KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Centrum voor Wijsgerige Pedagogiek

DE PEDAGOGISERING VAN GEZONDHEID

Een kwalitatieve gevalsstudie in het Vlaamse buitengewoon lager onderwijs

Masterproef aangeboden tot het verkrijgen van de graad van Master in de Pedagogische Wetenschappen

Door

Evelyne Meys

Promotor: Prof. Dr. S. Ramaekers

Copromotor: Dr. B. Lambeir

- 2010-

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Centrum voor Wijsgerige Pedagogiek

DE PEDAGOGISERING VAN GEZONDHEID

Een kwalitatieve gevalsstudie in het Vlaamse buitengewoon lager onderwijs

Masterproef aangeboden tot het verkrijgen van de graad van Master in de Pedagogische Wetenschappen

Door

Evelyne Meys

Promotor: Prof. Dr. S. Ramaekers

Copromotor: Dr. B. Lambeir

- 2010-

Evelyne, Meys, De Pedagogisering van Gezondheid. Een kwalitatieve gevalsstudie in het Vlaamse buitengewoon lager onderwijs.

Masterproef aangeboden tot het verkrijgen van de graad van:
Master in de Pedagogische Wetenschappen
Examenperiode: juni 2010
Promotor: Prof. Dr. Stefan Ramaekers Copromotor: Dr. Bert Lambeir

---

Sinds 1 september 2007 wordt van elke Vlaamse school verwacht dat zij een gezondheidsbeleid uitstippelt. Werken aan een gezonde levensstijl doe je immers best van jongs af aan, een taak voor de school dus! Zo kan alleszins toch gelezen worden in de intentieverklaring van de Vlaamse overheid (Intentieverklaring, 2006). Maar behoort gezondheid wel in het onderwijs? En mag de overheid hier dan een rol in spelen? In deze masterproef wordt dieper ingegaan op dergelijke vragen, zowel in praktijk als theorie, aan de hand van volgende probleemstelling: *'In welke mate kan en mag een overheid een beleid voeren omtrent (een maatschappelijke problematiek als) 'gezondheid' via het onderwijs?'* Er werd hierbij gekozen voor een kwalitatieve gevalsstudie met een gefaseerde onderzoeksopzet, bestaande uit een verkennende en een verdiepende fase.

In de eerste, verkennende fase werd eerst een literatuurstudie uitgevoerd om zicht te krijgen op het gezondheidsbeleid voor scholen, zoals dit gecommuniceerd wordt door de overheid (Deel II, A). Vervolgens werden semi-gestructureerde interviews afgenomen van enkele actoren in drie Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs. De volgende onderzoeksvraag werd hierbij vooropgesteld: *'Hoe geven (verschillende actoren in) Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs vorm aan een gezondheidsbeleid?'* Uit de (verticale en horizontale) analyses van deze interviews kwam (onder meer) naar voren dat in de drie scholen reeds vrijblijvend rond gezondheid gewerkt werd, vóór het verschijnen van de intentieverklaring. Op het moment van de interviews werd in elk van deze scholen op een expliciete en bewuste manier een (verschillend) gezondheidsbeleid gevoerd, vanuit een breed gezondheidsbegrip. Over de beleving van dit gezondheidsbeleid konden echter verscheidene stemmen gehoord worden (Deel II, B).

In de tweede, verdiepende fase werd opnieuw een literatuurstudie ondernomen naar het gezondheidsbeleid van de overheid in/via scholen, ditmaal tegen de achtergrond van de pedagogisering van maatschappelijke problemen (Deel III, A). Met deze theoretische achtergrond werd teruggegaan naar dezelfde actoren voor een reeks verdiepende interviews met als leidende onderzoeksvraag: *'Hoe ervaren (verschillende actoren in) Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs het realiseren van een gezondheidsbeleid in hun school?'* Uit de analyses van deze interviews bleek (onder meer) dat de respondenten een gezondheidsbeleid op hun school beschouwen als 'vanzelfsprekend' en 'belangrijk'. Het overheidsbeleid hieromtrent ervaren ze enerzijds als 'goed', anderzijds hebben ze echter het gevoel hiermee overbelast te worden (Deel III, B).

Tot slot worden de belangrijkste bevindingen van de literatuur en het onderzoek besproken en wordt een (aanzet tot) antwoord geformuleerd op de vooropgestelde onderzoeksvragen en probleemstelling. Verder wordt een methodologische reflectie gehouden en perspectieven voor mogelijk vervolgonderzoek geformuleerd (Deel IV).

Woord Vooraf

"The interviewer as a traveller on a journey that leads to a tale to be told upon returning home"

(Kvale, 1999, p. 4)

Ergens in het begin van deze masterproef kwam ik deze zin tegen. Nog niet goed wetend wat hij exact wilde zeggen, sprak hij me aan. Ik denk en hoop, nu ik aan het einde van deze verhandeling gekomen ben, toch al een beetje meer te kunnen begrijpen wat Kvale hiermee wilde zeggen. De 'reis' die ik gemaakt heb de voorbije twee jaar met deze verhandeling, was er één met leuke en interessante momenten, maar ook met momenten van vertwijfeling en moeilijkheden die overwonnen moesten worden. Het is uiteraard ook geen reis die ik alleen heb (moeten) maken. Ik wil dan ook nog graag even enkele mensen bedanken die ik onderweg, eventjes of voor langere tijd, ben tegengekomen en die in zekere zin deze verhandeling 'mee-gemaakt' hebben…

Zo wil ik vooreerst mijn promotor Stefan Ramaekers en co-promotor Bert Lambeir bedanken voor het geven van een vertrekpunt en het nalezen van mijn werk, maar bovenal voor de grote vrijheid die ik mocht ervaren bij het kiezen van mijn eigen weg - als het maar duidelijk, helder en overzichtelijk was en beargumenteerd kon worden. Bedankt voor de aanmoediging hierbij! Verder wil ik mijn 'thesisgenootje' Jennemie bedanken, voor het samen starten en uitzoeken wat nu eigenlijk zo'n masterproef is, maar vooral voor je gedrevenheid, die aanstekelijk werkte telkens wanneer ik je tegenkwam op een ander moment. Het was fijn om een 'reisgenootje' te hebben! Ook mijn respondenten wil ik graag bedanken, ondanks hun drukke schoolagenda's hebben zij tijd vrij kunnen en willen maken om me hun 'verhaal' te vertellen. Dankjewel, door deze verhalen kon ik immers dit 'verhaal' schrijven! Tot slot wil ik graag nog de anderen bedanken die er, elk op hun eigen manier, geweest zijn voor me doorheen deze 'reis'. Enkelen wil ik hierbij toch speciaal vermelden, namelijk mijn 'thesisbuddy' Lisa - voor al de tips over het kwalitatief onderzoek en voor het mee dragen van de laatste loodjes, Hanne - voor het enthousiast en spontaan aanbieden om 'spellingcorrector' te zijn, Valerie - voor alle boeiende gesprekken het afgelopen semester naast en over de thesissen, en Sabrina, An - voor de steun onderweg en voor alle leuke, grappige of serieuze, maar vooral ontspannende momenten samen.

