was weinig samenhang. Er waren slechts 8% van de 251 basisscholen die zowel op schoolgezondheidsbeleid als op Planmatige Gezondheidsbevor-dering hoog scoorden. Slechts 21 (8%) scholen hadden zowel Schoolgezond-heidsbeleid als een hoge score op Planmatige Gezondheidsbevordering.

Overeenkomstig de opzet hadden de meeste scholen meer dan 200 leer-lingen en een lage achterstandsscore. De leerkrachten waren zoals te verwach-ten overwegend vrouwelijk. Zij hadden vrij veel onderwijservaring en de meeste waren meer dan 5 jaar aan de school verbonden.

Over het geheel genomen bestond de onderzoeksgroep dus zoals ook de bedoeling was uit modale, over het algemeen gezonde Nederlandse leerlingen op modale Nederlandse scholen.

De analyses in groep 8 zijn uitgevoerd bij 4494 leerlingen. In de analyses zijn alleen leerlingen opgenomen die langer dan 3 jaar op de school zaten, om te voorkomen dat gedrag dat op een andere school geleerd was de resultaten zou verstoren.

De leerlingen waren overwegend van Nederlandse origine. Er deden iets meer meisjes dan jongens mee. De meeste leerlingen presteerden volgens de eigen leerkracht redelijk tot goed. De leerkracht schatte de opleiding van de moeder bij 38,8% van de leerlingen laag in, bij 35,5% leerlingen gemiddeld en bij 14,3% hoog. Het percentage moeders met een laag opleidingsniveau lijkt hoog, maar er zijn geen referentiegegevens beschikbaar. Van de leerlingen meldde 22% een of meer chronische ziekten, meestal aandoeningen van de

luchtwegen zoals astma en chronische bronchitis. Dit komt overeen met wat Hirasing⁷ in 1995 meldde. Bij 7,8% van de leerlingen waren beide ouders buiten Nederland geboren.

Van 236 basisscholen waren er gegevens over het verzuim van 45.644 leerlingen. Deze leerlingen waren vrij gelijkmatig over onderbouw, middenbouw en bovenbouw verdeeld. Bovendien konden de verzuimgegevens van 2900 leerlingen van groep 8 gekoppeld worden aan hun gegevens over chronische ziekten en schoolbeleving.

Resultaten

Effecten van Schoolgezondheidsbeleid en van Planmatige Gezondheidsbevordering

Wat in het vooronderzoek bij de interviews opviel was dat als een school beleidsmatig en met prioriteit activiteiten op een van de vijf bovengenoemde terreinen uitvoerde dat niet betekende dat men activiteiten op een ander activiteitenterrein beleidsmatig en met prioriteit aanpakte. Hieruit kan afgeleid worden dat de samenhang tussen de verschillende terreinen door veel scholen nog niet onderkend wordt.

Op scholen met schoolgezondheidsbeleid beleefden de leerlingen de school positiever, maar waren er geen andere effecten aantoonbaar. Bovendien bleek er op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid in alle jaargroepen significant meer verzuim. Dit gold zowel voor het gemiddelde aantal dagen als voor de gemiddelde frequentie. Ook de gemiddelde verzuimduur was significant langer. Het grotere aantal dagen hing dus zowel met een hogere verzuimfrequentie als een gemiddeld langere verzuimduur samen.

Uitgaande van 'Planmatige Gezondheidsbevordering' waren er ook na correctie voor achterstandsscore en schoolgrootte bij leerlingen van groep 8 meer significante effecten. Dit geldt voor de effectmaten gezondheidskennis, gezondheidsattitude, verantwoordelijk gedrag, persoonlijke verzorging, schoolbeleving en psychosomatische gezondheid. Leerlingen op scholen met een hoge Planmatige Gezondheidsbevordering score, dus waar veel leerkrachten aangeven dat zij gezondheid bevorderende activiteiten prioriteit gaven en deze planmatig uitvoerden, scoorden significant hoger dan de leerlingen op scholen met een lage score. De verschillen waren echter in de orde van grootte van tweetiende standaarddeviatie, dus klein.

Op scholen met een hoge Planmatige Gezondheidsbevordering score waren er geen significante verschillen in verzuim, maar op basisscholen waar veel en systematisch aandacht was voor de begeleiding van de leerlingen was, verzuimden de verzuimders wel significant minder lang.

Effecten van Schoolgezondheidsbeleid en van Planmatige Gezondheidsbevordering bij enkele subgroepen

Tussen scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid waren er bij de meeste uitkomstmaten in groep 8 geen significante verschillen bij leerlingen met een of meer chronische ziekten, leerlingen met een laag opgeleide moeder en leerlingen van wie beide ouders buiten Nederland waren geboren. Het enige opvallende was dat op scholen met schoolgezondheidsbeleid leerlingen met een of meer chronische ziekten en leerlingen met laag opgeleide moeders een minder positieve gezondheidsattitude hadden.

Op scholen met een hoge score Planmatige Gezondheidsbevordering beleefden leerlingen met een of meer chronische ziekten de school significant beter. Op deze scholen rapporteerden leerlingen van laag opgeleide moeders naast een positievere schoolbeleving, ook meer gezond gedrag.

Beschouwingen

Zoals aangegeven was het doel van het onderzoek te evalueren of Schoolgezondheidsbeleid meer effecten had op het gezonde gedrag van de leerlingen dan een ongestructureerde aanpak van gezondheidsbevordering. In onderzoek naar de invloed van school op het leren van kinderen kan in het gunstigste geval 15% van de variantie verklaard worden door klas- en schoolkenmerken⁸. De prestaties van leerlingen op school hangen vooral samen met de aanleg en de thuisomgeving⁸. Hoge verwachtingen van schoolgezondheidsbeleid op de basisschool zouden daarom irreëel zijn, maar de analyses lieten alleen een effect op de schoolbeleving zien. De gezondheid van leerlingen van groep 8 op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid verschilde verder niet significant van die van leerlingen op basisscholen zonder schoolgezondheidsbeleid. Een hoge score op gezondheidsbevordering, dat wil zeggen een bottom-up ontwikkeld, breed gedragen gezondheid bevorderend schoolklimaat had meer effecten maar deze waren klein.

Mogelijke verklaringen hiervoor passeren hierna de revue.

Plafondeffecten

Het is niet aannemelijk dat schoolgezondheidsbeleid geen aantoonbaar effect had omdat in de steekproef vooral leerlingen zaten die niet nog gezonder konden worden (plafondeffecten). De scores op leerlingniveau waren weliswaar vrij scheef verdeeld, maar op schoolniveau was er een normale spreiding. Bovendien was er in groepen waarin verwacht kon worden dat verbetering mogelijk was, ook geen effect van schoolgezondheidsbeleid zichtbaar. Leer-

lingen met een laag opgeleide moeder noch leerlingen van wie beide ouders buiten Nederland geboren waren verschilden van elkaar op scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid. Dit gold ook voor leerlingen met een of meer chronische ziekten als astma, diabetes of epilepsie. Het was juist opvallend dat leerlingen met een chronische ziekte en leerlingen met een laag opgeleide moeder op scholen met schoolgezondheidsbeleid een negatievere gezondheidsattitude hadden. Dit kwam mogelijk omdat zij zich op scholen met schoolgezondheidsbeleid meer bewust van hun gezondheidsachterstand waren.

Confounding by indication

Gezondheidsachterstand op basisscholen met schoolgezondheidsbeleid zou theoretisch een verklaring kunnen zijn voor het ontbreken van de verwachte effecten (confounding by indication). Basisscholen met schoolgezondheidsbeleid zouden er dan juist in geslaagd zijn de gezondheidsachterstand van de leerlingen weg te werken. Er was echter weinig samenhang tussen schoolgezondheidsbeleid en een aantal indicatoren voor gezondheidsachterstand zoals de achterstandsscore van de school, het percentage leerlingen met een moeder met een lage opleiding, het percentage leerlingen met beide ouders geboren in het buitenland en het percentage slecht presterende leerlingen. Daarentegen was er wel meer ziekteverzuim op scholen met schoolgezondheidsbeleid. Het is onwaarschijnlijk dat dit laatste te verklaren is door een betere registratie van het verzuim, want scholen met schoolgezondheidsbeleid onderscheidde zich niet van andere scholen door meer afspraken over verzuim. Een betere verklaring lijkt te zijn dat er op scholen met schoolgezondheidsbeleid meer leerlingen met gezondheidsproblemen zitten. Verzuim is een betere indicator voor een slechte gezondheidstoestand van de leerlingen dan de andere genoemde indicatoren en wanneer verzuim voor een school wel aanleiding voor schoolgezondheidsbeleid is maar niet voor activiteiten direct gericht op het terugdringen van verzuim spoort dit met wat in het vooronderzoek in de interviews gevonden is. Scholen proberen in het algemeen niet invloed te hebben op verzuim door ziekte. Dit bleek in de interviews met basisschooldirecteuren in het vooronderzoek. Zij benaderden de lichamelijke gezondheid van de leerlingen afstandelijk en vonden dat opsporing en behandeling vooral een verantwoordelijkheid van de ouders en de gezondheidszorg was. Wanneer dit juist is, zijn er op scholen met Schoolgezondheidsbeleid wel meer leerlingen met gezondheidsproblemen. Scholen ontwikkelen dan schoolgezondheidsbeleid vanwege geconstateerde gezondheidsproblemen die zich onder andere uiteten in een hoger verzuim bij de leerlingen, maar zij richten hun activiteiten niet direct op het terugdringen van het verzuim, omdat basisscholen dat over het algemeen niet tot hun verantwoordelijkheid rekenen.

Dat school wel invloed op verzuim kan hebben blijkt uit het feit dat waar leerkrachten wel verantwoordelijkheid nemen door systematische zorgactiviteiten de verzuimers gemiddeld minder lang per keer verzuimen. Dit zou betekenen dat directeuren en leerkrachten er van overtuigd moeten worden dat zij wel invloed op het verzuim van hun leerlingen kunnen hebben.

Verzuim hangt directer samen met gezondheidsproblemen dan de andere genoemde indicatoren voor gezondheidsachterstand van leerlingen. Het valt daarom niet uit te sluiten dat een slechtere gezondheidssituatie van de leerlingpopulatie op de scholen met schoolgezondheidsbeleid het ontbreken van effecten van schoolgezondheidsbeleid verklaart.

Onvoldoende implementatie van het beleid

Een andere goede verklaring voor het ontbreken van effecten zou het ontbreken van een goede uitvoering van het schoolbeleid kunnen zijn.

Schoolgezondheidsbeleid kan op landelijk niveau alleen in zeer ruime termen en op een hoog abstractieniveau beschreven worden. Overeenkomstig de grondwet kan elke school zijn onderwijs naar eigen inzicht inrichten. Zelfs het vaststellen van landelijke eindtermen is al een hele stap. Er kunnen geen specifieke onderwijsactiviteiten aan basisscholen worden voorgeschreven. Hierop is ook schoolgezondheidsbeleid gebaseerd. Er wordt vanuit gegaan dat het schoolteam in staat is zelf te bepalen welke gezondheid bevorderende activiteiten in hun situatie het beste zijn. De enige eis die schoolgezondheidsbeleid stelt is dat gezondheidsbevordering prioriteit krijgt en beleidsmatig wordt uitgevoerd. Inhoud en uitvoering van de gezondheidsbevordering kunnen daardoor tussen scholen verschillen, terwijl er wel sprake is van schoolgezondheidsbeleid.

Voor het indelen van scholen is voor het beleidsniveau gekozen omdat het van belang is dat niet alleen in de les, maar ook in de rest van de activiteiten op school aandacht aan gezondheid wordt besteed. Als bijvoorbeeld in de klas over de nadelige effecten van roken wordt gesproken en de leerkrachten staan op het schoolplein te roken, kan er geen effect van de lessen verwacht worden. Ook is samenhang tussen de jaargroepen van belang. Als in de ene jaargroep gezondheidsbevordering wel planmatige aandacht zou krijgen en in de andere niet, is dat op zijn minst verwarrend voor de leerlingen. Een dergelijk brede aanpak van gezondheidbevordering op school kan alleen gegarandeerd worden door afspraken op schoolniveau, dus door schoolgezondheidsbeleid.

