



*rivm*

Rapport 255001003/2010

V. Bos | D.M. de Jongh | T.G.W.M. Paulussen

## Gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs

Stand van zaken, effectiviteit en ervaringen van GGD'en  
en scholen

RIVM-rapport 255001003/2010

## **Gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs** Stand van zaken, effectiviteit en ervaringen van GGD'en en scholen

V. Bos, RIVM Centrum Gezond Leven  
D.M. de Jongh, RIVM Centrum Gezond Leven  
T.G.W.M. Paulussen, TNO Kwaliteit van Leven

Contact:  
D.M. de Jongh  
RIVM Centrum Gezond Leven  
[danielle.de.jongh@rivm.nl](mailto:danielle.de.jongh@rivm.nl)

Dit onderzoek werd verricht in het kader van een opdracht van het ministerie van VWS aan het RIVM Centrum Gezond Leven. TNO/Kwaliteit van Leven heeft bijgedragen aan dit onderzoek.

### **Centrum Gezond Leven**

Het Centrum Gezond Leven (CGL) werkt aan de versterking van doelmatige, samenhangende en effectieve lokale gezondheidsbevordering. Het CGL bevordert het gebruik van de best passende leefstijlinterventies en ondersteunt lokale professionals door beschikbare interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit, effectiviteit en samenhang. Hierbij houdt het continu de vinger aan de pols bij de wensen en behoeften van de professionele gebruikers van het centrum. Het CGL is onderdeel van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en werkt samen met diverse lokale en landelijke partners.

Het Centrum Gezond Leven is ingesteld door het ministerie van VWS in antwoord op de bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2005 (Staat van de gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond). Dit rapport wees onder andere op de versnippering van kennis en het onvoldoende gebruiken van wetenschappelijk bewezen interventies. Het CGL maakt deel uit van de wettelijk door de minister te onderhouden ondersteuningsstructuur publieke gezondheidszorg.

© RIVM 2010

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

## Rapport in het kort

### **Gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs**

Stand van zaken, effectiviteit en ervaringen van GGD'en en scholen

Gezondheidsbevordering en preventie op scholen loont. Er zijn gezondheidsbevorderende programma's voor scholen die ertoe leiden dat scholieren gezonder gedrag vertonen, op school beter presteren en minder vaak vroegtijdig school verlaten. Maatregelen hebben meer effect als scholen ze structureel uitvoeren en als de maatregelen integraal zijn opgezet. Ongeveer 60 procent van de GGD'en ondersteunt scholen om deze structurele en integrale gezondheidsbevordering en preventie planmatig aan te pakken.

Dit blijkt uit een studie van TNO en het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS. Hierin worden ook enkele aanbevelingen gedaan om gezondheidsbevordering in het onderwijs te versterken. De belangrijkste zijn: sluit goed aan bij de concrete vragen die een school heeft, versterk de vaardigheden van gezondheidsbevorderende professionals, ondersteun scholen en professionals praktisch bij de aanpak en uitvoering van de maatregelen, en vergroot het draagvlak voor de maatregelen in het gehele onderwijsveld.

GGD'en en scholen zijn positief over planmatig werken omdat het helpt om gezondheidsbevordering gemakkelijker in het schoolbeleid en de dagelijkse activiteiten op te nemen. Wel hebben professionals behoefte aan praktische handvaten om de maatregelen stapsgewijs te kunnen uitvoeren.

TNO heeft in internationale literatuur de effecten onderzocht van gezondheidsbevordering in het onderwijs op de leefstijl, schoolprestaties en -uitval van leerlingen. Het RIVM onderzocht de stand van zaken rond planmatige gezondheidsbevordering in het basis- en voorgezet onderwijs in Nederland.

Trefwoorden:

gezondheidsbevordering, preventie, onderwijs, effectiviteit, ervaringen, Gezonde School



## Abstract

### **Health promotion and preventive medicine in schools**

Current situation, effectiveness and experiences of Municipal Health Services and schools

Health promotion and preventive medicine in schools is worth the effort. There are health promotion programmes for schools that contribute to healthier behaviour in pupils, higher academic achievements and a reduction in school drop-out levels. Such measures are more effective when they are structurally implemented in schools and the set up is integral. Approximately 60 percent of the Municipal Health Services (GGD) support schools in their efforts to tackle health promotion and preventive measures in a systematic and integral fashion.

This can be concluded from a report produced by the Research Institute, TNO Quality of Life, and the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) as commissioned by the Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS). The report contains a number of recommendations regarding the strengthening of health promotion in the educational sector. The most important of these are: link up well with the specific questions that a school has, improve the skills of professionals involved in health promotion interventions, provide practical support to schools and professionals regarding the approach to and implementation of the measures, and increase the level of acceptance for the measures throughout the whole educational sector.

The GGD authorities and schools are positive about the systematic approach because it helps health promotion to be included more easily in the policies and the daily activities of schools. However, professionals do need to have practical pointers on how to implement the measures step by step.

TNO has studied the effects of health promotion in the educational sector regarding lifestyle, academic achievements and the drop-out figures in the international literature. The RIVM has studied the current situation regarding systematic health promotion in primary and secondary education in the Netherlands.

Key words:

health promotion, prevention, education, effectivity, experiences, Healthy School



## Voorwoord

Gezonde leerlingen, goede leerprestaties, gezonde toekomstige werknemers, wie wil dat niet? Het is ontzettend mooi om te weten dat veel mensen in Nederland hier hun steentje aan bijdragen en dit in de toekomst doelmatiger en met meer samenhang willen doen.

Een rapport als dat wat nu voor u ligt is spannend. Hoe staan we ervoor in Nederland? Is de Gezonde School Methode die ikzelf enige jaren geleden mee mocht ontwikkelen en toepassen doorontwikkeld? Welke slimme aanvullingen zijn bedacht en worden toegepast? Of is het geheel in de papierbak beland? Loopt de ondersteuning van scholen soepel?

Niet alleen de inhoud van dit rapport is spannend, ook de reis ernaartoe was spannend. In de Werkplaats Gezonde School van het RIVM Centrum Gezond Leven is de afgelopen periode ontzettend hard gewerkt door medewerkers van lokale/regionale én landelijke instellingen om samen grip te krijgen op de huidige situatie. Deze ontdekkingsreis bleek niet alleen een ontdekking van het veld te zijn, maar ook een ontdekking van elkaars mogelijkheden. Deze bleken veelal groter dan van elkaar werd gedacht; zowel landelijk werkende als lokaal/regionaal werkende professionals werden positief verrast. Het smaakt naar meer!

Vol trots constateer ik dat verschillende elementen van de Gezonde School Methode inmiddels breed in Nederland worden ingezet door GGD'en, veelal met een eigen *couleur locale* om goed aan te sluiten bij de lokale context. Diverse elementen vragen nog wel om aanpassingen en opheldering. In dit rapport is helder uiteengezet waar het om gaat. De uitdagingen zijn inmiddels goed opgepakt door de werkgroep Handleiding Gezonde School. De komende periode wordt daarom nog spannender: zijn we met z'n allen in staat om met de nieuwe ondersteuningsvormen gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs de positieve prikkel te geven die het nodig heeft? Ook in tijden van economische recessie? Ik denk het wel! Ik nodig u daarom van harte uit om kennis te nemen van dit rapport. Een echte stimulans om samen aan slag te blijven. Succes!

Mariken Leurs  
Hoofd RIVM Centrum Gezond Leven





# Inhoud

<b>Samenvatting</b>		<b>11</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>15</b>
1.1	Achtergrond	15
1.2	Aanleiding voor dit rapport	16
1.3	Leeswijzer rapport	17
<b>2</b>	<b>Effecten van gezondheidsbevordering in het onderwijs op de leefstijl, schoolprestaties en -uitval van leerlingen; een literatuurreview</b>	<b>19</b>
2.1	Introductie	19
2.1.1	Methode en literatuuronderzoek	19
2.2	Relatie tussen gezondheid van leerlingen en hun schoolprestaties	20
2.2.1	Voeding	20
2.2.2	Overgewicht	21
2.2.3	Beweging	23
2.2.4	Roken, drugs en alcohol	24
2.2.5	Sociaal-emotionele ontwikkeling	24
2.3	Bijdrage van schoolse interventies aan verbetering van gezondheid en gezondheidgerelateerd gedrag van leerlingen	25
2.3.1	Voeding	26
2.3.2	Sociaal-emotionele ontwikkeling	27
2.3.3	Beweging en overgewicht	30
2.3.4	Roken, alcohol en drugs	32
2.4	Meerwaarde van de Gezonde Schoolbenadering op school- en leerlingniveau	33
2.4.1	School stuurt prioritering	33
2.4.2	Planmatigheid	33
2.4.3	Structurele aandacht	34
2.4.4	Integrale aanpak	34
2.4.5	Regionale samenwerking	35
2.5	Conclusie en discussie	36
2.5.1	Conclusie	36
2.5.2	Discussie	39
<b>3</b>	<b>Stand van zaken en ervaringen met planmatig werken aan gezondheidsbevordering en preventie in de onderwijssetting</b>	<b>41</b>
3.1	Introductie	41
3.1.1	Methoden	42
3.2	Mate waarin GGD'en stappen van planmatig werken uitvoeren	43
3.2.1	Mate waarin GGD'en gebruikmaken van de Gezonde School Methode	43
3.2.2	Mate waarin GGD'en het stappenplan van de Gezonde School Methode uitvoeren	44
3.3	Stand van zaken en ervaringen met de kernpunten uit de Gezonde School Methode	54
3.3.1	De school staat centraal - vraaggestuurd werken	54
3.3.2	Koppeling van individuele zorg en collectieve preventie	55

3.3.3	Samenwerking	57
3.4	Algemene ervaringen met de Gezonde School Methode	60
3.5	Overige gezondheidsbevorderende en preventieactiviteiten van GGD'en in de schoolsetting	62
3.6	Attitude van scholen ten aanzien van gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten	62
3.7	Behoefte aan ondersteuning	63
3.7.1	Ondersteuning	63
3.7.2	Interventieoverzicht	64
3.7.3	Vignet Gezonde School	64
3.8	Discussie en conclusie	64
3.8.1	Beperkingen van het onderzoek	65
3.8.2	Discussie	66
3.8.3	Conclusie	67
<b>4</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>69</b>
	<b>Aan de slag</b>	<b>73</b>
	<b>Dankwoord</b>	<b>75</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>77</b>
	<b>Lijst van afkortingen</b>	<b>83</b>

## Samenvatting

Het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) helpt, in opdracht van het ministerie van VWS, professionele gezondheidsbevorderaars bij het ondersteunen van scholen. Specifiek gaat het hierbij om werving en begeleiding van scholen om effectieve gezondheidsbevordering en preventie binnen het onderwijs te plannen en uit te voeren. Om dit goed te kunnen doen heeft de werkplaats Gezonde School in 2008 de ervaringen met de Gezonde School Methode geëvalueerd. Daarnaast heeft de werkplaats Gezonde School onderzoek gedaan naar de ervaringen van scholen, GGD'en en OBD'en (onderwijsbegeleidingsdiensten) met planmatige gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten in de onderwijssetting, en de werkwijzen die bij deze activiteiten werden gehanteerd. Om inzicht te krijgen in de effectiviteit van gezondheidsbevorderende activiteiten in het onderwijs heeft TNO Kwaliteit van Leven internationaal beschikbare reviews geanalyseerd.

Hoofdstuk 2 geeft de resultaten van de literatuurreview weer. Hierbij is uitgegaan van de vraag 'wat zijn de effecten van gezondheidsbevordering in het onderwijs op de leefstijl, schoolprestaties en -uitval van leerlingen?'. Uit verschillende reviews komt naar voren dat veel van de geselecteerde gezondheidgerelateerde uitkomstmaten duidelijk samenhangen met schoolprestaties en schooluitval. Uit reviews van effectstudies komt naar voren dat er internationaal effectieve interventies voor de schoolse setting voorhanden zijn voor veel van de geselecteerde gezondheidgerelateerde uitkomsten. Er zijn nauwelijks goede reviews waarin de Gezonde Schoolbenadering als geheel wordt geëvalueerd. Wel is er empirische ondersteuning dat twee kernelementen van de Gezonde Schoolbenadering, namelijk de structurele aandacht en de integrale aanpak, invloed hebben op verschillende gezondheidsthema's. Voor de overige drie pijlers van de Gezonde Schoolbenadering, te weten de inbreng van de school bij het vaststellen van de beleidsprioriteiten, de planmatige aanpak en de regionale samenwerking/ondersteuning, is geen rechtstreeks bewijs gevonden. Ondersteuning daarvoor wordt hoofdzakelijk ontleend aan de literatuur op het gebied van onderwijsinnovaties in brede zin en de algemene literatuur over de systematische planning van programma's op het gebied van gezondheidsbevordering.

Hoofdstuk 3 beschrijft de stand van zaken van planmatige gezondheidsbevordering in Nederland in 2008. In het uitgevoerde onderzoek stonden de volgende vragen centraal: Welke planmatige activiteiten voeren GGD'en uit ten aanzien van gezondheidsbevordering en preventie in de onderwijssetting? In welke mate werken zij hierbij volgens de Gezonde School Methode? Wat zijn de ervaringen van scholen en GGD'en met de Gezonde School Methode? Ongeveer 60% van de GGD'en werkt met (een aangepaste versie van) de Gezonde School Methode. De overige GGD'en werken op een andere manier aan gezondheidsbevordering en preventie in de onderwijssetting. Op één GGD na, geven zij wel allemaal aan te overwegen in de toekomst met de Gezonde School Methode te gaan werken.

Van de verschillende stappen uit de Gezonde School Methode is in kaart gebracht in welke mate deze door GGD'en worden uitgevoerd. GGD'en hebben relatief veel ervaring met het opstellen van een schoolprofiel op basis van met name epidemiologische data van leerlingen, het bepalen van prioriteiten voor gezondheidsbevordering en preventie en het selecteren van activiteiten en strategieën. Zij hebben minder ervaring met het opstellen en uitvoeren van het plan van aanpak en evaluatie van de gehele

---

<sup>1</sup> De Gezonde School Methode is een methode om planmatig te werken aan structurele gezondheidsbevordering en preventie in de onderwijssetting.

Gezonde Schoolcyclus. Ook blijkt de volgorde van de stappen in de praktijk vaak losgelaten te worden. Respondenten is ook naar hun aanbevelingen gevraagd. Hierbij werden de volgende aanbevelingen meerdere keren genoemd:

- het vereenvoudigen van stappen door het bieden van halffabricaten of concrete instrumenten (vooral voor het schoolgezondheidsplan);
- het flexibeler maken van de methode waardoor beter ingespeeld kan worden op de behoefte van scholen;
- het toevoegen van een stap ‘werving’.

Ook is gevraagd wat de ervaringen zijn met de kernpunten ‘de school staat centraal’, ‘koppeling individuele leerlingenzorg en collectieve preventie’ en ‘regionale samenwerking’. Een groot aantal GGD’en blijkt bij het kernpunt ‘de school staat centraal’ te worstelen met de invulling van dit begrip. Het adviseren van de school over thema’s op basis van het schoolprofiel en het feit dat thema’s soms worden ingegeven door gemeentelijk beleid of keuzes van schoolbesturen verhoudt zich volgens de respondenten soms lastig tot het begrip vraagsturing. De koppeling individuele leerlingenzorg en collectieve leerlingenzorg komt op dit moment niet goed van de grond. Veel GGD’en zijn tevreden over de structurele of ad-hocsamenwerking met diverse regionale organisaties. Wel geven ze aan dat de invulling van de samenwerking beter kan. Nu is de samenwerking vaak beperkt tot naar elkaar doorverwijzen. Ook de samenwerking tussen verschillende afdelingen binnen GGD’en wordt als verbeterpunt genoemd. Er zijn echter ook voorbeelden te noemen waar de samenwerking binnen de GGD wél naar tevredenheid verloopt.

GGD’en zijn in het algemeen redelijk positief over de Gezonde School Methode. Wel is er een aantal knelpunten, namelijk de mate waarin de methode aansluit bij de prioriteiten van de school, de uitvoerbaarheid binnen de beschikbare tijd van de school en in mindere mate de uitvoerbaarheid binnen de beschikbare tijd van de GGD.

Scholen zijn verdeeld over de vraag of gezondheidsbevordering en preventie een taak van de school is. Ze hebben affiniteit met thema’s die gerelateerd zijn aan leer-, concentratie- en motivatieproblemen. Ook de invloed van leeftijdsgenoten wordt als reden gezien om aan gezondheidsbevordering te doen. Scholen geven echter aan te kampen met een gebrek aan tijd, geld en inhoudelijke ondersteuning op het terrein van gezondheidsbevordering. Ook gezondheidsbevorderaars bij GGD’en hebben behoefte aan meer ondersteuning. Ze noemen in dit verband vooral trainingen, uitwisseling van ervaringen met anderen en hulp bij het vergroten van draagvlak. De meningen over de wenselijkheid van een vignet Gezonde School zijn overwegend positief.

Op basis van de review en het stand-van-zakenonderzoek worden in hoofdstuk 4 de volgende aanbevelingen gedaan:

- Investeer in gezondheidsbevordering en preventie in de schoolsetting aangezien dit loont.
- Besteed aandacht aan de manier waarop dit gedaan wordt omdat dit de resultaten beïnvloedt.
- Investeer in het verbeteren van de Gezonde School Methode aangezien veel GGD’en hiermee (gaan) werken en dit een goede implementatie van gezondheidsbevordering in de schoolsetting bevordert.
- Investeer in het vergroten van competenties van de professionals bij het opzetten en uitvoeren van gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs.
- Investeer in het vergroten van draagvlak voor gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs.

Tot slot gaat het RIVM Centrum Gezond Leven in de afsluitende paragraaf ‘Aan de slag’ in op de wijze waarop zij samen met haar partners de resultaten van deze rapportage een vervolg geeft in haar activiteiten in het programma Gezonde School. Zo verschijnen in 2010 achtereenvolgens een Gezonde Schoolnieuwsbrief, een handleiding Gezonde School - basisonderwijs, een interventieoverzicht en een vignet Gezonde School. Parallel hieraan zet het RIVM Centrum Gezond Leven in op het versterken van competenties van professionele gezondheidsbevorderaars via een lerend netwerk, een helpdesk en een uit verschillende modules bestaande leergang onderwijs en gezondheid. Ook hierbij werkt het RIVM Centrum Gezond Leven samen met relevante partners zoals NSPOH, GGD Nederland, NIGZ, TNO en de landelijke thema-instituten Consument & Veiligheid, Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB), Pharos, Voedingscentrum, RutgersNissoGroep, Schorer, Soa Aids Nederland, Stivoro en het Trimbos-instituut.



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

De gezondheid van de Nederlandse jeugd van nul tot achttien jaar is in vergelijking met volwassenen en met leeftijdgenoten in andere westerse landen goed. Ondanks dit gegeven blijkt de gezondheid en leefstijl van Nederlandse jongeren verre van optimaal. Eén op de acht jongeren heeft ernstige psychische problemen en één op de negen gedragsproblemen. Overgewicht en (overmatig) alcoholgebruik nemen toe. Jongeren drinken al op jonge leeftijd veel en vaak alcohol. In een kleuterklas is er bij één van de tien kinderen sprake van overgewicht, oplopend tot één op de vijf bij pubers. Roken en cannabisgebruik is de afgelopen jaren wel afgenomen, evenals onveilig rijden (Schrijvers en Schoemaker, 2008).

De school is een voor de hand liggende setting om de gezondheid en leefstijl van jongeren te bevorderen (St.Leger et al., 2007; Leurs et al., 2005). Immers, scholen beïnvloeden de gezondheid van leerlingen via educatie maar ook via het schoolklimaat, de geschreven en ongeschreven regels en het (voorbeeld)gedrag van medewerkers en leerlingen onderling. Daarnaast is ook de relatie tussen gezondheid en onderwijsprestaties een argument om gezondheid en welzijn juist op scholen te bevorderen. Onderwijsresultaten kunnen invloed uitoefenen op gezondheid en welzijn. Goede onderwijsresultaten kunnen bijvoorbeeld het zelfvertrouwen versterken. Op de lange termijn leiden goede onderwijsresultaten tot een grotere kans op maatschappelijk succes en daardoor een kleinere kans op het ontstaan van gezondheidsproblemen. De levensverwachting van mensen met een hogere opleiding is circa vier jaar hoger dan van mensen met een lagere opleiding (onder andere Mackenbach, 1993; Stronks et al., 1997). Andersom oefent gezondheid op haar beurt ook weer invloed uit op de onderwijsresultaten. Bijvoorbeeld: een gezonde jongere kan zich beter concentreren en kan daardoor betere onderwijsresultaten behalen.

In de huidige visie op gezondheidsbevordering wordt ervan uitgegaan dat het vermogen om gezond te zijn in de mensen zelf zit, en dat het erom gaat mensen te ondersteunen in het gezond worden en blijven (WHO, 1986). Vanuit deze invalshoek is juist de omgeving, waaronder een school, van groot belang om een gezonde leefstijl te stimuleren. In het verlengde van deze visie past de opvatting dat gezondheidsbevordering op scholen niet alleen via educatie verloopt, maar via een breder beleid waarin ook de fysieke en sociale schoolomgeving wordt betrokken.

Veel GGD'en in Nederland werken met (varianten op) de Gezonde School Methode (Dafesh et al., 2006). De Gezonde School Methode (Leurs et al., 2006) is een methode om gezondheid in het schoolbeleid op te nemen. De methode, gebaseerd op het 'Comprehensive School Health Programme' uit de Verenigde Staten (Marx and Whooley, 1998), is in Nederland geïntroduceerd omdat onder andere uit onderzoeken van Paulussen et al. (1998) en Pijpers (1999) bleek dat scholen met een schoolgezondheidsbeleid tot dan toe bijna uitsluitend aandacht besteedden aan gezondheidseducatie. Er bleek extra ondersteuning nodig te zijn om gezondheid vanuit een breder perspectief op school onder de aandacht te brengen. Daarnaast gaven scholen aan dat er iets moest gebeuren aan de door scholen ervaren *overload* van gezondheidsprojecten. Op basis van deze uitdagingen en in samenspraak met scholen en regionale partners is de schoolSlag Werkwijze door GGD Zuid Limburg ontwikkeld, in samenwerking met de Universiteit van Maastricht en het NIGZ (Leurs et al., 2005). Deze werkwijze heeft model gestaan voor de Gezonde School Methode.



De Gezonde School Methode heeft als kernpunten: a) planmatig en b) vraaggestuurd werken waarbij een c) koppeling wordt gemaakt tussen individuele leerlingenzorg en collectieve preventie en waarbij d) regionale en landelijke ondersteunende organisaties samenwerken in hun aanbod richting scholen (Buijs, 2005). De Gezonde School Methode gaat uit van een vierjarenplan met zes stappen en is gebaseerd op modellen voor planmatig werken waaronder *intervention mapping* (Bartholomew et al., 2001). Deze stappen zijn:

1. bepaling van de (zorg)behoefte;
2. bepaling van prioriteiten;
3. bepaling van activiteiten en strategieën;
4. opstellen van een schoolgezondheidsplan;
5. uitvoering van het schoolgezondheidsplan;
6. evaluatie en opname in het schoolbeleid.

De Gezonde Schoolbenadering krijgt internationaal veel belangstelling. In Europa is er een Schools for Health in Europe network (afgekort SHE network). Het netwerk telt 43 SHE-lidstaten in Europa. SHE bouwt voort op de ervaring met het ontwikkelen en implementeren van Gezonde Scholen in de aangesloten landen. Recentelijk zijn op een SHE-conferentie vijf kernwaarden en vijf principes geformuleerd voor Gezonde School. De kernwaarden zijn: gelijkheid, duurzaamheid, onderwijs voor iedereen, *empowerment* en democratie. De principes zijn: integrale schoolaanpak van gezondheid, participatie, onderwijskwaliteit, bewezen effectiviteit, scholen en hun omgeving (SHE, 2009).

## 1.2 Aanleiding voor dit rapport

Het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) helpt, in opdracht van het ministerie van VWS, professionele gezondheidsbevorderaars bij het ondersteunen van scholen. Specifiek gaat het hierbij om werving en begeleiding van scholen om effectieve gezondheidsbevordering en preventie binnen het onderwijs te plannen en uit te voeren. Om dit goed te kunnen doen heeft de werkplaats Gezonde School in 2008 de ervaringen met de Gezonde School Methode geëvalueerd. Daarnaast heeft de werkplaats Gezonde School onderzoek gedaan naar de ervaringen van scholen, GGD'en en OBD'en (onderwijsbegeleidingsdiensten) met planmatige gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten in de onderwijssetting, en de werkwijzen die bij deze activiteiten werden gehanteerd. Het CGL heeft de volgende kwesties onderzocht:

- Welke planmatige activiteiten voeren GGD'en uit ten aanzien van gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs? In welke mate werken zij volgens de Gezonde School Methode? Wat zijn de ervaringen hiermee?
- Wat is de attitude van scholen ten aanzien van planmatig werken aan gezondheidsbevordering en preventies?
- Welke aanbevelingen doen professionals om gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten in het onderwijs te versterken?

Aanvullend heeft TNO Kwaliteit van Leven onderzoek gedaan naar de volgende vraagstellingen:

- In hoeverre hangen gezondheidsaspecten samen met schoolprestaties en schooluitval?

- In hoeverre dragen schoolse interventies effectief bij aan een gezonde fysieke en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en daaruit volgend aan betere schoolprestaties en minder schooluitval van deze leerlingen?
- In hoeverre bestaat er empirische onderbouwing voor belangrijk geachte pijlers van de Gezonde Schoolbenadering?

Op basis van de resultaten besluit het CGL:

- of er een aanleiding bestaat de Gezonde School Methode te herzien, en zo ja, in welke richting;
- welke andere ondersteunende diensten of producten bij kunnen dragen aan het versterken van professionals die scholen ondersteunen met gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten.

De resultaten vormen tevens input voor het opstellen van beleid van het ministerie van VWS.

### 1.3 Leeswijzer rapport

Hoofdstuk 2 gaat over de vraag wat er in internationale literatuur bekend is over het effect van gezondheidsbevordering in het onderwijs op de leefstijl, schoolprestaties en -uitval van leerlingen. Hoofdstuk 3 behandelt de vraag welke planmatige gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten GGD'en uitvoeren en wat hun ervaringen hiermee zijn. In hoofdstuk 4 worden implicaties van de in hoofdstuk 2 en 3 beschreven resultaten voor gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs besproken. Tot slot wordt dit rapport afgesloten met een hoofdstuk 'Aan de slag', waarin wordt weergegeven hoe het RIVM Centrum Gezond Leven de kennis die dit rapport heeft opgeleverd inzet om de praktijk van gezondheidsbevordering en preventie in de schoolsetting te verbeteren.



## 2 Effecten van gezondheidsbevordering in het onderwijs op de leefstijl, schoolprestaties en -uitval van leerlingen; een literatuurreview

M. Fekkes en T.G.W.M. Paulussen, TNO Kwaliteit van Leven

### 2.1 Introductie

De betrokkenheid en de inzet van de sector onderwijs bij initiatieven op het gebied van intersectoraal gezondheidsbeleid worden mogelijk versterkt door een gefundeerd inzicht in de relatie tussen gezondheidsbevorderende schoolprogramma's, gezondheidgerelateerde uitkomsten bij leerlingen en hun schoolprestaties. Om deze relatie empirisch gefundeerd te kunnen aantonen is er een overzichtstudie uitgevoerd naar de onderzoeksreviews die op dit moment bekend zijn. De onderzoeksvragen voor deze literatuurstudie luiden:

1. In hoeverre hangen gezondheidsaspecten samen met schoolprestaties en schooluitval?
2. In hoeverre dragen schoolse interventies effectief bij aan een gezonde fysieke en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en daaruit volgend aan betere schoolprestaties en minder schooluitval van deze leerlingen?
3. In hoeverre bestaat er empirische onderbouwing voor belangrijk geachte pijlers van de Gezonde Schoolbenadering<sup>2</sup>, te weten: (a) de school bepaalt de prioriteiten van haar gezondheidsbeleid, (b) dit beleid wordt planmatig ontwikkeld, (c) dit beleid heeft een structureel karakter, (d) er is sprake van integratie van educatie, leerlingenzorg en zorg voor de sociale en fysieke omgeving en (e) de school wordt ondersteund vanuit een samenwerkingsverband van regionale schoolondersteunende instellingen?