Bedankt!

Op het einde van deze 'reis' gekomen, rest me nog deze verhandeling als mijn 'reisverslag' te presenteren.. Veel leesplezier!

Inhoudstafel

SAMENVATTING

WOORD VOORAF

ALGEMENE INLEIDING……...1

DEEL I METHODOLOGISCH KADER EN ONDERZOEKSOPZET……..3

INLEIDING…….....3

1 WAT WORDT ER ONDERZOCHT? 3

2 METHODOLOGIE 4

2.1 Een kwalitatief-hermeneutische benadering 4

2.2 De keuze voor een gevalsstudie 5

3 HET VERZAMELEN VAN DATA 6

3.1 Selectie van de onderzoeksgroep 6

3.2 Onderzoeksinstrumenten en onderzoeksverloop 8

3.2.1 Onderzoeksmethode 8

3.2.2 Onderzoekslogboek 12

3.3 (Effectief) verloop van het onderzoek 12

3.3.1 Algemeen verloop 14

3.3.2 Het verloop per school 15

4 HET ANALYSEREN VAN DE DATA 17

4.1 Transcriptie 17

4.2 Codering 18

4.3 Verticale analyse 18

4.4 Horizontale analyse 19

5 METHODOLOGISCHE KWALITEIT 19

5.1 Betrouwbaarheid 19

5.1.1 Interne betrouwbaarheid 20

5.1.2 Externe betrouwbaarheid 20

5.2 Validiteit 21

5.2.1 Interne validiteit 21

5.2.2 Externe validiteit 22

UITLEIDING……....22

DEEL II VERKENNENDE FASE……..23

INLEIDING…….23

A. LITERATUURSTUDIE: Een gezondheidsbeleid op school……..23

Inleiding 23

1 GEZONDHEIDSPROMOTIE 24

2 DE SCHOOL ALS OMGEVING VOOR GEZONDHEIDSPROMOTIE 26

3 EEN GEZONDHEIDSBELEID VOOR SCHOLEN 27

3.1 Intentieverklaring 29

3.2 Gelijke kansen in gezondheid en gelijke onderwijskansen gaan hand in hand 30

3.3 Actieplan: 'Op uw gezondheid' 31

3.3.1 Aanknopingspunten voor de school 32

3.3.2 Meting huidige situatie, follow-up en evaluatie 33

3.3.3 Communicatie 34

4 AANPAK OP SCHOOL: VAN PROBLEEMANALYSE NAAR ACTIE 34

4.1 SMART (+) doelstellingen 34

4.2 Geïntegreerde werking 35

5 WAAR KUNNEN SCHOLEN TERECHT? 36

6 VOORBEELDEN VAN PROJECTEN 39

B. ANALYSE: Vormgeving aan een gezondheidsbeleid op school…….41

Inleiding 41

1 VERTICALE ANALYSE 41

1.1 School P. 42

1.1.1 Gezondheid in het algemeen 42

1.1.2 Gezondheidsbeleid Vlaamse overheid voor scholen 43

1.1.3 De realisatie van een gezondheidsbeleid op school P. 44

1.1.4 Een gezondheidsbeleid op school P. – samenvatting 47

1.2 School B. 48

1.3 School W. 50

1.4 Besluit 51

2 HORIZONTALE ANALYSE 51

2.1 Gezondheid in het algemeen 51

2.2 Gezondheidsbeleid Vlaamse overheid voor scholen 52

2.3 De realisatie van een gezondheidsbeleid 55

UITLEIDING……...…...59

DEEL III VERDIEPENDE FASE……..……61

INLEIDING…….61

A. LITERATUURSTUDIE: De pedagogisering van gezondheid……...61

1 OVER 'PEDAGOGISERING': CONCEPT-AFBAKENING 62
2 PEDAGOGISERING (VAN GEZONDHEID) ALS OVERHEIDSBELEID 65
2.1 Analyse van pedagogisering als 'bestuurlijkheid' 65
2.1.1 Van welvaartsstaat naar neoliberale staat 65
2.1.2 Overheidsbeleid in het discours 'levenslang leren' 68
2.1.3 Overheidsbeleid als onderdeel van discours 71
2.2 Pedagogisering als overheidsbeleid – een aantal standpunten 72
3 PEDAGOGISERING ALS MAATSCHAPPELIJKE OPDRACHT VOOR HET ONDERWIJS. 75
3.1 Onderwijs als 'voorstander' van pedagogisering 75
3.2 Onderwijs als deel van de samenleving 76
3.3 De 'opdracht' van het onderwijs 76
3.4 Een pedagogische noodzaak 77
3.5 Een voorstel tot een gepaste opdracht voor het onderwijs 78
3.6 De haalbaarheid van pedagogisering 78

B. ANALYSE: Beleving van een gezondheidsbeleid op school……80

Inleiding 80

1 VERTICALE ANALYSE 80
1.1 School P. 81
1.1.1 Onderwijs in het algemeen 81
1.1.2 Gezondheid in het onderwijs 82
1.1.3 Een gezondheidsbeleid op school P. – samenvatting 86
1.2 School B. 87
1.3 School W. 89
1.4 Besluit 90
2 HORIZONTALE ANALYSE 91
2.1 Onderwijs in het algemeen 91
2.2 Gezondheid in het onderwijs 92