Vanwege het ontbreken van een concrete set van criteria om scholen naar schoolgezondheidsbeleid in te delen zijn er tijdens het vooronderzoek interviews met basisschooldirecteuren gehouden. Van hen werd verwacht dat zij het beste wisten wat het beleid op de school was. Deze gegevens vormden de basis

van de verder in het onderzoek gebruikte indeling. Er was dus sprake van een indeling in schoolgezondheidsbeleid op beleidsniveau gebaseerd op de perceptie van de directeur. Zijn waarneming bleek echter op veel scholen niet overeen te stemmen met wat de leerkrachten aangaven dat zij in de praktijk deden. Er waren weinig (8%) basisscholen die hoog scoorden op zowel schoolgezondheidsbeleid als op Planmatige Gezondheidsbevordering. Er bleek ook dat als scholen naar schoolgezondheidsbeleid met een vragenlijst voor directeuren werden ingedeeld, de scholen met en zonder schoolgezondheidsbeleid nauwelijks van elkaar verschilden in de wijze waarop de leerkrachten gezondheidsbevordering vorm gaven. De verschillen die er waren hadden vooral betrekking op afspraken in het schoolteam over leerlingen met gezondheidsproblemen. Bij andere items scoorden basisscholen met Schoolgezondheidsbeleid niet significant anders. Dit geeft aan dat het op beleidsniveau gemaakte onderscheid slechts op klasoverstijgende zorgactiviteiten in de praktijk is terug te vinden. Leerkrachten gedroegen zich in de praktijk anders dan wat volgens de directeur in het beleid was afgesproken. Het ontbreken van aantoonbare effecten zou heel goed hierdoor verklaard kunnen worden.

Effecten van de schoolpraktijk van Planmatige Gezondheidsbevordering

In onderwijsonderzoek blijkt op school het klasniveau het belangrijkste voor de ontwikkeling van de leerling. Daar vindt de interactie met het kind het meest intensief plaats. Het schoolbeleid schept de voorwaarden op klasniveau als het gaat om de kwaliteit van de instructie, de tijd voor het leren en de gelegenheid om te leren⁸. Toegepast op gezondheidsbevordering betekent dit dat wat in de klas gebeurt hetgeen is wat invloed heeft op de gezondheid van de leerlingen. Met ander woorden, wat echt zou tellen zijn de gezondheid bevorderende activiteiten van de leerkrachten. Daarom zijn in het onderzoek de basisscholen naast de beleidsmatige indeling ook ingedeeld naar wat de leerkrachten aangaven dat zij aan gezondheidsbevordering deden. Een basisschool had een hoge score als veel leerkrachten op een school voorrang en systematisch aandacht gaven aan gezondheidsbevordering. Er was dan een breed, bottom-up ontwikkeld gezondheid bevorderend schoolklimaat. Iets wat in kleine organisaties als een basisschool niet ondenkbaar is. Zij worden gekenmerkt door een platte organisatie, waarin onderwijsgeven een grote beslissingsvrijheid hebben en vrij zelfstandig werken. Er zijn ook gemakkelijk informele contacten mogelijk waardoor op de werkvloer samenhang in aanpak kan ontstaan. Ook lang niet alles is formeel vastgelegd.

De analyses gebaseerd op deze indeling lieten een aantal significante resultaten in de veronderstelde richting zien. Leerlingen op basisscholen met een hoge leerkrachtenscore hadden een significant positievere score op gezond-

heidskennis, gezondheidsattitude, persoonlijke verzorging, verantwoordelijk gedrag, schoolbeleving en psychosomatische gezondheid.

Geringe omvang van de effecten

Maar ook al waren er significante resultaten, er werd in absolute zin weinig variantie in de gemeten leerlinguitkomsten verklaard en de verschillen tussen scholen die hoog en die laag scoorden waren ongeveer 0,1 van de standaarddeviatie van het algemeen gemiddelde, dus gering. Dit kan waarschijnlijk verklaard worden door een te gering aan een specifiek onderwerp besteedde aantal lesuren en een aanpak van gezondheidseducatie die niet op de juiste theoretisch gronden gebouwd is.

Voor het verklaren van hoe kinderen op school leren wordt in Nederland vaak het onderwijsmodel van Creemers en Reezigt⁵ gebruikt. Voor dit model vormen leertheorieën de basis. Deze theorieën maken een onderscheid tussen de kwaliteit van instructie en de tijd voor de leertaak. Bij tijd voor de leertaak wordt een onderscheid gemaakt in aangeboden tijd, beschikbare tijd en gebruikte tijd. Het laatste hangt onder andere samen met motivatie. De kwaliteit van instructie wordt onder andere onderverdeeld in de kwaliteit van curricula en adequaat gedrag van de leerkracht. Deze elementen komen overeen met wat in onderzoek naar effecten van gezondheidseducatie als de twee belangrijkste verklaringen voor geringe of afwezige effecten worden aangewezen, namelijk te weinig tijd en een niet goed onderbouwde of verkeerd gebruikte lesmethode.

Zo bleek uit Amerikaans onderzoek^{9, 10} dat er een relatie was tussen het aantal uren besteed aan gezondheidseducatie en de beoogde effecten. Effecten op kennis traden pas op na minimaal 25 uur besteed aan een onderwerp. En dan nog pas als het programma goed volgens de opzet was uitgevoerd. Effecten op attitude en gedrag vergden nog veel meer lesuren. Wanneer basisscholen echter per week een half tot een heel uur aan specifieke gezondheidslessen zouden besteden, zou dat per jaar 20 tot 40 uren zijn. In de gehele schoolperiode zijn dat dan 160 tot 320 uren. Het is bovendien op een basisschool onvermijdelijk dat naast deze gezondheidslessen op tal van andere momenten aan gezondheid gerelateerde onderwerpen aan bod komen. Dit zou betekenen dat, wanneer dit op een goed onderbouwde manier gebeurt, er in de 8 basisschooljaren ruim voldoende tijd is om een aantal specifieke effecten te bereiken.

Uit het hiervoor genoemde onderzoek^{9, 10} bleek ook dat gezondheidseducatieve programma's die effecten hadden waren gebaseerd op de theorie van sociaal leren. Deze theorie veronderstelt dat kinderen sociaal gedrag vooral in de sociale context leren door observatie en imitatie¹¹. Voor zover bij de onderzoekers bekend zijn er echter in Nederland voor het basisonderwijs geen gezondheidseducatieve lesmethoden die van deze theorie uitgaan. Het is daar-

om heel waarschijnlijk dat het ontbreken van grote effecten bij leerlingen verklaard wordt door het ontbreken van adequate methoden voor het basis-onderwijs.

Aanbevelingen

Aanbeveling 1: ontwikkel schoolgezondheidsbeleid verder

De basisschool zou in de leeftijdsfase van 4 tot 12 jaar een belangrijke rol in het bevorderen van gezond gedrag van kinderen moeten spelen. Kinderen verblijven minimaal 7500 uren op de basisschool en daar gebeuren allerlei zaken die hun gezondheid beïnvloeden. Het is als maatschappij onverstandig om de kansen die het basisonderwijs op dit terrein biedt niet te benutten. Dat is ook in het belang van de basisschool zelf, want ongezonde leerlingen kunnen niet optimaal presteren. Het is daarom nodig dat schoolgezondheidsbeleid of eigenlijk structurele, planmatige gezondheidsbevordering beter tot ontwikkeling wordt gebracht.

Beleid dat niet terug te vinden was op de werkvloer bleek geen effecten te hebben en een 'niet-beleidsmatig ontstane' gezondheidsbevorderend schoolklimaat wel, maar op de langere termijn is alleen door een beleid daadwerkelijk een structurele, eenduidige, samenhangende aanpak en een doorgaande lijn te realiseren. In kleine organisaties, wat veel basisscholen nog zijn, kan een dergelijk breed gedragen, gezondheid bevorderend klimaat weliswaar spontaan ontstaan, maar is dan te veel afhankelijk van toevalligheden als interesse en inzet van individuele leerkrachten.

Wil schoolgezondheidsbeleid effect hebben dan moet er uiteraard wel aan een aantal voorwaarden voldaan worden. Als eerste moet er landelijke overeenstemming zijn over rol en functie van de basisschool op het terrein van gezondheidsbevordering en dit moet terug te vinden zijn in de beleidskaders. Bovendien moeten scholen en leerkrachten kunnen beschikken over goed onderbouwde onderwijsmethoden en begeleidingsinstrumenten. Ook ondersteuning van de invoering van schoolgezondheidsbeleid op schoolniveau is nodig. In de volgende aanbevelingen worden deze voorwaarden uitgewerkt.

Aanbeveling 2: ontwikkel een operationeel kader

Een belangrijk knelpunt in het onderzoek was het ontbreken van een eenduidig operationeel kader voor het handelen op school. Het ontbreken van een eenduidig operationeel kader had tot gevolg dat bij het begin van het onderzoek niet duidelijk was welke activiteiten precies tot schoolgezondheidsbeleid gerekend moesten worden. Er waren ook geen concrete aanwijzingen voor keuze van gezondheidsthema's, eisen aan lesmaterialen en andere op school in te zetten

methodieken en instrumenten. De kerndoelen boden hierbij door de ruime formulering weinig houvast.

Het ontbreken van een operationeel kader maakt niet alleen wetenschappelijk onderzoek moeilijk, maar maakt ook de ondersteuning door GGD-en moeilijk omdat zij scholen slecht duidelijk kunnen maken wat er van hen verwacht wordt. Onderwijs- en gezondheidsector zouden in samenspraak aan een dergelijk kader invulling moeten geven.

Het landelijke, operationele kader zou heldere handelingsvoorschriften aansluitend bij de dagelijkse onderwijspraktijk moeten aangeven. Er zou bijvoorbeeld consensus moeten zijn over de afstemming van preventieve en pedagogische doelen en de integratie van verschillende interventies¹².

Aanbeveling 3: ontwikkel landelijk beleid ten aanzien van schoolgezondheidsbeleid

Met de voorgaande aanbeveling hangt samen dat er landelijke overeenstemming moet zijn over rol en functie van de basisschool, terug te vinden in de onderwijsbeleidskaders.

Er moet geconstateerd worden dat gezondheidsbevordering in het onderwijs landelijk niet hoog op de onderwijsagenda staat. Dit blijkt onder andere bij een beschouwing van een aantal landelijke beleidsontwikkelingen in het basisonderwijs zoals Weer Samen Naar School en zorgverbreding, sociale vernieuwing en onderwijsvoorrang, kerndoelen, budgetteringen en kwaliteitszorg in het onderwijs. Er valt in het beleid weinig oog voor specifieke gezondheidsaspecten te bespeuren, terwijl die er wel zijn. Dit wil overigens niet zeggen dat dit door onwelwillendheid gebeurt. Het is eerder het ontbreken van een gezondheidsinvalshoek. In de recente discussie over de pedagogische dimensie van het onderwijs¹³ zouden gezondheidswerkers geparticipeerd moeten hebben, maar hun stem was afwezig. Overeenstemming op landelijk niveau over de rol van basisscholen in gezondheidsbevordering zou het inbrengen van gezondheidsaspecten in het onderwijsbeleid vergemakkelijken.

Aanbeveling 4: onderzoek methodieken die in het kader van schoolgezondheidsbeleid ingezet kunnen worden

Er is geen inzicht in de effecten van gezondheidsbevordering in het basisonderwijs. In Nederland is vrijwel geen onderzoek gedaan. Het enige onderzoek had betrekking op de lesmethode 'Op je gezondheid'¹⁴. Onderzoek in Nederland naar de effecten van begeleiding van leerlingen met specifieke gezondheidsproblemen of effecten van ongezonde gewoonten op het presteren op school ontbreken volledig. Door het gebrek aan een onderzoekstraditie op dit terrein in Nederland worden nieuwe inzichten uit het buitenland ook weinig toegepast in interventies en kunnen basisscholen niet kiezen uit goed onderbouwde methodieken.

