

Gezondheidsbevordering en voortgezet onderwijs: verstandshuwelijk of echte liefde?

Nicole M.W.M. Boot,^{1,2,3} Patricia van Assema,³ Bert Hesdahl,^{1,2} Mariken Leurs,⁴ Nanne K. de Vries^{2,3}

De aandacht voor schoolgezondheidsbeleid in Nederland is gegroeid. Toch is nog weinig implementatie-onderzoek uitgevoerd. Tussen 2002-2006 is in de regio Zuidelijk Zuid-Limburg de schoolslagwerkwijze ontwikkeld, met als afgeleide de landelijke Gezonde School Methode. Schoolslagadviseurs begeleiden scholen één op één bij het vormgeven van schoolgezondheidsbeleid. Dit onderzoek beschrijft in hoeverre op dit moment sprake is van schoolgezondheidsbeleid in het voortgezet onderwijs in de regio Zuid-Limburg en welke factoren bevorderend danwel belemmerend zijn bij de implementatie van de schoolslagwerkwijze. Bestaande inzichten over de invoering van vernieuwingen zijn als conceptueel kader gehanteerd. In totaal hebben 59 managementleden, 39 zorgcoördinatoren en 399 docenten, werkzaam bij achttien van de 25 scholen in de regio, een vragenlijst ingevuld. Op achttien scholen zijn groepsinterviews gehouden met de belangrijkste sleutelfiguren. De invoering van schoolgezondheidsbeleid blijkt nog niet optimaal te zijn. Redenen als hoge werkdruk, ontbreken van gezondheidsbevordering als verplichting in de kerndoelen, maar ook redenen gerelateerd aan de schoolslagwerkwijze worden genoemd. Wel voelen scholen zich verantwoordelijk voor de gezondheid van leerlingen. Geconcludeerd wordt dat wanneer meer rekening wordt gehouden met de (on)mogelijkheden binnen het onderwijs, de schoolslagwerkwijze een goede vorm van begeleiding voor het onderwijs kan zijn bij het ontwikkelen en uitvoeren van schoolgezondheidsbeleid.

Trefwoorden: schoolgezondheidsbeleid, preventie, jongeren, voortgezet onderwijs, schoolslagwerkwijze

INLEIDING

Een goede gezondheid is een randvoorwaarde voor een goede kwaliteit van leven. Gezondheidsbevordering is gericht op het stimuleren van een gezonde leefstijl en daarmee op het verhogen van de kwaliteit van leven.¹ Jongeren als groep zijn een belangrijke doelgroep voor gezondheidsbevordering. De school wordt door gezondheidsbevorderende organisaties gezien als een geschikte setting om deze doelgroep te bereiken.²⁻⁴ GGD'en en tal van andere regionale en landelijke partners hebben zich ten doel gesteld gezondheidsbevordering onderdeel uit te laten maken van het onderwijs.²⁻⁴

Naast de stijgende aandacht voor schoolgezondheidsbeleid heeft de positie van zorg binnen het onderwijs een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt.⁵ Inmiddels heeft de zorg voor individuele leerlingen binnen het onderwijs een vaste plek verworven. Deze zorg is gericht op het signaleren, begeleiden en verbeteren van de problemen

van risicoleerlingen. De afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD werkt bijvoorbeeld intensief samen met het onderwijs door middel van periodieke gezondheidsonderzoeken.⁶ Daarnaast worden scholen geadviseerd een zorgstructuur op te zetten waarbinnen de zorg voor individuele leerlingen samen met de belangrijkste ketenpartners wordt georganiseerd. De aanwezigheid van een dergelijke zorgstructuur wordt meegenomen bij de beoordeling van de kwaliteit van het onderwijs door de onderwijsinspectie.⁷ Op vrijwel alle voortgezet onderwijs scholen in Nederland is inmiddels een zorgcoördinator aangesteld die als taak heeft de zorgstructuur op te zetten en te onderhouden.⁷

Gezondheidsbevordering heeft echter nog geen vaste plaats binnen het onderwijs verworven, dit in tegenstelling tot leerlingenzorg. Scholen geven bij herhaling aan te vaak en door te veel verschillende instanties gevraagd te worden om gezondheidsbevorderende interventies uit te voeren waardoor ze door de bomen het bos niet meer zien. Ook vinden ze dat de aangeboden activiteiten onvoldoende aansluiten bij de kerndoelen.⁸ Gezondheidsbevordering is niet opgenomen in hun kerndoelen. Gesteld kan echter worden dat gezondheidsbevordering wel degelijk bijdraagt aan de realisatie van de kerndoelen.⁹⁻¹¹

¹ Afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Zuid Limburg, Geleen

² Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Zuid-Limburg, Maastricht

³ Capaciteitsgroep Gezondheidsbevordering, CAPHRI, Universiteit Maastricht

⁴ Centrum Gezond Leven, RIVM, Bilthoven

Uit onderzoek is bekend dat gezondere leerlingen beter presteren dan ongezonde leerlingen.¹² Denk hierbij bijvoorbeeld aan de invloed van ontbijten op het concentratievermogen van leerlingen.¹³ Scholen hebben als taak om randvoorwaarden te realiseren waardoor de leerprestaties van leerlingen worden geoptimaliseerd. Gezondheid kan hieraan een bijdrage leveren. Nader onderzoek om deze relevantie te versterken, is wenselijk.