#### 2.1.1 Methode en literatuuronderzoek

De beantwoording van de onderzoeksvragen is gebaseerd op internationaal beschikbare empirische studies en theoretisch veronderstelde effectcondities van de Gezonde Schoolbenadering. Per onderzoeksvraag is in eerste instantie in databases gezocht naar reviews die vanaf 2000 zijn verschenen over respectievelijk de relatie tussen de gezondheid van leerlingen en hun schoolprestaties en de effectiviteit van schoolse interventies op de gezondheid en schoolprestaties van leerlingen. Wat het laatste betreft ligt de focus op de gezondheidsthema's roken, alcohol- en druggebruik, bewegen, voeding en sociaal-emotionele ontwikkeling (*mental health promotion*). De redenen voor deze focus zijn dat er naar deze thema's veel studies worden verricht en dat het prioriteiten zijn voor het beleid van VWS.

De databases Pubmed, PsychInfo en Eric zijn geraadpleegd voor reviews over de relatie tussen gezondheid en schoolprestaties/-uitval en over de effectiviteit van schoolse activiteiten op het gebied

---

<sup>2</sup> In diverse landen is in de laatste decennia ervaring opgedaan met Gezonde Schoolbenaderingen. Er zijn verschillende namen in omloop, zoals: 'whole school approach', 'health promoting schools', Gezonde School Methode, schoolSlag, Gute Gesunde Schule' en 'Scuola che promuove la salute'. Er zijn verschillen tussen deze benaderingen. De pijlers stemmen echter in belangrijke mate overeen.

van gezondheidsbevordering op gezondheidgerelateerde uitkomsten en schoolprestaties/-uitval van leerlingen.

Criteria die bij de search werden gehanteerd waren:

- literatuur: vanaf 2000;
- populatie: schoolkinderen 6-12 jaar en/of adolescenten 13-18 jaar;
- publicatietype: literatuurreviews of systematische reviews.

Bij het zoeken werden gecontroleerde zoektermen gebruikt, aangevuld met vrije tekstwoorden. De zoektermen (met per database hun vertaalde equivalenten) waren:

Schoolprestaties: Academic performance, (academic) achievement, school performance, school results, grades, educational status, school failure, school success, academic underachievement.

Gezondheid: food habits/diet, lifestyle, exercise, (street)drugs, drug use, smoking, physical fitness, emotional problems, ADHD, depression, anxiety.

Gezonde school: Whole-school, health promoting school, health promotion.

In eerste instantie is op basis van de verschillende searches een selectie gemaakt van 198 reviews. Nadere inspectie van de abstracts van deze reviews leverde een selectie op van 51 reviews. Vervolgens is voor de verschillende vraagstellingen per onderdeel gekeken welke reviews inhoudelijk het meest relevant zijn. Hierbij is ernaar gestreefd om de meest recente reviews op te nemen in het overzicht. Dit vanuit de veronderstelling dat de latere reviews de kennis uit eerdere reviews zullen omvatten. Indien minder recente reviews echter een duidelijke meerwaarde hadden voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, zijn deze ook betrokken. Uiteindelijk zijn er 25 reviews opgenomen voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

## 2.2 Relatie tussen gezondheid van leerlingen en hun schoolprestaties

In dit gedeelte wordt ingegaan op de relatie tussen de gezondheidsaspecten bij leerlingen enerzijds en hun schoolprestaties en schooluitval anderzijds. De gezondheidsaspecten die hierbij aan de orde komen zijn: (1) voeding, inclusief ontbijten; (2) overgewicht; (3) beweging; (4) roken, drugs en alcohol; en (5) sociaal-emotionele ontwikkeling. In totaal zijn voor het beantwoorden van deze vraagstelling 10 reviews betrokken die samen 149 onderzoeken omvatten.

### 2.2.1 Voeding

Om de relatie tussen voeding en schoolprestaties te beoordelen zijn er twee reviews bekeken, namelijk Rampersaud et al. (2005) en Taras (2005).

Taras (2005) geeft aan dat de onderzoeken naar de relatie tussen voeding en de potentiële effecten op schoolprestaties kunnen worden onderverdeeld in vier categorieën, namelijk:

1. effecten van het eten van ontbijt;
2. ijzertekort en ijzersupplementen;
3. ondervoeding;
4. voedingsupplementen.

Er wordt aangegeven dat het overslaan van het ontbijt op verschillende manieren het cognitief functioneren – en daarmee de schoolprestaties – kan beïnvloeden. Enerzijds kan het overslaan van een ontbijt zorgen voor een hongergevoel. Dit hongergevoel kan – zo blijkt uit verschillende onderzoeken –

samenhangen met emotionele, gedrags- en academische problemen bij kinderen en adolescenten. Anderzijds kan het wel nuttigen van een ontbijt zorgen voor een beter metabolisme en hogere bloedsuikerwaarden die bevorderlijk zijn voor het cognitief functioneren (Rampersaud et al., 2005). Rampersaud et al. (2005) onderzochten in een review welke invloed het al dan niet ontbijten heeft op de schoolprestaties van kinderen en adolescenten. Uit verschillende (zes van de twaalf) onderzoeken komt naar voren dat ontbijten een positieve invloed heeft op zowel het korte- als het langetermijngeheugen bij kinderen. Positieve effecten zijn gevonden voor verschillende leeftijdsgroepen en bij zowel experimentele als observationele studies. Verschillende onderzoeken laten zien dat het nemen van een ontbijt zorgt voor betere geheugenprestaties tot enkele uren na consumptie van het ontbijt. Daarnaast komt uit een aantal experimentele studies naar voren dat de alertheid van de leerlingen die eerder op de dag een ontbijt hebben gegeten hoger is dan de alertheid van kinderen die niet hebben ontbeten. In enkele randomised controlled trials is een positief effect gevonden van het verstrekken van ontbijt op school en de aanwezigheid van leerlingen op school. Bij dit laatste dient wel te worden vermeld dat het ging om onderzoeken in ontwikkelingslanden. Uit observationele studies (dus geen randomised controlled trials) komt verder naar voren dat ontbijten positieve effecten heeft op academische testcores; schoolcijfers en aanwezigheid op school en het te laat komen op school. Hoewel in de review van Rampersaud niet uit alle onderzoeken een positief effect van ontbijten werd gevonden concluderen de onderzoekers dat kan worden gesteld dat het eten van een ontbijt zorgt voor een beter cognitief functioneren, betere testcores en meer schoolaanwezigheid (Rampersaud et al., 2005).

In de review van Taras (2005) wordt geconcludeerd dat het eten van ontbijt kan zorgen voor een verbetering van de cognitieve prestaties op de korte termijn, maar dat langetermijneffecten niet voldoende zijn onderzocht. In de review van Taras (2005) werd naast ontbijt ook gekeken naar de effecten van ijzertekort, voedingssupplementen en ondervoeding op schoolprestaties van leerlingen. Het merendeel van de onderzoeken naar ijzertekort is afkomstig uit niet-westerse landen, hoewel ijzertekort ook onder kinderen in westerse landen voorkomt. Uit de verschillende onderzoeken komt naar voren dat kinderen met een ijzertekort minder goede academische prestaties hebben, en dat het geven van een ijzervoedingssupplement de academische prestaties verbetert bij kinderen met een te laag ijzergehalte. Met betrekking tot vitamines en voedingssupplementen worden geen duidelijke effecten op schoolprestaties gevonden. Ondervoeding is een serieus probleem dat gerelateerd is aan leermogelijkheden en schoolprestaties. Dit probleem speelt vooral in ontwikkelingslanden en minder in ontwikkelde landen zoals Nederland (Taras, 2005).

#### *Conclusie*

*Schoolprestaties:* Op basis van de reviews kan worden geconcludeerd dat er een duidelijke samenhang is tussen het nemen van een ontbijt en het daarop volgend cognitief functioneren, zoals betere concentratie, alertheid en schoolcijfers. Ook is er een negatieve invloed van ijzertekort en ondervoeding op schoolprestaties aangetoond, maar dit lijkt als speerpunt voor beleid vooral relevant voor ontwikkelingslanden en minder voor ontwikkelde landen zoals Nederland.

*Schoolverzuim:* Er kan worden gesteld dat er een verband bestaat tussen het niet eten van ontbijt en het minder aanwezig zijn op school, dan wel te laat op school komen.

### **2.2.2 Overgewicht**

Over overgewicht en schoolprestaties zijn twee reviews geïnccludeerd: Taras en Potts-Datema (2005) en Daniels (2008).

De review van Taras en Potts-Datema (2005) naar de relatie tussen overgewicht en schoolprestaties omvat negen onderzoeken. Deze onderzoeken schetsen een consistent beeld. Alle betrokken onderzoeken vonden een negatieve relatie tussen overgewicht en schoolprestaties. Kinderen met

overgewicht bleven vaker een klas zitten, haalden lagere cijfers, beschouwden zichzelf als minder goede leerlingen, en werden vaker geplaatst in klassen voor speciaal onderwijs.

Taras en Potts-Datema trekken op basis van hun review de conclusie dat onderzoek laat zien dat overgewicht is geassocieerd met lagere schoolprestaties.

De auteurs geven verder aan dat de oorzakelijke relatie tussen overgewicht en schoolprestaties nog niet goed is onderzocht. Het is dus niet bekend waarom kinderen met overgewicht slechter presteren. Uit onderzoek is eerder al gebleken dat kinderen met overgewicht een grotere kans hebben op een lage eigenwaarde en vaker psychopathologische aandoeningen hebben zoals angststoornissen en depressie. Deze sociaal-emotionele aandoeningen zijn mogelijk mediërende factoren die bijdragen aan het slechte functioneren op school van kinderen met overgewicht. Daarnaast moet enige reserve in acht genomen te worden aangaande het oorzakelijke verband tussen overgewicht en schoolprestaties omdat een lage sociaal-economische status (SES) samenhangt met zowel lagere schoolprestaties als met overgewicht. In een aantal van de onderzoeken is echter voor de invloed van SES gecontroleerd, en bleef ook na correctie voor SES een significante relatie tussen overgewicht en schoolprestaties aanwezig (Taras, 2005).

In één van de betrokken onderzoeken (Schwimmer et al., 2003) werd ook gekeken naar de relatie tussen overgewicht en schoolverzuim. Kinderen met een zwaar overgewicht waren gemiddeld vier dagen per maand absent van school terwijl kinderen zonder overgewicht gemiddeld één dag per maand absent waren. Het is onduidelijk wat de precieze oorzaak van dit hogere schoolverzuim is. Het kan zijn dat obese kinderen vaker school missen wegens frequenter ziek zijn of doktersbezoek, of omdat ze zich schamen om aan gymlessen mee te doen, of omdat ze worden gepest. Omdat slechts één studie schoolverzuim als uitkomstmaat betrof stellen Taras en Potts-Datema dat er nog onvoldoende onderzoek is gedaan naar de relatie tussen schoolverzuim en overgewicht om daar eenduidige conclusies over te kunnen trekken.

In een recente review van Daniels (2008) wordt een vergelijkbaar beeld gegeven als het beeld dat in de review van Taras naar voren komt, namelijk dat overgewicht bij kinderen samenhangt met slechtere schoolprestaties. In aanvulling op de eerdere review van Taras en Potts-Datema wordt in de review van Daniels een aantal recentere onderzoeken aangehaald waarin ook de relatie tussen overgewicht en schoolverzuim is onderzocht. Uit een studie (Geier et al., 2007) komt naar voren dat kinderen met overgewicht 20% vaker lessen verzuimden in vergelijking met kinderen zonder overgewicht. Dit onderzoek gaf ook een aanwijzing waarom kinderen vaker afwezig waren. De belangrijkste reden voor schoolverzuim was niet gerelateerd aan lichamelijke ziekte, maar was psychologisch van aard en gerelateerd aan stigmatisering en pesten. Ook uit een in deze review opgenomen studie van Shore (2008) komt naar voren dat adolescenten met zwaar overgewicht vaker afwezig zijn van de lessen, vaker te laat op school komen, en minder goed presteren op school. Daarnaast wordt in de review van Daniels een longitudinale studie beschreven van Datar en Sturm (2006) waarbij voor een groot aantal achtergrondvariabelen werd gecorrigeerd. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat gedurende de eerste vier jaar op school een BMI-toename bij meisjes samenhangt met slechtere schoolprestaties en dat bij jongens overgewicht samenging met meer afwezigheid van school.

### *Conclusie*

*Schoolprestaties:* De hierboven beschreven reviews geven aan dat kinderen met overgewicht slechtere schoolprestaties leveren: de kinderen halen lagere cijfers, blijven vaker een klas zitten en beschouwen zichzelf als minder goede leerlingen. De huidige onderzoeken maken niet inzichtelijk of er een directe oorzakelijke relatie bestaat tussen overgewicht en slechte schoolprestaties of dat het effect van overgewicht wordt gemedieerd door sociaal-emotionele klachten die ook een gevolg zijn van overgewicht.

*Schoolverzuim:* Kinderen met overgewicht zijn vaker afwezig van school en komen vaker te laat op school. Dit kan worden veroorzaakt door een slechtere gezondheid van de kinderen, maar ook door stigmatisering wat ervoor kan zorgen dat kinderen met overgewicht niet naar school willen gaan.

### 2.2.3 **Beweging**

Kennis over de relatie tussen bewegingsintensiteit en schoolprestaties komt uit twee reviews: Trudeau en Shepard (2008) en Taras (2005).

De review van Trudeau en Shepard (2008) kijkt onder andere naar bewegingsprogramma's op scholen en de effecten ervan op de schoolprestaties van de leerlingen. Bij de meeste programma's werden geen verschillen tussen controle- en experimentele groep gevonden, en bij enkele programma's werd een kleine verbetering in schoolprestaties bij de experimentele groep gevonden. Verbeteringen betroffen hier zowel de algemene schoolprestaties als een specifieke verbetering in rekenvaardigheid. De auteurs concluderen dat de bewegingsprogramma's een deel van de lestijd innemen die was bedoeld voor reguliere lessen, maar dat deze reductie niet leidt tot een vermindering van de schoolprestaties, en in sommige gevallen zelfs leidt tot een verbetering van de schoolprestaties. Op basis van deze gegevens concluderen de auteurs dat meer beweging een positieve bijdrage heeft op de leerprestaties.

De auteurs geven ook een overzicht van cross-sectionele studies naar de relatie tussen beweging en schoolprestaties. Bij cross-sectionele studies wordt in de meeste onderzoeken een positief verband gevonden tussen beweging op school en schoolprestaties. Bij leerlingen die meer aan beweging doen zijn de schoolprestaties beter, onder andere op het gebied van rekenen en taal. Uit één van de onderzoeken komt daarnaast ook naar voren dat leerlingen die meer bewegen minder vaak afwezig zijn van school. De auteurs wijzen er wel op dat bij cross-sectionele studies een bias kan optreden, vooral door sociaal-economische status (SES). SES is namelijk zowel een sterke voorspeller van schoolprestaties als een sterke voorspeller van de bewegingsintensiteit van kinderen. In een aantal onderzoeken werd echter gecontroleerd voor de mogelijke invloed van sociaal-economische status en hierbij bleef het positieve verband tussen de mate van bewegen en de schoolprestaties bij leerlingen overeind.

In een review van Taras (2005) naar de relatie tussen lichamelijke activiteit en schoolprestaties van leerlingen werden veertien studies betrokken. Bij vijf van deze studies betrof het een prospectief gecontroleerd experimenteel design waarbij een bewegingsprogramma werd uitgevoerd en uitkomsten werden gemeten bij zowel de interventie- als de controlegroep. De resultaten in vier van deze vijf studies laten zien dat er bij de leerlingen in de interventiegroepen verbeteringen optraden ten opzichte van de controlegroep, met name op het gebied van de concentratie en het zelfbeeld. Taras concludeert dat door het kleine aantal studies het trekken van conclusies lastig is, maar dat er aanwijzingen zijn dat de concentratie van leerlingen verbetert in de directe periode na de lichamelijke activiteit. Er zijn volgens Taras echter onvoldoende onderzoeksgegevens beschikbaar ter onderbouwing van langetermijneffecten van lichamelijke beweging op schoolprestaties.

#### *Conclusie*

*Schoolprestaties:* Experimentele studies laten zien dat er kortetermijneffecten zijn ten gevolge van bewegingsprogramma's op scholen. Vooral de concentratie en het zelfbeeld van de leerlingen verbeteren als gevolg van de bewegingsprogramma's. Cross-sectionele studies geven een eenduidiger beeld van de positieve samenhang tussen schoolprestaties en lichamelijke activiteit. Dit verband wordt waarschijnlijk grotendeels verklaard door achtergrondvariabelen zoals verschillen in sociaal-economische status.

*Schoolverzuim:* Er zijn weinig onderzoeksgegevens voorhanden over beweging en schoolverzuim. In de hierboven beschreven reviews wordt één cross-sectionele studie aangehaald waarbij de resultaten aangaven dat kinderen die minder bewegen ook vaker afwezig zijn van school.



## 2.2.4 Roken, drugs en alcohol

Op het gebied van roken, drugs, en alcohol zijn vrijwel geen reviews gevonden die ingaan op de relatie tussen het genotmiddelgebruik en schoolprestaties bij leerlingen. Alleen in een review van Hall (2006) wordt hier gedeeltelijk op ingegaan. In deze review is onderzocht welke relatie er is tussen cannabisgebruik en de mentale gezondheid van leerlingen. Een van de uitkomstmaten betrof de schoolprestaties van de leerlingen. De resultaten in de review laten zien dat bij cross-sectionele studies meestal een verband wordt gevonden tussen cannabisgebruik en slechte schoolprestaties. Cannabisgebruikers halen gemiddeld lagere schoolcijfers, zijn vaker afwezig van school, en hebben een negatievere schoolbeleving. Echter, de resultaten van deze cross-sectionele studies maken niet duidelijk of cannabisgebruik de oorzaak is van slechte schoolprestaties, of dat slechte schoolprestaties leiden tot cannabisgebruik, of dat zowel schoolprestaties als cannabisgebruik het resultaat zijn van een andere risicofactor, bijvoorbeeld psychosociale problematiek (Lynskey en Hall, 2000). Er wordt aangegeven dat verschillende longitudinale onderzoeken hebben aangetoond dat cannabisgebruik op jonge leeftijd een voorspeller is van slechte schoolprestaties op latere leeftijd, en bovendien een voorspeller van vroegtijdig schoolverlaten. De verklaring die hiervoor wordt gegeven is dat cannabisgebruik onderdeel vormt van een anticonventionele levensstijl die wordt gekenmerkt door een delinquente en drugsgebruikende vriendenkring, het vroegtijdig verlaten van het ouderlijke huis en het vroegtijdig verlaten van school.

### *Conclusie*

*Schoolprestaties:* In verschillende, met name cross-sectionele onderzoeken wordt een negatief verband gevonden tussen cannabisgebruik en schoolprestaties. Cannabisgebruikers halen gemiddeld lagere schoolcijfers en hebben een negatievere schoolbeleving. Over de invloed van roken en alcoholgebruik op schoolprestaties zijn geen reviews voorhanden.

*Schoolverzuim:* Cannabisgebruikers zijn vaker vroegtijdige schoolverlaters. Over roken en alcoholgebruik zijn geen reviewresultaten bekend.

## 2.2.5 Sociaal-emotionele ontwikkeling

DeSocio en Hootman (2004) stellen in hun overzicht van onderzoeken naar de relatie tussen de mentale gezondheid en schoolprestaties dat veel psychosociale problemen invloed kunnen hebben op de schoolprestaties. Depressie bij kinderen kan leiden tot concentratieproblemen. Angststoornissen kunnen bijdragen aan het niet naar school willen gaan en verslechterde schoolprestaties. Er zijn echter geen reviews gevonden die ingaan op de relatie tussen mentale gezondheid van leerlingen in het algemeen en de schoolprestaties van de leerlingen. Wel is er voor een aantal afzonderlijke onderwerpen, namelijk pesten en ADHD, reviews voorhanden die ingaan op de relatie met schoolprestaties.

### *Pesten*

In een review van Dake et al. (2003) wordt een overzicht gegeven van de studies naar pestgedrag en schoolprestaties. In verschillende onderzoeken wordt gevonden dat zowel pesters ( $r = -0,27$ ) als gepeste kinderen ( $r = -0,41$ ) minder goede schoolprestaties halen in vergelijking met kinderen die niet betrokken zijn bij pestgedrag. Leerlingen die betrokken zijn bij pesten, zowel gepesten als pesters, hebben een negatievere schoolbeleving en voelen zich geïsoleerder en minder verbonden aan school dan kinderen die niet betrokken zijn bij pestgedrag. Kinderen die gepest worden zijn ook iets vaker afwezig van school. In een longitudinale studie van Kochenderfer en Ladd (1996) kwam verder naar voren dat kinderen nadat zij gepest werden een sterkere behoefte kregen om niet naar school te gaan ( $r = 0,33$ ).

### *ADHD*

In verschillende onderzoeken is gekeken naar de problemen met betrekking tot schoolprestaties die kinderen met ADHD ervaren. In een overzichtartikel van Jitendra et al. (2008) komt naar voren dat kinderen met ADHD slechter presteren op school. Ze halen gemiddeld lagere cijfers, blijven vaker een klas zitten en verlaten vaker vroegtijdig de school. Uit één van de aangehaalde onderzoeken (Barbaresi et al., 2007) komt naar voren dat kinderen met ADHD in vergelijking met kinderen zonder ADHD veel lager scoren op leesvaardigheid, vaker een dag afwezig zijn van school, bijna drie keer zo vaak een klas blijven zitten en meer dan twee keer zo vaak de school vroegtijdig verlaten.

### *Conclusie*

*Schoolprestaties:* Voor veel sociaal-emotionele problemen zijn geen goede reviews voorhanden die ingaan op de relatie met schoolprestaties. Voor pesten en ADHD zijn hierover wel gegevens beschikbaar. Pesters en gepeste kinderen presteren op school minder goed dan kinderen die niet betrokken zijn bij pestincidenten. Kinderen met ADHD hebben slechtere schoolprestaties en blijven vaker een klas zitten.

*Schoolverzuim:* Pesters en gepeste kinderen hebben een negatievere schoolbeleving, gaan minder graag naar school en zijn vaker afwezig op school dan kinderen die niet betrokken zijn bij pestincidenten. Kinderen met ADHD zijn vaker afwezig van school.

## 2.3 Bijdrage van schoolse interventies aan verbetering van gezondheid en gezondheidgerelateerd gedrag van leerlingen

In het hiernavolgende gedeelte wordt ingegaan op de vraag in hoeverre schoolse interventies effectief bijdragen aan een gezonde fysieke en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen. Per onderwerp, namelijk (1) sociaal-emotionele ontwikkeling, (2) overgewicht en beweging, (3) voeding en (4) roken, alcohol en drugs, worden de resultaten beschreven van reviews over de effectiviteit van preventieve interventies die binnen de setting van de school zijn uitgevoerd. In totaal zijn voor het beantwoorden van deze vraagstelling 13 reviews betrokken die samen 308 onderzoeken omvatten.

Voor elk gezondheidsthema zal vervolgens worden aangegeven op welke pijlers de interventieprogramma's waren gestoeld. Die pijlers betreffen die componenten waaraan leerlingen direct worden blootgesteld en waarvan derhalve geacht wordt dat ze de meest proximale invloed hebben op de gewenste veranderingen in hun gezondheidgerelateerde gedrag en/of gezondheid, namelijk:

1. educatie (collectieve preventie);
2. zorg voor individuele leerlingen (geïndiceerde preventie);
3. ingrepen in de sociale en/of fysieke schoolomgeving.

Bij educatie gaat het vaak (maar niet altijd) om het curriculum dat klassikaal wordt aangeboden aan alle leerlingen, met een primair preventief doel (collectieve preventie). Maar ook schoolbrede voorlichtingsactiviteiten of projecten kunnen hiertoe gerekend worden. Bij zorg gaat het om vroegsignalering van bekende risicofactoren bij individuele leerlingen (zoals kinderen van gescheiden ouders) en geïndiceerde preventieve zorg die daarop volgt (individuele zorg). Ten slotte kan de sociale omgeving (zoals gedragsregels, voorbeeldgedrag leerkrachten) en de fysieke omgeving (zoals aanpassing kantine, betere luchtkwaliteit, aanpassing schoolplein) bijdragen aan een in sociaal en fysiek opzicht beter leef- en leerklimaat.

### 2.3.1 Voeding

Er is een aantal studies verricht naar de effecten van het verstrekken van ontbijt op school op de leerprestaties. In een review van Grantham-McGregor (2005) worden twintig interventiestudies betrokken die zich richten op de korte- en langetermijneffecten van het verstrekken van ontbijt aan leerlingen op scholen. Bij vier studies die zich richtten op de kortetermijneffecten werd in alle gevallen een positief effect gevonden. In een van deze studies, een gerandomiseerd onderzoek in Israël (Vaisman et al., 1996), bleken de leerlingen beter te scoren op verschillende cognitieve testen als ze die ochtend op school een ontbijt hadden genuttigd. Deze resultaten golden zowel voor de leerlingen die thuis niet als de leerlingen die thuis wel hadden ontbeten. In een drietal studies in de Verenigde Staten naar de impact van schoolontbijt kwam naar voren dat deelnemers aan het schoolontbijtprogramma betere schoolcijfers haalden, vaker aanwezig waren op school en minder vaak te laat kwamen. In twee van deze drie studies werd ook het psychosociaal functioneren als uitkomstmaat meegenomen en kwam naar voren dat het psychosociaal functioneren verbeterde ten opzichte van de leerlingen die niet deelnamen aan het ontbijtprogramma. Voor langetermijneffecten ten gevolge van ontbijtverstrekking zijn onvoldoende onderzoeksgegevens voorhanden. Een aantal in de review aangehaalde studies richtte zich voornamelijk op ondervoede kinderen in ontwikkelingslanden en ook hier werden positieve effecten gevonden op zowel de schoolprestaties als de aanwezigheid op school.

In een review van French en Stables (2003) worden zestien interventies beschreven die zich richten op het verhogen van de groente- en fruitconsumptie onder leerlingen binnen de schoolse setting. Het betrof negen zogenaamde multicomponentinterventies die zich zowel richtten op het curriculum als op het aanbod in de kantine en zeven singlecomponentprogramma's die zich uitsluitend richtten op het aanpassen van de omgeving, namelijk wijziging van het aanbod in de schoolkantine. In de component educatie bestonden de activiteiten vooral uit het voorlichten van de ouders en uit lessen aan de leerlingen over gezond eten. Het curriculumdeel was bij alle programma's gebaseerd op theoretische leerprincipes, veelal ontleend aan sociaal-cognitieve theorieën. In de omgevingscomponent richtten programma's zich vooral op een gezonder aanbod in de kantine, verlaging van de prijzen van gezonde producten, en het aanprijzen van gezondere producten via labels.

Bij de multicomponentprogramma's die zich richtten op zowel educatie van de leerlingen als aanpassing in het kantineaanbod werden bij 7 van de 9 programma's positieve effecten gevonden op groente- en fruitconsumptie, variërend van +0,2 tot +0,99 per dag. De gevonden effecten waren groter bij programma's die zich specifiek richtten op het verhogen van de groente- en fruitconsumptie in vergelijking met programma's die zich meer in algemene zin richtten op gezond eten.

Resultaten bij de singlecomponentprogramma's die zich alleen richtten op het aanbod in de kantine laten zien dat er significante effecten zijn in de toename van groente- en fruitconsumptie, maar dat deze effecten niet zo groot zijn als die van de multicomponentprogramma's.

Bij de omgevingsinterventies die zich meer in het algemeen richtten op een gezonder kantineaanbod kwam naar voren dat het verlagen van de prijzen van gezondere producten samengaat met een verhoging van de consumptie. In een onderzoek van Whitaker et al. (1994) zorgde een prijsverlaging van 10, 25 en 50% van gezondere producten voor een toename van respectievelijk 9, 39 en 93% in de consumptie. Uit dit onderzoek kwam verder naar voren dat het aanprijzen van de gezondere producten via labels daarnaast nog een significant additioneel effect bewerkstelligt, hoewel relatief geringer dan de wijziging in aanbod en verlaging van prijzen. De consumptie van gezonde producten steeg van 14,5% naar 15,4% ten gevolge van promotielabels, wat een relatieve toename is van 6%.

Samengevat laten de resultaten van French en Stables (2003) zien dat de grootste effecten worden verkregen bij interventies die zich richten op zowel de educatie van leerlingen als het kantineaanbod. Daarnaast blijkt dat met interventies die zich uitsluitend richten op het kantineaanbod ook gewenste effecten bereikt kunnen worden.