Bovendien moet niet vergeten worden dat de resultaten van effectieve gezondheidsonderwijsprogramma's na verloop van tijd afnemen¹⁰. Daarom zullen er ook nieuwe benaderingen beproefd moeten worden zoals de 'Gezondheid bevorderende school' van de WHO, ook al bleek uit een review door Lynagh¹⁵ dat het concept nog nergens op de wereld volledig is geïmplementeerd en geëvalueerd.

Zonder ontwikkeling en onderzoek van gezondheidsbevordering zal Schoolgezondheidsbeleid zich nooit kunnen ontwikkelen tot een methode die effectief gezond gedrag van leerlingen bevordert.

Aanbeveling 5: ontwikkel goed onderbouwde lesmethoden

De geringe effecten van Planmatige Gezondheidsbevordering kunnen waarschijnlijk vooral toegeschreven worden aan het ontbreken van goed onderbouwde methodieken voor het basisonderwijs. Er zijn in Nederland geen lesmethoden gezondheidsbevordering beschikbaar die gebaseerd zijn op de laatste inzichten in health promotion. Basisscholen die bereid zijn tijd te steken in gezondheidsbevordering in het algemeen en schoolgezondheidsbeleid in het bijzonder hebben daardoor geen adequate alternatieven. Positieve resultaten die in de literatuur beschreven zijn^{9, 10}, hadden alle betrekking op specifiek programma's gericht op enkele gezondheidsonderwerpen die bovendien uitgingen van de theorie van sociaal leren. Bovendien verdwenen de resultaten van effectief gebleken programma's op de langere termijn¹⁰. Een bredere aanpak is nodig. Een aanpak die niet alleen bestaat uit gezondheidsvoorlichting, maar ook gericht is op het bevorderen van de gezondheid door het scheppen van gezondheid bevorderende voorwaarden¹⁰. Het geven van lessen is in die benadering slechts een van de mogelijke strategieën. De omgeving, ook die buiten de school, speelt een rol. Lesmaterialen voor het basisonderwijs gebaseerd op deze aanpak ontbreken in Nederland.

Aanbeveling 6: stel een tijdelijk Procesmanagement 'Gezonde School' in

Naast de hierboven genoemde problemen is er het implementatieprobleem, dat wil zeggen de discrepantie tussen beleidsniveau en praktijk. Er waren maar weinig (8%) basisscholen met schoolgezondheidsbeleid die ook hoog scoorden op Planmatige Gezondheidsbevordering. Leerkrachten gedragen zich dus in de praktijk anders dan wat in het schoolbeleid is vastgelegd.

Bij schoolgezondheidsbeleid wordt er vanuit gegaan dat het schoolteam zelf het beste in staat is om te beslissen wat de meest adequate invulling van gezondheidsbevordering is. Deze benadering sluit aan bij 'de innovatiestrategie op basis van het Problem Solving-model', waarvoor de Innovatiecommissie Basisonderwijs (ICB) bij de invoering van de Wet op het Basis Onderwijs (WBO)¹⁶ heeft gekozen. In deze innovatiestrategie geldt, dat de basisschool zich moet ontwikkelen vanuit een consequente inbreng van de schoolpraktijk, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van plaats en regio, ondersteund door daartoe geëigende begeleidende instanties. Er wordt dus vanuit gegaan dat een school een zich zelf ontwikkelende en vernieuwende organisatie is, die met een minimum aan geboden steun van buitenaf in staat is zelf vorm en inhoud aan het basisonderwijs te geven. Deze grote autonomie van scholen en de sterke decentralisatie van het onderwijs maken het implementeren van landelijke inzichten extra moeilijk. Later is er wel kritiek op de grote nadruk op het 'problem-solving'-model gekomen. Er zou teveel aandacht zijn voor veranderingsprocessen en te weinig voor de inhoudelijke aspecten van de verandering. Er zijn daarom kerndoelen voor de basisschool door de centrale overheid aangegeven die de scholen een aanvullend referentiekader moeten bieden voor de invulling van de in artikel 9 van de WBO opgesomde leer- en vormingsgebieden. Dat wil echter niet zeggen dat de innovatiestrategie op wezenlijke punten wijziging gewijzigd is¹⁷. De Kerndoelen op het terrein van gezondheidsbevordering zijn zo ruim geformuleerd dat hier niet van verwacht kan worden dat deze zonder meer een heldere aanpak op school zullen bewerkstelligen. Verbetering van gezondheidsbevordering op basisscholen vergt dan ook veel eerder een persoonlijke en daardoor intensieve ondersteuning dicht bij de basisschool. Dit is overigens niet specifiek voor gezondheidsbevordering, want ook onderwijsverandering op andere terreinen blijkt iets van de lange adem te zijn¹⁸. Een aanpak die bij andere vernieuwingen in het onderwijs, zoals bij de invoering van Weer Samen naar School, stimulerend gewerkt heeft, namelijk het instellen van een tijdelijk procesmanagement, is daarom aan te bevelen.

Aanbeveling 7: onderzoek de mogelijkheden van ondersteuning door GGD-en

In het onderzoek is niet onderzocht over welke ondersteuning basisscholen op het terrein van gezondheidsbevordering hebben kunnen beschikken. Ook de rol van de GGD-en is niet onderzocht en er zijn andere organisaties denkbaar die ondersteuning zouden kunnen bieden. Maar de GGD zou gezien de taakstelling om in brede zin gezondheid te bevorderen en gezien de reeds bestaande contacten met scholen regionaal een belangrijke organisatie kunnen zijn om schoolgezondheidsbeleid te ondersteunen.

In veel Nederlandse projecten op het terrein van gezondheidsbevordering fungeren de GGD-en ook al als de regionale 'linking agents'. Ook regionale samenwerkingsverbanden op het terrein van schoolgezondheidsbeleid worden vrijwel overal gecoördineerd door GGD-en¹². Onderdeel van het implementatievraagstuk is dan ook de vraag in hoeverre GGD-en scholen kunnen ondersteunen. Beschikken GGD-en over voldoende en adequate instrumenten om de scholen te kunnen ondersteunen? Hebben GGD-en voldoende tijd en mankracht? Beschikken zij over voldoende deskundigheid om scholen te kunnen ondersteunen? Waar eindigt hun rol en wanneer moet de ondersteuning door anderen i.c. de reguliere onderwijsverzorging worden overgenomen?

Aanbeveling 8: ontwikkel nieuwe samenwerking tussen school en Jeugdgezondheidszorg

In de interviews in het vooronderzoek benaderden de directeuren de verantwoordelijkheid voor de lichamelijke gezondheid van de leerlingen afstandelijk. Zij vonden dat opsporing en behandeling een verantwoordelijkheid van ouders en gezondheidszorg was. Mogelijk speelt hierbij een rol dat er in Nederland weinig onderzoek is gedaan naar de relatie tussen gezondheid en presteren op school en naar geschikte methodieken om leerlingen met gezondheidsproblemen te begeleiden. Leerkrachten zijn zich daardoor mogelijk niet goed van bewust dat aandacht voor de gezondheid van de leerlingen in het belang van het primaire proces van de school is en dat het daarom in hun eigen belang is goede voorwaarden voor een gezonde ontwikkeling van de leerlingen te scheppen. Hieronder valt ook het signaleren van gezondheidsproblemen.

De Jeugdgezondheidszorg¹⁹ krijgt steeds minder individuele contacten met leerlingen. Het is echter onwaarschijnlijk dat scholen de signalerende functie van de Jeugdgezondheidszorg overnemen als zij van mening blijven dat de lichamelijke gezondheid van leerlingen niet bij hun verantwoordelijkheid hoort. Dit kan tot gevolg hebben dat lichamelijke gezondheidsproblemen niet meer vroeg gesignaleerd worden. Het is daarom noodzakelijk dat er een nieuw evenwicht wordt gevonden tussen scholen en Jeugdgezondheidszorg.

Literatuur

1. Minister van Onderwijs. Wet op het Basisonderwijs. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985.
2. Hoeven-van Doornum AA van. Gezondheidseducatie in het basisonderwijs. Nijmegen: ITS, 1992.
3. Pijpers FIM, Reinders J, Geffen B van, et al. GVO-Afstemmingsproject Jeugdgezondheidszorg-Basisonderwijs. Nijmegen: KU Nijmegen, 1989.
4. Meerling. Methoden en technieken van psychologisch onderzoek. Meppel: Boom, 1996.
5. Creemers BPM, Reezigt GJ. School effectiveness and school improvement: sustaining links. School Effectiveness and School Improvement. 1997; 8(4): 396-429.
6. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate data analysis. London: Prentice Hall Limited, 1998.
7. Hirasing RA, Aardoom HA, Heuvel EW van den, Sanavro FL, Leeuwenburg J. Prevalentie van door ouders gerapporteerde chronische aandoeningen bij schoolkinderen. Ned Tijdschr Geneeskunde 1995, 139 (18): 934-938.
8. Creemers BPM, Hoebe WTJG. Het denken over de inrichting van het onderwijs. In: Creemers BPM, Hoebe WTJG, Snippe J (eds.) Wat is onderwijsonderzoek waard? De Lier: Academische Boeken Centrum, 1993.
9. Resnicow K, Botvin G. School-based substance use prevention programs: why do effects decay? Preventive Medicine 1993; 22: 484-490.
10. Resnicow K, Robinson TN, Frank E. Advances and future directions for school-based health promotion research: commentary on the CATCH intervention trial. Preventive Medicine 1996, 25: 378-383.
11. Verhofstadt-Deneve L, Geert P van, Vyt A. Handboek ontwikkelingspsychologie. Grondslagen en theorieën. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
12. Paulussen Th, Panis R, Wijnsma P, Peters L. Stand van zaken schoolgezondheidsbeleid in Nederland. Woerden: NIGZ, 1998.
13. Dam G ten. De pedagogische dimensie van het onderwijs: educaties en facetten in de school. Den Haag/ Amsterdam: PMVO/UVA, 1997.

14. Weerden JJ van. Evaluatie van gezondheidseducatie. De summatieve evaluatie van 'Op je Gezondheid'. Hoogveld Instituut, Nijmegen, 1988
15. Lynagh M, Schofield MJ, Sanson-Fisher RW. School health programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature. Health Promotion International. 1997; 12(1): 43-60.
16. Innovatie Commissie Basisonderwijs. Schoolwerkplannen. Zoetermeer: ICB, 1985.
17. Gennip van J. Veranderingscapaciteiten van basisscholen. Nijmegen: ITS, 1991.
18. Lagerweij N, Haak E. Eerst goed kijken.... De dynamiek van schoolontwikkeling. Leuven- Apeldoorn: Garant, 1994.
19. Burgmeijer R, Filedt Kok T, Geenhuisen Y van. Op weg naar Volwassenheid. Evaluatie Jeugdgezondheidszorg 0-19. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1997.

Summary

Primary Schools and School Health Policy

Introduction

As of 1990, the Municipal Health Services in the Netherlands have supported primary schools in the development of School Health Policy. With the introduction of this new working method, the question arose of whether School Health Policy was indeed effective in promoting healthy behaviour. In particular, the Municipal Health Services needed an evaluation of the results of School Health Policy in primary schools since budgets were frozen and a choice between activities was required.

As of 1985, with the introduction of the Primary Education Act¹, primary schools have been obliged to 'promote healthy behaviour' and to describe explicitly and systematically the content of their teaching in their school work plan, i.e. to develop a School Health Policy. However, in 1992, Van der Hoeven² concluded that there were large differences between schools in terms of the content and intensity of health education. This provided an opportunity to study variations in student health between schools with and without structured health promotion, i.e. with and without a School Health Policy.

In chapter 1, a historical sketch is given of the development of School Health Policy in the Netherlands. Since it was renewed co-operation which led to the study, this chapter also describes the developments in co-operation between primary schools and Youth Health Care, even though primary schools could have developed School Health Policy without the help of Municipal Health Services.