UITLEIDING…….....98

DEEL IV BESPREKING, DISCUSSIE EN PERSPECTIEVEN……..101

INLEIDING……..101

1 BESPREKING 101

1.1 Verkennende onderzoeksvraag 101

1.2 Verdiepende onderzoeksvraag 106

1.3 Probleemstelling 111

2 METHODOLOGISCHE REFLECTIE 115

3 PERSPECTIEVEN VOOR VERDER ONDERZOEK 117

UITLEIDING……....118

REFERENTIELIJST……...…..…119

BIJLAGEN…… I

BIJLAGE I Brief voor scholen III

BIJLAGE II Leidraad verkennend interview – versie voor leerkrachten V

BIJLAGE III Leidraad verkennend interview – versie voor directie VII

BIJLAGE IV Leidraad verdiepend interview IX

BIJLAGE V Codeerschema verkennende fase XI

BIJLAGE VI Codeerschema verdiepende fase XIII

Algemene Inleiding

Werken aan gezond gedrag begint van jongs af aan.
Als educatieve instelling is hier een belangrijke taak voor het onderwijs weggelegd.
Scholen horen gezonde leeromgevingen te zijn.
Kinderen en jongeren moeten kunnen opgroeien tot gezonde volwassenen.

Zo staat alleszins toch te lezen in het actieplan van de Vlaamse overheid: 'Op uw gezondheid' (Vlor Commissie Gezondheidsbevordering, 2006, p. 2-3). Dit actieplan werd opgesteld naar aanleiding van de intentieverklaring. Het gaat immers 'slecht' met de gezondheidstoestand van de Vlaamse jeugd en van de Vlaming in het algemeen: we eten ongezond, bewegen onvoldoende en roken nog te vaak. Er moet dus een gezonde levensstijl aangeleerd worden en wel best van jongs af aan. Sinds 1 september 2007 wordt dan ook van elke Vlaamse school verwacht dat zij een gezondheidsbeleid op maat van hun school en leerlingen uitstippelt (Intentieverklaring, 2006).

Bij dit beleid kunnen echter een aantal vragen gesteld worden zoals: 'Past een gezondheidsbeleid wel in een school?', 'Mag de overheid zulke dingen wel 'opleggen' aan de school?', 'Gaat het dan echt zo 'slecht' met de Vlaamse jeugd?' Of nog: 'Wat vinden de scholen hier eigenlijk van?' In deze masterproef zal dan ook geprobeerd worden om dieper in te gaan op een aantal van dergelijke vragen die gesteld kunnen worden bij dit gezondheidsbeleid voor scholen vanuit de Vlaamse overheid. De volgende (overkoepelende) probleemstelling werd hiervoor geformuleerd: *'In welke mate kan en mag een overheid een beleid voeren omtrent (een maatschappelijke problematiek als) 'gezondheid' via het onderwijs?'* Om hierop een (aanzet tot) antwoord te geven, werd een onderzoek gevoerd zowel in 'theorie' (wijsgerig-pedagogische literatuur) als in 'praktijk' (overheidsbeleid en scholen) aan de hand van een exploratieve, kwalitatieve gevalsstudie. Dit onderzoek is opgebouwd uit een verkennende en verdiepende fase. Elke fase bestaat uit een literatuur- en een empirische studie (zie Methodologisch kader en onderzoeksopzet: Deel I).

Eerst werd een 'verkennend onderzoek' ondernomen naar het gezondheidsbeleid voor scholen en naar het vernoemde actieplan en de intentieverklaring van de Vlaamse overheid. Zo werden deze en andere documenten van dichterbij bekeken, werd er literatuur gezocht over 'gezondheidspromotie' en verwante onderwerpen. Op deze manier kon immers zicht gekregen worden op wat eigenlijk zo'n 'gezondheidsbeleid' is en welk beleid hieromtrent in Vlaanderen wordt gevoerd. In de verkennende literatuurstudie wordt dan ook weergegeven wat er gevonden werd over dit gezondheidsbeleid, hoe dit vorm krijgt op het Vlaamse beleidsniveau en wat van scholen wordt verwacht (Verkennende literatuurstudie: Deel II, A). Nadien werd voor een reeks verkennende interviews naar drie geselecteerde Vlaamse

scholen voor buitengewoon onderwijs gegaan om daar te vragen en te kijken hoe zo'n gezondheidsbeleid gerealiseerd wordt in de 'praktijk'. Volgende onderzoeksvraag werd vooropgesteld: *'Hoe geven (verschillende actoren in) Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs vorm aan een gezondheidsbeleid?'* De (verticale en horizontale) analyses van deze verkenning in scholen worden weergegeven in Deel II, B.

In de verdiepende fase van het onderzoek wordt verder ingegaan op het 'gezondheidsbeleid voor scholen'. In de literatuurstudie wordt een overzicht gegeven van (voornamelijk wijsgerig-pedagogische) standpunten en aspecten van maatschappelijke problemen die in het onderwijs ingebracht worden. Deze vorm van overheidsbeleid wordt 'pedagogisering' genoemd en vormt de achtergrondliteratuur voor de probleemstelling. Om de overzichtelijkheid van de masterproef en het onderzoeksopzet te bewaren, wordt pas op dit punt dieper ingegaan op de vooropgestelde probleemstelling. Verder wordt in deze literatuurstudie het fenomeen 'pedagogisering' vanuit het standpunt van het onderwijs besproken. Dit gebeurt door een overzicht te geven van verscheidene standpunten en aspecten die in de literatuur teruggevonden kunnen worden (Verdiepende literatuurstudie: Deel III, A). In het empirische gedeelte van de verdiepende fase werd een reeks verdiepende interviews afgenomen in dezelfde scholen. De focus hierbij lag op de opvattingen over en de beleving van dit gezondheidsbeleid (van de overheid) bij de respondenten. Volgende onderzoeksvraag werd hiervoor gehanteerd: '*Hoe ervaren (verschillende actoren in) Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs het realiseren van een gezondheidsbeleid in hun school?'* De analyses hiervan worden weergegeven in Deel III, B.

In Deel IV wordt tot slot de bekomen informatie, zowel van het overheidsbeleid, de literatuur en de scholen, besproken en wordt een (aanzet tot) antwoord gegeven op de vooropgestelde onderzoeksvragen en de probleemstelling. Nadien worden een methodologische reflectie gehouden en perspectieven geformuleerd voor verder onderzoek.