In een review van Knai et al. (2006) wordt een vijftiental interventies beschreven die zich richten op het verhogen van groente- en fruitconsumptie van leerlingen. De meeste programma's (veertien van de vijftien) omvatten onder andere activiteiten binnen het lesprogramma in de klas. Daarnaast richten tien van de vijftien programma's zich op het aanpassen van het aanbod in de kantine. Van de zestien onderzochte programma's werd bij tien programma's een significant effect gevonden op de toename van groente- en fruitconsumptie. Bij elf van de vijftien programma's was de duur langer dan een jaar. De effecten varieerden van +0,3 tot +0,99 porties per dag. Op basis van de mate van succes van de verschillende programma's wordt een aantal effectcondities van belang geacht voor betere effecten, namelijk:

- een langdurige programmaduur van meer dan een jaar;
- het vergroten van de blootstelling van leerlingen aan groente en fruit;
- het trainen van de docenten;
- het lesprogramma integreren in het reguliere curriculum;
- specifieke aandacht richten op groente- en fruitconsumptie;
- het betrekken van ouders;
- het ontwikkelen van een schoolbreed beleid ten aanzien van voeding.

Uit de resultaten van de verschillende onderzoeken kan niet worden opgemaakt of de toegenomen groente- en fruitconsumptie alleen een gevolg was van toegenomen consumptie binnen de school of dat er ook een transfereffect naar de buitenschoolse situatie had plaatsgevonden.

#### *Conclusie*

Uit de beschreven reviews op het gebied van schoolinterventies en voeding bij leerlingen komt naar voren dat interventies zich vooral richten op educatie van de leerlingen via lesprogramma's (24 van de 31 interventies) en aanpassing van het voedselaanbod (16 van de 31) in de schoolkantine. Uit de effectstudies komt naar voren dat beide componenten een bijdrage leveren aan het verhogen van de groente- en fruitconsumptie van de leerlingen. Daarnaast komt naar voren dat een meer structurele verankering van het programma samengaat met een meer succesvolle interventie. De kenmerken van die verankering zijn onder andere: het vergroten van de programmaduur tot langer dan een jaar, het bestendigen van de interventie door de ontwikkeling van een schoolbreed beleid ten aanzien van voeding, en het opnemen van de voedingslessen in het reguliere curriculum. De resultaten van de verschillende studies geven echter geen inzicht in de mate waarin er een transfereffect heeft plaatsgevonden waarbij de leerlingen niet alleen binnen de school maar ook buiten de school meer groente en fruit zijn gaan eten. Het verstrekken van ontbijt op school aan de leerlingen kan worden aangemerkt als een vorm van zorg aan die leerlingen die anders niet zouden ontbijten. Effectstudies laten zien dat het verstrekken van ontbijt positief bijdraagt aan de schoolprestaties en de aanwezigheid op school.

### **2.3.2 Sociaal-emotionele ontwikkeling**

Beantwoording van de vraag in welke mate schoolse interventies bijdragen aan de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen is gebaseerd op de review van Greenberg (2000). Daarnaast zijn er twee reviews gevonden over interventies die zich richten op specifieke psychosociale problematiek, te weten pesten, ADHD.

#### *Algemene sociaal-emotionele ontwikkeling*

Greenberg (2000) beschrijft 33 effectieve interventieprogramma's die zich richten op het aanleren van sociale en cognitieve vaardigheden.

Het Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD) richt zich op het verbeteren van de sociale en emotionele competentie door het aanleren van cognitieve vaardigheden bij de leerlingen. De nadruk van het PAD-programma ligt op het leren herkennen, begrijpen en reguleren van emoties. Er zijn

verschillende gerandomiseerde evaluatieonderzoeken uitgevoerd bij verschillende leerling-populaties. Resultaten tonen aan dat het PAD-programma bij de leerlingen leidt tot een verbetering in het probleemoplossend vermogen, een beter emotioneel inzicht en een vermindering van gedragsproblemen en impulsiviteit.

Het School Transitional Environment Project (STEP) is gebaseerd op het Transitional Life Events Model en richt zich op de overgang van de basis- naar de middelbare school. Het STEP-programma richt zich op het verminderen van de complexiteit van de nieuwe schoolsituatie, het versterken van de ondersteunende rol van de klassedocent en het creëren van een stabiele supportgroep via een consistente groep van vrienden en klasgenoten. Evaluatiestudies laten zien dat het STEP-programma leidt tot een vermindering van stress, angstgevoelens en depressie bij leerlingen en vermindering van delinquent gedrag. In een experimentele evaluatie kwam naar voren dat het programma zorgt voor een betere aanpassing aan de overgang naar een nieuwe school en dat het leidt voor betere schoolprestaties. Het Anger Coping Program is ontwikkeld voor leerlingen met agressieproblemen. Het programma bestaat uit achttien groepsessies met als doel het leren omgaan met woede en agressie. Vaardigheden die worden aangeleerd zijn emotieherkenning, zelfcontrole, en problemen oplossen. Evaluatiestudies laten zien dat het programma – met name bij jongens – op korte termijn leidt tot een vermindering van verstorend en agressief gedrag in de klas. Op langere termijn – na 7 maanden en na 3 jaar – waren er nog steeds positieve effecten in het uitvoeren van taakgericht gedrag, maar werden er geen verbeteringen meer gevonden in verstorend en agressief gedrag.

### *Pesten*

In een review van Vreeman en Carroll (2007) worden 26 studies naar de effecten van anti-pestinterventies beschreven. Betrokken interventies bestonden onder andere uit een curriculum (10 van de 26), een multicomponentenbenadering binnen de hele school (10 van de 26) en sociale vaardigheidstrainingen (4). De interventies die zich alleen richtten op het curriculum varieerden in intensiteit van het kijken naar een film gevolgd door een groepsdiscussie, tot een vijftien weken durend lesprogramma voor de leerlingen. Bij vier van de tien interventies werden significant positieve effecten gevonden in de vorm van een afname in pestgedrag. In drie van deze vier studies werden echter de effecten niet bij alle onderzochte groepen gevonden en werd bij sommige groepen zelfs een toename van gerapporteerd pestgedrag gevonden.

De interventies die gebruikmaakten van een multidisciplinaire benadering van de hele school omvatten een combinatie van onder andere schoolbrede regels en sancties met betrekking tot pesten, een docenttraining, lessen in de klas, een training conflicthantering en individuele begeleiding van leerlingen. Bij een meerderheid van de interventies (acht van de tien) werden significante positieve effecten gevonden: bij vijf van de interventies verminderde zowel het pesten als het gepest worden, bij andere interventies waren leerlingen vaker bereid om gesignaleerd pestgedrag te rapporteren dan wel om zelf in te grijpen. Op langere termijn lijkt een multidisciplinaire benadering ook effect te hebben: bij twee van de drie studies waar de interventie voor meerdere jaren werd gemeten bleven de effecten op eenzelfde niveau aanwezig.

De in de review opgenomen interventies die bestonden uit een sociale vaardigheidstraining richtten zich op specifieke leerlingen die extra zorg behoeften. Twee interventies richtten zich op leerlingen met een hoog agressieniveau en twee interventies richtten zich op kinderen die gepest werden. Bij één van de vier interventies werden positieve effecten gevonden. Het betrof een sociale vaardigheidstraining voor jonge kinderen van 6/7 jaar die agressieproblemen hadden in hun sociale omgang met andere kinderen. Effecten van de training betroffen onder andere een vermindering van de agressie, minder pesten en minder antisociaal gedrag bij de deelnemers aan de training.

### *ADHD*

Interventies voor leerlingen met ADHD kunnen zich richten op gedragsproblemen en op de schoolprestaties. Voor het verbeteren van problematisch gedrag worden in een review van DuPaul en Evans (2008) 35 onderzoeken aangehaald waarbij verschillende behandelingsstrategieën worden genoemd die effectief zijn bevonden in het reduceren van disruptief gedrag in de klas en die het aandachtsniveau van leerlingen met ADHD verhogen. Het opstellen van een ‘contingency contract’ tussen de leerling en de docent waarbij beloningen worden gegeven voor goed gedrag is een van de methoden die effectief is bevonden bij het verbeteren van het gedrag in de klas van leerlingen met ADHD. Een andere interventie is het verbeteren van de ‘self-monitoring’. Self-monitoring kan leerlingen met ADHD helpen hun organisatorische vaardigheden te verbeteren zodat ze zich beter voorbereiden op de lessen en hun huiswerk beter afmaken. In de review wordt een studie aangehaald van Gureasko-Moore et al. (2007) waarbij leerlingen met ADHD werden ondersteund in het aanleren van vaardigheden op het gebied van ‘self-monitoring’. De docenten maakten voor de leerlingen een lijst met de vereiste activiteiten voor het afmaken van het huiswerk en het voorbereiden van de lessen. Een schoolpsycholoog verzorgde voor elke leerling een korte training in ‘self-monitoring’-vaardigheden. Hoewel het aantal respondenten in de studie klein was (n = 9) waren de resultaten veelbelovend: alle getrainde leerlingen verbeterden binnen enkele weken hun voorbereiding van de lessen en het afmaken van hun huiswerk tot bijna 100% van de vereiste taken.

Een multicomponentenbenadering is het Challenging Horizons Program dat speciaal is ontwikkeld voor jonge adolescenten met ADHD. Het programma omvat begeleiding waarbij de leerlingen deelnemen aan vaardigheidstrainingen op het gebied van het maken van huiswerk, het aanleren van studievoordigheden en het aanleren van sociale en probleemoplossingvaardigheden. Ouders worden betrokken bij het programma door maandelijks voorlichtingsbijeenkomsten over ADHD en de aan te leren vaardigheden om te zorgen dat de vaardigheden ook worden toegepast in de thuissituatie. Verschillende effectevaluaties met quasi-experimentele en gerandomiseerde designs tonen aan dat het CHP-programma medium tot grote positieve effecten heeft op zowel academische als sociale uitkomstmaten.

### *Conclusie*

Uit de interventiestudies op het gebied van sociaal-emotionele ontwikkeling komt naar voren dat deze interventies zich richtten op zowel de educatie, de zorg en de sociale omgeving van de leerlingen. Educatie wordt vooral ingezet bij programma’s die zich richten op het aanleren van sociale en cognitieve vaardigheden. Evaluaties laten zien dat dergelijke programma’s effectief kunnen zijn. Een multicomponentenbenadering van pesten op school lijkt het meest doeltreffend om pesten op school aan te pakken: in acht van de tien onderzochte interventies werden significante effecten gevonden. Deze benadering kan ook op langere termijn effect hebben: bij drie studies werd gedurende twee jaar gemeten en bij twee daarvan was de afname in pestproblematiek ook gedurende het tweede interventiejaar aanwezig. Gewenste effecten werden minder vaak en minder consistent (vier van de acht) gevonden bij pestprogramma’s die zich alleen richten op het curriculum.

Individuele zorg kan worden geboden aan leerlingen met specifieke gedragsproblemen zoals ADHD of agressie of aan leerlingen die gepest worden, waarbij interventies voor kinderen met ADHD en agressieproblemen effecten kunnen sorteren. Niet alle interventies zijn echter effectief; zo werden bij de trainingen voor pesters en gepeste kinderen slechts bij één van de vier interventies significante effecten gevonden.

Sommige programma’s richten zich ook op het aanpassen van de sociale omgeving door middel van het stellen van gedragsregels zoals bij anti-pestinterventies en door het creëren van een stabiele groep van ondersteunende vrienden zoals bij het STEP-programma voor schooltransities. Omdat het aanpassen van de sociale omgeving vaak een onderdeel vormt van een multicomponentenbenadering is niet goed aan te geven wat de specifieke bijdrage is van elk van de afzonderlijke componenten.

### 2.3.3 Beweging en overgewicht

In een review van van Sluijs et al. (2007) werd gekeken naar de effectiviteit van interventies die zich richten op het promoten van lichamelijke activiteit bij kinderen en adolescenten. In totaal werden 57 programma's betrokken die door middel van gerandomiseerd onderzoek waren geëvalueerd op effectiviteit. Het betrof zowel multilevelprogramma's die zich richtten op school, gezin en omgeving, als singlelevelprogramma's die zich uitsluitend richtten op een van deze terreinen. Daarnaast ging het bij de schoolprogramma's om zowel singlecomponent- als multicomponentprogramma's, waarbij multicomponentprogramma's zich zowel richtten op de educatie als op het aanpassen van de sociale en fysieke omgeving.

Educatieprogramma's binnen de schoolse setting bestonden bijvoorbeeld uit lessen over gezondheid en beweging of uit een computerprogramma waarbij de leerlingen voorzien werden van een individueel advies op maat voor het vergroten van de lichamelijke activiteit en het voorkomen van terugval.

Bij schoolprogramma's die zich ook richtten op de sociale en fysieke omgeving ging het om aanpassing of uitbreiding van de lessen bewegingsonderwijs, het bijscholen van de docenten in bewegingsonderwijs, en het aanpassen van de fysieke omgeving door middel van het uitbreiden en aanpassen van speelgelegenheden.

Schoolprogramma's die zich ook richtten op het betrekken van de ouders deden dat vooral via het verstrekken van nieuwsbrieven en het toewijzen van 'huiswerk' voor de leerlingen.

Bij 27 van de 57 studies werd een significant positief effect gevonden in de toename van lichamelijke activiteit. Effecten varieerden van enkele minuten extra lichamelijke activiteit per dag gedurende de lessen bewegingsonderwijs tot een toename van 83 minuten per week in matige en zware lichamelijke inspanning. Bij de effectieve interventies ging het om programma's die zich richtten op de schoolse setting, eventueel gecombineerd met het betrekken van de ouders en de buurt. Programma's die zich alleen richtten op het gezin of de buurt resulteerden niet in de gewenste effecten. Schoolprogramma's die zich alleen richtten op educatie sorteerden ook geen effecten.

Op basis van de gevonden effecten en op basis van de kwaliteit van de studies concluderen de auteurs dat de lichamelijke activiteit van leerlingen kan worden vergroot door middel van schoolprogramma's die zich via een multicomponentbenadering richten op zowel educatie als het aanpassen van de sociale en fysieke omgeving en die naast de schoolse setting ook de ouders en de buurt betrekken. Het is uit de review echter niet duidelijk of de toegenomen lichamelijke activiteit het gevolg is van de georganiseerde uitbreiding van de bewegingsactiviteiten binnen de school of dat er ook een transfer-effect heeft plaatsgevonden waarbij de leerlingen meer zijn gaan bewegen buiten de schoolse setting.

In een review van Dobbins et al. (2009) werden 26 studies betrokken die de effecten evalueerden van schoolse interventies die zich richtten op het vergroten van lichamelijke activiteit onder kinderen en adolescenten. Bij zeven studies werd ook onderzocht in welke mate er een transfereffect had plaatsgevonden door te onderzoeken of leerlingen buiten school meer aan lichamelijke activiteit waren gaan doen.

Bij zes van de zeven studies werd een toename gevonden van de tijdsduur van lichamelijke activiteiten in de buitenschoolse setting. Drie van de zeven studies rapporteerden een toename van het aantal leerlingen dat buiten school meer was gaan bewegen. Het betreft hier effecten op korte termijn. Van langetermijneffecten zijn geen gegevens bekend.

In een review van Harris et al. (2009) werd een meta-analyse verricht naar de effecten van bewegingsprogramma's op scholen en de effecten op de BMI bij leerlingen. Resultaten van deze meta-analyse geven aan dat er geen overall-effecten zijn van bewegingsprogramma's op de BMI van de leerlingen. De auteurs concluderen dat bewegingsinterventies daarom niet moeten worden gepromoot als de centrale component binnen de strategie om het overgewicht bij kinderen terug te dringen.

Alhoewel Harris et al. (2009) geen overall-effecten vonden door het samenvoegen van de resultaten van verschillende studies zijn er wel verschillende effectieve schoolinterventies bekend die zich richten op het terugdringen van overgewicht. In een recent overzicht van Kremers et al. (2008) komen zeventien studies naar voren waarbij positieve effecten zijn gevonden op onder andere BMI, heupomtrek of huidplooidikte.

Het programma 'Dance for Health' (Flores, 1995) richtte zich binnen de schoolse setting op de educatie van de leerlingen en het vergroten van de lichamelijke activiteit. Leerlingen kregen gedurende twaalf weken lessen rondom voeding en gezondheid en kregen drie keer per week vijftig minuten intensieve beweging. Het programma zorgde bij meisjes voor een daling van de BMI en een beter uithoudingsvermogen. Bij jongens waren de effecten niet significant.

In een driejarig interventieprogramma voor lagere schoolleerlingen in Griekenland (Manios et al., 1998) kregen leerlingen lessen rondom voeding en gezondheid en kregen ze twee keer per week 45 minuten bewegingsonderwijs van een speciaal daarvoor aangestelde trainer. Het programma resulteerde in een betere BMI en een betere fysieke conditie bij de interventiegroep.

Robinson (1999) evalueerde een schoolprogramma in de VS dat zich richtte op het verminderen van de tijd die kinderen besteden aan televisiekijken en computerspelletjes. Het programma omvatte achttien lessen die gericht waren op selfmonitoring van leerlingen met betrekking tot hun televisiekijken en waarin leerlingen werden gemotiveerd om minder televisie te kijken. Een onderdeel van het programma was het motiveren van leerlingen om gedurende een periode van tien dagen geen televisie te kijken en zich daarna te beperken tot zeven uur televisie en computerspelletjes per week. De resultaten lieten zien dat leerlingen in de interventiegroep minder televisie waren gaan kijken en minder vaak maaltijden voor de televisie nuttigden. Daarnaast was er bij de interventiegroep een significant gunstigere ontwikkeling van de BMI, de huidplooidikte en de heupomtrek in vergelijking met de controlegroep.

Het Planet Health-programma (Gortmaker et al., 1999) richtte zich via een lesprogramma op het verminderen van het televisiekijken, het verminderen van ongezond vet eten, en het vergroten van gezonde eetgewoontes en lichamelijke activiteiten. Resultaten toonden aan dat het programma effectief was in het verminderen van televisiekijken bij zowel jongens als meisjes en in een vermindering van het overgewicht bij meisjes. De afname in televisiekijken was gerelateerd aan de afname in overgewicht. Meisjes in de interventiegroep consumeerden gemiddeld 575 kJ per dag minder in vergelijking met de controlegroep. Er werden geen verschillen gevonden in mate van lichamelijke activiteit.

### *Conclusie*

Uit de verschillende reviews komt naar voren dat bewegingsprogramma's op scholen zich vooral richten op de educatie van de leerlingen en het aanpassen van de sociale en fysieke omgeving door het invoeren van meer bewegingsonderwijs dan wel het vergroten van de bewegingsmogelijkheden binnen de school en op het schoolplein. Dergelijke programma's kunnen resulteren in het vergroten van de lichamelijke activiteit van leerlingen, bij een aantal programma's ook buiten de schoolse setting. De toegenomen lichamelijke activiteiten buiten school betroffen vaker een toename in duur van de lichamelijke activiteiten en minder vaak een toename in het aantal leerlingen dat meer was gaan bewegen. Bij de evaluaties van de programma's gaat het vooral om de kortetermijneffecten; over langetermijneffecten van beweegprogramma's is weinig bekend.

Voor het verminderen van overgewicht richten programma's zich zowel op educatie van de leerlingen als op het vergroten van de lichamelijke activiteiten. Educatie van de leerlingen lijkt effect te sorteren, bijvoorbeeld doordat leerlingen worden gemotiveerd om minder televisie te kijken. Het vergroten van lichamelijke activiteit door middel van lessen met frequente intensieve beweegactiviteiten zorgt bij sommige programma's ook voor positieve effecten op de BMI. Hierbij dient opgemerkt te worden dat bij een groot aantal programma's juist geen effect op de BMI wordt gevonden.



### 2.3.4 Roken, alcohol en drugs

Botvin en Griffin (2007) stellen dat de effectieve interventieprogramma's voor de preventie van roken, alcohol- en druggebruik zich niet alleen richten op het verstrekken van informatie, maar zich ook richten op de risico- en beschermende factoren die van belang zijn bij de aanvang en de eerste fase van gebruik. Effectieve programma's richten zich daarom ook op het aanleren van vaardigheden om genotmiddelen te weigeren, het aanpassen van normatieve verwachtingen met betrekking tot gebruik en het vergroten van algemene sociale en persoonlijke vaardigheden. Verschillende studies hebben de effectiviteit onderzocht van interventieprogramma's die zich richten op het aanleren van vaardigheden om de sociale druk tot het gebruik van genotmiddelen te weerstaan. Gerandomiseerde effectstudies van een dergelijk programma, het 'Life Skills Training Program' (Botvin et al., 2003), laten zien dat dit programma effectief is in het verminderen van het aantal jongeren dat begint met roken en dat het zorgt voor een vermindering van het aantal jongeren dat regelmatig rookt. Het programma bestaat uit een curriculum van lessen die gedurende het schooljaar aan de leerlingen worden gegeven en die gedurende meerdere schooljaren voortbouwen op het aanleren van vaardigheden. Effectstudies laten zien dat de effecten tot drie jaar na het eindigen van het programma aanwezig zijn. Vergelijkbare programma's zorgen bij leerlingen ook voor vermindering van alcohol- en marihuana-gebruik (Botvin en Griffin, 2007).

Een review van 29 studies van Faggiano et al. (2008) bevestigt de resultaten van Botvin en Griffin (2007) en laat zien dat vergelijkbare lesprogramma's die zich richten op het aanleren van vaardigheden en kennis leiden tot een vermindering van het gebruik van marihuana en harddrugs en zorgen voor een verbetering van beslisvaardigheden, van eigenwaarde en van het weerstaan van sociale druk.

Fletcher (2008) beschrijft in een review een aantal preventieprogramma's, die naast een specifiek lesprogramma zich ook richten op het veranderen van het ethos binnen de hele school. De vier genoemde interventieprogramma's (het 'Gatehouse'-project, 'Aban Aya' youth project, 'D.A.R.E.plus' en de Dutch Healthy School and Drugs project ('Gezonde School en Genotmiddelen')) omvatten interventies die zich zowel op de hele school als op de individuele leerlingen richten. Het programma De Gezonde School en Genotmiddelen richt zich naast het lesprogramma bijvoorbeeld ook op het betrekken van ouders, het opstellen van regels rondom alcohol, drugsgebruik en roken, en het signaleren en begeleiden van leerlingen met problemen. Evaluatie van het programma De Gezonde School en Genotmiddelen toont vooral positieve effecten op het gebruik van alcohol. Bij de andere drie genoemde programma's werden positieve effecten gevonden op het gebruik van drugs, alcohol en marihuana. Op basis van de effectevaluaties kan niet worden opgemaakt welke onderdelen het meest effectief zijn en welke bijdrage een verandering van de 'school ethos' heeft aan het verminderen van drugsgebruik.

#### *Conclusie*

Uit de evaluaties van interventieprogramma's die zich richten op alcohol, drugsgebruik en roken komt naar voren dat programma's die zich alleen richten op de educatie van leerlingen door het aanleren van kennis en vaardigheden effectief kunnen zijn. Dergelijke programma's kunnen ook op de langere termijn effecten sorteren. Daarnaast zijn er programma's die zich niet alleen richten op de educatie, maar ook op de individuele zorg aan leerlingen en het veranderen van de schoolomgeving door het instellen van regels rondom roken, alcohol- en drugsgebruik. Ook bij deze programma's zijn positieve effecten gevonden, maar de effectevaluaties geven geen inzicht in de mate van effectiviteit van de afzonderlijke componenten van dergelijke programma's.

## 2.4 Meerwaarde van de Gezonde Schoolbenadering op school- en leerlingniveau

In deze paragraaf wordt ingegaan op de verschillende onderdelen van de Gezonde Schoolbenadering en zal per onderdeel worden beschreven in welke mate er wetenschappelijke ondersteuning voor is gevonden. Er werden slechts twee reviews gevonden die op het brede concept van de Gezonde Schoolbenadering als zodanig ingaan. Daarom zal voor beantwoording van deze onderzoeksvraag ook worden teruggegrepen op de dertien reviews van effectieve schoolse interventies die in de voorgaande paragrafen beschreven zijn. Er moet dus enig voorbehoud worden gemaakt bij de beantwoording van deze onderzoeksvraag (vraag 3). Er is immers niet expliciet gezocht naar mogelijk beschikbare reviews van elk van de afzonderlijke onderdelen van de Gezonde Schoolbenadering.

Aangezien de Gezonde Schoolbenadering in z'n volle breedte nog een relatief jong concept is, is de empirische onderbouwing van de potentiële meerwaarde ervan slechts beperkt beschikbaar. In een review van Mukoma en Flisher (2004) worden negen studies besproken die schoolinterventies evalueerden die leunden op het concept van de 'Health-promoting school'. De belangrijkste conclusie van de auteurs is dat het evalueren van het concept methodologisch lastig is gezien het brede gebied van gezondheidsaspecten waar de interventies zich in potentie op kunnen richten en het grote aantal verschillende activiteiten dat daarbij kan worden ingezet. Het is daarom zinvoller om na te gaan in welke mate er empirische steun kan worden gevonden voor de verschillende componenten die aan de Gezonde Schoolbenadering ten grondslag liggen. Ook hierbij geldt overigens dat niet alle onderdelen van de Gezonde School even goed via wetenschappelijk onderzoek te onderbouwen zijn.

De belangrijke pijlers waarop de Gezonde Schoolbenadering rust zijn:

1. De school stelt zelf de prioriteiten vast wat betreft de speerpunten waarop het schoolbeleid zich zal richten.
2. Het schoolbeleid wordt planmatig tot ontwikkeling gebracht.
3. Er is structurele aandacht voor gezondheidsbevordering binnen de school.
4. De gezondheid van leerlingen wordt bevorderd door een integrale aanpak. Er is een koppeling van individuele leerlingenzorg, educatie en ingrepen in de sociale en fysieke omgeving.
5. Regionale organisaties werken samen bij hun ondersteuning van het gezondheidsbeleid op scholen.

### 2.4.1 School stuurt prioritering

Uit de dertien reviews van interventies die zijn betrokken voor het beantwoorden van voorgaande onderzoeksvraag komen geen onderzoeken naar voren die zich hebben gericht op de meerwaarde van actieve participatie van de school bij de keuze van prioriteiten van het te voeren schoolbeleid. Ook Stewart-Brown (2006) komt tot de conclusie dat er hierover geen onderzoeken zijn. Hij doet deze conclusie in een review van de uitkomsten van gezondheidsprogramma's waarin elementen van de Gezonde Schoolbenadering verwerkt waren. Het betrof interventies op het gebied van sociaal-emotionele ontwikkeling, roken, drugs, alcohol, voeding en bewegen. In de betreffende review trof Stewart-Brown (2006) geen studies aan die voorzagen in data of inhoudelijk ingingen op de invloed van actieve participatie van de school bij de vaststelling van de speerpunten voor beleid.

### 2.4.2 Planmatigheid

In het cyclische karakter van een proces van beleidontwikkeling, -implementatie en -evaluatie is planmatigheid duidelijk zichtbaar. De meerwaarde van een dergelijke systematische wijze van ontwikkelen en bijstellen van het gezondheidsbeleid op school is eveneens empirisch lastig

aantoonbaar. Ook geen van de geanalyseerde reviews bevat een verwijzing naar een dergelijke empirische studie. Ondanks het gegeven dat we voor onderhavige reviews niet specifiek op dit aspect hebben gezocht, zijn we op voorhand niet optimistisch over de beschikbaarheid van onderzoeksresultaten in de schoolse setting. Ondanks het feit dat de directe empirische bewijslast ontbreekt wordt het belang van planmatigheid in de literatuur breed gesteund, al was het maar omdat de beschreven planningsmodellen handreikingen bieden voor een zo efficiënt mogelijke inzet van middelen om zo gericht mogelijk een bepaald veranderdoel te bereiken (vergelijk Green en Kreuter, 2005). In het geval van schoolgezondheidsbeleid betekent dit dat er wordt aangesloten bij de (kenmerken van de) doelgroep, wordt geanticipeerd op mogelijke implementatieproblemen, en periodiek wordt geëvalueerd of het ingezette beleid moet worden bijgesteld.

### **2.4.3 Structurele aandacht**

Bij een structurele aanpak gaat het erom dat een school stuurt op voldoende intensiteit en continuïteit van de aandacht voor gezondheidsbevordering van scholen zodat de op korte termijn bereikte effecten ook voor de langere termijn behouden kunnen blijven.