Chapter 2 starts with a description of the primary schools' statutory obligations in health promotion and a description of the concept of School Health Policy. This is followed by what is known about how children learn healthy behaviour and about the results of health promotion programmes in primary education. The chapter ends with the research questions.

Chapter 3 describes a literature study relating the link between health and the academic performance of students. The study was conducted to determine whether there is any benefit for schools themselves in health promoting activities.

Chapters 4, 5 and 6 describe the preparatory studies. Chapter 4 describes a qualitative study. School principals were interviewed to determine if there were in a practical sense differences in School Health Policy. Chapter 5 relates to measuring School Health Policy using a questionnaire for principals and to measuring Health Promotion Practice using a questionnaire for teachers.

Chapter 6 presents the trial of a questionnaire for measuring health behaviour in grade 8 students.

Chapters 7, 8 and 9 present the main study. Chapter 7 describes methods and materials. Chapter 8 presents the results in grade 8. Chapter 9 is about the effect of School Health Policy on absenteeism in all grades.

School Health Policy

A school can carry out health-promoting activities in five areas:

1. care for the physical health of the students
2. care for the social and emotional development of the students
3. health education
4. care for a safe and healthy physical environment
5. care for a safe and friendly school climate³.

An important area is the combination of health education and other health-promoting activities. If, for example, lessons on hygiene were given but the sanitary facilities are inadequate, changes in student behaviour cannot be expected. In addition, the lesson content requires co-ordination. If children learn one thing with one teacher and the opposite with another, confusion is the least thing to be expected.

A school with a School Health Policy carries out activities in the above areas in a structured and planned way. This means that a school:

- has explicitly formulated his objectives
- has set out his arrangements in a school work plan
- on a systematic basis evaluates the health of his students
- systematically evaluates the physical environment and the school climate
- systematically evaluates health-promotion activities
- gives priority to health promotion.

Planned health education without any priority will also not lead to changes in children's health behaviour.

Research questions

The main study objective was to evaluate the relationship between School Health Policy and student health. The research questions were:

1. Have students in grade 8 at schools with School Health Policy more Health Knowledge, a more positive Health Attitude and do they report more

Healthy Behaviours in comparison to schools without School Health Policy?

2. Do students in grade 8 at schools with School Health Policy have more positive perceptions of school (School Wellbeing) and do they have less negative experiences at school in comparison to schools without School Health Policy?
3. Do students in grade 8 report less skipping of specific lessons at schools with School Health Policy in comparison to schools without School Health Policy?
4. Are there lower absentee rates in all grades at schools with School Health Policy in comparison to schools without School Health Policy?

Method and Material

Study design

The study design was cross-sectional. A randomised controlled trial was not possible due to the eight-year duration of the intervention. Conditions cannot be controlled during such a long period⁴. Furthermore, the results were needed as soon as possible because Municipal Health Services were investing in the support of School Health Policy.

Independent variates

Data for the classification of the schools was obtained with questionnaires.

On the basis of a questionnaire completed by principals, the primary schools were classified as schools with, and schools without, School Health Policy. The questionnaire was validated in a pilot by interviewing the school principals. Chapters 4 and 5 describe the validation process.

The teaching process, however, takes place in the classroom. School policy only creates the conditions⁵. All the teachers therefore filled in questionnaires about their health promotion activities. Schools were classified in three groups according to Planned Health Promotion Practice on the basis of these questionnaires. Chapter 5 describes the development of the teachers questionnaire.

The relationship between Planned Health Promotion Practice and School Health Policy was also studied.

Dependent variates

The data about student health in grade 8 was obtained using questionnaires. These were completed in class in the presence of a Municipal Health Service worker. Health knowledge, health attitude, healthy behaviours, school well-being, negative experiences at school and lesson-attendance were measured.

Participating students were expected to have spent at least 3 years at the school in order to exclude the possibility that they had learned the measured behaviour at another school.

Supplementary analyses were conducted on subgroups of students, namely a group of students with a chronic disease, those with a less well-educated mother and those with both parents born abroad. This was done in order to study students who could be expected to benefit from health promotion because their health was not optimal.

Analysis design

Multivariate variance analyses (MANOVA)⁷ were used to study the data for the grade 8 students. The academic performance level of the students was co-variate, because this variate correlated strongly with all result measurements. Co-factors were school size and disadvantage scores of the schools. They also correlated with the result measurements.

Data on absenteeism was analysed with variance analysis (ANOVA)⁷. Co-factors were school size and disadvantage scores of the schools.

Population studied

At 236 schools, data was obtained about absenteeism for 45,644 students. Teachers therefore completed registration forms. The figures were spread equally over the infant, the intermediate and the junior department. It was possible to link the absenteeism data for 2900 students in grade 8 with the data from the grade 8 questionnaire.

Doctors and nurses at 25 Municipal Health Services collected the data. To be included, the primary schools had to have less than 10% of students from ethnic minorities and they had to have 200 students or more. The first criterion was used to exclude culturally defined differences in health behaviour. The other criterion was used to ensure that a school had enough grade 8 students. Most schools in the study met these criteria. The primary schools were spread over the Netherlands.

The researchers received the principal questionnaire from 251 schools. Only 52 (21%) schools were classified as schools with School Health Policy.

Schools were classified according to Health Promotion Practice on the basis of the teacher questionnaires and divided in three groups: 70 (28%) schools with a high score, 112 (45%) schools with an average score and 69 (27%) schools with a low score.

There was a discrepancy between School Health Policy and Planned Health Promotion Practice. Only 8% of the schools achieved a high score for both School Health Policy and Planned Health Promotion Practice.

Ultimately, data from 4493 students in grade 8 could be used. Most children

and their parents were born and raised in the Netherlands. According to their teachers, most students performed well in class.

22% of the students reported one or more chronic diseases. This corresponds with Hirasing's findings⁶. According to their teachers, 38.8% of the students had a less well-educated mother. This seems fairly high, but references are lacking. Both parents of 7.8% of the students were born outside the Netherlands.

Results

Effects of School Health Policy

At schools with a School Health Policy, students in grade 8 felt better about the school (school well-being) than at schools without School Health Policy. There were no other differences in grade 8. Schools with School Health Policy had more absenteeism.

The analyses of the group of students with a chronic disease, with a less-educated mother or with both parents born abroad established no differences between schools with and without a School Health Policy. The only striking fact was that, at schools with a School Health Policy, the students' Health Attitude was less positive when they had a chronic disease or a less-educated mother.

Effects of Planned Health Promotion Practice

Students in grade 8 at schools with a high Planned Health Promotion Practice score had more Health Knowledge and a more positive Health Attitude. They reported more Responsible Behaviour and Personal Hygiene. They also felt better at school (school well-being) and reported fewer psychosomatic complaints. However, differences were significant but small. There were no differences in absenteeism between schools with a low score and those with a high score on Planned Health Promotion Practice. However, schools that gave priority to structured student counselling had less absenteeism than those which did not.

Students with a chronic disease felt better at schools with high scores for Planned Health Promotion Practice (school well-being). Students with a less-educated mother also felt better at these schools and moreover they reported more healthy behaviour.

Discussion

The main objective of the study was to evaluate the effects of School Health Policy on the health behaviour of the students. Although in studies of school effectiveness, school characteristics explained a maximum of 15% of the variance⁸, School Health Policy only affected school well-being. Health Promotion Practice produced more effects, but the differences between schools with high and low scores were small. Possible explanations for these results are discussed.

No health improvement possible

It is not likely that the lack of effect of School Health Policy can be explained by the extremely good health of the participating students. This is not likely because there was no difference for students whose health was expected to be poorer between schools with and without School Health Policy. On the contrary, it was striking that students with a chronic disease and students with a less-educated mother had less positive Health Attitudes at schools with School Health Policy. It is possible that, at schools with School Health Policy, the structured attention to health makes them more aware of their ill-health.

Confounding by indication

A possible explanation could be that schools with School Health Policy had good reason to develop health policy because a lot of students in those schools suffer from poor health. However, this hypothesis was not confirmed by indicators for bad health such as disadvantage scores for the school, high percentages of students with a less well-educated mother, a high percentage of students with both parents born abroad or a high percentage of poorly-performing students. The only reason why this hypothesis has not been fully discarded is the finding of higher absenteeism at schools with a School Health Policy.

Higher absenteeism could not be explained by better registration because schools with School Health Policy did not report more rules for registering and counselling sick children. A better explanation seems to be that schools with School Health Policy have more students with health problems. If this was the reason for developing school health policy, the influence on absenteeism was small. This can be explained by the findings in the pilot-interviews that schools generally take little responsibility in the care for the physical health of their students. Most principals considered illnesses and physical health to be the responsibility of parents and the health care system. They did not take an active attitude towards matters as non-attendance due to poor health. So if absenteeism is a better indicator for poor health than the other indicators mentioned

above, and if schools develop School Health Policy without specific attention for reducing absenteeism, confounding by indication cannot be excluded altogether.

Insufficient implementation

A good explanation for the lack of results of School Health Policy seems to be insufficient implementation.

Schools are free to determine the content of instruction. Rather general attainment targets are the only guidelines. So there are no specific health promotion activities which schools have to carry out. Secondly, School Health Policy is measured at the principal level. The correlation between School Health Policy and the classroom level (Planned Health Promotion Practice) is extremely low. Only 8% of schools had a School Health Policy and scored high on Planned Health Promotion Practice, while school research shows that the interaction between school and the students takes place in the classroom. This means that teachers did not act as their principals thought. Thirdly, high scores for Planned Health Promotion Practice, unlike School Health Policy, showed varied, albeit limited, results. This means that if a lot of teachers act in the spirit of school health policy, there are effects. The most plausible explanation for the absence of results of School Health Policy would therefore appear to be insufficient implementation.

Effects of Planned Health Promotion Practice

Education research showed that classroom practice is evidently the most important factor in influencing the performance of children. School policy only puts into place conditions such as qualified instruction and available time⁸. So it was important to classify schools not only in terms of school health policy but also in terms of health promotion practice. At schools with a high score for Health Promotion Practice, teachers gave priority to health promotion activities in a structured and planned way. At those schools, a climate of health promotion developed without an imposed policy. This can be quite a smooth process in small organisations - such as most primary schools - where a lot of the rules and agreements are not explicitly laid down.

Analyses based on this classification produced results. Students at schools with a high score for Health Promotion Practice had more Health Knowledge and a more positive Health Attitude. They reported more Responsible Behaviour and more Personal Hygiene. They also felt better at school (school well-being) and reported less psychosomatic complaints. The conclusion is that priority for structured and planned health promotion activities makes sense.

Limited effects of Planned Health Promotion Practice

Although the effects of Planned Health Promotion Practice have been proven to be significant, the differences between schools with a low score and those with a high score were small. In addition, very little variance was explained. The limited effect could be explained by a shortage of time spent on specific health topics and a lack of good, evidence-based instructional materials and methods.

In the Netherlands, the most common education theory is the theory of Creemers and Reezigt⁸. This theory states that the most important factors for learning are the quality of instruction, time and opportunity for the learning task. The quality of instruction depends, among other things, on the quality of the instructional materials and on the instructional skills of the teacher. These elements correspond to explanations given in health education evaluations which are held responsible for a lack of results, i.e. too little time spent on the topic and inadequate or wrongly used instructional materials.

Several studies on the effectiveness of health education programmes^{9, 10} showed a dose-response relationship between the time spent on a specific health topic and the results in knowledge, attitude and behaviour. If primary schools were to spend only half an hour every week on health education, students would have had 120 hours at the end of the primary school period. This should be sufficient for a few health objectives. Most schools, however, spent the time available for health education on a lot of very varied subjects.

The same studies also showed that results were found only if the health education materials were based on the social learning theory. This theory states that children learn social behaviour by observing and imitating the behaviour of others in their environment¹¹. As far as the researchers know, instructional materials for health promotion in primary education based on this theory are not available in the Netherlands.

The most plausible explanation for the limited effect is therefore a combination of too many subjects being covered in the time available and an absence of adequate instructional materials.