In de eerste bijeenkomst werd door de promotoren het onderwerp en een aanzet tot een onderzoeksopzet voor een kwalitatieve gevalsstudie aangereikt. Tevens verwezen zij naar de discussie over de pedagogisering van maatschappelijke problemen als literatuur voor de probleemstelling. De verdere uitwerking en verdieping van dit 'vertrekpunt' werd zelf gedaan, evenals het verder op zoek gaan naar andere literatuur. De gemaakte stukken werden steeds voorgelegd, waarop suggesties gegeven werden. Dit onderwerp was eveneens door een andere student gekozen, waardoor een opsplitsing gemaakt werd. Hierbij koos ik om mijn onderzoek in het buitengewoon (lager) onderwijs te doen, in lijn van mijn afstudeerrichting orthopedagogiek. De verkennende literatuurstudie (Deel II, A) werd samen met deze andere student (Jennemie Driesens) gemaakt, evenals het opstellen van een brief voor de contactname met scholen en de verkennende interviewleidraad.

DEEL I

METHODOLOGISCH KADER EN ONDERZOEKSOPZET

INLEIDING

In dit hoofdstuk worden vooreerst de probleemstelling en de onderzoeksvragen toegelicht, die gebruikt werden als leidraad doorheen het gehele onderzoek. Ten tweede wordt uiteengezet welke methoden en technieken gebruikt zijn om data te verzamelen om dan verder in te gaan op de verschillende stappen die ondernomen werden om deze te verzamelen. Vervolgens wordt er meer uitleg verschaft bij de manier waarop deze data verwerkt werden en tot slot wordt er stilgestaan bij de kwaliteit van het onderzoek.

1. Wat wordt er onderzocht?

In deze masterproef wordt geprobeerd om een aanzet tot antwoord op onderstaande vraag te formuleren. Deze vraag vormt dan ook de probleemstelling van het onderzoek. De literatuur die de achtergrond voor deze probleemstelling vormt, wordt weergegeven in het eerste gedeelte van de verdiepende literatuurstudie (Deel III, A). De probleemstelling is de volgende:

'In welke mate kan en mag een overheid een beleid voeren omtrent (een maatschappelijke problematiek als) 'gezondheid' via het onderwijs?'

Om een aanzet tot antwoord op deze probleemstelling te geven, werd deze opgesplitst in twee onderzoeksvragen. Elk van deze deelvragen vormt een fase, die op zijn beurt weer uit twee gedeelten opgebouwd werd. Deze gedeelten zijn een literatuurgedeelte en een empirisch gedeelte waarin een aantal actoren in het veld bevraagd worden. Deze fasen worden hieronder (kort) verder toegelicht (zie ook 3.3 voor een schematisch overzicht van het onderzoeksverloop). Dit onderzoek legt zich enkel toe op het buitengewoon lager onderwijs. Tijdens het verloop van dit onderzoek werd er een parallelonderzoek in scholen voor het gewone lager onderwijs gevoerd in het kader van een masterproef (Driesens, 2010, forthcoming).

In de verkennende fase werd de volgende onderzoeksvraag voorop gesteld:

'Hoe geven (verschillende actoren in) Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs vorm aan een gezondheidsbeleid?'.

In het eerste gedeelte van deze verkennende fase werd, door middel van een literatuurstudie nagegaan wat de overheid verstaat onder een gezondheidsbeleid, hoe zij dit promoten aan scholen en wat zij verwachten van scholen omtrent gezondheid op school (Deel II, A). Op deze manier werd getracht om zicht te krijgen op hoe zulk een gezondheidsbeleid in Vlaanderen door de overheid in/via het onderwijs gevoerd wordt. In het tweede gedeelte werd bij verscheidene actoren in diverse scholen voor buitengewoon lager onderwijs in Vlaanderen door middel van semi-gestructureerde interviews nagegaan hoe zij al dan niet zelf vormgeven aan een gezondheidsbeleid in hun school of op welke manier zij ervaren dat er in hun school een gezondheidsbeleid gerealiseerd wordt (Deel II, B).

In de verdiepende fase werd opnieuw in twee gedeelten ingegaan op het onderwijsbeleid van de overheid betreffende het thema gezondheid. Ditmaal aan de hand van de volgende onderzoeksvraag:

'Hoe ervaren (verschillende actoren in) Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs het realiseren van een gezondheidsbeleid in hun school?'

In het eerste gedeelte werd een verdiepende literatuurstudie ondernomen naar het overheidsbeleid en de rol van het onderwijs, tegen de achtergrond van de pedagogisering van maatschappelijke problemen (Deel III, A). Hierna werd, wederom door middel van semi-gestructureerde interviews, nagegaan of deze zelfde actoren in de scholen van mening zijn dat het hebben en/of voeren van een gezondheidsbeleid tot hun 'opdracht' behoort, tot in welke mate dit beleid gedragen wordt in de school, of zij vinden dat zulk een beleid past in de pedagogische visie van de school,… (Deel III, B).

2. Methodologie

In wat volgt wordt de keuze voor een kwalitatief-hermeneutische benadering en voor een gevalsstudie in dit onderzoek uiteengezet.

2.1 Een kwalitatief-hermeneutische benadering

Mertens (1999) haalt aan dat de werkelijkheid een sociaal geconstrueerde werkelijkheid is, waarbij er verschillende 'realiteiten' bestaan die mede afhankelijk zijn van de context en de tijd waarin men zich bevindt. Kwalitatieve methoden kunnen dan ook gebruikt worden om een bepaalde constructie van mensen in hun specifieke context te begrijpen (Mertens, 1999). Gezien de hierboven vermelde onderzoeksvragen leek een kwalitatief-hermeneutische benadering dan ook het best aan te sluiten bij dit onderzoek. Het is immers de bedoeling om na te gaan hoe mensen omgaan met het gegeven 'gezondheidsbeleid' in

verschillende scholen. Hierbij wordt er van uit gegaan, gezien 'gezondheidsbeleid' een sociaal geconstrueerde realiteit vormt, dat dit concept waarschijnlijk niet voor elke school hetzelfde ingevuld wordt en dat er zelfs binnen eenzelfde school verschillende opvattingen over kunnen bestaan.