In de review van Stewart-Brown (2006) werd gekeken naar de uitkomsten van schoolinterventies in relatie tot de Gezonde Schoolbenadering. Uit de resultaten komt naar voren dat schoolprogramma's die van langere duur waren en met een grotere intensiteit werden uitgevoerd vaker significante effecten te zien gaven in vergelijking met interventies die van kortere duur en minder intensief waren. Stewart-Brown (2006) concludeert dat dit als ondersteuning kan worden beschouwd voor deze component van de Gezonde Schoolbenadering.

Een ondersteuning voor de meerwaarde van een structurele aanpak vinden we ook bij de eerder in paragraaf 3 aangehaalde review van Knai et al. (2006) over voedingsinterventies. Kenmerken van een meer structurele verankering van het programma blijken positief uit te werken. Deze kenmerken zijn onder andere het vergroten van de programmaduur tot langer dan een jaar, het bestendigen van de interventie door de ontwikkeling van een schoolbreed beleid ten aanzien van voeding en het opnemen van de voedingslessen in het reguliere curriculum. Evaluaties op het gebied van rookpreventie laten ook zien dat meerjarenprogramma's grote effecten kunnen sorteren die tot enkele jaren na beëindiging van het programma blijven bestaan (Botvin en Griffin, 2007).

### **2.4.4 Integrale aanpak**

Een integrale aanpak houdt in dat het programma of het beleid zich niet beperkt tot slechts één component maar dat er wordt ingezet op een koppeling van individuele leerlingenzorg, educatie en ingrepen in de sociale en fysieke omgeving.

In de eerder genoemde review van Stewart-Brown (2006) blijkt dat effectieve schoolprogramma's vaker meerdere componenten omvatten en activiteiten ontplooiën binnen verschillende domeinen zoals het curriculum, de schoolomgeving en de buurt. Deze bevinding ondersteunt de gedachte dat de effectiviteit van schoolse interventies een multicomponentenaanpak verdient boven een enkelvoudige benadering.

Een vergelijkbare ondersteuning vinden we in de reviews over specifieke themagebieden zoals verwerkt in paragraaf 3. Op het gebied van voeding gaat het om effectcondities als een langdurige looptijd, integratie van het lesprogramma in het reguliere curriculum, het betrekken van de ouders en het ontwikkelen van een schoolbreed beleid voor voeding. Multicomponentvoedingsprogramma's sorteren meer effecten dan singlecomponentprogramma's. In hun review over voedingsinterventies stellen Knai et al. (2006) dan ook dat de meest effectieve voedingsinterventies zich via een brede benadering richten op de hele school en dat deze werkwijze overeenkomt met de 'Health Promoting School'-benadering.

De effectstudies op het gebied van sociaal-emotionele ontwikkeling geven in een aantal gevallen ook ondersteuning voor de meerwaarde van een integrale aanpak. Bij de anti-pestinterventies die zich alleen

op het curriculum richtten werden weinig effecten gevonden, terwijl veel vaker en meer consistente effecten werden gevonden bij de interventies die zich zowel op de gehele school als op individuele leerlingen richtten. Vreeman en Carroll (2007) wijzen er in hun review van anti-pestinterventies op dat de verschillende effectevaluaties aangeven dat de 'Whole School Approach' het meest effectief is op dit terrein.

Op het gebied van bewegingsinterventies komt naar voren dat interventies die zich alleen richten op de educatie van de leerlingen geen effecten sorteren, maar multicomponentprogramma's wel. Van Sluijs et al. (2007) concluderen in hun review over bewegingsinterventies dat lichamelijke activiteit van leerlingen vooral wordt vergroot door multicomponentprogramma's die zich richten op zowel educatie als op het aanpassen van de sociale en fysieke omgeving en die naast de schoolse setting ook de ouders en de buurt betrekken.

De hier genoemde resultaten ondersteunen de conclusie dat de integrale aanpak meerwaarde heeft boven een enkelvoudige benadering.

#### 2.4.5 Regionale samenwerking

Een goede samenwerking tussen regionale organisaties bij de ondersteuning van scholen op het gebied van hun gezondheidsbeleid is nauwelijks empirisch onderzocht. In geen van de reviews van interventies beschreven in paragraaf 3 van dit hoofdstuk komt dit aspect aan de orde. Een aantal recentere studies, verschenen tijdens of na publicatie van de geïncludeerde reviews, besteedt hier wel aandacht aan (Hoyle et al., 2008; Leurs et al., 2005). Deze studies zijn echter vooral beschouwend van aard en vragen om herhaling van metingen om uitspraken te kunnen doen over effectiviteit. Binnen de bredere context van het onderzoek naar onderwijsinnovaties in algemene zin is bekend dat schoolnabije begeleiding meerwaarde heeft, zowel gedurende de wervingsfase (adoptie) als gedurende de fase waarin een vernieuwing door scholen/leerkrachten daadwerkelijk in praktijk wordt gebracht (implementatie) (vergelijk Paulussen et al., 2007). Een schoolnabije begeleiding gedurende de wervingsfase biedt de mogelijkheid om met de school een gefaseerde invoering overeen te komen. In interactie met de school wordt een plan opgesteld voor stapsgewijze invoering en bijbehorende ondersteuningsactiviteiten. Zonder verlies van het perspectief op verandering zoals bedoeld, kan daarmee worden voorkomen dat te grote verandering ineens op korte termijn leidt tot frustratie, en daarmee tot verlies van het draagvlak binnen de school om de vernieuwing door te zetten. Datzelfde geldt ook het aspect coaching dat onontbeerlijk lijkt voor het welslagen van de fase waarin de vernieuwing daadwerkelijk ten uitvoering wordt gebracht (vergelijk Joyce en Showers, 1988; Wiefferink et al., 2005). De kans is groot dat in deze fase de school gaat ervaren wat de vernieuwing in de praktijk betekent en dat niet alles verloopt zoals vooraf was voorzien. Follow-upbegeleiding biedt de mogelijkheid om op die situatie toegesneden advies te verlenen, bijvoorbeeld door het tijdelijk bijstellen van de omvang van of de termijn waarop veranderingsdoelen gerealiseerd zullen worden. Dergelijke intensiteit van schoolbegeleiding kan doorgaans slechts regionaal worden georganiseerd, al was het maar omdat landelijke partijen fysiek te ver afstaan van de school. Maar ook een enkele regionale partij, zoals een GGD, zal niet altijd over voldoende capaciteit en/of expertise beschikken die in voorkomende gevallen aangewend moet worden om aan de diversiteit aan ondersteuningsvragen van scholen te voldoen. Samenwerking met andere regionale schoolondersteunende instellingen is in de Nederlandse situatie dan wenselijk.

#### *Conclusie*

Binnen de reviews over gezondheidsinterventies die voor deze studie zijn geanalyseerd wordt empirisch ondersteund bewijs gevonden voor twee onderdelen van de Gezonde Schoolbenadering, namelijk voor de meerwaarde van een structurele aanpak en voor de meerwaarde van de integrale aanpak van gezondheidsbevordering op scholen. Voor de overige drie pijlers van de Gezonde Schoolbenadering, te weten de betrokkenheid van de school bij het bepalen van de beleidsprioriteiten,

het planmatige karakter van de aanpak en de regionale samenwerking/ondersteuning, is geen direct bewijs gevonden in de reviews. Wel is daarvoor indirect bewijs voorhanden in de bredere context van onderzoeksliteratuur over onderwijsinnovatie in algemene zin en in de literatuur over planningsmodellen voor de ontwikkeling en invoering van programma's op het gebied van gezondheidsbevordering in brede zin.

## 2.5 Conclusie en discussie

### 2.5.1 Conclusie

Schoolprestaties van de leerlingen worden binnen de onderwijssector als de belangrijkste uitkomstmaat beschouwd. Daarnaast zet de onderwijssector zich in voor het bevorderen van een gezonde fysieke en sociaal-emotionele ontwikkeling van hun leerlingen. De schoolarts is daarom van oudsher geen onbekende in de sector. De betrokkenheid en inzet van de sector onderwijs bij initiatieven op het gebied van intersectoraal gezondheidsbeleid is relatief nieuw. Mogelijk kan het onderwijs daartoe versterkt worden aangezet door een gefundeerd inzicht in de bijdrage die gezondheidsbevorderende schoolprogramma's niet alleen leveren aan zowel gezondheidgerelateerde uitkomsten bij leerlingen als aan hun schoolprestaties. Om deze vraag te beantwoorden werd deze synthese van literatuurreviews samengesteld. De onderzoeksvragen luiden:

1. In hoeverre hangen gezondheidsaspecten samen met schoolprestaties en schooluitval?
2. In hoeverre dragen schoolse interventies effectief bij aan een gezonde fysieke en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en dientengevolge aan betere schoolprestaties en minder schooluitval van deze leerlingen?
3. In hoeverre bestaat er empirische onderbouwing voor belangrijk geachte pijlers van de Gezonde Schoolbenadering, te weten: (a) de school bepaalt de prioriteiten van haar gezondheidsbeleid, (b) dit beleid wordt planmatig ontwikkeld, (c) dit beleid draagt een structureel karakter, (d) er is sprake van integratie van educatie, leerlingenzorg en zorg voor de sociale en fysieke omgeving en (e) de school wordt ondersteund vanuit een samenwerkingsverband van regionale schoolondersteunende instellingen.

Per onderzoeksvraag is gezocht naar reviews die vanaf 2000 zijn verschenen over respectievelijk de relatie tussen de gezondheid van leerlingen en hun schoolprestaties en tussen de effectiviteit van schoolse interventies op een verbeterde gezondheid en de schoolprestaties van leerlingen.

#### 2.5.1.1 Relatie gezondheid en schoolprestaties

Voor het gezondheidsthema voeding waren er verschillende reviews voorhanden die ingingen op de invloed van ontbijt op schoolprestaties en de invloed van overgewicht op schoolprestaties. Op basis van die reviews kan worden geconcludeerd dat er een duidelijke samenhang bestaat tussen het nemen van een ontbijt en daarop volgend cognitief functioneren zoals betere concentratie, alertheid en schoolcijfers. Daarnaast is er ook een relatie tussen ontbijten en schoolverzuim: kinderen die niet ontbijten zijn minder vaak aanwezig op school en komen vaker te laat op school.

Reviews op het gebied van overgewicht laten zien dat kinderen met overgewicht slechtere schoolprestaties hebben: de kinderen halen lagere cijfers, blijven vaker een klas zitten en beschouwen zichzelf als minder goede leerlingen. Verder zijn kinderen met overgewicht vaker afwezig op school en komen vaker te laat op school.

Uit de reviews op het gebied van bewegen komt naar voren dat er kortetermijneffecten behaald worden met bewegingsprogramma's op scholen: lichamelijke activiteit zorgt op de korte termijn voor een verbeterde concentratie en een beter zelfbeeld bij leerlingen. Er zijn weinig onderzoeksgegevens

voorhanden met betrekking tot beweging en schoolverzuim. Ook over de invloed van roken en alcoholgebruik op schoolprestaties zijn geen reviews voorhanden. Wel komt in een aantal reviews naar voren dat er een negatief verband bestaat tussen cannabisgebruik en schoolprestaties. Cannabisgebruikers halen gemiddeld lagere schoolcijfers en hebben een negatievere schoolbeleving. Verder behoren cannabisgebruikers vaker tot de vroegtijdige schoolverlaters. Voor veel sociaal-emotionele problemen zijn er geen goede reviews voorhanden die ingaan op de relatie met schoolprestaties. Voor pesten en ADHD zijn hierover wel gegevens beschikbaar. Pesters en gepeste kinderen halen minder goede schoolprestaties dan kinderen die niet betrokken zijn bij pestincidenten. Daarnaast hebben pesters en gepeste kinderen een negatievere schoolbeleving, gaan zij minder graag naar school en zijn zij vaker afwezig van school dan kinderen die niet betrokken zijn bij pestincidenten. Kinderen met ADHD hebben slechtere schoolprestaties, blijven vaker een klas zitten en zijn vaker afwezig van school.

Samengevat komt uit de verschillende reviews naar voren dat voor veel van de geselecteerde gezondheidgerelateerde uitkomsten een duidelijke samenhang bestaat met schoolprestaties en schooluitval. Het overslaan van ontbijt, overgewicht, cannabisgebruik, pesten en ADHD gaan allen samen met minder goede schoolprestaties en in de meeste gevallen met schooluitval.

### **2.5.1.2 Bijdrage schoolse interventies aan gezondheid leerlingen**

Uit de beschreven reviews op het gebied van schoolinterventies en voeding bij leerlingen komt naar voren dat interventies zich vooral richten op educatie van de leerlingen via lesprogramma's en aanpassing van het voedselaanbod in de schoolkantine. Uit de effectstudies komt naar voren dat beide componenten een bijdrage leveren aan het verhogen van de groente- en fruitconsumptie van de leerlingen. Daarnaast komt naar voren dat een meer structurele verankering van het programma samengaat met een verhoogde effectiviteit. De kenmerken van die verankering zijn onder andere: het vergroten van de programmaduur tot langer dan een jaar, het bestendigen van de interventie door de ontwikkeling van een schoolbreed beleid ten aanzien van voeding, en het opnemen van de voedingslessen in het reguliere curriculum. De resultaten van de verschillende studies geven echter geen inzicht in de mate waarin de effecten die zijn behaald binnen de muren van de school worden getransfereerd naar het leven van leerlingen buiten de school. Effectstudies laten verder zien dat het verstrekken van ontbijt positief bijdraagt aan de schoolprestaties en de aanwezigheid op school. Uit de interventiestudies op het gebied van sociaal-emotionele ontwikkeling komt naar voren dat deze interventies zich richten op zowel de educatie, de zorg als de sociale omgeving van de leerlingen. Educatie wordt vooral ingezet bij programma's die zich richten op het aanleren van sociale en cognitieve vaardigheden. Evaluaties laten zien dat dergelijke programma's effectief kunnen zijn. Ook een multicomponentenaanpak, zoals bij pesten op school, leidt tot goede resultaten, ook op langere termijn.

Individuele zorg kan worden geboden aan leerlingen met specifieke gedragsproblemen zoals ADHD of agressie of aan leerlingen die gepest worden, waarbij met name de interventies voor kinderen met ADHD en agressieproblemen effecten sorteren. Sommige programma's richten zich ook op het aanpassen van de sociale omgeving door middel van het stellen van gedragsregels zoals bij anti-pestinterventies en door het creëren van een stabiele groep van ondersteunende vrienden zoals bij het STEP-programma voor schooltransities. Omdat het aanpassen van de sociale omgeving vaak een onderdeel vormt van een multicomponentenbenadering is niet goed aan te geven wat de afzonderlijke bijdrage is van elk van deze afzonderlijke componenten.

Uit de verschillende reviews komt naar voren dat bewegingsprogramma's op scholen zich vooral richten op de educatie van de leerlingen en het aanpassen van de sociale en fysieke omgeving door het invoeren van meer bewegingsonderwijs dan wel het vergroten van de bewegingsmogelijkheden binnen

de school. Dergelijke programma's kunnen bijdragen aan het vergroten van de lichamelijke activiteit van leerlingen; bij een aantal programma's ook buiten de setting van de school. De toegenomen lichamelijke activiteiten buiten school betroffen vaker een toename in duur van de lichamelijke activiteiten en minder vaak een toename in het aantal leerlingen dat meer was gaan bewegen. Bij de evaluaties van de programma's gaat het overwegend om kortetermijneffecten. Over langetermijneffecten van beweegprogramma's is weinig bekend.

Programma's die het verminderen van overgewicht tot doel hebben richten zich zowel op educatie van de leerlingen als op het vergroten van de lichamelijke activiteiten. Educatie van de leerlingen lijkt effect te sorteren, bijvoorbeeld doordat leerlingen worden gemotiveerd om minder televisie te kijken. Het vergroten van lichamelijke activiteit door middel van lessen met frequente intensieve beweegactiviteiten zorgt bij sommige programma's ook voor positieve effecten op de BMI. Hierbij dient opgemerkt te worden dat bij een groot aantal programma's juist geen effect op de BMI wordt gevonden.

Uit de evaluaties van interventieprogramma's die zich richten op alcohol, drugsgebruik en roken komt naar voren dat programma's die zich alleen richten op de educatie van leerlingen door het aanleren van kennis en vaardigheden effectief kunnen zijn. Effecten blijven ook na enkele jaren nog aanwezig. Daarnaast zijn er programma's die zich niet alleen richten op de educatie, maar ook op de individuele zorg aan leerlingen, en het veranderen van de schoolomgeving door het instellen van regels rondom roken, alcohol- en drugsgebruik. Ook bij deze programma's zijn positieve effecten gevonden.

Samengevat komt uit de verschillende reviews van effectstudies naar voren dat voor veel van de geselecteerde gezondheidgerelateerde uitkomsten, zoals ontbijt, beweging, overgewicht, roken, cannabisgebruik, pesten en ADHD, effectieve interventies voorhanden zijn die zich richten op de schoolse setting. Bij de effectstudies is niet altijd een aantoonbaar transfereffect gevonden, waarbij de gevonden gedragsverandering binnen de muren van de school zich doorvertaalt naar situaties buiten de school.

### **2.5.1.3 Meerwaarde Gezonde Schoolbenadering**

Er zijn nauwelijks goede reviews gevonden waarin de Gezonde Schoolbenadering of een internationale equivalent daarvan, zoals de Health Promoting School approach, als geheel wordt geëvalueerd. De reviews die gevonden werden geven aan dat het lastig is om de Gezonde Schoolbenadering als geheel te evalueren vanwege de breedheid van de aanpak en vanwege het gebrek aan overeenstemming over de uitkomstmaten. Voor deze kennissynthese is daarom nagegaan in welke mate onderzoeksgegevens ondersteuning bieden voor onderdelen van de Gezonde Schoolbenadering. Via deze werkwijze komt naar voren dat er binnen de verschillende gezondheidsthema's vooral empirische ondersteuning wordt gevonden voor twee kernelementen van de Gezonde Schoolbenadering, namelijk de structurele aandacht en de integrale aanpak. Uit verschillende reviews op het gebied van schoolse gezondheidsinterventies blijkt dan dat structurele en blijvende aandacht voor een gezondheidsprobleem en verankering van de interventie in het schoolbeleid samengaan met een langetermijnborging van de effecten die op korte termijn gevonden zijn. Ook blijkt dat een integrale aanpak, een aanpak waarbij combinaties van educatie, zorg voor individuele leerlingen en ingrepen in de schoolomgeving worden gerealiseerd, grotere effecten sorteert op het betreffende gezondheidsaspect dan enkelvoudige interventies. Voor de overige drie pijlers van de Gezonde Schoolbenadering, te weten de inbreng van de school bij het vaststellen van de beleidsprioriteiten, de planmatige aanpak en de regionale samenwerking/ondersteuning, is geen rechtstreeks bewijs gevonden. Ondersteuning daarvoor wordt hoofdzakelijk ontleend aan de literatuur op het gebied van onderwijsinnovaties in brede zin en de algemene literatuur over de systematische planning van programma's op het gebied van gezondheidsbevordering.

## 2.5.2 Discussie

Uit het voorgaande komt naar voren dat gezondheidsgelateerde gedragingen en kenmerken zoals beweging, voeding, overgewicht, cannabisgebruik, pesten en ADHD van invloed zijn op de schoolprestaties en schooluitval van leerlingen. Daarnaast blijkt dat voor veel van deze gedragingen effectieve schoolse programma's voorhanden zijn. Er dienen hierbij wel enige kanttekeningen te worden geplaatst.

Op de meeste onderzochte gezondheidsthema's waren effectieve interventies beschikbaar, maar er waren ook veel niet-effectieve interventieprogramma's. De interventies ter bestrijding van overgewicht bij kinderen bleken bijvoorbeeld niet altijd effectief aan te zetten tot een toename in lichamelijke activiteit. Er bestaan succesvolle beweegprogramma's, maar er bleken er ook veel niet-effectief. Een tweede kanttekening betreft de duur van de effecten. Bij de meeste effecten die in de studies werden gevonden ging het om kortetermijneffecten, temeer omdat de doorlooptijd van veel studies ook beperkt bleef. Bovendien worden de meeste successen behaald in een gecontroleerde situatie van een onderzoeksproject. De vraag blijft of veel van de gevonden kortetermijneffecten ook voor de langere termijn beklijven, en of de in de gecontroleerde context van een onderzoeksproject gevonden effecten worden gerepliceerd in de natuurlijke setting van een school. Dit pleit voor ten minste één van de pijlers van de Gezonde Schoolbenadering, namelijk de noodzaak van een structurele aanpak gericht op bestendiging van de interventies. Daarvoor is overigens ook empirische steun gevonden.

Een derde kanttekening betreft de mate waarin er sprake is van een transfereffect tussen verschillende leefdomen. Veel richten zich op verandering van gedrag binnen de school, bijvoorbeeld door het aanbieden van ontbijt of lunches op school of door het geven van extra lessen bewegingsonderwijs. Dit zorgt inderdaad voor de gewenste effecten: leerlingen gaan vaker ontbijten, eten gezondere lunches en bewegen meer op school. De vraag in hoeverre dit ook aanzet tot gedragsverandering van leerlingen buiten de school is daarmee echter niet beantwoord. Gaan leerlingen hierdoor thuis ook vaker ontbijten? Eten zij gezondere lunches thuis? Gaan ze ook meer bewegen in hun vrije tijd? Dergelijke transfereffecten komen in de geanalyseerde reviews nauwelijks aan de orde. Dit kan deels worden veroorzaakt doordat de interventies zich niet specifiek richten op een transfereffect buiten de schoolse setting. Maar ook wordt in veel onderzoeken kennelijk niet nagegaan of een mogelijk transfereffect naar buiten de school optreedt. Voor de ontwikkeling van toekomstige interventies is het daarom zinvol om kennis te ontwikkelen over de condities waaronder en de methodieken waarmee het geleerde binnen de school door leerlingen wordt voortgezet in hun leven buiten de school. Hierbij dient tevens gedacht te worden aan de betrokkenheid van ouders bij de schoolse initiatieven, waardoor het geleerde op school bekrachtigd kan worden door de opvoeding thuis.

Een belangrijke kanttekening is verder dat een aantal in de reviews geïnccludeerde interventies mogelijk minder relevant zijn voor de Nederlandse situatie. Dat geldt bijvoorbeeld voor het aanbieden van ontbijt en lunches op scholen. In Nederland bieden scholen niet of nauwelijks ontbijt aan, en hier geldt daarvoor mogelijk ook een verminderde noodzaak dan in veel ontwikkelingslanden. Ook worden op Nederlandse basisscholen bijna nooit lunches geserveerd, en ook op middelbare scholen bestaat het kantineaanbod vooral uit snacks en niet uit een volledig samengestelde lunch.

De gevonden reviews bieden gedeeltelijk ondersteuning voor de verschillende pijlers van de Gezonde Schoolbenadering. Een integrale aanpak, ofwel de multicomponentenbenadering, lijkt een duidelijke meerwaarde te bieden tegenover een beperktere aanpak die zich bijvoorbeeld alleen richt op het curriculum. Daarnaast lijkt structurele aandacht voor gezondheidsbevordering, ofwel het bestendigen en langduriger uitvoeren van de interventies, samen te gaan met voortdurende dan wel grotere effecten. Ook hiervoor geldt overigens dat bij veel studies niet is nagegaan in hoeverre de interventies worden geïstitutionaliseerd, dat wil zeggen in hoeverre de interventies worden geborgd in het beleid van de



school zodat continuïteit verwacht mag worden. Meer onderzoek op dit terrein kan van grote betekenis zijn bij het vaststellen van methoden waarmee interventieactiviteiten voor langere tijd kunnen worden gewaarborgd binnen scholen.

Voor de overige onderdelen van de Gezonde Schoolbenadering is geen direct bewijs gevonden in de reviews. De meerwaarde van de prioriteitstelling van gezondheidsproblemen door scholen zelf laat zich ook lastig vertalen in een experimentele studieopzet. Op theoretische gronden kan evenwel worden verwacht dat grotere effecten en betere implementatie worden gerealiseerd bij interventies waarvoor de school mede zelf gekozen heeft. Evenzo is er geen direct bewijs voorhanden voor wat betreft de planmatigheid van de beleidsontwikkeling en de meerwaarde van regionale samenwerking in de realisatie van schoolnabije begeleiding. De verantwoording daarvan is echter indirect wel aanwezig binnen de literatuur over planning van programma's voor gezondheidsbevordering in brede zin en onderzoeksliteratuur over onderwijsinnovaties in brede zin.

### 3 Stand van zaken en ervaringen met planmatig werken aan gezondheidsbevordering en preventie in de onderwijssetting

V. Bos<sup>1</sup>, W. van Gastel<sup>2</sup>, D.M. de Jongh<sup>1</sup>

1. RIVM Centrum Gezond Leven

2. VanGastel projectbureau gezondheidszorg

#### 3.1 Introductie

Alle scholen voeren gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten uit. Denk bijvoorbeeld aan traktatie- en ARBO-beleid, pestprotocollen, bewegingsonderwijs, leerlingenzorg, weerbaarheids- en sociale vaardigheidstrainingen of educatie over gezondheid en gezond gedrag. Om daadwerkelijk effect te hebben op gezondheids- en onderwijsuitkomsten is het echter nodig dat de activiteiten planmatig worden uitgevoerd, structureel en integraal zijn (Stewart-Brown, 2006).

De werkplaats Gezonde School van het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) werkt aan het versterken van doelmatige, samenhangende en effectieve lokale gezondheidsbevordering in de onderwijssetting. Het uiteindelijke doel is het verbeteren van de gezondheidstoestand van leerlingen en leerkrachten.

Bij de oprichting van het CGL is het CGL coördinator geworden van de toenmalige werkgroep Gezonde School, een samenwerkingsverband van thema-instituten rond gezondheidsbevordering in het onderwijs. De werkgroep Gezonde School is toen uitgebreid met professionals werkzaam bij GGD'en en overgegaan in de werkplaats Gezonde School. De werkplaats Gezonde School heeft in 2008 de ervaringen met de Gezonde School Methode geëvalueerd en onderzoek gedaan naar de werkwijzen en ervaringen van GGD'en, scholen en onderwijsbegeleidingsdiensten met gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten in de onderwijssetting. De aanleiding van dit onderzoek vormden het reeds bestaande werkplan van de werkgroep Gezonde School en geluiden uit de werkplaats Gezonde School en uit het veld over de beperkte implementatiegraad en de hoge intensiteit van de Gezonde School Methode. In dit onderzoek stonden de volgende vragen centraal:

- Welke planmatige activiteiten voeren GGD'en uit ten aanzien van gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs? In welke mate werken zij volgens de Gezonde School Methode? Wat zijn de ervaringen hiermee?
- Wat is de attitude van scholen ten aanzien van planmatig werken aan gezondheidsbevordering en preventies?
- Welke aanbevelingen doen professionals om gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten in het onderwijs te versterken?

Op basis van de resultaten besluit het CGL:

- of er een aanleiding bestaat de Gezonde School Methode te herzien, en zo ja, in welke richting;
- welke andere ondersteunende diensten of producten kunnen bijdragen aan het versterken van professionals die scholen ondersteunen met gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten.

### 3.1.1 Methoden

Om zicht te krijgen op de activiteiten van GGD'en en de ervaringen van GGD'en, scholen en onderwijsbegeleidingsdiensten over planmatig werken aan gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs zijn in opdracht van het Centrum Gezond Leven diverse deelstudies uitgevoerd. Het betreft:

- kwalitatief onderzoek aan de hand van focusgroepen en diepte-interviews;
- documentenanalyse;
- vragenlijstonderzoek.

Deze deelstudies zijn uitgevoerd door verschillende groepen die samen mede invulling hebben gegeven aan de werkplaats Gezonde School in 2008.

De deelstudie 'De Gezonde School', uitgevoerd door Bonnema-Hiddema, Kellert en Smilde-van den Doel (Pallas Health research and consultancy), Bos-Pronk (Stichting Consument en Veiligheid), Frissen (NISB) en Van Bommel (Pharos) in opdracht van Centrum Gezond Leven, betreft een kwalitatief onderzoek dat is uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de uitvoerbaarheid van en de ervaringen met de Gezonde School Methode. Er is gebruikgemaakt van individuele diepte-interviews en semigestructureerde focusgroepen. Er is voor interviews gekozen, omdat door het contact met betrokkenen inzichten en ervaringen over schoolgezondheidsbeleid uitgewisseld kunnen worden. Met de diepte-interviews is beoogd om de onderwerpen zowel in de diepte als in de details te exploreren. Met de focusgroepinterviews is beoogd om de onderwerpen van de vraagstellingen in de breedte te verkennen en een diversiteit aan meningen uit te diepen. In totaal zijn er zes diepte-interviews gehouden met medewerkers van GGD'en en zes diepte-interviews met medewerkers van scholen, waarvan drie scholen voor basisonderwijs en drie scholen voor voortgezet onderwijs. Het aantal focusgroepen was zes, waarvan drie met GGD'en, twee met scholen en één met onderwijsbegeleidingsdiensten. Er waren scholen en GGD'en met en zonder ervaring met de Gezonde School Methode bij dit onderzoek betrokken.