Recommendations

Recommendation 1: Develop the concept 'School Health Policy' further

Primary schools should be able to play an important role in the development of children's healthy behaviour. Children spend 7500 hours at a primary school and a lot of things take place which are important for their health. From society's point of view, it would be unwise not to use the opportunity primary schools provide to promote health. In addition, good student health is also important for schools themselves. Unhealthy children cannot perform well in academic terms.

In small organisation - a category which includes most primary schools - a school climate in which health is promoted can develop spontaneously, but this would depend too much on the goodwill and enthusiasm of the teachers. School Health Policy guarantees continuity and less dependency on situational influences.

However, School Health Policy needs good conditions. Consensus on the exact role of the primary school in health promotion should be reached. A limited selection of health topics is needed to avoid fragmentation of the available time. Schools should be provided with adequate instructional materials and counselling methods. Teachers should be given the appropriate training to use them. Finally, schools need support and guidance to develop and implement School Health Policy at a regional level. These recommendations will be worked out in the next paragraphs.

Recommendation 2: Develop an operational framework

The absence of a uniform, accepted operational framework which describes as exactly as possible what School Health Policy is in practice impedes research and development. The national attainment targets are formulated in rather broad terms. Schools are free to choose health subjects and, within schools, teachers choose differently. There are no specific quality demands for instructional materials. Not only is research and development hampered, schools and Municipal Health Services also do not know exactly what is expected of them. Transparency of objectives and means is needed.

The operational framework should make clear what is expected in daily school practice. In any case, consensus is needed about preventive and educational objectives and the integration of health promotion interventions¹².

Recommendation 3: Develop national policy in support of School Health Policy

Agreement at a national level about the function and role of primary schools in Health Promotion is recommended. The agreement should be laid down in education legislation.

Health Promotion has little priority in education legislation. This can be concluded from recent developments in national primary education policies like Together to School (Weer Samen Naar School) and the provisions for individual educational needs. Health factors are barely taken into account. This is not a question of a lack of will but probably more a result of the absence of an operational framework. Outside the health sector, little is generally known about the health implications of policy measures. Recently, in discussions about the pedagogical dimension of education¹³, health workers should have been involved, but they were not present. Consensus at a national level about the Health Promotion function of primary schools would make health input into educational policy easier.

Recommendation 4: Research and Development

Research and Development is needed for health promotion in primary schools.

Studies of the effects of health promotion in Dutch primary education are not available. The only study done in the Netherlands is the evaluation of the educational method 'Op Je Gezondheid'¹⁴ in 1988. In addition, it should not be forgotten that the results of effective programmes also decay in the long term¹⁰. As a result, other approaches have been tried, such as the WHO initiative, the Health Promoting School. However, instructional materials on the lines of the WHO Health Promoting Schools are still lacking and the recent review by Lynagh¹⁵ showed that the Health Promoting School has not been fully implemented or evaluated anywhere in the world.

Due to the absence of a research tradition in the Netherlands, usefull new insights from studies abroad are not applied here. The school system in the Netherlands is also different. Therefore, however useful, results from studies abroad always need testing before they can be used. As a result, adequate, theory-based instructional materials and methods for primary schools are not available. Without research and development, Health Promotion will never develop into an effective approach in the Netherlands.

Recommendation 5: Develop adequate educational materials and methods

The limited effect is most probably the result of the lack of adequate, theory-based educational materials. If primary schools are willing to give priority to health promotion, they should have several options to choose from.

Several studies of the effectiveness of health education programmes^{9, 10} showed that results were only achieved if the health education materials were based on the social learning theory¹¹. As far as the researchers know, instructional materials for health promotion in primary education based on this theory are not available in the Netherlands.

Recommendation 6: Establish a temporary 'Healthy Schools' process management

In addition to the problems mentioned above, there is the implementation problem. Very few schools with School Health Policy had a high score for Health Promotion Practice. There was a gap between school policy and school practice. Clearly, teachers do not act as their principals expect.

One of the basic principles of School Health Policy is that the school team is in the best position to make choices. They are the most familiar with their students and the school situation. This approach was also adopted by the Primary Education Innovation Committee¹⁶ for the implementation of the Primary Education Act in 1985. It stated that primary schools should develop education using consistent input from school practice, taking into account the possibilities and limitations of the location and region and supported by the appropriate education support structure. Primary schools were therefore seen as organisations that develop and innovate independently with little help from outside the school. Later the approach was criticised. It was thought that there was too much emphasis on processes of change and too little on educational content. Attainment targets were issued to provide schools with a basis for the implementation of educational programmes. This does not mean that the implementation strategy has changed¹⁷ since the attainment targets are phrased in very broad terms.

The autonomy of schools and the decentralisation tendency of national government is impeding the implementation of School Health Policy. Without support, it will only spread slowly. The implementation of School Health Policy needs personal and intensive support, preferably from an organisation close to the school. School Health Policy is not unique in this. Other educational innovations have the same problem¹⁸. Lessons can be drawn from other innovations. A promising approach would seem to be the establishment of a temporary process management on the lines of 'Together to School' (Weer Samen Naar School). The establishment of a temporary 'Healthy Schools' process management is recommended.

Recommendation 7: Evaluate the support of Municipal Health Services

In the study discussed, the support which Municipal Health Services can give schools is not evaluated. However, given their responsibilities, their regional position and the existing co-operation with primary schools, they seem to be a likely partner for schools in health promotion. Several Municipal Health Services already co-ordinate regional health promotion projects¹⁷, but their role in supporting School Health Policy needs clarification. Do Municipal Health Services have the right expertise? Do they have enough capacity? Where does their support stop, giving way to support from the usual educational support services? Answers to these questions - and others - are needed.

Recommendation 8: Innovate the co-operation between school en Youth Health Care

In the pilot-interviews, the principals took little responsibility for the physical health of their students. They thought that this was the responsibility of parents and of health care workers. If the tendency in Youth Health Care towards a reduction of individual physical examinations¹⁹ persists and if there is no change in the attitude of schools, this would mean that physical disorders are missed or noticed in a late phase. A new balance in co-operation between schools and youth health care and the development of new tools for the co-operation is needed.

References

1. Minister van Onderwijs. Wet op het Basisonderwijs. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985.
2. Hoeven-van Doornum AA van. Gezondheidseducatie in het basisonderwijs. ITS, Nijmegen, 1992.
3. Pijpers FIM, Reinders J, Geffen B van, et al. GVO-Afstemmingsproject Jeugdgezondheidszorg-Basisonderwijs. Nijmegen: KU Nijmegen, 1989.
4. Meerling. Methoden en technieken van psychologisch onderzoek. Meppel: Boom, 1996.
5. Creemers BPM, Reezigt GJ. School effectiveness and school improvement: sustaining links. School Effectiveness and School Improvement. 1997;8(4): 396-429.

6. Hirasing RA, Aardoom HA, Heuvel EW van den, Sanavro FL, Leeuwenburg J. Prevalentie van door ouders gerapporteerde chronische aandoeningen bij schoolkinderen. *Ned Tijdschr Geneeskunde* 1995, 139 (18): 934-938.
7. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate data analysis*. London: Prentice Hall Limited, 1998.
8. Creemers BPM, Hoeben WTJG. Het denken over de inrichting van het onderwijs. In: Creemers BPM, Hoeben WThJG, Snippe J (eds.) *Wat is onderwijsonderzoek waard?* De Lier: Academische Boeken Centrum, 1993.
9. Resnicow K, Botvin G. School-based substance use prevention programs: why do effects decay? *Preventive Medicine*. 1993; 22: 484-490.
10. Resnicow K, Robinson TN, Frank E. Advances and future directions for school-based health promotion research: commentary on the CATCH intervention trial. *Preventive Medicine* 1996, 25: 378-383.
11. Verhofstadt-Deneve L, Geert P van, Vyt A. *Handboek ontwikkelingspsychologie. Grondslagen en theorieën*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 1995.
12. Paulussen Th, Panis R, Wijnsma P, Peters L. *Stand van zaken schoolgezondheidsbeleid in Nederland*. Woerden: NIGZ, 1998.
13. Dam G ten. *De pedagogische dimensie van het onderwijs: educaties en facetten in de school*. Den Haag/ Amsterdam: PMVO/UVA, 1997.
14. Weerden JJ van. *Evaluatie van gezondheidseducatie. De summatieve evaluatie van 'Op je Gezondheid'*. Hoogveld Instituut, Nijmegen, 1988.
15. Lynagh M, Schofield MJ, Sanson-Fisher RW. School health programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature. *Health Promotion International*. 1997; 12(1):43-60.
16. Innovatie Commissie Basisonderwijs. *Schoolwerkplannen*. Zoetermeer: ICB, 1985.
17. Gennip van J. *Veranderingscapaciteiten van basisscholen*. Nijmegen: ITS, 1991.
18. Lagerweij N, Haak E. *Eerst goed kijken.... De dynamiek van schoolontwikkeling*. Leuven- Apeldoorn: Garant, 1994.
19. Burgmeijer R, Filedt Kok T, Geenhuizen Y van. *Op weg naar Volwassenheid. Evaluatie Jeugdgezondheidszorg 0-19*. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1997.

Bijlagen

Bijlage 1: relevante artikelen Wet Basisonderwijs en Kerndoelen

Voor gezondheidsbevordering relevante artikelen in de Wet op het Basisonderwijs (1985)

Artikel 8.1 Het onderwijs wordt zodanig ingericht dat de leerlingen een ononderbroken ontwikkelingsproces kunnen doorlopen. Het onderwijs wordt afgestemd op de voortgang in de ontwikkeling van de leerlingen.

Artikel 8.2 Het onderwijs richt zich in elk geval op:

- de emotionele en de verstandelijke ontwikkeling
- het ontwikkelen van creativiteit
- het verwerven van noodzakelijke kennis
- het verwerven van sociale, culturele en lichamelijke vaardigheden.

Artikel 9.1 Het onderwijs omvat, waar mogelijk in samenhang, onder andere:

- zintuiglijke en lichamelijke oefening
 - bevordering van sociale redzaamheid, waaronder gedrag in het verkeer
 - bevordering van gezond gedrag.
-

Kerndoelen 'bevordering gezond gedrag' (1992)

De leerlingen kunnen aangeven hoe zij zelf bij kunnen dragen aan het behoud en de bevordering van de eigen gezondheid. Dit betekent dat zij weten:

- welke verzorging het lichaam nodig heeft met betrekking tot voeding, beweging en rust, frisse lucht en hygiëne
- welke risico's bepaalde gedragingen in dit opzicht voor de gezondheid hebben
- welke sociaal-emotionele behoeften mensen hebben.

De leerlingen kunnen aangeven, hoe zij kunnen omgaan met ziektesituaties, lichamelijke en geestelijke ongemakken en handicaps en beschikbare voorzieningen. Dit betekent dat zij:

- weten hoe zij gebruik kunnen maken van uiteenlopende voorzieningen: de (school)arts, vertrouwenspersonen en hulpverlenende instanties
- kunnen omgaan met het gebruik van medicijnen
- rekening kunnen houden met lichamelijke en geestelijke ongemakken en handicaps van henzelf en medeleerlingen
- eenvoudige eerste hulp kunnen bieden
- weten dat bij ziekte en gezondheid normen, waarden en omstandigheden een rol spelen.

De leerlingen kunnen hun kennis van veiligheidsrisico's en risicobeperkende regels toepassen in speel- en werkgedrag in en om school.