Als reactie op de beschreven ontwikkelingen is in de periode 2002-2006 in de regio Zuidelijk Zuid-Limburg de schoolslagwerkwijze (noot a) ontwikkeld voor voortgezet onderwijs-scholen.¹⁴⁻¹⁶ Scholen worden door een eigen schoolslagadviseur met behulp van het schoolslagstappenplan begeleid bij het vormgeven van schoolgezondheidsbeleid (zie tekstbox).¹⁴ De schoolslagadviseur wordt ingezet als makelaar namens de regionale gezondheidsbevorderende partners van scholen (GGD, welzijnswerk, GGZ en verslavingszorg) die daarvoor de handen in elkaar geslagen hebben. De schoolslagadviseur is het directe aanspreekpunt voor de school op het terrein van preventie en is in dienst bij een van de regionale partners. Hier kunnen scholen met al hun vragen op het terrein van preventie

Kernpunten

- Schoolslag / Gezonde School is een planmatige werkwijze gericht op vraaggestuurd en gecoördineerd schoolgezondheidsbeleid.
- Schoolgezondheidsbeleid is nog niet volledig geïmplementeerd binnen de voortgezet onderwijs-scholen in Zuid-Limburg, er is wel een voedingsbodem gelegd.
- Scholen voelen zich verantwoordelijk voor de gezondheid van hun leerlingen, maar ervaren organisatorische beperkingen om daadwerkelijk over te gaan tot actie.
- Gezondheidsbevordering en onderwijs hebben een verstandshuwelijk.

terecht. De schoolslagadviseur zorgt voor een terugkoppeling van vragen naar de betreffende partnerorganisaties, maakt een koppeling tussen de vraag van de school en het aanbod van de partnerorganisaties en adviseert over de inzet van producten en interventies van andere landelijke en lokale aanbieders. De werkwijze betreft een settingspecifieke toepassing van Intervention Mapping.^{2,17} Momenteel bevindt de schoolslagwerkwijze zich in de implementatiefase. De

schoolslagwerkwijze wordt met financiering van de Zuid-Limburgse gemeenten nu ook als basiswerkwijze ingevoerd in de andere gebieden van de GGD-regio Zuid-Limburg, namelijk Oostelijk Zuid-Limburg en de Westelijke Mijnstreek. Om de doorontwikkeling van de werkwijze te kunnen waarborgen, vindt binnen de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Zuid-Limburg begeleidend onderzoek plaats.¹⁸ In dit artikel wordt een studie beschreven naar het verloop van de implementatie teneinde aanknopingspunten voor optimalisering ervan te vinden.

Tekstbox: Het schoolslagstappenplan

Stap 1: Inventarisatie zorgbehoefte en lopende preventieactiviteiten

Om de behoefte aan gezondheidsbevordering, preventie en zorg op een school te bepalen, is het allereerst van belang te weten hoe het is gesteld met de gezondheid en leefstijl van de leerlingen en welke preventieactiviteiten er al op school uitgevoerd worden. Een mogelijke bron hiervoor zijn de gegevens uit de Jeugdmonitor, uitgevoerd door de GGD in de 2e en 4e klassen. Deze stap wordt uitgevoerd door het preventieteam, in het algemeen bestaande uit de zorgcoördinator, docent biologie, verzorging, lichamelijke opvoeding, ouders, leerlingen, en de schoolslagadviseur.

Stap 2: Bepalen van prioriteiten

Op basis van de resultaten van stap 1 stelt de school (samen met het team van docenten, leerlingen, schoolslagadviseur en ouders) de prioriteiten vast voor preventie en gezondheidsbevordering.

Stap 3: Kiezen van activiteiten

Als de prioriteiten zijn vastgesteld, bepaalt de school - uiteraard terzijde gestaan door de schoolslagadviseur - de daarbij passende activiteiten en strategieën.

Stap 4: Opstellen van een preventieplan

De resultaten die de school de komende jaren wil bereiken, leggen school en adviseur vast in een preventieplan. In het plan staan per prioriteit afspraken over de activiteiten die worden ondernomen: voor welke doelgroep, door welke uitvoerder en met ondersteuning van welke organisatie. Dit preventieplan wordt bij voorkeur ingepast in het totale schoolzorgplan.

Stap 5: Uitvoeren plannen

Veel activiteiten kan een school zelf uitvoeren. Vaak kan één van de schoolslag-partners ondersteuning bieden. Voor een goede uitvoering van de plannen is betrokkenheid van de docenten een belangrijke voorwaarde.

Stap 6: Evalueren en verankeren

Tussentijds en aan het eind van het schooljaar bekijkt de school samen met de schoolslagadviseur of de geplande activiteiten het beoogde resultaat hebben opgeleverd. Op basis van deze evaluaties wordt het preventieplan voor het nieuwe schooljaar aangepast. De activiteiten die succesvol zijn gebleken, kunnen worden verankerd in het schoolzorgplan.

In de studie stonden twee onderzoeksvragen centraal:

- 1 Wat is de mate van implementatie van de schoolslagwerkwijze binnen voortgezet onderwijs- scholen in Zuid-Limburg?
- 2 Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van de schoolslagwerkwijze bij voortgezet onderwijs scholen in Zuid-Limburg?

Ten behoeve van de tweede vraagstelling zijn vooraf mogelijke belemmerende en bevorderende factoren die een rol spelen in de implementatiefase, in kaart gebracht op basis van het werk van Rogers, Fleuren et al., Marx et al. en Shediak et al.¹⁹⁻²² (zie tabel 1). Hierbij werd in navolging van Fleuren¹⁹ een indeling in vijf categorieën gehanteerd: factoren gerelateerd aan de implementerende organisatie (school), bij de implementatie betrokken personen, de implementatiestrategie, de innovatie (de schoolslagwerkwijze) en de bredere maatschappelijke context (zoals overheidsbeleid).

METHODE

Het onderzoek is in de periode februari-juni 2008 uitgevoerd onder managementleden, zorgcoördinatoren, schoolslagadviseurs en docenten van de deelnemende voortgezet onderwijs scholen in Zuid-Limburg. Hierbij is

gebruik gemaakt van twee verschillende vragenlijsten en semi-gestructureerde groepsinterviews.