Om zo goed mogelijk gebruik te maken van de reeds beschikbare grijze literatuur en voort te bouwen op de reeds beschikbare ervaringen is de deelstudie 'Documentenanalyse Gezonde School Methode in de praktijk' uitgevoerd in opdracht van het CGL door Bos-Pronk (Stichting Consument en Veiligheid), Kayzer (NIGZ) en Snel (VoedingsCentrum Nederland). In deze studie zijn Nederlandstalige documenten geanalyseerd aan de hand van de vraagstelling 'Wat kunnen we leren van GGD'en en scholen die met de Gezonde School Methode of een soortgelijke methode werken?'. Via het internet is zo veel mogelijk documentatie verzameld over wat GGD'en en scholen aan schoolgezondheidsbeleid doen. Daarnaast zijn documenten, gerelateerd aan de GGD Pilots Lokaal Gezond en de Schoolpilots van het NIGZ, opgevraagd en zijn documenten uit schoolSlag, Schoolkracht, Paraplu project Leiden, SPOT in Nijmegen en Twente, ELO (Trimbos), Ga voor Gezond, en regioscans verzameld. Analyse vond plaats aan de hand van een Preffi-schema. Dit schema geeft de mogelijkheid om belangrijke factoren gerelateerd aan de kwaliteit en het succes of falen van de activiteiten weer te geven.

Vreeken (CGL) en Van Gastel (VanGastel projectbureau gezondheidszorg) hebben in opdracht van het CGL een vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder GGD'en. Het betrof een onderzoek naar de ondersteuning die zij scholen geven rond planmatig werken aan gezondheidsbevordering en preventie en de behoefte die zij hebben aan ondersteuning hierbij. De vragenlijst is gestuurd naar alle GGD'en (n=30) en ingevuld door 86,7% (n=26).

Er is eveneens kwantitatief onderzoek gedaan onder basisscholen. Het betrof twee deelonderzoeken, namelijk 'Gezondheidsbevordering op de basisschool' en 'Gezondheidsbeleid op de basisschool', uitgevoerd door Van Gastel (VanGastel projectbureau gezondheidszorg) in opdracht van het CGL. Met behulp van de vragenlijst over gezondheidsbeleid is in kaart gebracht hoe scholen staan tegenover het

structureel en planmatig aandacht schenken aan gezondheidsthema's. Met de vragenlijst over gezondheidsbevordering is in kaart gebracht wat basisscholen doen op het gebied van voeding en beweging, alcohol/roken en drugs, relationele en seksuele vorming, psychosociale ontwikkeling veilig gedrag, hygiëne en binnenmilieu en individuele zorg. In totaal zijn er 1409 scholen aangeschreven met het verzoek om vragenlijst 1 (gezondheidsbeleid) in te vullen, en 1411 scholen om vragenlijst 2 (gezondheidsbevordering) in te vullen. De respons op de vragenlijsten was respectievelijk 9% (n=120) en 6% (n=69). Gezien de hoge non-respons zijn deze resultaten niet representatief. Het is niet uit te sluiten dat hier sprake was van selectieve non-respons. De indruk was dat vooral scholen die een kritisch oordeel hadden over het invoeren van gezondheidsbevordering op scholen (positief dan wel negatief) de moeite hebben genomen om de vragenlijsten in te vullen. Gezien de lage respons zijn de resultaten van dit onderzoek slechts marginaal meegenomen in de rapportage en zijn ter indicatie hier en daar alleen enkele resultaten in voetnoten opgenomen.

## 3.2 Mate waarin GGD'en stappen van planmatig werken uitvoeren

### 3.2.1 Mate waarin GGD'en gebruikmaken van de Gezonde School Methode

Aan de contactpersonen Gezonde School<sup>3</sup> van GGD'en is gevraagd of de GGD gebruikmaakt van de Gezonde School Methode, een aangepaste versie van deze methode of een andere methode. Van de 26 GGD'en hebben er 7 aangegeven met de Gezonde School Methode te werken, 9 GGD'en geven aan met een aangepaste versie van de Gezonde School Methode te werken en 7 GGD'en werken niet met de Gezonde School Methode. Dit wil zeggen dat ongeveer 60% van de GGD'en met (een aangepaste versie van) de Gezonde School Methode werkt. Het verschil tussen werken volgens de Gezonde School Methode en werken met een aangepaste versie van de Gezonde School Methode zit bijvoorbeeld in de manier waarop met vraagsturing wordt omgegaan, of gebruikgemaakt wordt van het Gezonde Schoolmodel (Leurs et al., 2005) of een ander model, of de manier waarop scholen activiteiten kiezen. Hoewel er door een groot deel van de GGD'en wordt gewerkt met (varianten op) de Gezonde School Methode geven veel GGD'en aan dat dit nog in de kinderschoenen staat, dat ze op dit moment bezig zijn met het uitvoeren van pilots met betrekking tot de Gezonde School Methode of op dit moment bezig zijn de methode te implementeren.

De respondenten die (een aangepaste versie van) de Gezonde School Methode gebruiken zijn gevraagd naar de aanleiding voor het gebruik van de Gezonde School Methode. Hieruit is gebleken dat de meeste GGD'en voor de door hun gebruikte methode hebben gekozen omdat deze past binnen het beleid van de GGD. Een andere veelgenoemde reden is graag gebruik te maken van een bestaande methode. Minder vaak werd 'opdracht van de gemeente' en 'sluit aan bij de vraag van de school' als antwoord genoemd.

Aan de zeven GGD'en die niet met de Gezonde School Methode werken is gevraagd wat hier de reden van was. De volgende redenen zijn genoemd:

- We hebben daar geen middelen voor. (5x)
- De Gezonde School Methode is onvoldoende uitvoerbaar. (4x)
- We werken bewust via een andere methode voor schoolgezondheidsbeleid. (1x)
- We hebben onvoldoende informatie over de Gezonde School Methode. (1x)
- Dit past niet binnen de opdracht van de gemeente. (1x)

---

<sup>3</sup> De contactpersoon is vrijwel in alle gevallen een medewerker gezondheidsbevordering.

- De Gezonde School Methode past niet in het beleid van de GGD. (1x)

Het (vooralnog) in huis hebben van onvoldoende expertise wordt door geen enkele respondent genoemd. Andere redenen die worden genoemd zijn het tekort aan mankracht en tijd en een andere GGD is zich nog aan het oriënteren op de verschillende methodes.

Zes van deze zeven GGD'en geven aan misschien de intentie te hebben in de toekomst wel met Gezonde School Methode te gaan werken.

### 3.2.2 **Mate waarin GGD'en het stappenplan van de Gezonde School Methode uitvoeren**

In paragraaf 3.2.2 worden de resultaten met betrekking tot het stappenplan uit de Gezonde School Methode weergegeven. Aan alle GGD'en is gevraagd in welke mate ze deze stappen uitvoeren.

Het stappenplan bestaat uit de volgende zes stappen:

1. bepaling van de (zorg)behoefte;
2. bepaling van prioriteiten;
3. bepaling van activiteiten en strategieën;
4. opstellen van een gezondheidsplan;
5. uitvoering van het gezondheidsplan;
6. evaluatie en opname in het schoolbeleid.

Dit zijn stappen van planmatig werken. Planmatig werken is één van de kernpunten uit de Gezonde School Methode. Het is hierbij de bedoeling dat scholen een beleidscyclus van vier jaar hanteren, analoog aan de monitorcyclus van veel GGD'en die weer onderdeel uitmaakt van de preventiecyclus. In het eerste schooljaar bepaalt de school haar prioriteiten op het gebied van gezondheid. Op basis van die prioriteiten stelt de school, al dan niet met ondersteuning, een gezondheidsplan op dat in de volgende drie jaar wordt uitgevoerd. Aan het einde van elk schooljaar wordt de uitvoering geëvalueerd. Succesvolle en effectieve activiteiten worden opgenomen in het schoolbeleid en jaarlijks toegepast. Deze beleidscyclus is gebaseerd op modellen van planmatig werken waaronder 'intervention mapping' (Bartholomew et al., 2001).

### 3.2.3 **Stap 1: Het bepalen van de zorgbehoefte**

De zorgbehoefte van een school is het totaal van behoeften aan gezondheidsbevordering, preventie en zorg bij leerlingen en bij medewerkers, samen met zorgvragen die aanwezig zijn in de school als systeem en als fysiek gebouw. Op basis van een analyse van deze gegevens wordt een schoolprofiel opgesteld. Dit profiel geeft een beeld van het gedrag van leerlingen, aangevuld met de wensen en behoeften in de schoolorganisatie.

#### *Stand van zaken*

Uit de vragenlijst is gebleken dat een zeer groot aantal GGD'en (88%) de gegevens van de gezondheidssituatie van de school (enigszins) in kaart brengt<sup>4</sup>. Meestal wordt de GGD-jeugdmonitor afgenomen (of een variant daarop, zoals E-MOVO). Soms wordt dit aangevuld met de Quickscan Preventie en Zorg (Kleijnen et al, 2003)<sup>5</sup> of onderdelen daarvan. Andere informatiebronnen die

---

<sup>4</sup> Van de respondenten op de vragenlijst op basisscholen [niet representatief, zie paragraaf 3.1.1] geeft 80% aan dat op school geïnventariseerd wordt in welke mate ongezond/probleematisch gedrag bij hun leerlingen voorkomt. Van deze scholen krijgt ongeveer driekwart hierbij ondersteuning, meestal van de GGD.

<sup>5</sup> De Quickscan is een methode waarmee aan de hand van vragenlijsten ingevuld door leerkrachten geprobeerd wordt een zo goed mogelijk beeld van de behoeften aan zorg en preventie en huidige inzet door docenten te krijgen. Dit is de tegenhanger van de monitoractiviteiten gericht op de gezondheidstoestand en het gerapporteerde (on)gezonde gedrag van leerlingen.

gebruikt worden zijn bijvoorbeeld docententevredenheidsonderzoeken, de Zelfevaluatie Basisonderwijs (ZEBO) en periodieke geneeskundige onderzoeken (PGO's). In enkele gevallen worden zeer veel instrumenten gebruikt voor het opstellen van een schoolgezondheidsprofiel. Zo wordt in één regio gebruikgemaakt van de Quickscan, jeugdmonitor, inspectierapport, schoolgids en website, Ga voor Gezond-test, ouder- en tevredenheidsenquêtes, rapport onderwijsinspectie, schoolplan en rapportage Veilig op school.

#### *Ervaringen*

In de focusgroepen en diepte-interviews geven scholen aan behoefte te hebben aan inzicht in de belangrijkste gezondheidsproblemen van de leerlingen. De GGD'en geven eveneens aan dat scholen vaak bereid zijn mee te werken aan het opstellen van een schoolgezondheidsprofiel.

Uit de focusgroepen en diepte-interviews komt naar voren dat scholen en GGD'en het opstellen en terugkoppelen van een schoolgezondheidsprofiel tijdrovend vinden. Een ander genoemd knelpunt is dat er geen landelijk format voorhanden is. De vele informatiebronnen en methoden die deels met elkaar overlappen lijken soms verwarrend en niet efficiënt. Ook het invullen van minder relevante vragen, en het verkrijgen van toestemming bij de ouders droeg bij aan de ervaren intensiteit en omslachtigheid. Werken met de Quickscan Preventie en Zorg wordt in het bijzonder als zeer tijdsintensief en omslachtig ervaren door GGD'en die niet beschikken over de hardware en software om vragenlijsten in te scannen en automatisch in een statistisch programma zoals SPSS om te zetten waardoor ze de vragenlijsten handmatig moeten verwerken. In Zuid-Limburg, waar deze apparatuur wel voorhanden is, zijn de vragenlijsten in het verleden door de scholen zelf gekopieerd, verspreid en ingezameld.

Soms heerst onduidelijk over wie de gezondheidsprofielen analyseert en opschrijft. Meestal is dat een medewerker van de GGD, maar ook binnen de GGD kan hierover onduidelijkheid bestaan.

Aangegeven is dat het terugkoppelen van eigen gegevens een goed principe is om achter de wensen en behoeften van de school te komen.

#### *Ervaren succes- en faalfactoren*

Succesfactor: stap wordt als essentieel ervaren.

Faalfactoren: moeilijk inpasbaar door tijdsinvestering, omslachtig door gehanteerde werkwijze, onduidelijkheid over taakverdeling.

#### *Gerapporteerde aanbevelingen<sup>6</sup>*

- Het afnemen van de GGD-jeugdmonitor via scholen in plaats van via huisadressen vergroot de mogelijkheid om een schoolprofiel op te stellen.
- Landelijk format opstellen voor een schoolgezondheidsprofiel.
- Maak halffabrikaten en standaardiseer producten.
- Quickscan praktischer in gebruik maken.
- Terugkoppelen niet alleen naar scholen, maar ook naar gemeente en regio-/ketenpartners.

---

<sup>6</sup> In de verschillende deelrapportages zijn door de respondenten meer gedetailleerde aanbevelingen genoemd, onder andere gericht op het verbeteren van de Gezonde School Methode. Deze zijn niet allemaal in dit rapport opgenomen, maar zijn wel gebruikt bij het formuleren van het ondersteuningsaanbod voor scholen en professionals.

### 3.2.4 **Stap 2: Het bepalen van gezondheidsthema's die prioriteit krijgen**

Met de informatiebronnen en het schoolprofiel bepaalt een school, eventueel in samenspraak met of na consultatie van het schoolpersoneel, leerlingen en ouders en begeleid door de ondersteunende organisatie (veelal GGD), haar eigen prioriteiten voor gezondheid en veiligheid. Hierbij kan de schoolslag-prioriteitenworkshop als hulpmiddel worden gebruikt (Buijs et al., 2004).

#### *Stand van zaken*

Bijna driekwart van de GGD'en (73%) ondersteunt scholen (enigszins) bij het bepalen van gezondheidsprioriteiten van de school, bijvoorbeeld met behulp van (varianten of afgeslankte versies van) de prioriteitenworkshop of andere methoden, zoals kringgesprekken of een interview met de ouerraad<sup>7</sup>. Een prioriteitenworkshop is een methode waarbij diverse betrokkenen (leerkrachten, ouders, leerlingen) al dan niet samen prioriteiten stellen voor gezondheidsbevordering op de eigen school.

In principe worden de gezondheidsthema's gekozen door de school zelf, maar in een aantal gevallen zijn thema's al in bepaalde mate vastgelegd door de gemeente of een schoolbestuur. In het geval dat schoolbesturen van verschillende scholen de thema's kiezen hebben de individuele scholen vaak wel een stem hierin en kunnen zij zich veelal (deels) vinden in de gemaakte keuzes. Als de thema's door de gemeente worden vastgesteld, is daarbij een rol weggelegd voor de GGD omdat zij veelal als adviseur optreden bij het opstellen van lokaal gezondheidsbeleid.

#### *Ervaringen*

Bij GGD'en bestaat soms onduidelijkheid over wat er met niet-geprioriteerde thema's gebeurt als dit thema's zijn waar de scholen uiteindelijk toch graag iets mee willen. De door scholen gekozen thema's kunnen niet altijd allemaal aan bod komen door een capaciteitstekort bij de GGD.

Uit de focusgroepen en diepte-interviews blijkt dat scholen en GGD'en ervaren dat prioriteitenworkshops het draagvlak vergroten om met gekozen thema's aan de slag te gaan. Bovendien geeft deze werkwijze een goede onderbouwing van de gemaakte themakeuze. Verder wordt er aangegeven dat er eerder sprake is van een onderbouwing van eerder gekozen thema's dan dat er op basis van de prioriteitenworkshop echt nieuwe thema's gekozen worden.

Uit bijna alle deelstudies blijkt echter dat deze stap, in het bijzonder met gebruik van prioriteitenworkshops, als zeer tijdsintensief wordt ervaren. Daarnaast blijkt het betrekken van ouders in de praktijk soms niet gemakkelijk en is een prioriteitenworkshop volgens GGD'en niet op alle scholen voor alle doelgroepen uitvoerbaar (zoals allochtonen of een 'gemengd publiek').

De GGD'en ervaren de workshop als minder zinvol als de indruk gewekt wordt dat docenten of ouders de themakeuze meebepalen, maar dat uiteindelijk toch het managementteam een eigen keuze daarin maakt.

*'Als je eerst de indruk wekt dat je docenten [thema's] laat bepalen en uiteindelijk toch het MT of de directie ze kiest, dan voelt dat natuurlijk niet lekker. Nou laat de directie maar kiezen, maar dan*

---

<sup>7</sup> Van de respondenten op de vragenlijst onder basisscholen [niet representatief, zie paragraaf 3.1.1] geeft 80% aan dat de stap van het bepalen van prioriteiten op school wordt gezet. Hoe deze scholen prioriteiten bepalen, is onbekend. Basisscholen geven de meeste prioriteit aan de thema's veilig gedrag en voeding & beweging. Relationele & seksuele vorming en alcohol/roken/drugs zijn thema's die op basisscholen niet zo vaak prioriteit krijgen.

*moeten zij dat weliswaar goed communiceren. Dat is natuurlijk minder Gezonde School dan dat je zou willen, maar uiteindelijk bepaalt het MT toch de prioriteiten. Omdat zij over het geld gaan.'*

**GGD**

#### *Ervaren succes- en faalfactoren*

Succesfactoren: participatieve prioriteitstelling vergroot onderbouwing van keuzes en draagvlak.

Faalfactoren: tijdrovend en volgens respondenten niet uitvoerbaar voor alle doelgroepen.

#### *Gerapporteerde aanbevelingen*

- GGD'en ondersteunen met de vraag wat er gebeurt met niet-geprioriteerde thema's.
- Goed overwegen wanneer een prioriteitenworkshop de meest geëigende manier is om het doel te bereiken.
- Een flexibel format voor de prioriteitenworkshop opstellen dat makkelijker naar eigen wens ingevuld kan worden.
- De prioriteitenworkshop toegankelijker maken voor niet-Nederlandstalige ouders.
- Efficiënte alternatieven voor de prioriteitenworkshop ontwikkelen en beschikbaar maken.

### **3.2.5 Stap 3: Het bepalen van activiteiten en strategieën**

Bepaald moet worden welke activiteiten en strategieën op/door de school uitgevoerd gaan worden.

Idealiter wordt hierbij aangesloten bij het schoolprofiel, de prioriteiten en de actuele situatie op school<sup>8</sup>.

#### *Stand van zaken*

81% van de GGD'en ondersteunt scholen bij het bepalen van activiteiten en strategieën<sup>9</sup>. Er zijn regionale verschillen in de manier waarop een keuze gemaakt wordt tussen activiteiten. In sommige gevallen wordt gebruikgemaakt van een gestructureerde keuze, bijvoorbeeld door te werken met een preventiematrix.

In de praktijk komt de GGD vaak met een overzicht van mogelijke interventies en wordt samen met de school hieruit een keuze gemaakt. Het komt ook voor dat de school tips krijgt van de GGD om zelf een actieplan op te stellen waarbij interventies gekozen kunnen worden van bijvoorbeeld een website als Schoolkracht. De keuze voor interventies ligt dan volledig bij de school zelf.

In de focusgroepen en diepte-interviews geven GGD'en aan dat zij vaak websites van landelijke thema-instituten gebruiken als informatiebron of contact opnemen met deze organisaties.

In 2008 waren er regionaal en landelijk verschillende initiatieven om het bestaande landelijke en regionale interventieaanbod overzichtelijker te maken. GGD'en gaven aan het als hun taak te beschouwen om de interventies te beoordelen op kwaliteit, aansluiting bij de doelgroep en uitvoerbaarheid van de interventie door de scholen. Evaluatieresultaten, effectiviteitgegevens, en aanbod voor elk thema kan door GGD'en echter nog niet altijd worden gevonden.

---

<sup>8</sup> Tot en met 2007 was het landelijke Gezonde Schoolaanbod met een overzicht van beschikbare landelijke programma's en interventies hierbij ondersteunend. De schoolSlagchecklist gaf informatie over de kwaliteit van interventies. Met ingang van 2008 is dit opgevolgd door de Interventiedatabase (I-database) op [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl) en het erkenningsstelsel van het Nederlands Jeugd Instituut en de RIVM Centra Gezond Leven en Jeugd Gezondheid.

<sup>9</sup> Van de respondenten op de vragenlijst op basisscholen [niet representatief, zie paragraaf 3.1.1] geeft 95% aan dat ze deze stap nemen. Veel basisscholen geven aan behoefte te hebben aan ondersteuning van de GGD bij het kiezen van interventies.



### *Ervaringen*

Scholen, GGD'en en onderwijsbegeleidingsdiensten zijn het erover eens dat het aanbod aan gezondheidsbevorderende projecten en interventies voor scholen enorm is. Dit gaat veel verder dan enkel het aanbod van landelijke thema-instituten.

Uit de focusgroepen en diepte-interviews blijkt dat GGD'en, scholen en ook de onderwijsbegeleidingsdiensten het belangrijk vinden dat een school via een GGD advies ontvangt voor het bepalen van activiteiten en strategieën.

Volgens GGD'en is er wel meer samenwerking tussen landelijke thema-instituten onderling nodig. Per thema zijn er soms meerdere landelijke thema-instituten die een aanbod hebben, waardoor het moeilijk is om een keuze te maken. Verscheidene GGD'en maken gebruik van het landelijke overzicht van interventies, beoordeeld met de schoolSlag-checklist, op de website [www.gezondeschool.nl](http://www.gezondeschool.nl) aangevuld met bij hen bekende regionale interventies.

### *Ervaren succes- en faalfactoren*

Succesfactor: het aanbod is groot.

Faalfactoren: het aanbod was in 2008 niet altijd overzichtelijk, niet voor alle thema's heeft de GGD aanbod, er is weinig bekend over de kwaliteit van de interventies.

### *Gerapporteerde aanbevelingen*

- Landelijk overzicht aanbrenge in het aanbod aan interventies waardoor dubbeling van werk door GGD'en kan worden voorkomen.
- Inzicht bieden in de kwaliteit van interventies.
- Het totale aanbod aan interventies reduceren in omvang. Meer effectieve interventies aanbieden.
- Meer afstemming in het aanbod tussen thema-instituten aanbrenge.
- Regionale organisaties moeten goed kennis hebben van elkaar's aanbod en goed naar elkaar doorverwijzen. Het aanbod en de capaciteit van de gezamenlijke organisaties moet dan dekkend zijn, niet zo zeer enkel het aanbod van de GGD.
- Mogelijkheden om gezondheidsbevorderende informatie op te nemen in lesmethoden en leermiddelen beter benutten.

## **3.2.6 Stap 4: Het opstellen van een gezondheidsplan**

Om sturing te geven aan de uitvoer van activiteiten, stelt de school een gezondheidsplan op voor de komende twee tot drie schooljaren, waarin de voorgenomen activiteiten worden vastgelegd. Idealiter vinden de activiteiten verspreid over het schooljaar plaats, in verschillende bouwen en groepen, voor verschillende doelgroepen en bestaan ze uit een mix van maatregelen met betrekking tot zowel beleid, educatie als omgeving. Het plan wordt het liefst ingepast in het schoolzorgplan, of het algemene beleidsplan van de school. Tevens zorgt de school voor een goede interne communicatie- en overlegstructuur.

### *Stand van zaken*

Uit de documentenanalyse, de vragenlijst onder GGD'en en focusgroepen en diepte-interviews komt naar voren dat weinig scholen aandacht aan gezondheid besteden in hun schoolplan. Scholen zijn vaak nog niet verder dan stap 3. Anderzijds zijn er scholen die in de praktijk bezig zijn met de uitvoering en organisatie van Gezonde School (stap 5), maar die de uitwerking daarvan niet in een plan hebben geformuleerd. Verder staat het gezondheidsplan vaak los van het schoolplan<sup>10</sup>.

*'...een schoolgezondheidsbeleidsplan. Het liefst aansluitend bij wat ze al maken. Een nieuw plan gaan ze niet doen. Het moet passen in iets wat ze al maken.'*

### **GGD**

Een plan van aanpak met betrekking tot gezondheidsbevordering wordt meestal in samenwerking met een GGD adviseur en een school geschreven. In de praktijk komt er weinig van het schrijven van een gezondheidsplan als een GGD-adviseur niet zelf meeschrijft. Soms schrijven scholen het gezondheidsplan zelf waarbij de GGD hen adviseert.

### *Ervaringen*

Scholen noemen gezond gedrag wel vaak als doelstelling in hun schoolgids en hebben dan rondom enkele gezondheidsthema's aparte protocollen vastgesteld, maar de meerwaarde van het expliciet opnemen van gezondheid in het schoolplan wordt vaak niet ingezien, zo blijkt uit de focusgroepen en diepte-interviews.

Bij GGD'en en scholen heerst vooral veel onduidelijkheid over de inhoud van een gezondheidsplan (hoe specifiek en uitgebreid?) en in welk beleidsstuk van de school het plan ingepast zou kunnen worden. En als het dan geschreven is, dan is de inhoud volgens de GGD vaak niet zoals zij zouden wensen.

Scholen deinzen vaak terug voor deze stap omdat dit naar verwachting veel tijd kost, waarvoor GGD'en overigens begrip hebben. Dit kan een reden zijn dat een GGD het gezondheidsplan voor de school schrijft op basis een door de school aangedragen overzicht van thema's en interventies die zij per jaar willen uitvoeren. Het gezondheidsplan wordt dan vervolgens met de school besproken en is een gezamenlijk product. In andere gevallen stelt de GGD het gezondheidsplan geheel zelf op, zonder inbreng van de school. De school voelt er zich dan echter minder verantwoordelijk voor. Ook wordt genoemd dat het van belang is om bij de plannen goed rekening te houden met de timing. Dat wil zeggen dat het plan al ruim voor de zomervakantie klaar moet zijn om in het volgende schooljaar te kunnen 'draaien'.

Het opstellen van een gezondheidsplan wordt als minder zinvol ervaren als in het kader van lokaal vastgestelde thema's interventies aan scholen worden aangeboden. Scholen 'gebruiken' dan deze interventies en het schrijven van een plan erom heen komt dan kunstmatig over.

### *Ervaren succes- en faalfactoren*

Faalfactoren: de meerwaarde wordt veelal niet onderkend, er zijn vraagtekens over de inhoud, het schrijven is dusdanig tijdrovend dat het graag wordt uitbesteed.

---

<sup>10</sup> Van de respondenten op de vragenlijst op basisscholen [niet representatief, zie paragraaf 3.1.1] geeft 70% aan een plan van aanpak ten aanzien van één of meerdere gezondheidsthema's te hebben opgesteld. Of dit plan deel uitmaakt van het schoolplan is niet bekend.

#### *Gerapporteerde aanbevelingen*

- Maak het gezondheidsplan een stuk eenvoudiger.
- Het gezondheidsplan hanteren als werkdocument met concrete stappen waar een school wat aan heeft bij de uitvoering.
- Het gezondheidsplan een paragraaf of hoofdstuk laten zijn in een op scholen veelgebruikt document.
- Het gezondheidsplan voor scholen voorstructureren zodat het voor scholen makkelijker is om het plan zelf te schrijven.

### **3.2.7 Stap 5: het uitvoeren van het gezondheidsplan**

In deze stap voert de school het gezondheidsplan uit, waar nodig ondersteund door de regionale begeleidende organisatie(s).

#### *Stand van zaken*

Aangezien er nog maar weinig gezondheidsplannen geschreven zijn, zijn niet veel scholen bezig met het uitvoeren van een gezondheidsplan. Er is dus weinig ervaring met het uitvoeren van deze stap als vervolg op stap 4.

Dit neemt niet weg dat er wel aandacht is voor het uitvoeren van interventies<sup>11</sup>. Uit de vragenlijst onder GGD'en blijkt dat bijna alle GGD'en interventies en activiteiten, waaronder gastlessen, op scholen uitvoeren. Opvallend is dat GGD'en die scholen actief begeleiden rond schoolgezondheidsbeleid (n=18) vaker aangeven dit slechts 'enigszins' te doen, dan GGD'en die scholen niet begeleiden rond schoolgezondheidsbeleid (n=8) (50 versus 0%).