De leerlingen kunnen aangeven, hoe zij op een gezonde manier kunnen omgaan met het natuurlijke leefmilieu. Dit betekent dat zij ten minste weten dat:

- de mens inzake zijn eerste levensbehoeften volledig afhankelijk is van het natuurlijk leefmilieu
 - een goede kwaliteit water, voedsel en lucht belangrijk is voor de gezondheid
 - mensen direct en indirect hun natuurlijk leefmilieu beïnvloeden: afval, consumptiepatroon, natuurbescherming.
-

Bijlage 2: Stellingen directeur

Antwoordcategorieën 5-puntsschaal: geheel mee oneens geheel mee eens

1. Op onze school is de groepsleerkracht degene die de gezondheid van de leerlingen begeleidt.
2. In het schoolteam is de begeleiding van leerlingen met lichamelijke problemen regelmatig aan de orde.
3. De begeleiding van leerlingen met lichamelijke problemen wordt altijd met de directie besproken.
4. Wanneer leerlingen lichamelijke problemen hebben wordt gewoonlijk door de leerkracht een uitgewerkt handelingsplan gemaakt.
5. Op school is achtergrondinformatie aanwezig over lichamelijke problemen van kinderen.
6. Op school zijn de laatste paar jaren duidelijke afspraken gemaakt over de begeleiding van leerlingen met lichamelijke problemen.
7. Bij nieuwe leerlingen wordt altijd aan de ouders gevraagd of de leerling lichamelijke problemen heeft.
8. In het schoolteam is de begeleiding van leerlingen met sociale en emotionele problemen regelmatig aan de orde.
9. De begeleiding van leerlingen met sociale en emotionele problemen wordt altijd met de directie besproken.
10. Wanneer leerlingen sociale en emotionele problemen hebben maakt de leerkracht gewoonlijk een uitgewerkt handelingsplan
11. Op school is achtergrondinformatie aanwezig over sociale en emotionele problemen van kinderen
12. De leerkrachten op school worden in de gelegenheid gesteld cursussen te volgen in het signaleren van sociale en emotionele problemen van leerlingen.
13. Op school zijn er de laatste paar jaren duidelijke afspraken gemaakt over de begeleiding van leerlingen met sociale en emotionele problemen.
14. Bij nieuwe leerlingen wordt altijd aan de ouders gevraagd of de leerling sociale of emotionele problemen heeft.
15. Als een kind langdurig ziek is, wordt door de leerkracht altijd een huiswerkplan gemaakt.
16. De op school aanwezige achtergrondinformatie over gezondheidsproblemen wordt regelmatig door leerkrachten geraadpleegd.
17. De hygiëne op school wordt regelmatig met behulp van een checklist geïnspecteerd
18. De veiligheid op school wordt regelmatig met behulp van een checklist geïnspecteerd.
19. Er zijn duidelijke afspraken hoe de verschillende leerkrachten de hygiëne en veiligheid in de klas bewaken.
20. De veiligheid, de hygiëne en het binnenmilieu van de school zijn minimaal één keer per jaar een agendapunt van de teambespreking

Bijlagen

21. Hygiëne en veiligheid worden alleen in het schoolteam besproken als daar een aanleiding voor is
22. Beoogde verbeteringen in veiligheid, hygiëne en binnenmilieu van de school worden altijd geëvalueerd
23. Op school zijn er de laatste paar jaren duidelijke maatregelen getroffen om veiligheid, hygiëne en/of binnenmilieu te verbeteren.
24. Er zijn op school duidelijke regels met betrekking tot hygiënisch en veilig gedrag.
25. De sfeer op school wordt minimaal één keer per jaar in het team besproken
26. Er wordt regelmatig bekeken hoe het gesteld staat met de sfeer op onze school
27. Het bewaken van een goede sfeer op school wordt vooral aan de individuele leerkracht overgelaten.
28. In de praktijk wordt er bij ons op school niet bewust aandacht aan de sfeer op school besteed.
29. Problemen tussen leerlingen onderling worden op onze school zorgvuldig in de gaten gehouden.
30. Problemen tussen leerlingen en leerkrachten worden op onze school zorgvuldig in de gaten gehouden.
31. Leerkrachten worden in de gelegenheid gesteld om cursussen te volgen om de sfeer op school te verbeteren.
32. Als er problemen zijn tussen leerlingen onderling worden zij gewoonlijk in het team besproken.
33. Als er problemen zijn tussen leerlingen en leerkrachten worden zij gewoonlijk in het team besproken.
34. Als er problemen zijn tussen leerlingen onderling doen wij gewoonlijk een beroep op de OBD, RIAGG of een andere externe instelling.
35. Als er problemen zijn tussen leerlingen en leerkrachten doen wij gewoonlijk een beroep op de OBD, RIAGG of een andere externe instelling.
36. Op school worden de kinderen actief betrokken bij het scheppen van een veilig en ordelijk schoolklimaat.
37. Wat leerkrachten van de verschillende klassen doen aan gezondheidseducatie wordt aan hen en hun kennis van wat er bij leerlingen speelt grotendeels overgelaten
38. Wat leerkrachten van de verschillende klassen moeten doen op het gebied van gezondheidseducatie is schriftelijk vastgelegd
39. Wat leerkrachten van verschillende groepen doen aan gezondheidseducatie wordt meestal bepaald door gebeurtenissen in de klas, op of rondom school
40. In de praktijk is er bij ons op school geen duidelijke planning voor gezondheidseducatie
41. Er wordt in het schoolteam vastgesteld in welke groepen aan welke gezondheids-onderwerpen aandacht wordt besteed
42. Door de overgang naar het vervolgonderwijs in leerjaar 8 (toetsen en advisering) doen we in groep 8 eigenlijk niet zo veel aan gezondheidseducatie.
43. Wat er in de verschillende klassen aan gezondheidseducatie gebeurt, wordt grotendeels bepaald door de methoden die we gebruiken .
44. Voor gezondheidseducatie op onze school zijn concrete en toetsbare doelen in termen van kennis en attitude geformuleerd.

Bijlagen

45. Voor gezondheideducatie op onze school zijn concrete en toetsbare doelen in termen van gedrag en vaardigheden geformuleerd.
46. Wat leerlingen leren bij gezondheideducatie, wordt op onze school regelmatig getoetst, min of meer vergelijkbaar met resultaten op het gebied van andere vakken.
47. Gezondheidseducatie bij ons op school is feitelijk erg afhankelijk van de interesse en inzet van individuele teamleden.
48. Lessen voor gezondheideducatie schieten er op onze school nog wel eens bij in.
49. Veranderingen in de werkwijze op het gebied van gezondheideducatie zijn de afgelopen jaren vooral het gevolg van een doelbewust gezondheidsbeleid op school.

Bijlage 3: Leerkrachtenvragenlijst

Stellingen

Antwoordcategorieën 5-puntsschaal: geheel mee oneens geheel mee eens

1. Persoonlijk vind ik gezondheidseducatie een belangrijk deel van het vaste onderwijsprogramma voor de leerlingen van mijn groep.
2. Ik vind voor de leerlingen in mijn groep goed taal- en rekenonderwijs belangrijker dan gezondheidseducatie.
3. Ik ben zeer alert op gebeurtenissen en situaties in en rond de school die bedreigend zijn voor gezondheid en veiligheid.
4. In het werkplan van onze school staat aangegeven welke doelen ik met gezondheidseducatie in mijn groep moet proberen te bereiken.
5. Als de kinderen in mijn groep vragen hebben over gezond en/of veilig gedrag, maak ik altijd tijd vrij om antwoord te geven.
6. Gezondheidseducatie heeft voor mij hoge prioriteit.
7. Ik betrek de kinderen in mijn groep actief bij het scheppen van een veilig en ordelijk schoolklimaat.
8. Ik maak voor leerlingen met lichamelijke problemen gewoonlijk een uitgewerkt handelingsplan.
9. Ik maak voor leerlingen met psychosociale problemen gewoonlijk een uitgewerkt handelingsplan.
10. In mijn groep zijn er duidelijke regels met betrekking tot gezond en veilig gedrag.
11. Het komt regelmatig voor dat ik naar aanleiding van gebeurtenissen in de school, bijv. ziekte, komst van de schoolarts of ongelukjes, in de les extra aandacht besteed aan gezond gedrag.
12. Mijn werkwijze bij gezondheidseducatie wordt vooral bepaald door het op school beschikbare materiaal.
13. Als een kind in mijn groep langdurig ziek is, maak ik voor hem/haar een huiswerkprogramma.
14. Indien mogelijk zorg ik ervoor dat de leerlingen de dingen die ze bij gezondheidseducatie geleerd hebben, direct in de praktijk kunnen toepassen.
15. Gezondheidseducatie vormt in de feitelijke lespraktijk een groot bestanddeel van het vaste onderwijsprogramma.
16. In de praktijk is er op onze school geen duidelijk planning van gezondheidseducatie.
17. Er wordt in het schoolteam vastgesteld in welke groepen aan welke gezondheidsonderwerpen aandacht wordt besteed.
18. Gezondheidseducatie schiet er in mijn groep nogal eens bij in, bijvoorbeeld ten gevolge van de eisen van andere leergebieden, schooltoetsen en dergelijke.

Bijlagen

19. Gezondheidseducatie komt in mijn groep vooral aan de orde wanneer speciale omstandigheden daartoe aanleiding geven.
20. Gezondheidseducatie vormt een vast onderdeel van het onderwijsprogramma aan mijn groep.
21. Bij gezondheidseducatie bepaal ik overwegend zelf hoe ik dat geef.
22. In het werkplan van onze school staat aangegeven hoeveel tijd ik in mijn groep aan gezondheidseducatie moet besteden.
23. In het werkplan van onze school staat aangegeven aan welke onderwerpen ik bij gezondheidseducatie in mijn groep aandacht moet besteden.
24. Bij gezondheidseducatie in mijn groep kan ik gebruik maken van methoden en publicaties die de school heeft aangeschaft.
25. Bij gezondheidseducatie maak ik in de praktijk vooral gebruik van methoden en publicaties die de school heeft aangeschaft.
26. Eigenlijk maak ik bij gezondheidseducatie nauwelijks gebruik van bestaand of zelf samengesteld lesmateriaal.
27. Bij gezondheidseducatie bepaal ik overwegend zelf de onderwerpen waaraan ik aandacht besteed.
28. Net als bij andere vakken toets ik bij gezondheidseducatie met enige regelmaat de kennis van leerlingen.
29. De planning van de lessen gezondheidseducatie ligt in principe vast in het werkplan van onze school.
30. Net als bij andere vakken toets ik bij gezondheidseducatie met enige regelmaat de kennis van leerlingen.
31. De planning van de lessen gezondheidseducatie ligt in principe vast in het werkplan van onze school.

BESCHRIJVING 1:

Gerard, een leerling uit uw groep, komt meestal vroeg op school en gaat als een van de laatste weer naar huis. Soms als u een hand op zijn schouder legt, krimpt hij in elkaar alsof het hem pijn doet. Laatst had hij blauwe plekken gerangschikt als de vingers van een hand op z'n been. Toen u bij de ouders informeerde, zeiden deze dat Gerard met een vriendje had gevochten. De afdrukken van de vingers duiden echter op een hand van een volwassene. U hebt het vermoeden dat er sprake is van kindermishandeling.

Zou u naar aanleiding van de bovengeschetste situatie stappen ondernemen?

Waarom zou u (nog) geen stappen ondernemen?

Welke van de onderstaande stappen zou u ondernemen?

U kunt meer dan één antwoord aankruisen.

- Ik zou Gerard nogmaals apart nemen om erachter te komen wat er aan de hand is.
- Ik zou nogmaals contact opnemen met de ouders/verzorgers van Gerard.
- Ik zou de mening en advies vragen van de andere leden van het schoolteam.
- Ik zou Gerard extra aandacht geven.
- Ik zou contact opnemen met andere familieleden dan de ouders van Gerard.
- Ik zou het onderwerp 'kindermishandeling' in de groep onder de aandacht brengen.
- Ik zou het doorgeven aan de schoolleiding.
- Ik zou Gerard's gedrag noteren in het gezondheidslogboek dat ik bij hou.

Bijlagen

- Ik zou contact opnemen met een externe instantie, nl met (Vul instantie in)
- Ik zou Gerard goed in de gaten houden.
- Ik zou de ouders aanraden om met Gerard naar de huisarts te gaan.
- Anders, nl

Bestaan er op uw school afspraken voor dergelijke situaties?

Welk type afspraken bestaan er op uw school?

BESCHRIJVING 2:

Tessa, een leerlinge uit uw groep, is in de afgelopen weken regelmatig tijdens de lessen in slaap gevallen. Zij ziet erg bleek en kan zich slecht concentreren. Normaliter is Tessa een gemiddelde leerlinge en u heeft nog niet eerder concentratieproblemen bij Tessa opgemerkt. U heeft al geprobeerd om in een gesprekje met Tessa te achterhalen wat er aan de hand is en u heeft ook contact gehad met de ouders van Tessa. Het is u echter niet duidelijk geworden wat er aan de hand is.