Onderzoekspopulatie

Alle 25 voortgezet onderwijs scholen in de regio zijn gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Negentien scholen waren hiertoe bereid. Eén school die deelname had toegezegd, trok zich bij de start van het onderzoek terug vanwege grote werkdruk. In totaal zijn 1807 vragenlijsten verzonden aan een selectie van alle medewerkers van de betreffende scholen, te weten 165 managementleden, 50 zorgcoördinatoren en 1592 docenten. Op achttien van de deelnemende scholen zijn interviews gehouden waarvoor het management, de zorgcoördinatoren en de schoolslagadviseurs werden uitgenodigd.

Vragenlijsten

De vragenlijsten zijn gepretest bij twee zorgcoördinatoren van voortgezet onderwijs scholen in de regio om de terminologie zoveel mogelijk af te stemmen op de taal van het onderwijs. Op basis van de pretest is de term “gezondheidsbevordering” gewijzigd in “het bevorderen van gezondheid en veiligheid”.

Tabel 1 Mogelijke bevorderende en belemmerende factoren in de implementatiefase¹⁹⁻²²

| Categorie | Factoren |
|-------------|---|
| Organisatie | Aantal potentiële gebruikers Acceptatie van schooldirectie en medewerker Bereidheid om de innovatie over te nemen Bevoegdheden, hiërarchische structuur Consistentie met de missie en visie Draagvlak Expertise Faciliteiten Functionele structuur Houding leidinggevende Interne organisatie Logistieke procedures Managementcapaciteit Mogelijkheden om aan te sluiten bij bestaande structuren / programma's Mogelijkheden van de organisatie Mogelijkheid om informatie te verspreiden bij medewerkers en leerlingen Onderstrepen van doel en gewenste resultaten Organisatiegrootte Persoonlijke wisselingen in management Proces van besluit nemen Projectmanagement Samenwerkingscultuur Steun |
| Persoon | Bereidheid om aan de innovatie deel te nemen Eigen effectiviteitverwachting Ervaren werkdruk Ervaringen van collegae Ethische problemen met de vernieuwing Kenniss Ownership Persoonlijke eigenschappen Steun van andere professionals Steun van collegae Steun van directie Steun van management Taakopvatting Toekennen van waardes aan de benoemde behoeften Vaardigheden Verwachtingen |

| Categorie | Factoren |
|---------------|---|
| Strategie | Administratieve ondersteuning Beschikbaarheid hulpmiddelen Beschikbaarheid van een kartrekker Beschikbaarheid van projectmanagement Beschikbare tijd Betrokkenheid gezondheidsprofessionals Financiën Invoering gemakkelijker maken door training, handleiding Vergoedingen |
| Innovatie | Aanpassingsvermogen Benodigde training Bruikbaarheid Compatibiliteit Complexiteit Duidelijke omschrijving van het doel Duidelijke procedures en handleidingen Duidelijkheid Duur Effectiviteit Financiering Frequentie Gebruiksgemak Helderheid Nut Observerbaarheid Onderhandelingsruimte Relatief voordeel Risico's Soort project Triability Verwachte voordelen |
| Maat-schappij | Aanwezigheid infrastructuur Bewustwording van de gezondheidsvoordelen Financiële consequenties Participatie van de gemeenschap Politieke overwegingen Psychische en emotionele schade Twijfels over de expertise van de professional Wet en regelgeving |

* Sommige factoren kunnen in meerdere categorieën worden ingedeeld, daarnaast kan overlap tussen factoren binnen categorieën plaatsvinden.

De vragenlijst voor managementleden en zorgcoördinatoren bestond uit 35 vragen en kon in 20 minuten worden ingevuld. Elke vraag had betrekking op de uitvoering van één van de stappen in het stappenplan, bijvoorbeeld "Is er op school een overzicht van activiteiten aanwezig?" (Ja, Nee, Gedeeltelijk, Niet van toepassing). In aanvulling hierop zijn in een vragenlijst voor docenten zes vragen gesteld over de betrokkenheid van de docent bij de werkwijze, bijvoorbeeld "Bent u betrokken geweest bij het opstellen van het preventieplan?" (Ja, Gedeeltelijk, Nee). Daarnaast zijn elf vragen gesteld over het belang dat de docent hecht aan bepaalde aspecten of stappen van de schoolslagwerkwijze, bijvoorbeeld "In hoeverre vindt u het belangrijk dat er binnen de school aandacht is voor preventie van gezondheid en veiligheid?" (vijf-puntschaal van 'zeer onbelangrijk' tot 'zeer belangrijk'). Het invullen van deze vragenlijst nam ongeveer tien minuten in beslag.

Interviews

In de groepsinterviews is gedurende gemiddeld negentig minuten gevraagd naar belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van de schoolslagwerkwijze. De rapportage van de resultaten van het vragenlijstonderzoek diende als basis voor de interviews. Er zijn vragen gesteld ter bevestiging en/of verdieping van de conclusies. Daarnaast is gevraagd naar wensen voor de toekomst ten aanzien van schoolgezondheidsbeleid. De interviews vonden plaats op de scholen en zijn afwisselend gevoerd door de coördinator van schoolslag en het hoofd van de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD Zuid Limburg (derde auteur). De gesprekken zijn op band opgenomen en getranscribeerd.

Dataverwerking en -analyse

De antwoorden op de vragen aan de managementleden en de zorgcoördinatoren zijn samengevoegd tot twee categorieën: 'ja' versus 'nee, gedeeltelijk of nvt'. Met behulp van Kruskal Wallis-testen is nagegaan of er verschillen waren tussen de managementleden en de zorgcoördinatoren. Hierbij is een significantieniveau van 5% aangehouden. Om uitspraken te kunnen doen over de implementatie van de stappen uit het stappenplan op schoolniveau, zijn de vragenlijsten van de zorgcoördinatoren apart geanalyseerd.