Geïnterviewde GGD'en geven aan dat als scholen ondersteuning nodig hebben bij het uitvoeren van een interventie zij meestal terecht kunnen bij de GGD. Als er bij een GGD gevraagd wordt om ondersteuning bij een bepaalde interventie die door een andere organisatie wordt aangeboden, wordt deze vraag doorgestuurd aan de inhoudsdeskundigen van betreffende organisaties om de school daarin te begeleiden.

#### *Ervaringen*

Bij de uitvoer van interventies valt het GGD'en op dat zij vaak concessies in de omvang van de uitvoer moeten doen (bijvoorbeeld door bepaalde onderdelen te laten vallen of minder uitgebreid uit te voeren). Naar de mening van de GGD komt de effectiviteit dan in het geding.

*'... los van hoe het beleid tot stand komt is er een spanningsveld. Je wilt als GGD keuzes maken in de belangrijkste gezondheidsproblemen, de belangrijkste doelgroepen en de beste methoden. Aan de andere kant zijn er de wensen van de school en de mogelijkheden binnen die school. Een goed voorbeeld is voorlichting over alcohol aan ouders. Een school komt er meestal zelf mee: 'kunnen we lessen geven over alcohol?', maar als je naar de literatuur kijkt gaat het op de basisschoolleeftijd veel meer over de regels die ouders stellen en welke afspraken zij met hun kind maken. Je moet dus in gesprek gaan met de school dat het eigenlijk veel belangrijker is om*

---

<sup>11</sup> Op de basisscholen die de vragenlijst teruggestuurd hebben [niet representatief, zie paragraaf 3.1.1] krijgen de thema's veiligheid, voeding, beweging, psychosociale ontwikkeling, alcohol/roken/drugs, hygiëne, binnenmilieu en relationele en seksuele vorming structureel aandacht. Er zijn verschillende manieren (strategieën) waarop scholen aandacht geven aan gezondheidsthema's. De scholen die hebben geantwoord op de vragenlijst onder basisscholen geven aan vaker gebruik te maken van onderwijs en/of activiteiten voor leerlingen en afspraken op school- of groepsniveau dan van ouderavonden en intervisie en bijscholing voor leerkrachten.

*een ouderavond te organiseren. Daarbinnen kun je ook nog wel wat doen in de klas, maar zeker op die jonge leeftijd zijn de ouders veel belangrijker. Dan ga je in gesprek met zo'n school en dan probeer je zo'n school te beïnvloeden.'*

**GGD**

Bij GGD'en heerst nog onduidelijkheid over welke activiteiten zij zelf moeten uitvoeren en wat de school zou moeten organiseren (docenten hebben vaak weinig tijd om activiteiten te organiseren), of in hoeverre zij de school moeten helpen om de voorgenomen acties te realiseren. Voor scholen is het daarentegen niet altijd helder welke activiteiten de GGD'en aanbieden.

De uitvoer van de activiteiten loopt beter als de school zich eigenaar voelt. Ook de kwaliteit van de interventie is zeer bepalend voor het succes. Uit de interviews is ook gebleken dat de kwaliteiten van de medewerkers van de afdelingen JGZ erg bepalend zijn voor de uitvoer.

De ervaring is dat in het basisonderwijs activiteiten soms over te lange tijd zijn uitgesmeerd. De aandacht van leerlingen verslapt bij een project dat langer duurt dan ongeveer zes tot acht weken.

#### *Ervaren succes- en faalfactoren*

Succesfactor: De kwaliteit van de interventie en van de medewerkers heeft veel invloed op het succes.

Faalfactor: Deze stap wordt niet uitgevoerd omdat weinig scholen een gezondheidsplan hebben. Het blijft dus bij de uitvoer van interventies die niet zijn opgenomen in een gezondheidsplan.

#### *Gerapporteerde aanbevelingen*

- Door het gebruik van goede interventies te stimuleren en het gebruik van kwalitatief mindere interventies te ontmoedigen wordt de kans op succes vergroot.
- Het vergroten van de competenties van GGD-medewerkers, waaronder competenties van JGZ-medewerkers rond collectieve preventie, vergroot de kans op succes.
- Om effecten te bereiken is structurele aandacht vaak nodig. Om de aandacht van leerlingen vast te houden, moeten interventies op een slimme manier gecombineerd worden, bijvoorbeeld door de ene determinant in het kader van het ene thema te behandelen en een andere determinant in het kader van een ander thema en de interventies zo in te richten dat transfer van effecten naar verschillende thema's optreedt.

### **3.2.8 Stap 6: Evaluatie van gezondheidsbevorderende activiteiten en opname in schoolbeleid**

Na afloop evalueert de school de uitvoering van het plan, en besluit bij gebleken succes om de activiteit structureel in het schoolbeleid op te nemen.

#### *Stand van zaken*

In de praktijk zijn veel scholen en GGD'en nog niet zover met de opname van gezondheid in het schoolbeleid dat zij aan een evaluatie toe zijn. Dit komt doordat ze nog niet zo lang bezig zijn met het integreren van gezondheid in het schoolplan, of doordat ze blijven hangen in de eerste stappen van de methode.

Het evalueren van uitgevoerde interventies wordt wel door bijna alle GGD'en gedaan. Dit zijn vrijwel altijd procesevaluaties.

### *Ervaringen*

Het belang van evaluatie wordt door scholen in interviews onderschreven. Scholen gaan ervan uit dat dit in een latere fase zal plaatsvinden. In de tijdsplanning is er echter niet altijd rekening mee gehouden<sup>12</sup>.

GGD'en zien evaluatie als een essentieel onderdeel van planmatig werken, maar geven aan dat effect-evaluatie lastig is. Uit de documentenanalyse komt naar voren dat voor een goede evaluatie nog behoefte is aan handvatten of een format waarmee de evaluatie ondersteund kan worden.

### *Ervaren succes- en faalfactoren*

Succesfactor: Resultaten van procesevaluatie geven mogelijkheden het proces bij te sturen en zo de kans op succes te vergroten.

Faalfactor: Deze stap wordt in de praktijk nog niet uitgevoerd.

### *Gerapporteerde aanbevelingen*

Geen aanbevelingen gerapporteerd.

## **3.2.9 Bereik, toepasbaarheid en haalbaarheid van het stappenplan**

### *Stand van zaken*

#### *\* Bereik*

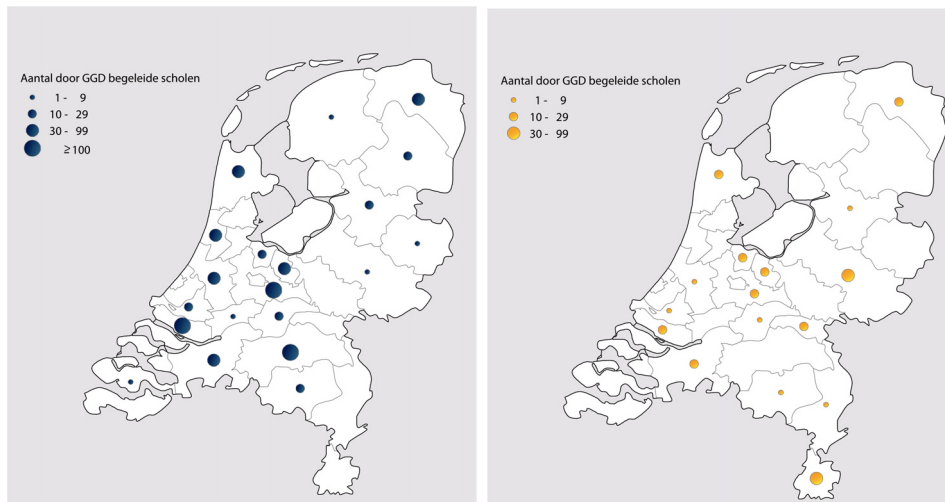
In de vragenlijst zijn de GGD'en gevraagd naar het aantal scholen waar zij minimaal drie van de zes stappen van de Gezonde School Methode uitvoeren. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen scholen voor basis-, voortgezet en speciaal onderwijs en mbo's. De resultaten voor basis- en voortgezet onderwijsscholen staan weergegeven in Figuur 1a en 1b.

De uitvoering van de activiteiten door de 26 GGD'en die de vragenlijst hebben ingevuld gebeurt in totaal op 853 scholen voor basisonderwijs, 252 scholen voor voortgezet onderwijs, 30 scholen voor speciaal onderwijs en vier mbo's<sup>13</sup>. Dit betreft naar schatting 12% van de basisscholen en 22% van de scholen voor het voortgezet onderwijs. Uit de resultaten blijkt dat er grote verschillen zijn tussen verschillende GGD'en in het bereik van scholen. Relatief gezien worden de meeste activiteiten uitgevoerd op scholen voor voortgezet onderwijs en in mindere mate in het basisonderwijs en speciaal onderwijs, en het minst op mbo's. Er zijn weinig GGD'en die zowel basis- als voortgezet onderwijsscholen begeleiden met het uitvoeren van minimaal drie van de zes stappen van de Gezonde School Methode.

---

<sup>12</sup> Van de respondenten op de vragenlijst onder basisscholen [niet representatief, zie paragraaf 3.1.1] geeft 70% aan dat de school de activiteit zelf evalueert.

<sup>13</sup> Het is mogelijk dat deze cijfers een overschatting geven van het aantal scholen omdat respondenten mogelijk soms het aantal locaties hebben ingevuld in plaats van het aantal scholen.



**Figuur 1a en 1b. Aantal scholen voor basis- en voortgezet onderwijs per GGD-regio die voor minimaal drie stappen uit de Gezonde School Methode worden begeleid door de GGD.**

*\* Toepasbaarheid en haalbaarheid*

Er zijn vrijwel geen GGD'en en scholen die het gehele stappenplan hebben doorlopen zoals bedoeld. Ruim een derde van de GGD'en geven in de toelichting op deze vraag aan dat ze recent gestart zijn met het werken aan schoolgezondheidsbeleid. Hierdoor zijn verschillende GGD'en nog niet toegekomen aan de latere stappen uit het stappenplan.

In de praktijk wijkt men vaak van de volgorde af. De GGD wijkt bijvoorbeeld af wanneer een school al bezig is met een thema of met de uitvoering van een 'losse' activiteit. Om deze scholen tegemoet te komen wordt dan gezocht naar een manier om dit thema volgens de Gezonde School Methode aan te kunnen pakken, zodat deze scholen niet terug naar 'nul' hoeven. Scholen blijven daardoor naar verwachting beter gemotiveerd. Het schoolgezondheidsprofiel wordt dan soms pas in een later stadium opgesteld.

Het is ook mogelijk dat GGD'en gedurende de vier jaar van de Gezonde School Methode terugrijpen naar een eerdere stap om te kijken wat er extra nodig is op een school. Het stappenplan wordt dan tijdens de vierjarige cyclus niet precies chronologisch doorlopen, maar de doelen worden uiteindelijk wel bereikt.

Het zo praktisch mogelijk inrichten van de Gezonde School Methode kan ook betekenen dat niet alle stappen in volle omvang uitgevoerd worden. Op één van de scholen was een prioriteitenworkshop overbodig omdat de prioriteiten al duidelijk waren. Een ander voorbeeld is dat GGD'en graag per school willen bekijken of de te nemen stappen wel of niet zinvol zijn. Daarnaast is het volgens een GGD de vraag of een school altijd tot interventies moet komen. Het kan voor een school voldoende zijn om de zorgbehoefte in kaart te hebben gebracht om vervolgens zelf keuzes te maken in hoeverre zij daarmee aan de slag willen.

*Ervaringen*

In de interviews geven GGD'en aan dat scholen door het uitvoeren van het hele stappenplan makkelijker 'bij de les' blijven. Voor GGD'en is het stappenplan een praktisch hulpmiddel om

regelmatig aandacht te besteden aan gezondheid bij scholen en tegelijkertijd een vinger aan de pols te houden.

Bepaalde stappen worden door GGD'en als essentieel gezien. Een cyclus wordt alleen verkregen als er de beschikking is over gegevens (stap 1) en een evaluatie (stap 6). Volgens een GGD zou een school juist deze twee stappen zelf niet zo snel bedenken, terwijl deze stappen essentieel zijn om planmatig aan de slag te gaan met de opname van gezondheid in het schoolprofiel.

Hoewel het stappenplan in theorie positief wordt beoordeeld door scholen en GGD'en, is de ervaring dat het doorlopen van de gehele cyclus omvangrijk en tijdsintensief is. Door zowel GGD'en als scholen wordt aangegeven dat er onvoldoende tijd beschikbaar is voor het uitvoeren van het gehele stappenplan. GGD'en geven aan dat, om scholen en zichzelf niet teveel te belasten, vaak het stappenplan in afgeslankte versie wordt toegepast. Bij scholen en GGD'en ontbreken bovendien vaak de financiële middelen voor het volgen van alle stappen of het inschakelen van extra mankracht.

In de praktijk lukt het vaak niet om binnen vier jaar de hele cyclus te doorlopen. Het is per school verschillend hoe snel elke afzonderlijke stap wordt doorlopen. De ene school kan bijvoorbeeld de eerste drie stappen relatief snel afwerken terwijl een andere school hier juist lang over doet. Ook kan de ene school meer zelf uitvoeren en leunt een ander hierbij sterk op externe begeleiding.

#### *Ervaren succes- en faalfactoren*

Succesfactor: goed hulpmiddel om praktisch en gestructureerd aan het werk te gaan.

Faalfactoren: omvangrijk en tijdsintensief.

#### *Gerapporteerde aanbevelingen*

- Maak de opzet van de Gezonde School Methode flexibeler.
- Maak de Gezonde School Methode minder intensief.

## 3.3 Stand van zaken en ervaringen met de kernpunten uit de Gezonde School Methode

### 3.3.1 De school staat centraal - vraaggestuurd werken

'De school staat centraal' wil zeggen dat mogelijkheden en behoeften van de school het uitgangspunt vormen. Vraagsturing wil zeggen dat bij de geboden begeleiding wordt uitgegaan van de vragen, behoeften en wensen van de klant.

#### *Stand van zaken*

GGD-en streven naar vraagsturing en advies op maat, maar in de praktijk wordt het toch eerder 'menusturing', oftewel een mix van aanbod- en vraaggericht werken. Dit heeft onder meer te maken met financiële afspraken met de gemeente(n). In veel gevallen bepaalt namelijk de gemeente welke thema's aandacht krijgen. Gemeenten kopen dan ondersteuning in bij de GGD, gericht op deze thema's. De thema's zijn vaak erg breed en sluiten aan bij thema's die landelijk prioriteit hebben. Naast afspraken op gemeenteniveau (of stadsdeelniveau) komt het ook voor dat er binnen schoolbesturen al afspraken over preventiethema's zijn gemaakt.

Enkele GGD'en brengen bij de terugkoppeling van de schoolgezondheidsprofielen al een soort prioritering in thema's aan. Schoolgegevens worden afgezet tegen regionale of landelijke gemiddelden

om opvallende trends te signaleren. Deze manier van werken stuurt al enigszins naar bepaalde thema's. Volgens sommige GGD'en staat deze werkwijze haaks op het uitgangspunt 'vraagsturing'.

#### *Ervaringen*

Wat 'vraaggestuurd werken' precies inhoudt, is voor enkele GGD'en niet duidelijk. Deze GGD'en vragen zich af of hiermee bedoeld wordt te werken vanuit een concrete vraag van de school, of vanuit de zorgbehoefte van de leerlingen.

Scholen en GGD'en ervaren dat de keuzevrijheid van de school (die zelf vaak goed weet wat er speelt), het draagvlak voor opname van gezondheid in het schoolbeleid vergroot.

De keuze voor menusturing wordt soms ook gemaakt omdat het aantal scholen in het werkgebied erg groot is en het niet haalbaar is voor elke school afzonderlijk prioriteiten vast te stellen. GGD'en geven verder aan dat het voor scholen soms makkelijker is om thema's en interventies 'aangeleverd te krijgen'.

*'Mijn wens zou zijn Gezonde Schoolmatrixen per thema uit te werken. Dat is deels aanbodgericht, en deels ook vraaggericht. Per thema, alcoholmatiging bijvoorbeeld, kun je dan kijken wat de leerlingen kunnen doen, in welk jaar, welke pakketten dan passend zijn en wat je richting ouders kunt doen. Je structureert het dan alvast. In een helemaal vraaggerichte variant, geloof ik in een GGD-setting niet zo...'*

**GGD**

Sommige GGD'en geven aan dat het vooral praktisch kan zijn om voor scholen al een keuze te maken, bijvoorbeeld in samenwerking met de gemeente, zodat gezondheidsbevordering tot een paar hoofdthema's beperkt wordt.

*'...Als je met alle scholen in de regio iets kunt afspreken, is dat voor scholen heel handig, maar ook voor de GGD natuurlijk. Dan heb je meteen één thema voor alle 26 scholen.'*

**GGD**

#### *Ervaren succes- en faalfactoren*

Succesfactor: Vraagsturing kan leiden tot het vergroten van draagvlak bij de school.

Faalfactor: Vraaggestuurd werken is soms een onduidelijk begrip. Menukeuze lijkt in de praktijk soms meer aan te sluiten.

#### *Gerapporteerde aanbevelingen:*

- Vergroot de duidelijkheid rond het begrip vraagsturing.
- Versterk de competenties van professionals in de gezondheidsbevordering rond het begrip vraagsturing.
- Er zijn goede ervaringen genoemd om menugestuurd te werken en er zijn goede redenen om in sommige situaties met deze variant van de Gezonde School Methode te werken.

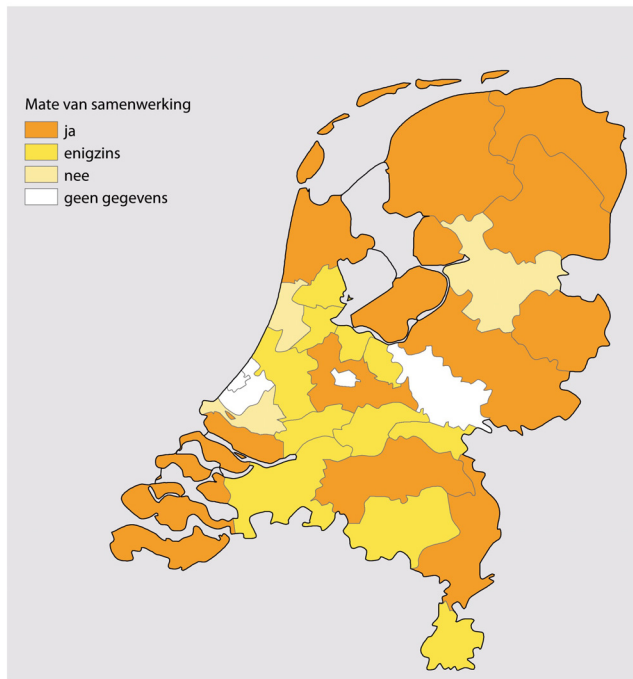
### **3.3.2 Koppeling van individuele zorg en collectieve preventie**

De koppeling tussen collectieve preventie en individuele zorg is een uitgangspunt van de Gezonde School Methode. Er wordt gestreefd naar een integrale zorgketen binnen het onderwijs die tot doel heeft de gezonde ontwikkeling van leerlingen te bevorderen.



### *Stand van zaken*

30% van alle GGD'en geeft aan te werken aan de koppeling van collectieve preventie aan individuele leerlingenzorg. 50% van de GGD'en geeft aan dit enigszins te doen. Binnen de helft van de GGD'en wordt rond gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten binnen de GGD samengewerkt met de afdeling JGZ (zie Figuur 2).



**Figuur 2. Mate waarin binnen de GGD samengewerkt wordt met medewerkers JGZ aan gezondheidsbevordering en preventie binnen de school.**

In de verschillende deelstudies wordt de koppeling steeds genoemd als kernpunt, maar de deelstudies geven geen duidelijke informatie over hoe de koppeling tussen individuele en collectieve zorg wordt verwezenlijkt.

### *Ervaringen*

Voor een aantal GGD'en en scholen is niet duidelijk wat deze koppeling concreet zou moeten betekenen en hoe dit in verhouding staat tot het opnemen van gezondheid in het schoolbeleid. Een aantal professionals van GGD'en die collectieve preventie als taak hebben, beschouwt de individuele zorg niet tot het eigen werkgebied. Zij vinden de koppeling tussen collectieve preventie en individuele zorg echter wel van belang, maar hebben weinig ideeën over de invulling ervan.

Toch blijkt uit een aantal praktijkvoorbeelden dat de koppeling wel degelijk wordt gelegd. Een voorbeeld is dat een Onderwijsbegeleidingsdienst vanwege het grote aantal kinderen met gedragsproblemen verschillende groepscursussen aan kinderen aanbiedt om pesten te voorkomen en hen sociaal weerbaarder te maken. Kinderen die gepest worden of weinig sociale vaardigheden hebben komen in aanmerking voor deze cursussen. Een tweede voorbeeld van koppeling tussen verschillende niveaus uit de zorgketen is dat enkele GGD'en resultaten uit PGO's, afgenomen door de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD, gebruikten voor het opstellen van schoolgezondheidsprofielen.

In de vragenlijsten, focusgroepen en diepte-interviews wordt betere samenwerking binnen een GGD (tussen de verschillende afdelingen, bijvoorbeeld Jeugdgezondheidszorg, Algemene Gezondheidszorg (AGZ) en Gezondheidsbevordering) aanbevolen. Ruim 10% van de GGD'en geeft aan niet tevreden te zijn over de taakverdeling. Momenteel wordt niet altijd goed afgestemd wie welk(e) aanbod of taak heeft en wie wanneer de scholen bezoekt.

Uit de interviews blijkt dat de koppeling tussen collectieve preventie en individuele zorg door scholen niet snel gemaakt worden.

Op middelbare scholen maakt meestal een zorgadviesteam (ZAT) afspraken over begeleiding en opvang van leerlingen met zorgvragen. Op basisscholen wordt dat meestal door een IB'er (intern begeleider) gedaan<sup>14</sup>. De GGD is via de Jeugdgezondheidszorg bij individuele leerlingenzorg betrokken.

#### *Ervaren succes- en faalfactoren*

Faalfactoren: onduidelijkheid over hoe de koppeling tot stand kan komen, samenwerking binnen de GGD'en lijkt niet optimaal.

#### *Gerapporteerde aanbevelingen*

- Scholen bewustmaken dat goede individuele leerlingenzorg begint met een goede collectieve preventie en op termijn kan leiden tot minder zorgleerlingen.
- Betere samenwerking tussen verschillende afdelingen binnen GGD'en bewerkstelligen waardoor JGZ en Gezonde School in elkaars verlengde komen te liggen.
- Het Landelijke Steunpunt ZAT en de vorming van Centra Jeugd en Gezin zijn aangrijpingspunten om de koppeling tussen preventie en zorg te verbeteren.
- De resultaten van de Periodiek Geneeskundig Onderzoeken door de GGD benutten bij het opstellen van schoolgezondheidsprofielen.

### **3.3.3 Samenwerking**

Samenwerking tussen lokale en regionale partners op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering is één van de kernpunten van de Gezonde School Methode. Het gaat om organisaties die zich inzetten op het gebied van welzijn, gezondheid en veiligheid.

Onderstaand wordt naast bovengenoemd type samenwerking ook andere vormen van samenwerking besproken, zoals tussen de scholen en ondersteunende organisaties.

#### *Stand van zaken*

Rond schoolgezondheid werken GGD'en veelal samen met de lokale en regionale organisaties (zie Tabel 1). Met instellingen voor verslavingszorg wordt relatief veel structureel samengewerkt. Met andere organisaties, zoals onderwijsbegeleidingsdiensten, schoolmaatschappelijk werk, jeugdzorg, welzijnsorganisaties en GGZ-instellingen gebeurt dit ook vaak op ad hoc basis. Er zijn verschillen tussen GGD'en. Zo werkt circa 20% van de GGD'en nooit samen met onderwijsbegeleidingsdiensten en welzijnsorganisaties, terwijl circa 25% van de GGD'en dit structureel doet.

---

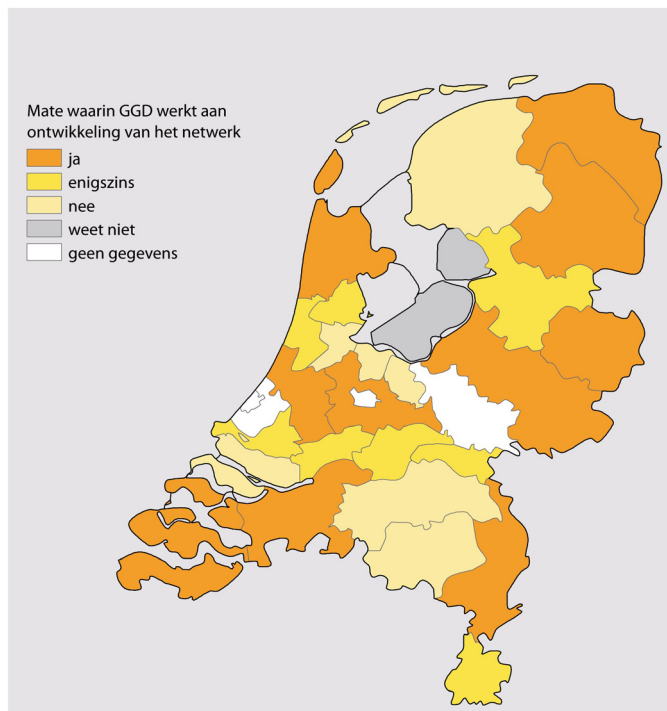
<sup>14</sup> Ondervraagde basisscholen [niet representatief, zie paragraaf 3.1.1] besteden veel aandacht aan de zorg voor leerlingen in de vorm van leerlinggesprekken, oudergesprekken of via oefeningen en lesmateriaal. Met behulp van een zorgprotocol wordt dan individuele leerlingenzorg, in of buiten school, in gang gezet.

**Tabel 1: Percentage GGD'en (N=26) dat samenwerkt met de verschillende externe instellingen.**

percentage	onderwijs- begeleidings- dienst	schoolmaat- schappelijk werk	jeugdzorg	welzijnsorganisatie/ jeugd- en jongerenwerk	GGZ	instelling voor verslavingszorg
nooit	19,2	3,9	11,5	19,2	3,9	0
ad hoc	38,5	42,3	38,5	46,2	46,2	26,9
structureel	26,9	30,8	15,4	23,1	30,8	61,5
weet niet/ n.v.t.	15,4	23,1	34,6	11,5	19,2	11,5

Naast de bovengenoemde instellingen worden ook sportraden en stimuleringsorganisaties (waaronder Sport Zeeland en Sport Fryslan), thuiszorg, bureau HALT, politie, maatschappelijk werk, stichting de Meeuw, JOS (jeugd, onderwijs en samenleving) en andere regionale organisaties met een taak op het gebied van preventie en zorg door GGD'en genoemd.

Veel GGD'en antwoordden dat ze bezig waren met het opzetten van een samenwerkingsverband met externe instellingen. In Figuur 3 is weergegeven welke GGD'en in 2008 werkten aan het ontwikkelen van een netwerk voor schoolgezondheidsbeleid. Een aantal GGD'en hebben aangegeven een netwerk of platform te hebben opgericht voor de diverse partners: scholen, schoolbesturen, ketenpartners en gemeenten.



**Figuur 3. Mate waarin de GGD werkt aan de ontwikkeling van een samenwerkingsnetwerk rond gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs.**

GGD'en werken binnen de school samen met de directeur, de leerkrachten, de intern begeleider, de leerlingen en de zorg- en preventiecoördinator. Met vertegenwoordiging van de ouders wordt door GGD'en minder vaak samengewerkt.

### *Ervaringen*

#### Samenwerking tussen GGD en school

Uit de interviews en focusgroepen met scholen blijkt dat scholen positieve ervaringen hebben met de ondersteuning van de GGD op het gebied van gezondheid. Scholen hechten waarde aan het netwerk van de GGD met daarin andere organisaties en de gemeente, waardoor scholen gemakkelijker aan informatie, materiaal en ondersteuning komen. Soms is het voor scholen niet altijd helder voor welke thema's zij terecht kunnen bij de GGD. Het is bijvoorbeeld bij een basisschool niet duidelijk dat een GGD naast gezondheid ook veiligheid tot zijn takenpakket heeft. Hierdoor kan ten onrechte gedacht worden dat de GGD geen volledig overzicht van het gehele 'veld' heeft.