Zou u naar aanleiding van de bovengeschetste situatie stappen ondernemen?

Waarom zou u (nog) geen stappen ondernemen?

Welke van de onderstaande stappen zou u ondernemen?

U kunt meer dan één antwoord aankruisen.

- Ik zou Tessa nogmaals apart nemen om erachter te komen wat er aan de hand is.
- Ik zou nogmaals contact opnemen met de ouders/verzorgers van Tessa.
- Ik zou de mening en advies vragen van de andere leden van het schoolteam.
- Ik zou Tessa extra aandacht geven.
- Ik zou contact opnemen met andere familieleden dan de ouders van Tessa.
- Ik zou het doorgeven aan de schoolleiding.
- Ik zou Tessa's gedrag noteren in het gezondheidslogboek dat ik bij hou.
- Ik zou contact opnemen met een externe instantie, nl met (Vul instantie in)
- Ik zou Tessa goed in de gaten houden.
- Ik zou de ouders aanraden om met Tessa naar de huisarts te gaan.
- Anders, nl

Bestaan er op uw school afspraken voor dergelijke situaties?

Welk type afspraken bestaan er op uw school?

BESCHRIJVING 3:

Viola, een leerlinge uit uw groep, heeft de afgelopen weken last van aanvallen van benauwdheid. U bent op haar gaan letten en heeft gemerkt dat de benauwdheid meestal begint kort na het begin van de gymnastieklessen. Ook tijdens het spelen op het plein krijgt Viola regelmatig een aanval van benauwdheid. U heeft het vermoeden dat Viola astma heeft, maar volgens Viola zelf is ze niet onder behandeling.

Zou u naar aanleiding van de bovengeschetste situatie stappen ondernemen?

Waarom zou u (nog) geen stappen ondernemen?

Welke van de onderstaande stappen zou u ondernemen?

U kunt meer dan één antwoord aankruisen.

- Ik zou Viola nogmaals apart nemen om erachter te komen wat er aan de hand is.
- Ik zou contact opnemen met de ouders/verzorgers van Viola.
- Ik zou de mening en advies vragen van de andere leden van het schoolteam.

Bijlagen

- Ik zou Viola extra aandacht geven.
- Ik zou Viola niet meer aan de gymlessen mee laten doen.
- Ik zou het onderwerp 'astma' in de groep onder de aandacht brengen.
- Ik zou het doorgeven aan de schoolleiding.
- Ik zou Viola's gedrag noteren in het gezondheidslogboek dat ik bij hou.
- Ik zou contact opnemen met een externe instantie, nl met (Vul instantie in)
- Ik zou Viola goed in de gaten houden.
- Ik zou de ouders aanraden om met Viola naar de huisarts te gaan.
- Anders, nl

Bestaan er op uw school afspraken voor dergelijke situaties?

Welk type afspraken bestaan er op uw school?

BESCHRIJVING 4:

De ouders van Sjaak, een leerling uit uw groep, zijn een paar jaar geleden gescheiden. Sjaak woont bij zijn moeder en de vriendin van zijn moeder. Hierdoor is Sjaak vaak het slachtoffer van pesterijen. De kinderen pesten hem met opmerkingen als: 'Sjaak is een mietje', 'Sjaak heeft twee moeders' en 'Sjaak's vader is een vrouw'. Tot dusver heeft u niet gemerkt dat de andere leerlingen fysiek geweld tegen Sjaak gebruiken.

Zou u naar aanleiding van de bovengeschetste situatie stappen ondernemen?

Waarom zou u (nog) geen stappen ondernemen?

Welke van de onderstaande stappen zou u ondernemen?

U kunt meer dan één antwoord aankruisen.

- Ik zou contact opnemen met de moeder van Sjaak (en haar vriendin).
- Ik zou contact opnemen met de vader van Sjaak.
- Ik zou de mening en advies vragen van de andere leden van het schoolteam.
- Ik zou Sjaak extra aandacht geven.
- Ik zou het onderwerp 'homoseksualiteit' in de groep onder de aandacht brengen.
- Ik zou het onderwerp 'pesten' in de groep onder de aandacht brengen.
- Ik zou het doorgeven aan de schoolleiding.
- Ik zou contact opnemen met een externe instantie, nl met (Vul instantie in)
- Ik zou Sjaak goed in de gaten houden.
- Anders, nl

Bestaan er op uw school afspraken voor dergelijke situaties?

Welk type afspraken bestaan er op uw school?

Bijlagen

Bijlage 4: Moeilijke woorden en vragen

De kinderen gaven aan als ze woorden moeilijk vonden. Hieronder volgt een lijstje met woorden waarvan de kinderen de betekenis niet wisten.

Moeilijke woorden

- EHBO-doos = verbandtrommel
- onuitputtelijk
- treiteren (islamitische school)
- energie
- verteren
- lusteloos
- gevarieerd
- voortrekken
- afgelopen schooljaar / dit schooljaar -> groep 7 / groep 8?
- inenten
- reuma/epilepsie/chronische bronchitis
- plantaardig
- fluoride
- isoleren
- maatschappelijk werker
- hygiënisch
- depressief
- liga

Moeilijke vragen

- Ik vind het bij ons in de klas rommelig: wat bedoelen we; materieel of kletsen?
- Het kost mij moeite om er gezonde gewoonten op na te houden: ik vind het moeilijk om gezond te doen.
- Ik heb nooit moeilijkheden met leren -> 'bijna nooit'
- Geboortedatum veranderen in 'hoeveel jaar ben jij?'
- Is 'meestal' meer dan 'vaak'? -> 'meestal' veranderen in 'bijna altijd'
- Vragen over meester/juf zijn moeilijk voor groepen die 2 leerkrachten hebben
- Aantal uren beweging: wat invullen als 2,5 uur?
- Welk van deze voedingsmiddelen is plantaardig? antwoordmogelijkheid "komijnnekaas" niet bij alle kinderen bekend.
- Het is er van afhankelijk of het een vriend(in) van mij is of niet.
- Steeds terugkerende angsten snappen sommige kinderen niet.
- Als er niemand meer kijkt zet ik de TV af.--> voor sommige kinderen niet goed te begrijpen wat er wordt gevraagd. Verder hadden de kinderen van "de school met de Bijbel" helemaal geen TV thuis. Eventueel is een betere formulering: "Als er niemand meer TV kijkt, maar de TV staat nog aan. Zet jij de TV dan uit?"

Bijlagen

- Als ik met de auto meega heb ik het liefst veiligheidsgordels om". --> voorin of achterin? Dit kan eventueel aan de vraag worden toegevoegd.
- Vraag over de opleiding van de ouders: Veel kinderen weten niet welke opleiding hun ouders hebben gedaan.

Belangrijke punten voor de instructie

Er moet heel duidelijk worden verteld dat de kinderen maar een antwoord mogen kiezen, en een kruisje moeten zetten in het hokje. Een kruisje tussen twee hokjes is niet toegestaan.

Er moet goed worden uitgelegd hoe de kinderen een fout antwoord moeten verbeteren. BV: "Als je nu het verkeerde hokje hebt aangekruist, dan zet je een tweede kruisje in het goede hokje en dan zet je ook nog een pijl voor het goede hokje zodat wij weten welk antwoord jij hebt gekozen."

Bijlage 5: De leerlingenvragenlijst gegroepeerd naar schalen

Gezondheidskennis (Bron: van Weerden 1988)

1. Klaas gaat met zijn houten trein spelen. Waar moet hij speciaal op letten om ongelukken te voorkomen?
2. Wat is geen goede manier om energie te besparen?
3. Wat is de beste reden om gevarieerd te eten?
4. Iemand die geen vlees eet noemen we
5. Als je je een half jaar niet meer zou bewegen, dan zouden je spieren
6. Hieronder staat een lijst van dingen die gemakkelijk verteren. Welk ding hoort niet op de lijst?
7. Op welke manier help je het milieu het minst?
8. Wat doet fluoride?
9. Je hebt hoofdpijn en je neemt een aspirientje. Waar komt het dan terecht?
10. Wat is de beste reden om het milieu te beschermen?
11. Bij intensieve lichamelijke inspanning zijn bepaalde lichaamsreacties normaal. Welke hoort er niet bij?
12. Als je een klacht hebt die de huisarts niet kan verhelpen, geeft hij je een verwijfsbrief voor een:
13. Hieronder staat een aantal energiebronnen die onuitputtelijk zijn. Welke hoort er niet bij?
14. Waardoor kan een gewoonte veranderen?
15. Een voedingsmiddel dat veel voedingsvezel bevat is
16. Wat is milieu
17. Het hoofdbestanddeel van volkorenbrood is
18. Waarom doet een fabrikant conserveermiddel in de jam?
19. Karel verbrandt zijn hand onder de hete kraan. Wat kan hij het beste doen?
20. Het buitenste laagje van een tand of kies heet
21. Een bijsluiter is
22. We gebruiken nu meer energie uit kolen, olie en gas dan honderd jaar geleden. Hoe komt dat?
23. Wat is onverteerbaar afval?
24. Wat is de normale lichaamstemperatuur?
25. Wat kan iemand het beste doen voor zijn conditie

Gezondheidsattitude (Bron: van Weerden 1988)

1. Ik vind het vervelend als een vriendje / vriendinnetje van mij getreiterd wordt.
2. Ik vind het vervelend als een kind dat ik niet zo goed ken getreiterd wordt.
3. Ik vind het bij sporten belangrijk dat anderen er ook plezier aan hebben.

Bijlagen

4. Als ik met andere kinderen ga spelen vind ik het belangrijk dat iedereen het een leuk spel vindt.
5. Het is niet nodig de hele tijd te blijven opletten in het verkeer. Andere weggebruikers zie je gauw genoeg.
6. Spelletjes op de fiets zijn niet gevaarlijk. De andere mensen op de weg kijken toch wel goed uit.
7. Als ik met mijn fiets in het verkeer ben dan vind ik het belangrijk me rustig te blijven gedragen.
8. Ik vind gezondheid niet erg belangrijk
9. Als fietser hoef je niet veel van het verkeer te weten.
10. Gezond zijn is voor mij een belangrijke zaak.
11. Ik wil er van alles aan doen om te zorgen dat ik niet ziek wordt.
12. De mensen maken zich veel te druk over hun gezondheid.
13. Ik vind het belangrijk om nog even achterom te kijken als ik linksaf sla.
14. Hoe ik mijn gezondheid moet verbeteren daar sta ik niet vaak bij stil.
15. Ik vind het belangrijk om niet te vaak te snoepen.
16. Ik vind het overdreven om mensen het roken te verbieden in scholen en bibliotheken.
17. Ik wou dat mensen zich meer zorgen maakten over de luchtvervuiling.
18. Aan elektrische apparaten kun je best zelf knutselen. Daar kan niet zo veel mee verkeerd gaan.
19. Het gebruik van plastic voor allerlei voorwerpen vind ik slecht voor het milieu.
20. Niet iedereen thuis hoeft te weten waar de EHBO-doos is.
21. Ik stoor me eraan als mensen hun afval rond laten slingeren.

Persoonlijke verzorging (Bron: van Weerden 1988)

1. Hoe vaak poets jij je tanden?
2. Hoe vaak snoep je zoete dingen tussen de maaltijden?
3. Wat doe jij aan beweging per week?
4. Hoe vaak eet je fruit?
5. Als ik naar de WC ben geweest dan was ik altijd mij handen.
6. Ik let er op dat ik niet te veel vette dingen eet, zoals jus en mayonaise.
7. Ik zorg ervoor dat ik gevarieerd eet.
8. Ik heb bijna altijd snoep bij me
9. Heb je wel eens gerookt?
10. Heb je wel eens alcohol gedronken?