Verder gaat een interpretatieve of kwalitatieve traditie er van uit dat mensen handelen op grond van de betekenis die een bepaalde handelingssituatie voor hen heeft (Wardekker, 1999). Menselijk handelen kan dus als betekenisvol handelen omschreven worden, waarbij deze subjectieve betekenisgeving door mensen een belangrijke rol speelt (Kelchtermans, 1999). Hoe mensen vormgeven aan een gezondheidsbeleid zal dus afhankelijk zijn van hoe zij betekenis geven aan gezondheid in het algemeen en aan gezondheid in de context van een school. Er wordt dan ook geprobeerd om na te gaan hoe de respondenten hieraan betekenis geven en hoe deze betekenisgeving een invloed heeft op hun concrete handelen in de school.

Smeyers (1999) haalt bovendien aan dat hoe mensen handelen en betekenis geven aan bepaalde situaties intersubjectief gesitueerd is. Hoe vormgegeven wordt aan een gezondheidsbeleid is dus niet enkel afhankelijk van hoe individuen zelf betekenis geven, maar ook van hoe hun omgeving hieraan betekenis geeft. Dit hoeft niet altijd verschillend te zijn, maar deze betekenissen kunnen zeker ook met elkaar verweven zijn. Zo kan het bijvoorbeeld belangrijk zijn om na te gaan wat de heersende opvatting rond dit gezondheidsbeleid in de school lijkt te zijn, wat de directie hiervan vindt en hoe hij/zij dit naar het schoolteam communiceert. Deze invloeden op de betekenisgeving van het individu kunnen zich situeren op schoolniveau, maar kunnen zich evengoed ook situeren in de ruimere omgeving, zoals de overheid en hoe deze tegenover gezondheidsbeleid in de school staat en welke boodschap zij hieromtrent aan de scholen geven.

Zo wordt er, met behulp van een kwalitatief-hermeneutische benadering, geprobeerd om met dit onderzoek inzicht te krijgen in het betekenisvol handelen van respondenten wat betreft gezondheid en het gezondheidsbeleid in scholen. Hiervoor is het de bedoeling om zo dicht mogelijk te blijven bij de 'gewone' en sociale werkelijkheid en de alledaagse en natuurlijke taal die daar gebruikt wordt (Maso & Smaling, 1998).

2.2 De keuze voor een gevalsstudie

Stake (1995) definieert de gevalsstudie als "*the study of the particularity and complexity of a single case, coming to understand its activity within important circumstances*" (Stake, 1995, p. xi). Vermits in dit onderzoek gestreefd wordt naar het begrijpen van de manier waarop diverse actoren omgaan met de verwachting om een gezondheidsbeleid uit te stippelen, hieraan effectief vormgeven in de complexe setting van een school en hoe ze dit ervaren, werd dan ook gekozen voor de onderzoeksstrategie van de gevalsstudie. Een andere reden

waarom een gevalsstudie goed past bij dit onderzoek is, zoals Yin (1994) aanhaalt, dat er een hedendaags fenomeen in zijn levensechte context onderzocht wordt (namelijk het gezondheidsbeleid in diverse schoolomgevingen), waar je als onderzoeker geen controle over hebt en zodoende niet kan manipuleren.

Verder was het ook niet de bedoeling om naar representativiteit te streven met dit onderzoek, maar eerder naar verscheidene casussen met verschillende en soms misschien zelfs tegenstrijdige visies, om een breed overzicht te bekomen en op grond van de gegevens te maximaliseren wat er geleerd kan worden uit de casussen (Stake, 1995). Er is dan ook gekozen voor een 'purposive/purposeful sampling' met een 'maximale variatie' (Merriam, 1997). Deze 'maximale variatie' wil in deze gevalsstudie zeggen dat de scholen zo verschillend mogelijk gekozen werden met betrekking tot één bepaal (essentieel) kenmerk. Zo werd er gekozen voor een methodeschool, een 'voorbeeldschool' en een 'gewone' school (zie verder in 3.1), omdat verondersteld werd dat deze op elk op een andere manier en vanuit een andere (pedagogische) visie vormgeven aan een gezondheidsbeleid op hun school. Gezien er gewerkt werd met drie scholen die elk op zich een casus vormen, kan er hier gesproken worden van een meervoudige gevalsstudie (Merriam, 1997). De gevalsstudie die in het kader van dit onderzoek uitgevoerd wordt, kan tot slot een exploratieve gevalsstudie genoemd worden aangezien er nog niet veel (kwalitatief) onderzoek gebeurd is naar het gezondheidsbeleid en de beleving hiervan in scholen (Yin, 1994).

3. Het verzamelen van data

In wat volgt wordt vooreerst uiteengezet wie de deelnemers van het onderzoek waren, ten tweede wordt er dieper ingegaan op welke materialen en instrumenten gebruikt werden om data te verzamelen om ten slotte stil te staan bij het concrete verloop van het onderzoek.

3.1 Selectie van de onderzoeksgroep

Bij de selectie van de scholen werd rekening gehouden met volgende criteria.

Zoals eerder aangehaald, werden vooreerst enkel scholen van het buitengewoon lager onderwijs geselecteerd voor het onderzoek in deze masterproef. Het buitengewoon lager onderwijs bestaat echter uit verschillende types, waardoor een keuze gemaakt moest worden. Scholen die type 1, type 2 en/of type 8[1] onderwijs aanbieden kwamen in aanmerking op basis van eigen interesse en omwille van het praktische feit dat deze combinatie van types vaak samen voorkomt in scholen voor buitengewoon onderwijs.

[1] Het type 1 onderwijs is afgestemd op de noden van kinderen en jongeren met een lichte verstandelijke handicap of met een ontwikkelingsachterstand. Type 2 onderwijs is aangepast aan kinderen en jongeren met een matige of ernstige verstandelijke handicap. Het onderwijs van type 8 is er voor kinderen met ernstige leerstoornissen (Borrey, Jennes, Ranschaert, & Ghesquière, 2005).