Ook de antwoorden op de vragen aan de docenten zijn samengevoegd tot twee categorieën: '(zeer) belangrijk' versus 'neutraal of (zeer) onbelangrijk'; 'ja' versus 'gedeeltelijk of nee'.

De statistische analyses zijn uitgevoerd met het programma SPSS 14. De transcripten van de interviews zijn geanalyseerd met behulp van het programma Nvivo 8 waarbij de volgende hoofdcodes aan tekstdelen werden gekoppeld: mate van implementatie, bevorderende of belemmerende factor, oordeel over belang, eigen betrokkenheid en wensen voor de toekomst. De codering van de kwalitatieve onderzoeksgegevens is ter controle door twee personen uitgevoerd.

RESULTATEN

Respons

De totale onderzoeksgroep (n=497) bestond uit 59 managementleden (respons 36%), 39 zorgcoördinatoren (respons 78%) en 399 docenten (respons 25%), werkzaam bij achttien scholen. Op alle achttien deelnemende scholen is een groepsinterview afgenomen. Het aantal participanten per interview varieerde tussen twee en zeven. In totaal namen 25 managementleden, zeventien zorgcoördinatoren en alle veertien schoolslagadviseurs aan een interview deel.

Mate van implementatie

Tabel 2 en 3 geven weer in hoeverre er sprake is van implementatie van de diverse stappen in de schoolslagwerkwijze. De eigen betrokkenheid van docenten bij de uitvoering van alle ondervraagde aspecten van de werkwijze is zeer minimaal (<5%).

Stap 1: Inventarisatie zorgbehoefte en lopende preventieactiviteiten

Bij de meeste scholen is er aandacht voor gezondheid en veiligheid en is een preventieteam samengesteld om zorgbehoeften en lopende preventieactiviteiten te inventariseren. Ruim de helft van de scholen heeft een overzicht van de huidige preventieactiviteiten. Vrijwel alle ondervraagde docenten vinden het belangrijk dat er aandacht voor gezondheid is binnen de school.

Stap 2: Bepalen prioriteiten

Op vrijwel alle scholen worden prioriteiten voor gezondheidsbevordering bepaald. Dit gebeurt vooral op basis van onderzoek (de jeugdmonitor (noot b) en teamoverleg en in enkele gevallen op basis van de meningen van ouders en leerlingen. De meeste docenten vinden inspraak van medewerkers belangrijk bij het stellen van prioriteiten. De inspraak van ouders en leerlingen bij de prioritering wordt door ongeveer de helft van de docenten van belang geacht.

Stap 3: Kiezen van activiteiten

Op acht scholen is een themawerkgroep aanwezig en worden activiteiten onderling afgestemd. Voor een passend aanbod werken vrijwel alle scholen samen met de GGD. Daarnaast werken de meeste scholen samen met het welzijnswerk, de geestelijke gezondheidszorg en Bureau Halt. Minder dan de helft van de scholen werkt samen met verslavingspreventie. Aanvullend bleek uit de interviews dat er verschillende activiteiten worden uitgevoerd, maar dat het hierbij vaak gaat om losse activiteiten op klasniveau of om meerdere activiteiten die verenigd worden in een themaweek, georganiseerd in samenwerking met de schoolslagadviseur.

Stap 4: Opstellen preventieplan

Op vijf scholen is een preventieplan aanwezig. Deze plannen blijken niet alle elementen van het schoolslagstappenplan te bevatten. Er is geen beschrijving van onderzoeksresultaten en prioriteiten worden niet vermeld. Op zes scholen is er inspraak (geweest) van medewerkers, ouders en leerlingen bij het opstellen van het preventieplan. Meer zorgcoördinatoren (24%) dan managementleden (9%) gaven aan dat leerlingen hierbij worden be-

trokken. Op een enkele school na is het preventieplan niet bekend bij medewerkers, leerlingen en ouders en is het niet toegestuurd naar het bestuur of de gemeente. Het merendeel van de docenten onderschrijft het belang van een preventieplan en vindt ook dat dit plan bekend moet zijn bij medewerkers, ouders en leerlingen.

Stap 5: Uitvoeren plan

Op vier scholen wordt het preventieplan uitgevoerd. Ook worden op vrijwel alle scholen activiteiten uitgevoerd. Op de meeste scholen worden prioriteiten toegepast in het dagelijks werk en worden geplande activiteiten besproken in het teamoverleg. Het overgrote deel van de docenten vindt het belangrijk dat er preventieactiviteiten worden uitgevoerd en dat de preventieprioriteiten daadwerkelijk worden toegepast in het dagelijks werk. Aanvullend bleek uit de interviews dat het vaak lastig wordt gevonden om plannen ook daadwerkelijk gerealiseerd te krijgen binnen de school. Er worden preventieactiviteiten uitgevoerd, maar deze staan vaak niet beschreven in plannen.

Stap 6: Evalueren en verankeren

Op vijf scholen wordt de uitvoering van het preventieplan geëvalueerd. Op drie scholen is er sprake van

tussentijdse evaluatie. Het belang van evaluatie wordt door het merendeel van de docenten onderschreven. Een van hen zegt: "Ja, het lastige is, als je dat beleid niet zo nadrukkelijk geformuleerd hebt, is het natuurlijk ook lastig om dat te evalueren." (Zorgcoördinator 2)

Belemmerende en bevorderende factoren

In de interviews kwam veelvuldig naar voren dat gezondheid nog vaak een achtergesteld thema is omdat er geen verplichtingen ten aanzien van gezondheidsbevordering opgenomen zijn in de kerndoelen. Toch voelen scholen zich verantwoordelijk voor de gezondheid van hun leerlingen. De schoolslagwerkwijze is gebaseerd op de "whole school approach". Hierin staat naast gezonde leerlingen ook de gezondheid van docenten, onderwijs-ondersteunend personeel en de omgeving centraal. In dit interview is alleen ingegaan op de gezondheid van de leerlingen. Door diverse geïnterviewden werd daarbij de kanttekening geplaatst dat de doelen realistisch moeten zijn. Diverse keren werd gezegd dat er geen behoefte is aan veel papier, maar aan daadwerkelijke actie.