Verantwoordelijk gedrag (Bron: van Weerden 1988)

1. Een jongen of meisje uit jouw klas dat jij niet zo aardig vindt, vraagt jouw hulp bij een bepaalde opgave. Help jij die jongen of dat meisje?
2. Je staat met een groepje te praten over een jongen of meisje dat jij niet zo leuk vindt. Er worden allerlei vervelende dingen over die jongen of dat meisje gezegd. Doe jij daaraan mee?

Bijlagen

3. Jullie zijn aan het spelen. Er komt iemand aan die mee wil doen. Eigenlijk vinden jullie die jongen of dat meisje niet echt leuk. Mag die jongen/dat meisje dan meedoen van jou?
4. De anderen willen liever niet dat die jongen of dat meisje (uit de vorige vraag) meedoet. Zeg je dan dat ze hem of haar toch mee moeten laten spelen?
5. Jullie zijn naar de WC geweest. Je vriendjes / vriendinnetjes willen zonder hun handen te wassen, terug naar de klas. Was jij dan je handen?
6. Als een kind uit de klas dat jij niet zo aardig vindt, een fout antwoord geeft op de vraag van de meester of juf. Lach jij hem of haar dan uit?
7. Vecht je wel eens met andere kinderen op school?
8. Maak je wel eens ruzie met andere kinderen op school?
9. Hoe vaak heb je zelf vorig schooljaar meegedaan met het treiteren van andere kinderen op school?
10. Hoe vaak heb je zelf de afgelopen 5 dagen meegedaan met het treiteren van andere kinderen op school?
11. Ik gooi wel eens rommel in het water. Is dat waar?
12. Ik rij wel eens struiken stuk met mijn fiets. Is dat waar?
13. Als er plastic afval op de grond ligt dan raap ik het op en gooi het in een vuilnisbak. Doe je dit?
14. Ik zoek een vuilnisbak op als ik iets heb weg te gooien. Doe je dit?

Schoolbeleving (bron: Knuver 1993)

1. Ik vind het... leuk op school
2. Ik vind dat de meester/juf mij op school... behandelt, alsof ik een klein kind ben.
3. Ik zou nu liever naar een andere basisschool gaan.
4. Ik voel me... prettig als ik op school ben.
5. Ik denk dat de meester/juf... een hekel aan mij heeft.
6. Op school gaat de tijd... vlug voorbij.
7. Ik vind dat de meester/juf ... leerlingen voortrekt.
8. Ik vind dat de meester/juf ... doet alsof hij/zij alles beter weet.
9. Ik vind mijn meester/juf ... aardig.
10. Ik vind dat ik op school ... dingen moet leren waar ik niets meer aan heb.
11. Ik heb ... een hekel aan school
12. Ik vind het schoolgebouw
13. Ik vind dat de meester/juf ... op een leuke manier les geeft.
14. Ik verveel me ... op school.
15. Ik vind het lokaal waarin we les krijgen
16. Ik ga ... graag naar school
17. Ik vind dat de meester/juf ... goed kan uitleggen hoe iets in elkaar zit.
18. Ik heb onder de les ... last van lawaai uit andere klassen.
19. Met de meester/juf kan ik ... goed opschieten.
20. Bij ons op school worden ... leuke dingen voor de leerlingen georganiseerd.

Bijlagen

21. Ik vind dat de meester/juf moeite doet om de lessen interessant te maken.
22. Ik vind het bij ons in de klas ... rommelig.
23. Ik vind dat wij een ... school hebben.
24. Ik vind dat de meester/juf ... moeilijk les geeft.
25. Ik voel me ... thuis op deze school.
26. Als ik moeilijkheden heb met leren dan helpt de meester/juf mij ... goed.
27. Ik vind het ... saai bij ons op school.
28. Ik vind dat de meester/juf er ... rekening mee houdt wat wij leuk vinden.
29. Ik vind de meester/juf ... oneerlijk.
30. Ik heb er niks aan om naar school te gaan.
31. Ik vind dat er teveel regels zijn op deze school.
32. Ik vind dat de meester/juf ... alleen belangstelling heeft voor de leerlingen die hij/zij aardig vindt.
33. De meester/juf vraagt ... hoe het thuis met mij gaat.
34. Gepest worden (Bronnen: Knuver 1993; Mooij 1991)
35. Ik denk (vaak....nooit) dat klasgenoten mij aardig vinden
36. (vaak....nooit) doen klasgenoten vervelend tegen mij.
37. Ik denk (vaak....nooit) dat klasgenoten mij stom vinden.
38. Ik denk (vaak....nooit) dat kinderen uit de klas een hekel aan mij hebben.
39. Ik heb op school (vaak....nooit) ruzie
40. Ik voel me (vaak....nooit) alleen op school.
41. Ik heb met (vaak....nooit) kinderen uit mijn klas ruzie.
42. Ik zou liever met andere kinderen in de klas willen zitten.
43. Hoe vaak hebben andere kinderen jou dit schooljaar getreiterd?
44. Hoe vaak ben je de afgelopen 5 dagen op school getreiterd?
45. Denk nu eens terug aan vorig schooljaar. Hoe vaak werd je vorig schooljaar getreiterd?
46. Hoe vaak zeggen kinderen op school gemene en vervelende dingen tegen je?

Psychosomatische gezondheid (Bron: van der Linden 1989)

1. Voel je je wel eens lusteloos?
2. Heb je wel eens het gevoel van moeheid zonder dat je precies weet waar het van komt?
3. Heb je wel eens hoofdpijn doordat je in spanning hebt gezeten?
4. Komt het wel eens voor dat je geen trek in eten hebt?
5. Heb je moeite om in slaap te vallen?
6. Heb je een gevoelige huid, zodat je gauw uitslag, vlekken of jeuk van iets krijgt?
7. Heb je wel eens pijn in je buik, zo in de buurt van je navel?
8. Merk je wel eens aan je spieren dat je ze niet goed kunt ontspannen?
9. Moet je wel eens heel erg huilen terwijl daar niet zoveel aanleiding voor is?
10. Voel je je wel eens ongelukkig, depressief of rot?
11. Voel je je wel eens gespannen, zenuwachtig?

Bijlagen

12. Heb je last van steeds terugkerende angsten of gedachten, waar je zelf niet meer vanaf kunt komen?

Lesparticipatie

1. Hoe vaak is het dit schooljaar gebeurd dat je door ziekte of een ander lichamelijk probleem niet meedeed aan gymnastiek, terwijl je die dag wel op school was?
2. Hoe vaak is het dit schooljaar gebeurd dat je door ziekte of een ander lichamelijk probleem niet mee kon doen met lessen in de klas, terwijl je wel op school was?

Bijlagen

Bijlage 6: Aantal scholen per deelnemende GGD

GGD	Aantal scholen
GGD Noord-Kennemerland	12
GGD Rijnstreek	8
GGD Amstelland-de Meerlanden	27
GGD Noord- en Midden Drenthe	10
GGD Streekgewest Westelijk Noordbrabant	15
GGD Stadsgewest Breda	15
GGD Den Haag	30
GGD Stedendriehoek	10
GGD Zuid-Holland Zuid	4
GGD Westveluwe-Vallei	15
GGD Eindhoven	8
GGD Midden Holland	10
GGD Groningen stad en Ommelanden	12
GGD Zuidoost Brabant	6
GGD Zuidwest Drenthe	25
GGD Westfriesland	2
GGD Leiden en Omstreken	4
GGD Regio Nijmegen	12
GGD Midden Limburg	9
GGD Zuidwest Friesland	5
GGD Oost Groningen	1
GGD Noord Limburg	10
GGD West-Holland	8
GGD Zuidoost Utrecht	4
GGD IJssel-Vecht	16
Totaal	278

Bijlage 7: Registratie verzuimgegevens

Dit deel bevat een aantal vragen over het verzuim van de leerlingen in uw groep. Het betreft het verzuim, waarbij de ouders als reden ziekte hebben aangegeven.

Het gaat om het verzuim vanaf het begin van dit schooljaar tot met januari 1997.

- Wilt u van elke leerling de leeftijd en het geslacht (j/m) vermelden?
- Als een leerling bekend is met een chronische ziekte of aandoening, wilt u dan aangeven welke chronische aandoening dat is?
- Wilt u vervolgens voor elke maand (september, oktober, november en december 1996 én januari 1997) aangeven hoe vaak en hoeveel dagen in totaal betrokken leerling in de desbetreffende maand verzuimd heeft?

Nawoord

Werken aan schoolgezondheidsbeleid, dat wil zeggen het bevorderen van de gezondheid van leerlingen via de school, is vanuit een landelijk perspectief als het werken aan een meertrapsraket. Uiteindelijk draait het om een goede interactie tussen leerkrachten en leerlingen. Dit is alleen mogelijk als leerkrachten over de juiste vaardigheden en leer-methoden beschikken. Ondersteuning van buiten school is onontbeerlijk. Ondersteuning die gemakkelijk toegankelijk moet zijn, dus door regionale instellingen zoals GGD-en en onderwijsbegeleidingsdiensten gegeven moet worden. Deze ondersteuners hebben op hun beurt weer behoefte aan instrumenten en deskundigheid. Hier ligt een taak voor landelijke R & D-instituten.

Er mag niet verwacht worden dat alle raketdelen in enkele jaren ontworpen, getest en geïmplementeerd worden. Maar, hoewel de raket nog niet naar behoren functioneert, kan geconstateerd worden dat er in de afgelopen 20 jaar veel werk is verzet. De eind jaren zeventig ingezette ontwikkelingen hebben geleid tot de realisatie van enkele essentiële onderdelen. Basisscholen zijn sinds 1985 wettelijk verplicht gezond gedrag te bevorderen. Er is veel lesmateriaal beschikbaar. Ondersteuning van schoolgezondheidsbeleid is een vast onderdeel in het beleid van GGD-en.

De projecten, waaruit deze dissertatie is voortgekomen, hebben zich achtereenvolgens met alle rakettrappen bezig gehouden. Lesmateriaal is door de Katholieke Universiteit Nijmegen en het Hoogveld Instituut ontwikkeld. Daarna is door hen de samenwerking tussen scholen en GGD in een nieuw jasje gestoken. De Landelijke Vereniging van GGD-en heeft de implementatie van het samenwerkingsmodel ter hand genomen en schoolgezondheidsbeleid is opgenomen in het GGD-beleid. Nu zijn de effecten van schoolgezondheidsbeleid in het basisonderwijs geëvalueerd. Met andere woorden: alle fasen van de levenscyclus zijn doorlopen. Schoolgezondheidsbeleid is daarmee echter niet uitontwikkeld. Vele onderdelen moeten verbeterd worden.

Zonder de inzet van velen waren de projecten nooit tot een goed eind gekomen. Zij kunnen hier helaas niet allen genoemd worden, maar niet onvermeld mag blijven dat het laatste deel alleen dankzij de soms nachtelijke inspanningen van Ton Vogels, Margien Gijsman en Minne Fekkes geslaagd is.

Uit het eerste uur zijn slechts Wiel Hegger, Jan Wassenaar en ik zelf over, maar hieruit mag niet afgeleid worden dat de taak extreem zwaar was. Anderen gingen en namen het gedachtegoed mee. Dit droeg bij aan het draagvlak voor schoolgezondheidsbeleid.

Curriculum vitae

Frans I.M. Pijpers werd op 7 augustus 1952 geboren te Djakarta in Indonesië. In 1970 behaalde hij het diploma Gymnasium B aan het Rijkslyceum te Kampen. In 1975 werd het doctoraal examen Geneeskunde en in 1977 het artsexamen aan de RijksUniversiteit Groningen te Groningen behaald. In 1978 werd hij geregistreerd als huisarts en in 1983 ingeschreven in het Register van Erkende Sociaal-geneeskundigen tak Jeugdgezondheidszorg. Van 1 november 1979 tot 1 maart 1991 heeft hij bij de GGD Stadsgewest Breda als schoolarts gewerkt. Vanaf 1 maart 1991 werkt hij als cursusleider bij de Sociaal-geneeskundige Opleiding Jeugdgezondheidszorg van TNO Preventie en Gezondheid. Sinds 1996 is hij hoofd van de sector Implementatie, Training en Onderwijs.