Een tweede criterium waaraan scholen moesten voldoen is dat ze bereid bleken te zijn om mee te werken. Dit houdt concreet in dat er vier respondenten per school bereid zijn om een eerste, eerder verkennend interview te doen in 2009 en een tweede, meer verdiepend vervolginterview in 2010. Idealiter zouden dit iemand van de directie, iemand die (mede) verantwoordelijk is voor het gezondheidsbeleid in de school (zoals een 'gezondheidscoördinator') en twee leerkrachten zijn. De reden dat gekozen werd voor meerdere, verschillende actoren is dat er op deze manier verschillende perspectieven op het gezondheidsbeleid in de school verkregen zouden kunnen worden. Van een directielid werd verondersteld dat deze op de hoogte is van het reilen en zeilen in een school en een ondersteunende, eventueel sturende en zo een belemmerende of faciliterende rol zou kunnen spelen in de school betreffende het gezondheidsbeleid. Verder werd er gekozen voor iemand die (mede) verantwoordelijk is voor het gezondheidsbeleid, omdat deze waarschijnlijk het best op de hoogte is van hoe dit beleid gerealiseerd wordt in de school, hier misschien veel mee bezig is en vermoedelijk op een bepaalde manier om zal gaan met de verwachting om een dergelijk beleid uit te stippelen in de school. Ten slotte werd gekozen voor leerkrachten, omdat zij degenen zijn die waarschijnlijk het gezondheidsbeleid in de praktijk uitvoeren. En voor twee leerkrachten, om zo (eventueel) verschillende perspectieven op (eenzelfde) gezondheidsbeleid te verkrijgen. In de onderzoekspraktijk bleek het echter moeilijk om scholen te vinden die bereid waren om volledig mee te werken en het is dan ook niet steeds gelukt om al deze personen per school te interviewen. Op het feitelijke onderzoeksverloop zal in 3.3 dieper ingegaan worden.

Een derde criterium was ten slotte de bereikbaarheid van de school, wegens praktische redenen.

Gezien het feit dat in dit onderzoek gekozen werd voor een gevalsstudie met een selectie in functie van verscheidenheid voor een bepaald kenmerk, werden drie scholen geselecteerd, waarvan een verschil vermoed werd in hoe zij omgaan met (de verwachting van) een gezondheidsbeleid. Welke (soort van) scholen hiervoor gekozen werden en om welke redenen, wordt hieronder verder toegelicht.

Een eerste soort school dat vooropgesteld werd, is een methodeschool. De redenering die hierachter ligt is dat mogelijks het al dan niet aanwezig zijn van een uitgesproken mens- en maatschappijbeeld een invloed heeft op het gezondheidsbeleid en hoe hiermee wordt omgegaan in de school. De school die voldeed aan deze en voorgaande criteria is een steinerschool, namelijk school P. in Antwerpen. Deze school biedt onderwijs aan leerlingen uit type 1, 2 en 8.

Een tweede school werd gekozen op basis van het feit dat er een aantal scholen omschreven staan als 'voorbeeldscholen' op de onderwijssite van de Vlaamse overheid[2] in verband met het voeren van een gezondheidsbeleid. Het al dan niet omschreven zijn als 'voorbeeldschool' op deze site, zou een indicatie kunnen zijn dat een aantal scholen (reeds) op een bewuste manier bezig zijn met het voeren van een gezondheidsbeleid en door de minister van onderwijs een zekere 'status' toebedeeld lijken te krijgen door een vermelding op deze site. 'Voorbeeldschool' B. in Antwerpen is bestemd voor leerlingen met een type 1 attest en was bereid om mee te werken aan het onderzoek.

Voor een derde school werd gezocht naar een 'normale' school voor buitengewoon onderwijs, die niet als methodeschool, noch als 'voorbeeldschool' omschreven kan worden. Een eerste school die hiervoor in aanmerking kwam was school Q. in Brasschaat. Wegens tijdgebrek wilde deze school echter liever niet meewerken. Een tweede school, namelijk school W. in Heverlee, dat type 1, 2 en 8 onderwijs aanbiedt, kwam tevens in aanmerking en bleek wel mee te willen werken.

3.2 Onderzoeksinstrumenten en onderzoeksverloop

In deze paragraaf wordt uiteengezet welke onderzoeksinstrumenten en -materialen er voor dit onderzoek gebruikt werden. Zo worden achtereenvolgens de (semi-gestructureerde) interviews en het onderzoekslogboek besproken. Vervolgens wordt het verloop van het onderzoek weergegeven.

3.2.1 Onderzoeksmethode

Yin (1994) haalt aan dat interviews een essentiële bron voor informatie in een gevalsstudie inhouden, omdat deze kunnen helpen om bepaalde situaties of 'menselijke zaken' beter te begrijpen wanneer deze gerapporteerd en geïnterpreteerd worden door verschillende respondenten. Elders haalt Kvale (1999) aan dat het een sterkte van het interview kan genoemd worden om de verscheidenheid aan perspectieven over een bepaald thema in kaart te brengen en zo een beeld te schetsen van een complexe en controversiële menselijke wereld. Hij vergelijkt dan ook de interviewer met een reiziger, die in conversatie met anderen tot nieuw begrijpen, inzicht of kennis kan komen.

In dit onderzoek over het handelen en de betekenisgeving wat betreft het gezondheidsbeleid van verschillende actoren in Vlaamse scholen leken interviews dan ook een geschikte kwalitatieve onderzoeksmethode te vormen. Hieronder zal verder ingegaan worden op het type interview dat gebruikt werd, namelijk semi-gestructureerde interviews. Daarna zal dieper ingegaan worden op de interviewleidraden die gebruikt werden en op de

[2] De site werd wegens anonimiteitreden voor deze school niet weergegeven.

manier waarop vormgegeven werd aan de relatie tussen mezelf als interviewster en de respondent(en).

Semi-gestructureerde interviews

De dataverzameling gebeurde aan de hand van semi-gestructureerde interviews met verschillende respondenten in een school. Zoals de naam van het interview zelf al aangeeft, gaat het hier om een half gestructureerd interview. Dit wil zeggen dat de grote lijnen van het interview, zoals de onderwerpen die behandeld zullen worden en de structuur, op voorhand reeds vastliggen. Dit vergemakkelijkt nadien het vergelijken over verschillende respondenten en scholen heen (Kelchtermans, 1999). Bij het opstellen van de vragen werd geprobeerd om de vragen zo open mogelijk te formuleren, zodat de respondent zich als het ware 'uitgenodigd' voelt om te vertellen. Het doel is dan ook niet om een simpel ja of nee antwoord te krijgen maar een uitgebreide beschrijving van bijvoorbeeld een mening of een ervaring van de respondent (Stake, 1995).