Tabel 2 Implementatie van het schoolslag-stappenplan volgens managementleden en zorgcoördinatoren

| Schoolslag-stappenplan | Vraagstelling (binnen de school ...) | Participant niveau N=wisselend | | | School niveau N=18 N Ja |
|--|--|-----------------------------------|---------|---------|-------------------------------------|
| | | N Totaal | N Ja | % Ja | |
| Stap 1 | is er aandacht voor gezondheid en veiligheid | 98 | 72 | 73 | 15 |
| Inventarisatie zorgbehoefte en lopende preventieactiviteiten | is een preventieteam aanwezig | 96 | 60 | 63 | 12 |
| | is een overzicht van activiteiten aanwezig | 79 | 41 | 52 | 11 |
| Stap 2 | worden prioriteiten voor preventie gesteld | 90 | 73 | 81 | 16 |
| Bepalen van prioriteiten | zijn prioriteiten gebaseerd op onderzoek | 69 | 54 | 78 | 13 |
| | worden prioriteiten besproken in teamoverleg | 82 | 57 | 70 | 12 |
| | worden prioriteiten besproken met ouders | 72 | 30 | 42 | 8 |
| | worden prioriteiten besproken met leerlingen | 75 | 29 | 39 | 7 |
| Stap 3 | is een themawerkgroep aanwezig | 93 | 50 | 54 | 8 |
| Kiezen van activiteiten | worden activiteiten onderling afgestemd | 67 | 40 | 60 | 9 |
| | wordt samengewerkt met de GGD | 92 | 90 | 98 | 17 |
| | wordt samengewerkt met het welzijnswerk | 91 | 61 | 67 | 13 |
| | wordt samengewerkt met de geestelijke gezondheidszorg | 88 | 57 | 65 | 12 |
| | wordt samengewerkt met Bureau Halt | 84 | 53 | 63 | 10 |
| | wordt samengewerkt met de verslavingspreventie | 89 | 38 | 43 | 7 |
| Stap 4 | is een preventieplan aanwezig | 79 | 14 | 18 | 5 |
| Opstellen preventieplan | in het preventieplan worden behoefte van zorg en gezondheid beschreven | 14 | 9 | 64 | 4 |
| | in het preventieplan worden onderzoeksresultaten beschreven | 14 | 6 | 43 | 3 |
| | in het preventieplan worden prioriteiten beschreven | 14 | 7 | 50 | 4 |
| | in het preventieplan worden strategieën en activiteiten beschreven | 14 | 8 | 57 | 4 |
| | in het preventieplan worden activiteiten opgenomen | 14 | 11 | 79 | 5 |
| | hebben medewerkers inspraak in het preventieplan | 96 | 23 | 24 | 6 |
| | hebben leerlingen inspraak in het preventieplan | 95 | 14 | 15* | 4 |
| | hebben ouders inspraak in het preventieplan | 94 | 14 | 15 | 4 |
| | is het preventieplan bekend bij medewerkers | 96 | 12 | 13 | 1 |
| | is het preventieplan bekend bij ouders | 96 | 5 | 5 | 1 |
| | is het preventieplan bekend bij leerlingen | 95 | 6 | 6 | 1 |
| | is het preventieplan toegestuurd aan het bestuur | 37 | 10 | 27 | 1 |
| is het preventieplan toegestuurd aan de gemeente | 34 | 1 | 3 | 0 | |
| Stap 5 | wordt het preventieplan uitgevoerd | 46 | 16 | 35 | 4 |
| Uitvoeren plan | worden activiteiten uitgevoerd | 95 | 90 | 95 | 17 |
| | worden prioriteiten toegepast in het dagelijkse werk | 95 | 37 | 39 | 10 |
| | worden geplande activiteiten besproken in het teamoverleg | 86 | 61 | 71 | 14 |
| Stap 6 | wordt de uitvoering van het preventieplan geëvalueerd | 44 | 17 | 39 | 5 |
| Evalueren en verankeren | wordt de kwaliteit van de uitvoering van het plan bewaakt | 42 | 9 | 21 | 3 |
| | middels tussentijdse evaluatie | | | | |

* Kruskal Wallis Test significant ($p < 0,05$) op groepsniveau

Tabel 3 Betrokkenheid van docenten en ervaren belang van aspecten van de werkwijze (N=397)

| Docenten | Vraagstelling | % ja |
|-------------------------------|---|--------------------------------|
| Betrokkenheid | bent u geïnformeerd over de resultaten van de Limburgse jeugdmonitor | 5 |
| | bent u betrokken geweest bij het in kaart brengen van de huidige activiteiten | 3 |
| | bent u betrokken geweest bij het stellen van prioriteiten | 2 |
| | bent u betrokken geweest bij het opstellen van het preventieplan | 1 |
| | heeft u het preventieplan van de school in uw bezit | 2 |
| | gebruikt u het preventieplan in de praktijk | 4 |
| Belang | Hoe belangrijk is ... | % (zeer) belangrijk |
| | aandacht voor gezondheid | 96 |
| | inspraak van medewerkers bij prioriteiten | 82 |
| | inspraak van ouders bij prioriteiten | 50 |
| | inspraak van leerlingen bij prioriteiten | 56 |
| | het preventieplan | 81 |
| | bekendheid van het preventieplan bij medewerkers | 88 |
| | bekendheid van het preventieplan bij ouders | 81 |
| | bekendheid van het preventieplan bij leerlingen | 81 |
| | uitvoeren van activiteiten | 92 |
| | het toepassen van prioriteiten in het dagelijks werk | 89 |
| de evaluatie van activiteiten | 86 | |