Uit de interviews en focusgroepen met scholen komt naar voren dat scholen behoefte hebben aan één aanspreekpunt op het gebied van gezondheidsbevordering en preventie. Er worden verschillende manieren genoemd om hier gestalte aan te geven:

- een persoonlijk aanspreekpunt dat zonodig kan doorverwijzen;
- een website die de school op weg kan helpen;
- een loket waar scholen terecht kunnen;

Enkele scholen geven aan dat de voorkeur uitgaat naar een persoonlijk contact omdat de drempel naar een website te groot kan zijn.

Basisscholen geven aan meer ondersteuning te wensen bij de uitvoer van een schoolgezondheidsbeleid. Vooral nog lijkt het vooral aan tijd en geld te ontbreken om (meer) ondersteuning in gang te zetten. Daarnaast wordt door een aantal basisscholen genoemd dat het overzicht van het ondersteuningsaanbod ontbreekt, waardoor extra ondersteuning tot op heden nog niet is gerealiseerd.

GGD'en geven soms aan dat ze het idee hebben dat ze zich opdringen aan de school. Door scholen wordt dit echter niet altijd zo ervaren. Een school vindt het prettig als er duidelijke afspraken zijn over het aantal contactmomenten met de GGD.

Volgens GGD'en zijn scholen voor het opnemen van gezondheid in het schoolbeleid afhankelijk van externe ondersteuning, omdat ze zelf niet voldoende kennis in huis hebben en veelal weinig tijd hebben. GGD'en en OBD'en geven aan behoefte te hebben aan één contactpersoon binnen de school. In het basisonderwijs lijkt de intern begeleider de meest geschikte persoon om Gezonde School te implementeren.

### *Rol van de onderwijsbegeleidingsdiensten*

Onderwijsbegeleidingsdiensten ondersteunen schoolbesturen en gemeenten bij de ontwikkeling van onderwijsbeleid en de uitvoering daarvan. Daarvoor geven zij vaak trainingen en begeleiden zij leerkrachten en leerlingen. Daarnaast bieden OBD'en ondersteuning aan scholen bij het organiseren en uitvoeren van individuele zorg voor leerlingen die speciale aandacht nodig hebben. Uit de focusgroepen met OBD'en kwam naar voren dat OBD'en zichzelf als een geschikte adviseur voor scholen bij de Gezonde School Methode zien. De ervaringen van scholen en GGD'en hiermee zijn niet bekend.

#### *Samenwerking tussen ondersteunende organisaties*

GGD'en geven aan dat de samenwerking tussen ondersteunende organisaties dikwijls is gecentreerd rondom de keuze van interventies. GGD'en geven ook aan dat de samenwerking vaak beperkt blijft tot elkaar informeren en naar elkaar doorverwijzen.

GGD'en zien de korte lijnen met samenwerkingspartners als belangrijkste voordeel van samenwerkingsverbanden, zodat makkelijker diverse organisaties betrokken kunnen worden bij gezondheidsbeleid waarbij gebruikgemaakt kan worden van elkaars expertise.

#### *Samenwerking met de gemeente*

De gemeente wordt door GGD'en een belangrijke rol toebedeeld bij het opnemen van gezondheid in het schoolbeleid. Onder GGD'en heerst de opvatting dat als de gemeente betrokken wordt, het gezondheidsbeleid breder wordt gedragen. Gemeenten, dikwijls voorstanders van integrale ketenzorg en planmatig werken, worden volgens geïnterviewden graag betrokken bij beleidsinitiatieven rondom gezondheid. Bovendien zijn gemeenten een belangrijke financier van het lokale gezondheidsbeleid en daarom medeverantwoordelijk voor het beleid. Ook scholen zien gemeenten als belangrijke partij, niet alleen als financier, maar ook als coördinator van de samenwerking tussen verschillende partijen.

#### *Ervaren succes- en faalfactoren*

Succesfactor: Samenwerking wordt als positief ervaren.

Faalfactoren: Meer ondersteuning aan basisscholen is gewenst, de samenwerking tussen ondersteunende organisaties is soms beperkt tot doorverwijzen.

#### *Gerapporteerde aanbevelingen*

- Organisaties die scholen ondersteunen bieden scholen één gezamenlijk loket, bestaande uit een website én een contactpersoon per school.
- Landelijke, regionale en lokale organisaties stemmen hun aanbod en ondersteuning voor scholen onderling af.
- Maak door betere samenwerkingsafspraken capaciteit vrij voor het ondersteunen van scholen.
- Bewerkstellig door goede samenwerking een koppeling tussen jeugdbeleid, achterstandsbeleid, onderwijsbeleid en gezondheidsbeleid.
- Zet versterking van de samenwerking in om beter in te kunnen spelen op de vragen van de school.

### 3.4 Algemene ervaringen met de Gezonde School Methode

De GGD'en zijn gevraagd naar hun mening over en ervaringen met de Gezonde School Methode. De resultaten staan weergegeven in Tabel 2. De aansluiting bij de prioriteiten van de GGD en de gemeente, de organisatiestructuur van de GGD en de bestaande samenwerkingsverbanden werden in het algemeen positief ervaren. De aansluiting bij de prioriteiten van scholen en de uitvoerbaarheid binnen de beschikbare tijd van de scholen werden negatief ervaren en over de uitvoerbaarheid binnen de beschikbare tijd van de GGD waren de meningen verdeeld.

**Tabel 2. Ervaring met de Gezonde School Methode**

<b>Gezonde School Methode</b>	<b>mening GGD'en</b>
Sluit goed aan de bij prioriteiten van scholen.	oneens
Sluit goed aan bij de prioriteiten van de GGD.	eens
Sluit goed aan bij de prioriteiten van de gemeente.	eens
Is uitvoerbaar in de beschikbare tijd van de GGD.	verdeeld
Is uitvoerbaar in de beschikbare tijd van de scholen.	oneens
Sluit goed aan bij de organisatiestructuur van de GGD.	eens
Is goed inpasbaar in bestaande samenwerkingsverbanden met ketenpartners.	eens
Moet verder doorontwikkeld worden voordat hij goed toepasbaar is.	eens

De GGD'en die met (een aangepaste versie van) de Gezonde School Methode werken waren over de geschiktheid van de methode voor de schooltypes vmbo, havo en vwo allen positief. Over het basisonderwijs waren de meningen verdeeld met zes positieve en drie negatieve reacties. Respondenten merkten wel op het moeilijk te vinden antwoord te geven op deze vraag omdat ze in veel gevallen nog in een opstartfase zitten. Respondenten hadden onvoldoende ervaringen met toepassing in het speciaal basis- en voortgezet onderwijs, mbo's en 'gekleurde' scholen om een mening te hebben over de geschiktheid in deze schooltypes.

#### *Werving*

In focusgroepen en interviews is herhaaldelijk aangegeven dat in de Gezonde School Methode aandacht voor werving ontbreekt. Het werven van scholen zien veel GGD'en als een zeer belangrijk deel van de Gezonde School Methode en zou volgens hen onderdeel van het stappenplan moeten worden. Volgens de GGD'en staat of valt de Gezonde School Methode namelijk met een goede werving.

Schriftelijke werving van scholen werkt onvoldoende. Het benaderen en enthousiasmeren van scholen vergt ook vaak meer dan één gesprek. Om scholen te motiveren met de Gezonde School Methode te gaan werken is het volgens GGD'en van belang om in wervingsgesprekken zo goed mogelijk aan te sluiten bij een individuele school. GGD'en, OBD'en en scholen geven aan dat in wervingsgesprekken benoemd kan worden dat het overstappen naar de Gezonde School Methode weinig extra tijd van scholen vergt, een argument waar veel scholen gevoelig voor zijn. Het argument dat het werken met de Gezonde School Methode meer structuur aanbrengt in losse gezondheidsbevorderende activiteiten die al worden uitgevoerd, spreekt scholen aan en werkt motiverend.

*'Het is belangrijk om zichtbaar te maken wat scholen al doen op het gebied van schoolgezondheidsbeleid en aan te geven dat zij hulp krijgen bij het stroomlijnen van deze activiteiten. Dan komt er voor de school geen werk bovenop, maar wordt het werk meer gestructureerd.'*

#### **Onderwijsbegeleidingsdienst**

Door de geïnterviewden van GGD'en zijn er veel praktische tips en verschillende praktijkvoorbeelden aangedragen om in contact te komen met scholen, zoals:

- Werving via bestaande netwerken en contacten met scholen.
- Werving door te koppelen aan een concrete vraag van een school.
- Werving via een presentatie van schoolprofiel en monitorresultaten.

- Werving van ‘bovenaf’, dat wil zeggen via schoolbesturen, bovenschoolse overleggen, samenwerkingsverbanden van scholen (ook ‘contactgroep schoolleiders’ genoemd) en gemeenten.

#### *Gerapporteerde aanbevelingen*

- Neem werving op als extra stap in de Gezonde School Methode.
- Neem meer concrete voorbeelden op in een gebruikershandleiding.

### 3.5 Overige gezondheidsbevorderende en preventieactiviteiten van GGD’en in de schoolsetting

#### *Het uitvoeren van interventies*

Slechts één GGD heeft aangegeven geen interventies en activiteiten uit te voeren op scholen. 9 van de 26 GGD’en geven aan dit enigszins te doen en 16 van de 26 GGD’en geven aan interventies en activiteiten uit te voeren op scholen.

#### *Het adviseren van de gemeente*

Het overgrote deel van de GGD’en geeft aan de gemeente(n) te adviseren over activiteiten en interventies voor scholen (ja: 81%, enigszins: 12 %). Het adviseren van gemeenten over schoolgezondheidsbeleid wordt door evenveel GGD’en wel als niet gedaan.

#### *Creëren van draagvlak bij scholen*

Bijna alle GGD’en werken (enigszins) aan het creëren van draagvlak voor gezondheidsbevordering op scholen.

### 3.6 Attitude van scholen ten aanzien van gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten

Uit de focusgroepen en diepte-interviews komt naar voren dat scholen zich afvragen in hoeverre zij verantwoordelijk zijn voor de gezondheid van de leerlingen<sup>15</sup>. Basisscholen noemen vaak als reden dat zij hier niet mee bekend zijn, er geen interesse in hebben of kampen met een gebrek aan tijd, geld en inhoudelijke ondersteuning.

Gezondheidsthema’s waarbij scholen zich gemakkelijker verantwoordelijk voor voelen zijn thema’s die gerelateerd kunnen worden aan leer-, concentratie- en motivatieproblemen, zoals het overslaan van het ontbijt. Als argument om gezondheidsbevordering van leerlingen als een taak van de school te zien wordt door scholen aangevoerd dat niet alleen ouders invloed op de kinderen hebben, maar ook de vriendjes en vriendinnetjes in de klas. Met het uitvoeren van gezondheidsbeleid op scholen worden alle kinderen bereikt.

---

<sup>15</sup> Op de vraag of het opzetten en uitvoeren van gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten een taak van de school is antwoordt ongeveer de helft van de respondenten op de vragenlijst [niet representatief, zie paragraaf 3.1.1] op basisscholen met ‘misschien’. De overige scholen zijn gelijkmatig verdeeld in voorstanders, tegenstanders en respondenten zonder mening over dit onderwerp.

De aanleidingen voor scholen om gezondheid op te nemen in het schoolbeleid zijn divers. Soms is bijvoorbeeld vanuit een ander programma of een andere methode naar vernieuwing gezocht, waren de resultaten van de GGD-(jeugd)monitor op een school aanleiding om aan bepaalde thema's te gaan werken of was er een los thema of een bestaande profilering (bijvoorbeeld 'sportieve school') waarop werd ingehaakt.

*'Hoe zijn jullie zo ver gekomen om Gezonde School te worden?'*

*'Eigenlijk is het heel raar ontstaan... Wij wilden eigenlijk aan PR gaan doen binnen ons 'open huis'... en hebben toen met elkaar bedacht te focussen op de Gezonde School. We hadden namelijk ook eerder al een aantal kleine stappen genomen [om aan gezondheidsbeleid te werken]. Er zijn onder andere appels uitgedeeld bij het open huis. Alleen had ik toen zo iets: ja dat is leuk en aardig, maar daar gaat het niet [echt] om. Het gaat om andere zaken. Ik heb dat meteen als aangrijpingspunt kunnen gebruiken om veel meer aan [gezondheidsbeleid] te gaan doen.' .....*

*'Was het een initiatief van jullie of is de GGD naar jullie toe gekomen?'*

*'Dat is eigenlijk gemeenschappelijk gegaan. De GGD heeft al heel veel contacten bij ons en hoorde dat wij hiermee bezig waren. De GGD dacht dat de Gezonde School Methode misschien iets voor ons was. En op deze manier zijn de twee partijen bij elkaar gekomen.'*

**School voor voortgezet onderwijs**

De scholen voor basis- en voortgezet onderwijs geven aan dat een school een rol kan hebben in het geven van het goede voorbeeld aan leerlingen, maar dat de opvoeding niet van de ouders moet worden overgenomen. Door bewustwording bij de leerlingen te creëren is de hoop erop gevestigd dat ze in staat zijn zelf de juiste (gezonde) keuzes te maken.

## 3.7 Behoeftte aan ondersteuning

Om GGD'en goed te kunnen ondersteunen bij het uitvoering geven aan gezondheidsbevordering en preventie in de onderwijssetting is inzicht nodig in de behoefttes van deze GGD'en. In de vragenlijst zijn GGD'en daarom gevraagd naar hun behoeftte aan ondersteuning. Ook zijn zij gevraagd aan welke vorm van interventieoverzicht zij behoeftte hebben en of zij behoeftte hebben aan een keurmerk of aan het Vignet Gezonde School.

### 3.7.1 Ondersteuning

Aan GGD'en is gevraagd welk type ondersteuning zij willen. Slechts één GGD gaf aan geen ondersteuning nodig te hebben. De meest genoemde vormen van ondersteuning zijn de specifieke trainingen voor verschillende activiteiten<sup>16</sup>, gevolgd door het uitwisselen van ervaringen met andere GGD'en en ondersteuning bij het proces van uitvoering.

Andere genoemde vormen van gewenste ondersteuning zijn:

- ondersteuning bij het creëren van draagvlak en motivatie binnen de eigen organisatie;
- samenhang tussen Gezonde School en ontwikkelingen in en rond het onderwijs verhelderen;
- landelijk draagvlak voor de Gezonde School Methode;
- de landelijke ondersteuningswebsite aantrekkelijk en actueel blijven houden;
- goede draaiboeken voor het implementeren van Gezonde School ontwikkelen.

<sup>16</sup> Hierbij werden vrijwel alle stappen uit de GSM genoemd, evenals het creëren van draagvlak bij scholen en gemeenten, het adviseren van scholen/gespreksvaardigheden en de samenwerking met ketenpartners.



### 3.7.2 Interventieoverzicht

#### *Inzicht in aanbod aan landelijke leefstijlinterventies voor scholen*

Van de 26 GGD'en geven 22 GGD'en aan inzicht te hebben in het bestaande aanbod van landelijke leefstijlinterventies. De overige vier GGD'en geven aan hier enigszins inzicht in te hebben. In de toelichting is aangegeven dat GGD'en dit inzicht verkrijgen via het landelijke aanbodoverzicht, de leeflijnen<sup>17</sup> en de QUI-database<sup>18</sup>.

#### *Hulp bij het maken van een keuze uit het landelijke aanbod van interventies bij scholen*

De GGD'en zijn gevraagd of verschillende hulpmiddelen hen zouden helpen bij het maken van een keuze uit het aanbod aan landelijke leefstijlinterventies. Een kaart met een selectie van goed bewezen schoolinterventies per thema, leeftijdscategorie en schooltype (zoals de leeflijnen in de handleidingen roken, overgewicht enzovoort) bleek met 81% van de GGD'en het meest gewilde hulpmiddel, gevolgd door een (digitaal) overzicht van alle beschikbare landelijke schoolinterventies (58%) en een overzicht met één 'goed bewezen interventie' per leefstijlthema en leeftijdscategorie (46%).

GGD'en hebben verder aangegeven graag één regionaal loket te willen bieden per GGD regio. Het door landelijke partijen rechtstreeks aanbieden van interventies aan scholen in de regio zien zij als ongewenst.

### 3.7.3 Vignet Gezonde School

Uit de vragenlijst onder GGD'en blijkt dat bijna alle GGD'en van mening zijn dat een vignet scholen stimuleert om activiteiten op het gebied van gezondheid en veiligheid te ondernemen. Hierbij geven sommige GGD'en als toelichting aan dat scholen een vignet in kleine stapjes moeten kunnen opbouwen met behulp van deelcertificaten en dat er reële voorwaarden moeten worden gesteld aan een dergelijk vignet. Ook geven vrijwel alle GGD'en aan scholen aan te zullen moedigen een dergelijk vignet aan te vragen.

Uit de diepte-interviews en focusgroepen kwam een iets minder eenduidig beeld naar voren. Volgens enkele scholen en GGD'en kunnen scholen weerstand hebben tegen een vignet omdat ouders zich bijvoorbeeld niet aan bepaalde regels willen conformeren of een vignet een school in een hokje zou kunnen plaatsen. Verder werd genoemd dat handhaving en borging van de kwaliteit van belang zijn<sup>19</sup>.

## 3.8 Discussie en conclusie

Alvorens de belangrijkste resultaten van deze studie te bediscussiëren en daaruit relevante conclusies te trekken, start dit hoofdstuk met een beschrijving van de belangrijkste beperkingen van deze studie.

---

<sup>17</sup> Bedoeld wordt de leeflijnen uit de handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid. Deze leeflijnen zijn inmiddels opgevolgd door interventieoverzichten en zijn te vinden op [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl).

<sup>18</sup> De QUI-database is eind 2008 overgegaan in de I-database van het RIVM Centrum Gezond Leven en is te vinden op [www.loketgezondleven.nl/i-database](http://www.loketgezondleven.nl/i-database).

<sup>19</sup> Van de respondenten op de vragenlijst onder basisscholen [niet representatief, zie paragraaf 3.1.1] gaf de meerderheid aan positief te zijn over de invoering van een vignet waarmee een school kan laten zien dat zij zich inzet voor gezondheid. 55% van de respondenten meende dat een vignet Gezonde School bijdraagt aan de profilering van de school (30% van de respondenten denkt dit niet en 15% heeft geen mening). 45% zou willen streven naar een dergelijk vignet, in vergelijking tot 25% van de scholen dit hier niet naar willen streven of hier geen mening over hebben (30%).

### 3.8.1 Beperkingen van het onderzoek

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is de lage respons op de vragenlijsten die zijn afgenomen onder scholen. Hierdoor waren de resultaten uit dit deelonderzoek niet goed bruikbaar. De interviews en focusgroepen die met scholen zijn gehouden geven wel enige informatie, maar bieden toch beperkt inzicht in de uitvoerbaarheid en de wensen en behoefte van scholen.

Een recentelijk uitgevoerde evaluatie onder basisscholen die met de ‘Gezonde en Veilige School Methode’ in de regio van de GGD Hart voor Brabant werken, geeft enig inzicht in de ervaringen van scholen. De deelnemende scholen waren in het algemeen positief over de Gezonde en Veilige School Methode, over de begeleiding door GGD Hart voor Brabant en over de aangeboden gezondheidsbevorderende activiteiten (Timmers, 2009). Veel van de bevindingen onder scholen in het werkgebied van GGD Hart voor Brabant zijn in overeenstemming met bevindingen uit de hier gerapporteerde deelstudies. Zo maken scholen in dit werkgebied binnen de stappen eigen keuzes, zijn zij meer tevreden naarmate zij de methode meer aan hun eigen behoeften kunnen aanpassen, en zijn de activiteiten die scholen uitvoeren regelmatig (nog) niet opgenomen in het schoolgezondheidsbeleid. Er zijn ook enkele (opvallende) verschillen. Zo vinden de Brabantse scholen Gezonde School bijvoorbeeld in het algemeen niet te intensief, is er een redelijk aantal scholen dat ervaring heeft met de stappen ‘schoolgezondheidsplan’, ‘implementatie’ en ‘evaluatie’ en zijn de ervaringen met de prioriteitenworkshop positiever dan dat wij landelijk hebben gevonden. Opvallend in het Brabantse onderzoek is dat de meerderheid van de scholen ad hoc gezondheidsbevorderende activiteiten uitvoeren ‘buiten de methode om’, om te kunnen inspelen op actuele behoeften. Timmers (2009) beveelt aan om naar scholen toe te benadrukken dat de methode flexibel is maar wel toewerkt naar structureel schoolgezondheidsbeleid. De in Hart voor Brabant gevonden resultaten leiden niet tot heel andere aanbevelingen over gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten in de onderwijssetting, maar benadrukken wel het belang van de prioriteitenworkshop.

Dit onderzoek biedt ook beperkt inzicht in de rol van onderwijsbegeleidingsdiensten. Onder de onderwijsbegeleidingsdiensten is slechts één focusgroep gehouden, verder zijn zij niet betrokken in het onderzoek. Andere professionals die scholen ondersteunen, zoals bijvoorbeeld werkzaam bij instellingen voor verslavingszorg, zijn in het geheel niet in dit onderzoek betrokken. De gegevens zeggen dus vooral iets over de mening van gezondheidsbevorderaars werkzaam bij GGD’en en niet of nauwelijks iets over andere professionele groepen, waaronder ook GGD-collega’s als artsen en verpleegkundigen JGZ die deelnemen aan zorgadviesteams van scholen. Onderwijsbegeleidingsdiensten zijn belangrijke partners van basisscholen, hebben in sommige regio’s ook een rol bij het begeleiden van scholen met gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten en zien zichzelf ook als geschikte adviseur op dit gebied. Op basis van dit onderzoek kan echter niet worden geconcludeerd of het wenselijk is dat het CGL inzet op het versterken van deze professionals en wat dan diensten of producten zouden zijn die voor deze groep wenselijk zijn.

In dit onderzoek is vooral gebruikgemaakt van monitorgegevens (hoe vaak wordt iets uitgevoerd) en van meningen van deelnemers (zoals gegeven in de focusgroepen en interviews). Alleen in de documentenanalyse zijn enige gegevens uit procesevaluaties meegenomen. Dit maakt dat het inzicht in redenen ‘waarom iets niet werkt zoals bedoeld’ beperkt is. Gegevens over waarom de koppeling tussen collectieve leerlingenpreventie en individuele leerlingenzorg onvoldoende van de grond komt, ontbreken bijvoorbeeld grotendeels.

Ook is in dit onderzoek niet expliciet aandacht besteed aan de competenties van professionals, noch aan de beschikbare voorzieningen zoals bijvoorbeeld de aanwezigheid van apparatuur waarmee vragenlijsten ingescand kunnen worden. Van een deel van de gerapporteerde knelpunten is dan ook

onduidelijk of die te wijten zijn aan de methode of aan de randvoorwaarden om goed met de Gezonde School Methode te kunnen werken.

Een andere beperking is dat in dit onderzoek vooral in één richting is gezocht, te weten ‘wat zijn de ervaringen met de Gezonde School Methode’. In de praktijk blijkt het onderscheid tussen wel en niet gebruikmaken van de Gezonde School Methode niet zo’n zinnig onderscheid te zijn, omdat vrijwel alle GGD’en stappen van planmatig werken uitvoeren. Dit neemt niet weg dat er ook GGD’en zijn die heel bewust op een andere manier werken aan gezondheidsbevordering en preventie in de onderwijssetting. Succes- en faalfactoren van deze andere werkwijzen zijn niet expliciet onderzocht.

### 3.8.2 Discussie

Bij het overwegen welke activiteiten kunnen bijdragen aan het versterken van planmatige gezondheidsbevordering en preventie in scholen en van professionals die scholen hierbij ondersteunen is een aantal overwegingen op zijn plaats.

In de eerste plaats lijken enkele factoren die als belemmerd worden ervaren bij het implementeren van de Gezonde School Methode eruit voort te komen dat de doelen van de stappen van planmatig werken uit het oog worden verloren. Zo is het voordeel van een prioriteitenworkshop inderdaad minder evident op het moment dat een themakeuze al gemaakt is door een schoolbestuur. De oorzaak van de belemmerende factor hoeft dan echter niet aan de prioriteitenworkshop te liggen, maar kan er ook aan liggen dat de doelen van de stappen of instrumenten niet altijd duidelijk zijn voor degene die ermee werken. Zo zijn er wanneer de prioriteiten al bepaald zijn door de gemeente effectievere manieren om draagvlak te verwerven binnen de school dan het houden van een prioriteitenworkshop.

In de tweede plaats roept het resultaat dat er nog slechts zeer beperkte ervaring is met de uitvoering van een aantal stappen van planmatig werken en het geven van invulling aan kernpunten als de koppeling van collectieve preventie aan individuele leerlingenzorg de vraag op hoe dit komt. Hebben GGD’en vooral meer tijd nodig? Of zijn er andere redenen waarom de uitvoering van de stappen ‘opstellen en uitvoeren van gezondheidsplan’ en ‘evaluatie’ niet worden uitgevoerd? Met betrekking tot procesevaluatie lijkt dit minder waarschijnlijk. GGD’en hebben hier op andere terreinen veel ervaring mee. Bij het opstellen en uitvoeren van het gezondheidsplan blijken GGD’en niet altijd goed te weten wat er van hun verwacht wordt of hoe zij deze onduidelijkheid kunnen verhelderen. Hoe groot moet het plan zijn? Wat moet erin komen te staan? Wie schrijft het op?

De vraag van professionals naar flexibeler in te zetten instrumenten roept de vraag op of professionals voldoende vaardigheden hebben om zelfstandig in te kunnen zetten op maatwerk<sup>20</sup>. Het is niet mogelijk om voor elke specifieke situatie direct toepasbare interventies en instrumenten aan te reiken. Professionele creativiteit met oog voor samenhang en doelmatigheid en met respect voor de (on)mogelijkheden van samenwerkingspartners is dan geboden.

Tot slot blijft het de vraag in hoeverre scholen echt geïnteresseerd zijn in het integreren van gezondheid in hun schoolplan en of het stokken van de uitvoer niet mede te wijten is aan een gebrek aan draagvlak binnen de scholen.

---

<sup>20</sup> Zo is de prioriteitenworkshop in de regio Maastricht in de periode 2003-2005 op diverse scholen op verzoek van de school op een aangepaste wijze ingezet: de ene school stelde zelf voor om de workshop in elke klas uit te voeren, terwijl een andere school ouderinbreng via een kort vragenlijstje organiseerde. Slechts één school voerde de workshop met begeleiding vanuit de GGD uit zoals in de handleiding stond beschreven, terwijl alle scholen op participatieve wijze hun prioriteiten in beeld brachten.

### 3.8.3 Conclusie

Met inachtneming van de beschreven beperkingen van het onderzoek en de discussie kunnen we op basis van deze stand-van-zakenstudie concluderen dat in 2008 vrijwel alle GGD'en planmatig werken aan gezondheidsbevordering en preventie binnen de setting school. Veel GGD'en gebruiken daarbij (een aangepaste versies van) de Gezonde School Methode of zijn van plan te gaan werken met de Gezonde School Methode.

Veel GGD'en begeleiden vooral scholen met activiteiten uit de voorbereidende fases (schoolprofiel, prioriteiten stellen). Met het begeleiden van scholen bij de stappen 'opstellen en uitvoeren van een gezondheidsplan' en 'evaluatie' was in 2008 nog zeer beperkt ervaring opgedaan. Ook het aantal scholen dat door GGD'en met de Gezonde School Methode wordt bereikt is beperkt. Professionals bij GGD'en noemen veel voordelen van de stappen van planmatig werken uit de Gezonde School Methode. Het opstellen van een schoolprofiel wordt bijvoorbeeld als essentieel onderdeel van planmatig werken gezien en er wordt aangegeven dat het werken met de Gezonde School Methode helpt om gezondheidsthema's structureel aan te pakken. Zij geven echter ook veel beperkingen aan. Een veelgenoemd knelpunt is de intensiteit van de methode. GGD'en laten stappen weg en de volgorde van de stappen wordt aangepast om de methode beter uitvoerbaar te maken en om beter te kunnen aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van scholen en GGD'en. Ook het draagvlak op de scholen is een knelpunt en het wordt als probleem ervaren dat werving van scholen niet in het stappenplan voorkomt. Daarnaast wordt er aangegeven dat het opzetten van regionale samenwerking erg intensief is en veel tijd kost. Samenwerking wordt wel erg positief gewaardeerd. GGD'en hebben moeite met het geven van invulling aan het begrip vraaggericht werken en het aanbrengen van een koppeling tussen collectieve preventie en individuele leerlingenzorg. GGD'en hebben een grote behoefte aan praktische instrumenten en een flexibelere werkwijze om beter aan te sluiten bij de praktijk.