In de interviewleidraden zijn er echter een aantal extra bijvragen (de gecursiveerde vragen) toegevoegd, deze werden niet mee doorgestuurd naar de betrokkenen. De bijvragen konden gebruikt worden in het geval dat het verhaal van de respondent ietwat stroef zou verlopen, om verder door te vragen op een bepaald onderwerp of gewoonweg als een 'check' om te zien of alle belangrijke subonderwerpen aangehaald werden. In welke mate deze voorbereide bijvragen effectief gebruikt werden, was verschillend en hing af van respondent tot respondent. Zo waren er bijvoorbeeld respondenten, die reeds in hun antwoord op de open vraag zoveel vertelden dat alle voorbereide bijvragen beantwoord waren. Verder was er ook ruimte voor onvoorbereide vragen, die op het moment zelf bedacht werden om bijvoorbeeld meer uitleg te vragen bij iets dat de respondent aanhaalt.

Interviewleidraad voor de eerste onderzoeksvraag [3]

In de verkennende literatuurstudie (Deel II, A) werd achterhaald hoe een gezondheidsbeleid door de overheid gezien wordt en wat zij hieromtrent verwacht van scholen. De interviewleidraad voor het verkennende gedeelte werd dan ook op basis van deze literatuurstudie en met de eerste onderzoeksvraag in het achterhoofd opgesteld. De leidraad werd in samenwerking met Jennemie ontworpen, zij gebruikte deze tevens voor het parallelonderzoek in Vlaamse scholen voor lager onderwijs in het kader van haar masterproef (Driesens, 2010, forthcoming).

Er werden twee verschillende interviewleidraden opgemaakt, namelijk één voor de leerkrachten en de persoon die mede verantwoordelijk is voor het gezondheidsbeleid en één

[3] Zie bijlage II en III

voor de directie. Hoewel deze interviewleidraden voor het grootste deel gelijklopen, zijn er toch een aantal vragen verschillend omdat we veronderstelden dat directie en leerkrachten op een verschillende manier rond gezondheid (kunnen) werken in de school en dus een verschillende rol in het realiseren van een gezondheidsbeleid hebben. Een voorbeeld van een vraag die enkel aan leerkrachten en gezondheidscoördinatoren gesteld werd is: "*Hoe werkt u rond het thema gezondheid?*" omdat verondersteld werd dat directieleden meestal niet rechtstreeks rond het thema gezondheid werken op school.

De interviewleidraad bestaat uit verschillende onderdelen. Het eerste deel bestaat uit een inleiding waarin gepolst wordt naar hoe de respondenten over gezondheid denken en wat hun mening is over de gezondheidstoestand van de Vlaamse jeugd. In een tweede deel wordt de kennis over het gezondheidsbeleid zoals dit door de overheid voorgesteld wordt aan scholen, nagegaan met vragen zoals: "*In welke mate bent u vertrouwd met de intentieverklaring van minister Vandenbroucke omtrent het gezondheidsbeleid in de Vlaamse scholen?*" In het derde deel wordt achterhaald hoe de betrokkenen merken dat een gezondheidsbeleid gerealiseerd wordt in hun school en wat de plannen hiervoor naar de toekomst vormen. In het vierde deel wordt gevraagd op welke manier de betrokkenen zelf werken rond het thema gezondheid en tot in hoeverre ze hier al dan niet andere groepen bij betrekken. In het vijfde deel wordt (kort) nagegaan hoe de betrokkenen de initiatieven rond het gezondheidsbeleid ervaren en op welke manier zij denken dat leerlingen met deze (eventuele) veranderingen omgaan. Ten slotte wordt gevraagd hoe de verschillende actoren in de school volgens de respondenten tegenover het gezondheidsbeleid staan.

Interviewleidraad voor de tweede onderzoeksvraag[4]

Deze interviewleidraad werd gebaseerd op het tweede gedeelte van de verdiepende literatuurstudie over 'de pedagogisering van gezondheid' (Deel III, A) en werd opgesteld met de verdiepende onderzoeksvraag in het achterhoofd. Met deze interviewleidraad kon een verdiepend interview afgenomen worden van dezelfde actoren in de scholen.

Deze interviewleidraad bestaat uit twee gedeelten. Een eerste algemeen gedeelte bestaat uit een aantal interviewvragen, gebaseerd op de verdiepende literatuurstudie. Dit gedeelte is voor alle respondenten gelijk. Een tweede, specifiek gedeelte, verschilt van respondent tot respondent en bevat bijvoorbeeld een vraag naar verduidelijking van een passage uit het vorige interview met deze respondent.

Het algemene gedeelte werd, zoals de vorige interviewleidraad, opgebouwd uit verschillende onderdelen. Deze zijn elk gebaseerd op een onderdeel uit de verdiepende literatuurstudie en vormen de basis voor het codeerschema dat gebruikt werd. Eerst werden

[4] Zie bijlage IV

een aantal inleidende vragen gesteld naar de motivatie waarom de betreffende respondent voor het onderwijs gekozen heeft en wat hij/zij als de opdracht van het onderwijs ziet. Daarna werd gepeild naar de belevingen van de respondenten en hun opvattingen over verschillende aspecten die te maken hebben met (voornamelijk de gepastheid van) het gezondheidsbeleid op school (bijvoorbeeld: *'In welke mate vindt u dat het voeren van een gezondheidsbeleid tot de opdracht van uw school behoort?'*). Vervolgens werd nagegaan wat de respondenten ervaren als de mogelijkheden en grenzen van een gezondheidsbeleid op hun school (bijvoorbeeld: *'Waar heeft u het gevoel dat de grenzen/beperkingen van het werken rond gezondheid liggen of zouden moeten liggen voor uw school?'*). Tot slot werd gepolst naar wat de respondenten denken over en ervaren omtrent de invloed van de overheid in het onderwijs.

Het vormgeven van de relatie interviewster-respondent(en)

Aangezien de kwaliteit van de relatie tussen de onderzoeker en de respondent mede de kwaliteit en kwantiteit van de verkregen gegevens bepaalt, wordt hier kort ingegaan op de manier waarop geprobeerd werd om deze relatie tijdens het gehele onderzoeksverloop zo optimaal mogelijk vorm te geven (Kelchtermans, 1999).

Een eerste element dat hierbij van belang is, is de vertrouwelijkheid waarmee met de data omgegaan zal worden (Kelchtermans, 1999). Zo werd vooreerst in de brief[5] waarmee contact met de scholen opgenomen werd (zie verder in 3.3.1), verzekerd dat de gegevens, die verkregen werden uit het interview, geanonimiseerd zouden worden. Ook voor de (verkennende en verdiepende) interviews begonnen, werd nogmaals beklemtoond dat de informatie vertrouwelijk en op anonieme wijze behandeld zou worden. Enkel de externe anonimiteit kon gegarandeerd worden, gezien de resultaten teruggekoppeld werden naar de scholen (Ghesquière & Staessens, 1999).