“Ik denk dat je heel reëel moet blijven. De werkdruk in het onderwijs is heel erg hoog en preventie komt daar nog eens bij.” (Zorgcoördinator 4)

De meeste scholen hebben geen uren voor gezondheidsbevordering begroot. Gezondheidsbevordering komt als extra taak bovenop de bestaande werkuren van een zorgcoördinator, mentor of docent. Binnen de huidige werkdruk wordt dit als erg zwaar ervaren. Gezondheidsbevordering werd genoemd als (additionele) taak van de school, maar deze verantwoordelijkheid wordt niet omgezet in formatie-uren. In meerdere interviews werd ingebracht dat er ondanks de beperkte tijd “veel tussen de bedrijven door” gebeurt, maar dat door het ontbreken van een gerichte structuur scholen geen tijd vrijmaken voor structurering en borging. Meermalen werd naar voren gebracht dat door het uitblijven van een duidelijke visie op gezondheid vanuit het management, gezondheidsbevordering een extra activiteit blijft. De daadwerkelijke betrokkenheid van het management bij schoolgezondheidsbeleid wordt ervaren als minimaal. Door diverse participanten werd benadrukt dat schoolgezondheidsbeleid pas zal slagen wanneer het in de taakbelasting van het onderwijs wordt meegenomen. Een duidelijke taakomschrijving met vastgestelde uren wordt vooralsnog gemist.

Door diverse participanten werd ook het ontbreken van een duidelijk communicatieplan als een belemmerende factor ervaren. Hierdoor is er geen brede bekendheid van schoolgezondheidsbeleid binnen de school en heeft het nog geen vaste plek gekregen binnen het huidige onderwijssysteem. Er is nog nauwelijks structureel contact tussen de contactpersoon voor preventie binnen de school en het management. Hierdoor is de betrokkenheid van het management nauwelijks voelbaar.

Ten slotte gaven enkele participanten aan dat wanneer door de schoolslagadviseur te strak wordt vastgehouden aan de volgorde van het schoolslag-stappenplan, de bevoeging en betrokkenheid van het team kunnen afnemen. Er moet ruimte zijn om de volgorde aan te passen aan het proces binnen de school. De doelstellingen van de

werkwijze moeten aansluiten bij de visie van de school. Als dat het geval is, zal het team zijn verantwoordelijkheid nemen binnen de huidige kaders om de doelen te realiseren.

“Mensen moeten toch ook allemaal een bepaalde vrijheid, eigen keuze hebben. Als je alles gaat voorkauwen dan voel je je, als docent, volgens mij in zo’n keurslijf geperst van dit moet er nog in, dat moet er nog in en die mentor lessen zijn vol. Alles is zo gestructureerd dat je dan ook geen ruimte hebt af te wijken.” (Manager 6)

DISCUSSIE EN CONCLUSIES

Met dit onderzoek werd beoogd inzicht te krijgen in de huidige mate van implementatie van de schoolslagwerkwijze. Het blijkt dat de eerste stappen van het stappenplan breed worden ingezet. Naarmate de stappen meer gericht zijn op verankering in de vorm van het schrijven, uitvoeren, evalueren en, waar nodig, aanpassen van de plannen zodat ze opgenomen kunnen worden in het beleid van de school, neemt de mate van toepassing echter af. Van de continuïteit waar de schoolslagwerkwijze naar streeft, is op dit moment nog geen sprake. Er worden maar zeer beperkt preventieplannen opgesteld. Evaluatie en opname in het schoolbeleid ontbreken. Ook participatie van de doelgroep wordt nog zeer beperkt geïmplementeerd. Inspraak van leerlingen en ouders wordt ook niet door alle docenten belangrijk gevonden. De daadwerkelijke betrokkenheid van de docenten is zeer beperkt. Al met al kan gezegd worden dat er een goede start is gemaakt, maar dat de implementatie van de werkwijze nog verre van optimaal is.

Op basis van de literatuur weten we dat de invoering van een innovatie veel tijd nodig heeft.¹⁹⁻²² Naast het ontwikkelen van een goed doordachte werkwijze gebaseerd op de theorie, zijn veel randvoorwaarden te noemen die de invoering ervan positief of negatief kunnen beïnvloeden.¹⁹⁻²² Met behulp van dit onderzoek hebben we meer inzicht gekregen in de specifieke factoren die de implementatie van de schoolslagwerkwijze beïnvloeden. De genoemde belemmerende factoren zijn met name ge-

relateerd aan de implementerende organisatie (de school), de ondersteunende organisatie (GGD of één van de partners) en de maatschappelijke context. Een aantal hiervan is niet beïnvloedbaar vanuit de schoolslagwerkwijze zoals de (ervaren) hoge werkdruk in het onderwijs. Wat betreft het ontbreken van een verplichting om expliciet aan gezondheidsbevordering te werken en daaraan gerelateerd het ontbreken van een taakbeschrijving en formatie-uren voor gezondheidsbevordering, lijken er echter veranderingen gaande te zijn. Door ondertekening van het convenant "scholen voor primair en voortgezet onderwijs en sponsoring" onderschrijven het ministerie van OC&W en de landelijke onderwijskoepels de maatschappelijke verantwoordelijkheid van het onderwijs op het gebied van een gezonde leefstijl. In het convenant wordt gesteld dat scholen verplicht zijn in het curriculum aandacht te besteden aan gezonde leefstijl en beweging.²³ Dit onderschrijft de steeds terugkerende discussie over de rol van het onderwijs bij de opvoeding van jongeren. De verplichting is echter nog niet opgenomen in de kwaliteitsagenda voor het voortgezet onderwijs²⁴ en wordt nog niet getoetst in de beoordeling van kwaliteit door de onderwijsinspectie. Beide organen zijn leidend voor de prioriteitstelling in het onderwijs. Zolang gezondheidsbevordering hierin geen eigen plek krijgt, zal het niet automatisch op de prioriteitenlijst van de afzonderlijke scholen worden geplaatst.⁸