Scholen zijn verdeeld over de vraag of gezondheidsbevordering en preventie een taak van de school is. Met thema's die gerelateerd zijn aan leer-, concentratie- en motivatieproblemen hebben zij affiniteit en ook de invloed van leeftijdsgenoten wordt als reden gezien om aan gezondheidsbevordering te doen. Scholen geven aan te kampen met een gebrek aan tijd, geld en inhoudelijke ondersteuning en zien dit als belangrijke belemmeringen om zelf actief aan de slag te gaan met structurele en planmatige gezondheidsbevordering.



## 4 Aanbevelingen

Uit de resultaten die beschreven zijn in hoofdstuk 2 en 3 is een aantal aanbevelingen af te leiden die kunnen leiden tot het versterken van de uitvoer van gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten in het onderwijs.

### **Effectiviteit**

Hoofdstuk 2 biedt voldoende gegevens om te stellen dat werken aan de gezondheid en het gezondheidgerelateerde gedrag van leerlingen op school loont. Het draagt bij aan gezonder gedrag, betere schoolprestaties en minder schooluitval. Scholen zijn in staat verschil te maken als het gaat om het bevorderen van de gezondheid van hun leerlingen en en daaruitvolgend het verbeteren van de leerprestaties van leerlingen. Deze niet onbelangrijke oorzaak-gevolgrelatie is bovendien op langere termijn ook wederkerig. Immers, goede schoolprestaties zijn een belangrijke determinant voor het bereiken van een hogere sociaal-economische positie in onze samenleving, wat weer bijdraagt aan betere gezondheidsuitkomsten op latere leeftijd.

### **Effectcondities**

Voor zover de studies inzicht bieden in de condities waaronder effectiviteit behaald wordt, stellen ze het beleid en de praktijk voor belangrijke uitdagingen. De resultaten uit hoofdstuk 2 maken immers duidelijk dat de mate waarin de resultaten in de praktijk bereikt worden, samenhangen met de manier waarop gezondheidsbevordering op scholen wordt ingevuld.

Zo blijken de effectieve programma's geen 'one-shot-event'. Dat betekent dat effecten pas verwacht mogen worden indien daaraan voldoende onderwijstijd wordt besteed. Helaas kan niet voor elk gezondheidsdoel precies worden aangegeven wat de ondergrens is om nog enig effect te mogen verwachten. Daarover bieden de beschikbare studies onvoldoende uitsluitel. Het is wel duidelijk dat we bijvoorbeeld met twee of drie lessen over veilige vrijen nauwelijks betekenisvolle verschillen zullen maken voor het terugdringen van het aantal tienerzwangerschappen en seksueel overdraagbare aandoeningen. Veel van de succesvol gebleken curriculuminterventies omvatten al gauw een serie van tien of meer lessen. Dat het niet bij een 'one-shot-event' kan blijven, betekent ook dat er terugkerende aandacht voor een onderwerp moet zijn en een en ander afgestemd moet zijn op de leeftijd en het stadium van ontwikkeling van de kinderen. De onderzoeken naar effecten van schoolgezondheid laten immers zien dat structurele en blijvende aandacht nodig is om de bereikte resultaten op korte termijn te kunnen vasthouden voor de langere termijn.

Ook wijst het onderzoek op de meerwaarde van een multicomponentenaanpak waarbij educatie, zorg voor problemen bij individuele leerlingen en zorg voor een veilige en gezonde fysieke en sociale omgeving geïntegreerd worden. Weliswaar is de wijze waarop dit invulling krijgt sterk afhankelijk van het gezondheidsthema, maar er gaat wel een versterkend effect vanuit.

De school zal ondersteuning van buitenaf kunnen gebruiken bij het opstellen en uitvoeren van zo'n aanpak<sup>21</sup>. Het is wenselijk dat scholen en hun medewerkers ondersteund worden bij het bepalen welke

---

<sup>21</sup> Denk bijvoorbeeld aan het verdergaand systematiseren van de vroegsignaleringsfunctie van docenten en de advisering ten aanzien van zorg die voor de betreffende leerlingen op school dan wel buiten de school geëigend is. Maar ook het bepalen van de noodzaak en de aard van maatregelen die genomen kunnen worden om de veiligheid op het schoolplein of het binnenklimaat in het schoolgebouw te verbeteren.

activiteiten worden ingezet om bepaalde preventieve resultaten te halen. Zo leidt bijvoorbeeld niet alle rookpreventie op scholen tot het gewenste resultaat en leiden niet alle aanpakken van pestincidenten op school tot vermindering van gevoel van onveiligheid. Een ondersteuner met deze kennis kan scholen behoeden voor inefficiënt gebruik van de beperkte tijd en middelen die zij voor gezondheidsbevordering kan en wil inzetten. Ondersteuning houdt bovendien niet op in de fase waarin het preventiebeleid op school ontwikkeld wordt. Het is immers de implementatie van die plannen waarbij de beoogde effecten gerealiseerd zullen worden. In deze fase van implementatie biedt follow-up begeleiding mogelijkheden tot gerichte feedback over de voortgang en eventuele bijstelling van de oorspronkelijke plannen. Dit is onontbeerlijk om de bestaande schoolpraktijk daadwerkelijk te verbeteren.

### **Versterken van de implementatie**

Aangezien veel GGD'en met de Gezonde School Methode werken of van plan zijn ermee te gaan werken, en aangezien de Gezonde School Methode bijdraagt aan structurele aandacht voor gezondheidsbevordering vanuit meerdere componenten, loont het om te investeren in deze methode. In hoofdstuk 3 zijn diverse aanbevelingen genoemd voor het verbeteren van de methode zelf. Het verhelderen van de concrete doelstellingen van de Gezonde School Methode en de onderdelen daarvan, het uitwerken van de stappen en de kernpunten, het opnemen van aandacht voor werving en het flexibeler toepasbaar maken van de methode kan de implementatie ten goede komen.

Daarnaast is het vergroten van de competenties van degenen die gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs ondersteunen of uitvoeren van belang. Competenties als het afwegen welke activiteiten het beste kunnen worden ingezet om bij te dragen aan specifieke doelen, het zelfstandig inzetten op maatwerk en het opzetten van een goede samenwerking zijn nodig om de uitvoer te versterken. Professionals geven ook aan behoefte te hebben aan ondersteuning, zoals trainingen en mogelijkheden voor het uitwisselen van ervaringen met collega's, bijvoorbeeld over het invulling geven aan de kernpunten. Hier kan een nadere bestudering van enkele best practices en het leren van elkaar de uitvoer versterken.

Ook het vergroten van draagvlak binnen het onderwijs is van belang. Voor scholen zal het duidelijker moeten worden wat planmatig werken aan gezondheidsbevordering hun oplevert. Redenen voor scholen om te werken aan gezondheidsbevordering en preventie kunnen bijvoorbeeld zijn:

- betere leerprestaties en lagere schooluitval;
- een toename van het aantal leerlingen waardoor de inkomsten van de scholen stijgen;
- doordat de school een stevig onderbouwd beleid en een goed schoolgezondheidsplan heeft vervalt de noodzaak om allerlei losse initiatieven zelf op kwaliteit en toepasbaarheid te beoordelen;
- betere zorg en vroegdiagnostiek voor leerlingen door betere samenwerking met regionale organisaties;
- de mogelijkheid goed in te kunnen spelen op actuele ontwikkelingen en vragen;
- de school draagt uit serieus bij te dragen aan maatschappelijke taken;
- een subsidie van de gemeente, landelijke overheid of andere partij.

Om draagvlak te verkrijgen bij scholen dienen deze voordelen explicieter te worden.

Op basis van hoofdstuk 3 bevelen we aan om de kosten en financieringsmogelijkheden nader te expliciteren. Het moet duidelijker worden wat planmatig werken aan gezondheidsbevordering scholen en GGD'en kost en hoe de kosten opgevangen kunnen worden. Zowel scholen als GGD'en geven aan over te weinig capaciteit, geld, tijd te beschikken om de Gezonde School Methode in zijn volle omvang uit te voeren. Gebrek aan tijd kan mogelijk deels ondervangen worden door werk te automatiseren. Er zijn bijvoorbeeld ervaringen met monitors voor leerlingen van het basisonderwijs die digitaal worden

ingevoerd, automatisch worden geanalyseerd en automatisch worden gerapporteerd. Er kan worden geïnventariseerd wat de mogelijkheden zijn van de jeugdmonitor. Een stap verder is om hier een individueel advies op maat aan te koppelen, zoals reeds in E-MOVO gebeurt. Nog een stap verder is om op basis van de resultaten van de monitor elektronisch en automatisch een aantal passende interventies aan te bevelen, of een voorbeeldschoolgezondheidsplan of -schoolgezondheidsbeleid te genereren, al dan niet met verschillende opties waar een school uit kan kiezen. De tijd die hiermee vrijgemaakt kan worden, kan dan besteed worden aan het creëren van draagvlak, het uitvoeren van activiteiten waar de leerlingen direct aan worden blootgesteld (in plaats van het realiseren van randvoorwaarden) of het bereiken van een groter aantal scholen.

Bij GGD'en is er gebrek aan capaciteit om alle scholen in hun werkgebied voldoende te begeleiden. Betere samenwerkingsafspraken tussen organisaties die scholen ondersteunen en het bewerkstelligen van een samenhangende ondersteuning voor scholen kunnen dit doen verminderen. Ook de dekking in thema's waarvoor ondersteuning geboden kan worden, wordt hierdoor vergroot. Scholen kunnen beter worden bediend, aangezien zij hierbij aangeven te hechten aan één loket waar zij met hun vragen terecht kunnen. Kortom, het investeren in betere samenwerking op regionaal niveau door regionale én landelijke partners, door bijvoorbeeld het uitwisselen van kennis en ervaring te faciliteren, kan de implementatie van planmatige gezondheidsbevordering binnen het onderwijs vergroten.

Voor een deel lijkt de roep om meer capaciteit zeer gegrond. Het gezondheidsgedrag van de Nederlandse jeugd is over het algemeen zorgwekkend. De doelgroep is echter over het algemeen niet geïnteresseerd in haar gezondheid op lange termijn. Dit maakt de doelgroep moeilijk beïnvloedbaar. De implementatie van gezondheidsbevorderende maatregelen vergt voldoende capaciteit en gunstige randvoorwaarden. Nog steeds gaat er relatief veel geld naar de curatieve sector en is het budget voor preventieve activiteiten gering, ondanks dat de hedendaagse gezondheidsproblemen vooral om een preventieve aanpak vragen en gezondheidsbevordering op jonge leeftijd chronische ziekten op latere leeftijd kan voorkomen. Het zou helpen als het onderwijs, de onderwijsondersteunende organisaties en de politiek een eenduidig antwoord hebben op de vraag wat van scholen verwacht kan worden als het gaat om gezondheidsbevordering en preventie en als er ook voldoende middelen waren om dit te realiseren.

Naast extra budget kan een meer sturende rol van gemeenten en de landelijke overheid ook helpen bij het afstemmen van het aanbod en de ondersteuning van de diverse organisaties die de scholen omringen. De huidige overdaad aan initiatieven wordt door scholen als zeer belastend ervaren. Het creëren van één duidelijk (regionaal) loket voor scholen en een duidelijk ondersteuningsaanbod kan gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs versterken en sluit aan bij de behoefte van scholen. Het loketgezondleven.nl is hiervoor geschikt, zeker gezien de mogelijkheid om de Interventiedatabase ook als regionale database te gebruiken met de eigen 'look & feel' van de regionale trekker of het regionale samenwerkingsverband. Dit kan regionaal mogelijk ICT-kosten besparen waardoor in de ondersteuning van scholen beter maatwerk geleverd kan worden.

Voor het versterken van gezondheidsbevordering in het onderwijs is een mix aan maatregelen nodig. Maatregelen die hieraan kunnen bijdragen zijn:

- het praktisch beter toepasbaar en flexibeler maken van de Gezonde School Methode;
- het versterken van de competenties van professionals;
- een betere ondersteuning voor scholen en professionals;
- het vergroten van draagvlak in de onderwijssetting;
- het vergroten van het budget;
- een meer sturende rol van de regionale en landelijke overheid.





## Aan de slag

De resultaten van dit onderzoek gebruikt het RIVM Centrum Gezond Leven om samen met haar lokale/regionale en landelijke partners producten te ontwikkelen voor professionals die scholen ondersteunen. Daarnaast geven de resultaten aanleiding om deze professionals ook in bredere zin te versterken.

Een team bestaande uit medewerkers van onderwijsbegeleidingsdiensten, landelijke thema-instituten, GGD'en en het RIVM Centrum Gezond Leven ontwikkelen samen een handleiding Gezonde School - basisonderwijs. Deze handleiding is bestemd voor professionals die basisscholen begeleiden bij het structureel en planmatig werken aan gezondheidsbevordering en preventie. De handleiding verschijnt april 2010. In de handleiding worden de stappen van planmatig werken verder uitgewerkt en zijn veel tips en praktijkvoorbeelden toegevoegd. Ook komt de handleiding tegemoet aan de wens van verschillende GGD'en om de methode flexibeler te maken. Door te werken met modules kunnen professionals beter aansluiten bij de verschillende situaties en wensen van scholen.

Naast de handleiding Gezonde School ontwikkelt het RIVM Centrum Gezond Leven een webfaciliteit om interventieoverzichten voor het basisonderwijs, voortgezet onderwijs en voor middelbare beroepsopleidingen uit te brengen. Deze overzichten bevatten alle erkende landelijke interventies<sup>22</sup> en alle landelijke 'goed beschreven' interventies. Tevens bestaat de mogelijkheid om het interventieaanbod van specifieke organisaties toe te voegen. De webfaciliteit verschijnt begin april 2010 op [www.loketgezondleven.nl/gezondeschool](http://www.loketgezondleven.nl/gezondeschool) en is door de koppeling aan de I-database op elk moment zo actueel mogelijk.

Naast de handleiding is momenteel een vignet Gezonde School in ontwikkeling. De implementatie van het vignet in het onderwijs bereiden we in de tweede helft van 2010 voor, met het streven het vignet in onderwijsland te lanceren begin 2011.

In het kader van competentieversterking start de NSPOH, in opdracht van het RIVM Centrum Gezond Leven, in de loop van 2010 een lerend netwerk Gezonde School en een leergang Gezonde School en Onderwijs. Binnen het netwerk kunnen professionals ervaringen kunnen uitwisselen met gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs. Deze leergang zal verschillende, los van elkaar te volgen modules bevatten. Denk hierbij aan een module gericht op het werken met de handleiding Gezonde School en een module gericht op het ondersteunen en adviseren van scholen en gemeenten. Professionals kunnen daarnaast terecht bij de helpdesk Gezonde School ([gezondeschool@rivm.nl](mailto:gezondeschool@rivm.nl)). In het voorjaar van 2010 verschijnt tevens een Gezonde School Nieuwsbrief met landelijke informatie die regionale professionals kunnen aanvullen en kunnen doormailen aan scholen in het eigen werkgebied.

In 2010 zal het RIVM Centrum Gezond Leven met TNO Kwaliteit van Leven tevens een verkenning uitvoeren naar mogelijkheden voor het versterken van planmatige gezondheidsbevordering in het Voortgezet en Middelbaar Beroeps Onderwijs.

---

<sup>22</sup> De kwaliteit van deze interventies is door een onafhankelijke commissie, onder auspiciën van het Nederlands Jeugdinstituut en de RIVM-centra Gezond Leven en Jeugdgezondheid, beoordeeld als theoretisch goed onderbouwd, waarschijnlijk effectief of bewezen effectief.



## Dankwoord

Een woord van dank gaat uit naar alle mensen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van dit rapport.

Het onderzoek naar de stand van zaken rond gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs is in 2008 uitgevoerd door leden van de werkplaats Gezonde School van het RIVM Centrum Gezond Leven. De uitgevoerde activiteiten bedroegen onder andere het opstellen van topiclijsten voor focusgroepen, het maken vragenlijsten en vragen voor diepte-interviews, het analyseren van beschikbare documenten over Gezonde School en het verzamelen en bestuderen van wetenschappelijke literatuur. Ik dank de volgende personen die allen een constructieve bijdrage geleverd aan het onderzoek naar de stand van zaken van gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs:

Hester van Bommel, Pharos  
Sjoukje Bonnema-Hiddema, Pallas research and consultancy  
Nicole Boot, GGD Zuid Limburg / Universiteit Maastricht  
Miranda Bos-Pronk, Stichting Consument en Veiligheid  
Goof Buijs, NIGZ  
Mirande Dawson, NIGZ  
Danielle Frissen, NISB  
Willemijn van Gastel, VanGastel projectbureau gezondheidszorg  
Danny Kayzer, NIGZ  
Ira Kellert, Pallas research and consultancy  
Dini Smilde-van den Doel, Pallas research and consultancy  
Jeltje Snel, Voedingscentrum Nederland  
Hilde Vreeken, RIVM Centrum Gezond Leven

Naast deze personen bedank ik de scholen, onderwijsbegeleidingsdiensten en GGD'en die hebben deelgenomen aan de interviews of de focusgroepen of die de vragenlijsten hebben ingevuld. Op basis van de resultaten van dit onderzoek kunnen wij aan de slag met het versterken van gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten in het onderwijs. Ook bedank ik Carola Schrijvers (voorheen RIVM/Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, nu IVO) en Mariken Leurs (hoofd RIVM Centrum Gezond Leven) voor hun opmerkingen op (eerdere versies van) het onderzoeksverslag.

Tot slot een woord van dank aan onze collega's van TNO Kwaliteit van Leven: Theo Paulussen en Minne Fekkes voor de voortvarendheid waarmee zij de gevraagde literatuurreview ter hand hebben genomen. Door dit literatuuronderzoek is de Nederlandse stand van zaken in internationaal perspectief te plaatsen en zijn we voorzien van extra onderbouwing voor de doorontwikkeling én implementatie van de Gezonde School Methode in Nederland. Dank daarvoor!

Vivian Bos  
Coördinator programma Gezonde School  
RIVM Centrum Gezond Leven



## Literatuur

Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Jacobsen SJ. Long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based perspective. *J Dev Behav Pediatr* 2007; 28(4):265-273.

Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. *Intervention mapping: designing theory- and evidence based health promotion programs*. Mountain View, CA: Mayfield 2001.

Botvin GJ, Griffin KW, Paul E, Macaulay AP. Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through Life Skills Training. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 2003; 12:1-17.

Botvin GJ, Griffin KW. School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19(6):607-615.

Buijs G. Werkdocument de Gezonde School Methode in Nederland. 2005, NIGZ, Woerden

Buijs G, Ausems M, Leurs M. *De schoolslag-prioriteitenworkshop Voortgezet Onderwijs*. 2004, NIGZ, Woerden.

Dafesh, ZJA, Buijs, GJ, Hekkink C, Drossaert CHC, Boer H, Regioscan GGD en gezondheid op scholen. *Onderzoek naar de stand van zaken rond de ondersteuning van scholen door GGD'en op het terrein van gezondheid*. 2006, NIGZ, Woerden.

Dake JA, Price JH, Telljohann SK. The nature and extent of bullying at school. *J Sch Health* 2003; 73(5):173-180.

Daniels DY. Examining attendance, academic performance, and behavior in obese adolescents. *J Sch Nurs* 2008; 24(6):379-387.

Datar A, Sturm R. Childhood overweight and elementary school outcomes. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30(9):1449-1460.

DeSocio J, Hootman J. Children's mental health and school success. *J Sch Nurs* 2004; 20(4):189-196.

Dobbins M, De CK, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (1):CD007651.

Dupaul GJ, Evans SW. School-based interventions for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adolesc Med State Art Rev* 2008; 19(2):300-12.

Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol* 1997; 25(2):115-152.

Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use: a systematic review. *Prev Med* 2008; 46(5):385-396.

Fletcher A, Bonell C, Hargreaves J. School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. *J Adolesc Health* 2008; 42(3):209-220.

Flores R. Dance for health: improving fitness in African American and Hispanic adolescents. *Public Health Rep* 1995; 110(2):189-193.

French SA, Stables G. Environmental interventions to promote vegetable and fruit consumption among youth in school settings. *Prev Med* 2003; 37(6 Pt 1):593-610.

Geier AB, Foster GD, Womble LG et al. The relationship between relative weight and school attendance among elementary schoolchildren. *Obesity (Silver Spring)* 2007; 15(8):2157-2161.

Gortmaker SL, Peterson K, Wiecha J et al. Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153(4):409-418.

Grantham-McGregor S. Can the provision of breakfast benefit school performance? *Food Nutr Bull* 2005; 26(2 Suppl 2):S144-S158.

Green L, Kreuter M, Health Program Planning: PRECEDE/PROCEED Model. 4th ed. 2005, McGraw Hill, New York,

Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. Preventing mental disorders in school-age children: a review of the effectiveness of prevention programs. 2000, Prevention Research Center for the Promotion of Human Development, Pennsylvania State University.

Gureasko-Moore SP, DuPaul GJ, Whire GP. Self-management of classroom preparedness and homework: effects on school functioning of adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *School Psych Rev.* 2007; 36(4):617-664.

Hall WD. Cannabis use and the mental health of young people. [References]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40(2):105-113.

Harris KC, Kuramoto LK, Schulzer M, Retallack JE. Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis. *CMAJ* 2009; 180(7):719-726.

Hoyle TB, Samek BB, Valois RF. Building Capacity for the Continuous Improvement of Health-Promoting Schools. *Journal of School Health* 2008; 78(1):1-8.

Jitendra AK, Dupaul GJ, Someki F, Tresco KE. Enhancing academic achievement for children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: evidence from school-based intervention research. *Dev Disabil Res Rev* 2008; 14(4):325-330.

Joyce B, Showers B. Student achievement through staff development. New York, 1988, Longman.

Kleijnen R, Van Mulken T, Leurs M. Regionale trends: Quickscan Preventie en Zorg VO. In Kleijnen R, Leurs M (eds). Een klasse apart. Gids Integrale Leerlingenzorg. 2003, Stichting VORMing, Maastricht.

Knai C, Pomerleau J, Lock K, McKee M. Getting children to eat more fruit and vegetables: a systematic review. *Prev Med* 2006; 42(2):85-95.

Kochenderfer BJ, Ladd GW. Peer victimization: cause or consequence of school maladjustment. *Child Dev.* 1996; 67:1305-1317.

Kremers S., Jonkers R., Reubsaet A., Martens M., De Vries N., De Weerd I. Programmeringstudie overgewicht. Zaandam 2008, Kwak & Van Daalen & Ronday.

Leurs MT, Schaalma HP, Jansen MW, Mur-Veeman IM, St. Leger LH, Vries N. Development of a collaborative model to improve school health promotion in the Netherlands, *Health Promotion International* 2005; 20(3):296-305.

Leurs MT, Mur-Veeman IM, Schaalma HP, Feron FJM, De Vries NK. Integrale ketenzorg biedt mogelijkheden om de zorgkracht in het onderwijs te versterken. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* 2005; 37:71-76.

Leurs MTW, Steenbakkers M, Jansen MWJ. Het schoolSlag-praktijkboek: samen werken aan preventie op maat in het onderwijs. Maastricht 2006, GGD Zuid Limburg.

Lynskey M, Hall W. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction* 2000; 95(11):1621-1630.

Mackenbach JP. Inequalities in health in the Netherlands according to age, gender, marital status, level of education, degree of urbanization, and region. *Eur. J Public Health* 1993; 3:112-8

Manios Y, Kafatos A, Mamalakis G. The effects of a health education intervention initiated at first grade over a 3 year period: physical activity and fitness indices. *Health Educ Res* 1998; 13(4):593-606.

Marx E, Wooley S. *Health Is Academic. A guide to coordinated school health programs.* New York 1998; Teachers College Press.

Mukoma W, Flisher AJ. Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promot Int* 2004; 19(3):357-368.

Paulussen T, Panis R, Peters L, Buijs G, Wijnsma P. Stand van zaken schoolgezondheidsbeleid in Nederland. Woerden, 1998, NIGZ.

Paulussen Th., Wiefferink K, Mesters I. Invoering van effectief gebleken interventies. In: Brug J., Van Asseman P, Lechner L. (eds). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering.* 2007, Van Gorcum, Assen

Pijpers FIM. *Schoolgezondheidsbeleid in het basisonderwijs.* Leiden, 1999, Leiden Universiteit,

Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J, Metz J. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc* 2005; 105(5):743-760.



Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999; 282(16):1561-1567.

Schrijvers CTM, Schoemaker CG. Spelen met gezondheid; Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. 2008, 0703 RIVM, Bilthoven

SHE, Schools for Health in Europe. Vilnius resolutie: betere scholen door gezondheid. Better schools through health: the Third European Conference on Health Promoting Schools. 15-17 juni 2009, Vilnius, Lithuania.

Shore SM, Sachs ML, Lidicker JR, Brett SN, Wright AR, Libonati JR. Decreased scholastic achievement in overweight middle school students. *Obesity (Silver Spring)* 2008; 16(7):1535-1538.

Sluijs van EM, McMinn AM, Griffin SJ. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *BMJ* 2007; 335(7622):703.

Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health of preventing disease and specifically, what is the effectiveness of the health promoting school approach? 2006, WHO European region, Copenhagen

St.Leger L, Kolbe L, Lee A, McCall D, Young I. School health promotion: achievements, challenges and priorities. In: McQueen D, Jones C. (ed.) *Global perspectives on health promotion effectiveness 2007*, Springer

Stronks K, Van de Mheen H, Mackenbach JP. Sociaal-economische gezondheidsverschillen. In: Mackenbach JP, Verkleij H. (ed.) *Volksgezondheids Toekomst Verkenning II Gezondheidsverschillen 1997* 270551

Taras H, Potts-Datema W. Sleep and student performance at school. *J Sch Health* 2005; 75(7):248-254.

Taras H. Physical activity and student performance at school. *J Sch Health* 2005; 75(6):214-218.

Taras H. Nutrition and student performance at school. *J Sch Health* 2005; 75(6):199-213.

Timmers MAJ. Evaluation of the 'Gezonde en Veilige School' method at primary schools in de the region Hart voor Brabant. Master thesis Health Education and promotion. Maastricht University, 2009

Trudeau F, Shephard RJ. Physical education, school physical activity, school sports and academic performance. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008; 5:10.

Vaisman N, Voet H, Akivis A, Vakil E. Effect of breakfast timing on the cognitive functions of elementary school students. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150(10):1089-1092.

Vreeman RC, Carroll AE. A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161(1):78-88.

Whitaker RC, Wright JA, Koepsell TD, Finch AJ, Psaty BM. Randomized intervention to increase children's selection of low-fat foods in school lunches. *J Pediatrics* 1994; 125:535-540.

WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 1986

Wiefferink CH, Poelman J, Linthorst M, Vanwesenbeeck I., van Wijngaarden J, Paulussen TGW. Outcomes of a systematically designed strategy for the implementation of sex education in Dutch secondary schools. *Health Education Research* 2005; 20(3),323-333.



## Lijst van afkortingen

AGZ	Algemene Gezondheidszorg
ALO	Academie voor Lichamelijke Opvoeding
ARBO	Arbidsomstandigheden
BMI	Body Mass Index
BOS	Buurt, Onderwijs, Sport
CGL	RIVM Centrum Gezond Leven
E-MOVO	Elektronische Monitor en Voorlichting
ELO	Elektronische Leeromgeving
GGD	Gemeentelijke/Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GSM	Gezonde School Methode
havo	hoger algemeen voortgezet onderwijs
IB'er	Intern Begeleider
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
mbo	middelbaar beroepsonderwijs
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NISB	Nederlands Instituut voor Sport & Bewegen
NSPOH	Netherlands School of Public and Occupational Health
OBD	Onderwijsbegeleidingsdienst
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
PAD	Programma Alternatieve Denkstrategieën
PGO	Periodiek Geneeskundig Onderzoek
PO	Primair onderwijs
SPOT	Samenwerking Preventie Onderwijs Twente
STEP	School Transitional Environment Project
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROC	Regionaal opleidingscentrum
vmbo	voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
VO	Voortgezet Onderwijs
vwo	voorbereidend wetenschappelijk onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZAT	Zorg- en AdviesTeam
ZEBO	Zelfevaluatie Basisonderwijs

**RIVM**

Rijksinstituut  
voor Volksgezondheid  
en Milieu

Centrum Gezond Leven

Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)