In verschillende regio's in Nederland hebben GGD'en samen met scholen zelf het initiatief genomen om een taakomschrijving voor gezondheidsbevordering binnen het onderwijs op te stellen en concrete afspraken te maken over investering van uren door de school. Deze afspraken kunnen de betrokkenheid binnen de school vergroten en de verantwoordelijkheid van de school voor de gezondheid van hun leerlingen verder uitbouwen. Om daadwerkelijk een verandering binnen het totale onderwijs te kunnen realiseren, is het aan te bevelen gezondheid op te nemen in de kwaliteitsagenda van het voortgezet onderwijs. Mogelijk kan de kennis over de invloed van gezondheid op de prestaties van het onderwijs binnen deze lobby als hulpmiddel dienen.

In het onderzoek worden belangrijke punten voor verbetering genoemd: de schoolslagwerkwijze lijkt te theoretisch, de doelen zouden beter moeten aansluiten bij de mogelijkheden en onmogelijkheden in het onderwijs, er wordt door de schoolslagadviseurs teveel vastgehouden aan de volgorde van het schoolslag-stappenplan, het management is onvoldoende betrokken en een communicatieplan ontbreekt. Deze verbeterpunten zouden opgenomen kunnen worden in de werkwijze door te kiezen voor een modulair systeem. Een belangrijk voordeel hiervan is dat scholen en hun ondersteunende organisaties de werkwijze kunnen aanpassen aan hun wensen en mogelijkheden. De vraag is echter of met elke module, los van de andere modules gestart kan worden. Naar verwachting zullen de stappen gericht op het creëren van randvoorwaarden voor de invoering van de werkwijze eerst doorlopen moeten worden, of op zijn minst parallel aan de gewenste startmodule. RIVM-Centrum Gezond Leven werkt samen met de landelijke

gezondheidsbevorderende instituten en een aantal GGD'en aan een Gezonde School handleiding voor ondersteuners. Mede op basis van de aanbevelingen uit dit onderzoek is hierbij gekozen voor een modulair systeem waarin aangeraden wordt de eerste module over oriënteren en organiseren als eerste door te lopen. Met deze inzichten kan de schoolslagwerkwijze, en de daarvan afgeleide Gezonde School, en met name de rol van de schoolslagadviseur of Gezonde School adviseur worden verbeterd.

Een sterk punt van dit onderzoek was de combinatie van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek en het conceptueel kader als leidraad voor de interviews. Hierdoor kon de bestaande situatie systematisch worden geïnventariseerd, waren de onderzoekers alert op een breed scala aan mogelijk beïnvloedende factoren maar was er ook alle ruimte voor nieuwe inzichten.

Een kanttekening die bij de studie geplaatst moet worden, is dat niet alle scholen voor voortgezet onderwijs in de regio -en daarbinnen niet alle medewerkers- bereid waren deel te nemen aan het onderzoek. Niet-deelnemers zouden een andere visie op de schoolslagwerkwijze kunnen hebben waardoor ze niet hebben deelgenomen. Dit vraagt om een nadere verkenning. Niettemin heeft het merendeel van de scholen meegewerkt. Op basis van de reguliere contacten van GGD Zuid Limburg met de non-respons scholen lijken de huidige onderzoeksresultaten een representatief beeld te geven van de huidige positie van schoolgezondheidsbeleid binnen het voortgezet onderwijs in Zuid-Limburg. Op basis van uitwisselingen met coördinatoren Gezonde School uit andere regio's wordt daarnaast verondersteld dat de resultaten uit voorliggende studie ook breder in Nederland toepasbaar zijn.

Geconcludeerd kan worden dat er tussen gezondheidsbevordering en het onderwijs vooralsnog eerder sprake is van een verstandshuwelijk dan van echte liefde. Liefde staat voor onvoorwaardelijk en belangeloos. Aandacht voor gezondheid gaat nu nog veelal gepaard met een grote "Ja, maar". Toch is dit geen reden voor scepsis. Goede gezondheid en goed onderwijs hangen tenslotte sterk samen. Het invoeren van een innovatie kost tijd, net zoals liefde soms moet groeien. Waar in 2002 het begrip "schoolgezondheidsbeleid" nog onbekend was voor scholen, zijn scholen nu de samenwerking met een schoolslagadviseur aangegaan, zijn ze bereid na te denken over mogelijkheden om schoolgezondheidsbeleid binnen hun school op de agenda te krijgen en, waar mogelijk, de verantwoordelijkheid te nemen om gezondheidsdoelen te realiseren. Wanneer bij de toepassing van de schoolslagwerkwijze meer rekening wordt gehouden met de mogelijkheden en onmogelijkheden van het onderwijs en het realiseren van betrokkenheid en verbeteringen in de toepassing van de werkwijze worden doorgevoerd, dan kan de werkwijze een goede vorm van begeleiding voor het onderwijs zijn. Wat dit betekent voor de competenties van de professionals die scholen begeleiden op het terrein van schoolgezondheidsbeleid, vraagt nader onderzoek.

DANK

De auteurs danken alle betrokkenen uit het preventieveld en het onderwijs voor hun deskundige bijdrage aan de opzet en uitvoering van het onderzoek. De studie is mogelijk gemaakt door ZonMW (projectnr. 7125.0001).

NOTEN

- a In 2002-2006 is de schoolslagwerkwijze in Zuidelijk Zuid-Limburg ontwikkeld door GGD Zuid Limburg in samenwerking met Universiteit Maastricht, Het Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), en de betrokken preventiepartners (geestelijke gezondheidszorg (Riagg), welzijnswerk (Trajekt), verslavingspreventie (Mondriaan Zorggroep) en Bureau Jeugdzorg).
- b De Jeugdmonitor is een vragenlijst over leefstijl voor jongeren van klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs. De vragenlijst wordt om de vier jaar afgenomen. De resultaten worden op schoolniveau teruggekoppeld en vormen een hulpmiddel voor het stellen van prioriteiten.

ABSTRACT

Health promotion and secondary school: marriage of convenience or true love?

In the Netherlands attention for school health promotion is growing. Nonetheless, implementation research in whole-school health is still rare. Between 2002 and 2006, the Regional Public Health Organization in South Limburg, (the Netherlands) developed "Schoolbeat", a whole school approach to health promotion. At present, almost all secondary schools apply the Schoolbeat-approach with their own Schoolbeat-advisor. The main research question of this paper is: What is the current state of school health promotion in South Limburg and what are the success factors and impediments of this structural approach to school health promotion? Theoretical insights of innovations are used for conceptual frame. In total 59 school boards, 39 school care workers and 399 teachers from 18 schools participated in a survey. This was followed up with focus group interviews with the most important key figures of the participating schools. School health promotion is only partially implemented. Reasons like high workload, no quality criterion for health in the educational system but also reasons related to the Schoolbeat-approach are mentioned. Responsibility for the wellbeing of students is felt unanimously. In conclusion, if there is more attention for the (im) possibilities of schools, the Schoolbeat-approach may become a welcome school health promotion approach in schools.

Keywords: School health promotion, health, health promotion, secondary schools, Schoolbeat-approach

LITERATUUR

1. WHO, Ottawa Charter for Health Promotion., in International Conference on Health Promotion. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1986.
2. Leurs M *et al.* The Tailored Schoolbeat-Approach: New Concepts for Health Promotion in Schools in The Netherlands. In: The Health Promoting School: International Advances in

Theory, Evaluation and Practice. Copenhagen: Danish University of Education Press, 2005, p. 89-107.

3. Leurs M, Bessems K, Schaalma HP, de Vries H. Focus points for school health promotion improvements in Dutch primary schools. *Health Educ Res* 2007;22:58-69.
4. Bessems K, Buijs G. Toolkit overgewicht-preventie van overgewicht binnen de setting school. Woerden: NIGZ, 2006.
5. Leurs M. A collaborative approach to tailored whole-school health promotion. The schoolBeat study. In: *Health Promotion*. Maastricht: Maastricht University, 2008.
6. Dijkstra A. De schoolarts in Nederland. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz* 2004; 36(5): 89-92.
7. Nederlands Jeugdinstituut. www.ZAT.nl. 2009.
8. SLO. Concretisering van de kerndoelen. Kerndoelen voor onderbouw VO. Enschede: Ministerie van OC&W, 2007.
9. Florence MD, Asbridge M, Veugelers PJ. Diet quality and academic performance. *J School Health* 2008;78:209-15.
10. Chomitz VRSM, McGowan RJ, Mitchell SE, Dawson GF, Hacker KA. Is there a relationship between physical fitness and academic achievement? Positive results from public school children in the Northeastern United States. *J School Health* 2009;79:30-7.
11. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?. In: *Health Evidence Network report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.
12. Davis JM, Cooke SM. Educating for a healthy, sustainable world: an argument for integrating Health Promoting Schools and sustainable schools. *Health Promotion Int* 2007;22:346-53.
13. Bellisle F. Effects of diet on behaviour and cognition in children. *Br J Nutr* 2004;92:227-32.
14. Leurs M, Steenbakkens M, Jansen M. Het schoolslag-praktijkboek: samen werken aan preventie op maat in het onderwijs. Maastricht: GGD Zuid-Limburg, 2006.
15. Leurs M *et al.* Development of a collaborative model to improve school health promotion in the Netherlands. *Health Promotion Int* 2005;20:296-305.
16. Leurs M, Jansen M, Ruiter M. Coordinated School Health Program: het 'Gezonde School Model' van de toekomst?. *Tijdschr Gezondheidswet* 2002;80:471-3.
17. Bartholomew LK *et al.* Planning health promotion programs. An intervention Mapping Approach. 2 ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.
18. Jansen M. Van praktijk naar bewijsvoering en beleid en vice versa. Academisch Centrum voor Publieke gezondheid Limburg. Maastricht: GGD Zuid-Limburg, Universiteit Maastricht, Academisch Ziekenhuis Maastricht, 2005.
19. Fleuren M, Wieferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. *Int J Quality Health Care* 2004;16:107-23.
20. Marx E, Wooley SF. Health is Academic - A Guide to Coordinated School Health Programs. New York: Teachers College Press, 1998.
21. Rogers EM. Diffusions of Innovations. 4th ed. New York: The Free Press, 1995.
22. Shediack RMC, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Educ Res* 1998;13:87-108.

23. Staatscourant. Convenant "Scholen voor primair en voortgezet onderwijs en sponsoring". Den Haag: K.d.N.s. 1814, Editor, 2009, p 9.
24. VO-raad, Ministerie van OC&W. Kwaliteitsagenda Voortgezet Onderwijs. Teken voor kwaliteit. Afspraken voor een beter voortgezet onderwijs 2008-2011. Den Haag: VO-raad Ministerie OCW, 2008, p 1-39.

CORRESPONDENTIEADRES

Nicole Boot, Afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Zuid Limburg, Postbus 2022, 6160 HA Geleen, tel. 06-15822061, e-mail: nicole.boot@ggdzl.nl

Voor publicatie aanvaard in januari 2010.