Ten tweede vonden de interviews steeds plaats op de school van de respondent(en), waardoor zij zich in een vertrouwde omgeving bevonden. Er werd verondersteld dat de respondenten zich hier beter op hun gemak zouden voelen. Tevens werd hierdoor bekomen dat de respondenten geen extra verplaatsing moesten ondernemen om deel te nemen aan het onderzoek.

Verder werd er geprobeerd om de rol aan te nemen van een actieve, geïnteresseerde en niet-beoordelende luisteraar en observator om zo de respondenten hun verhaal te laten vertellen (Kelchtermans, 1999). Het was immers de bedoeling om het 'verhaal' van de respondenten te weten te komen zoals zij het zien en ervaren.

[5] Zie bijlage I

Een laatste kwestie is deze van ‘informed consent’. In de brief die de scholen ontvingen en in de eerste telefonische contactname (zie verder in 3.3.1), werd de nadruk voornamelijk gelegd op de verkennende onderzoeksvraag, namelijk de realisatie van een gezondheidsbeleid in hun school. Dit werd gedaan omdat hiermee voorkomen wou worden dat de interviews reeds een bepaalde richting uit gestuurd zouden worden (namelijk deze van de beleving van het gezondheidsbeleid). Over de verdiepende onderzoeksvraag en de probleemstelling werden de respondenten echter tijdens of na het eerste interview op de hoogte gesteld, dit wordt ‘debriefing’ genoemd (Mertens, 1998). Deze debriefing gebeurde steeds naar eigen aanvoelen tijdens, als het onderwerp ter sprake kwam, of na het interview in een kort gesprekje met de respondent. Op zulk een moment werd meer uitleg over het gehele onderzoek en de opzet ervan gegeven. Door briefing en debriefing waren de respondenten (uiteindelijk) op de hoogte van het doel en de procedure van het onderzoek, waardoor van een ‘informed consent’ gesproken kan worden (Kvale, 1996).

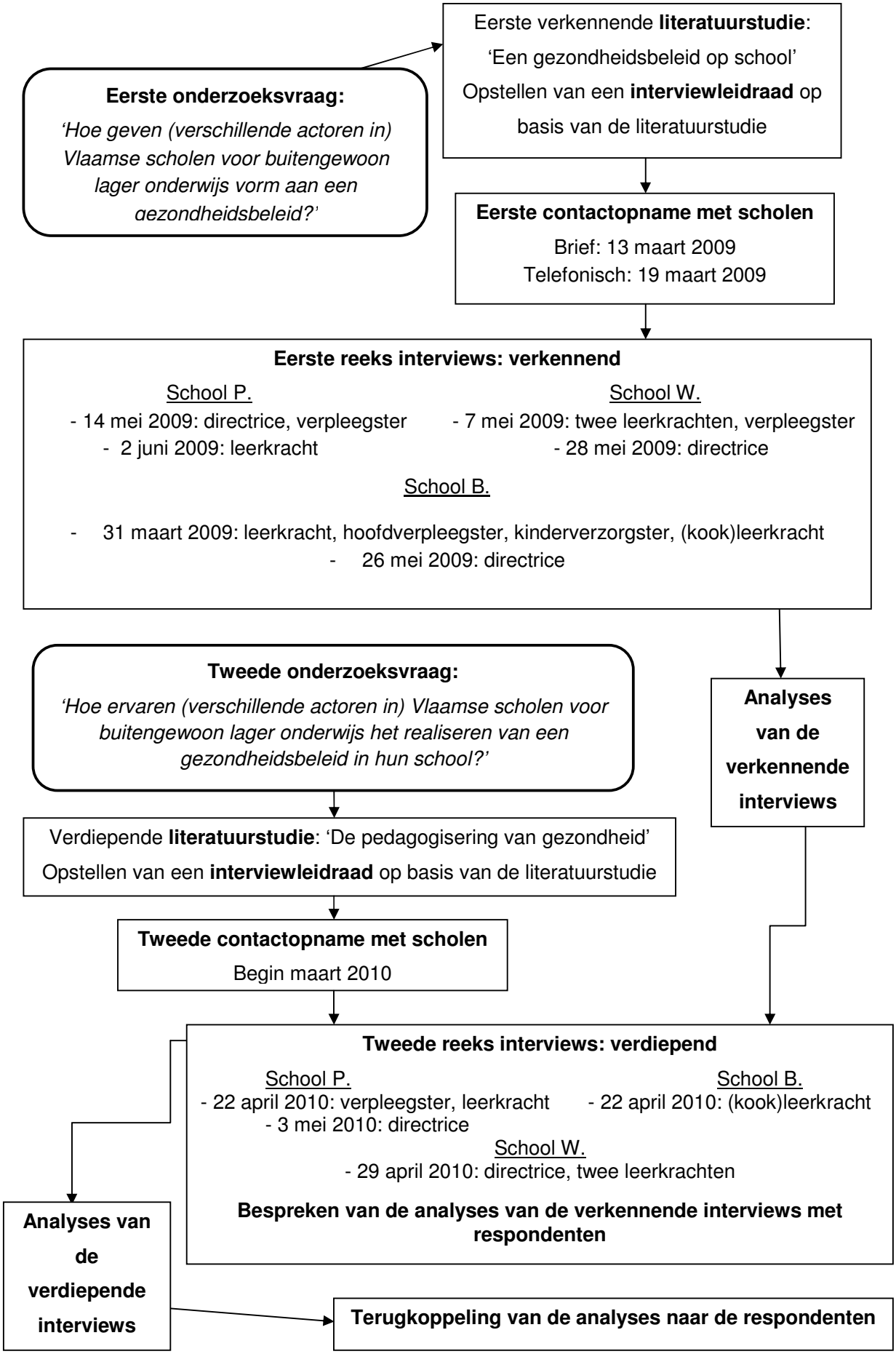
3.2.2 Onderzoekslogboek

Doorheen het gehele onderzoek werd een logboek bijgehouden, waarin telkens na contactname met een school het verloop hiervan genoteerd werd. Ook eventuele moeilijkheden, oncomfortabele of net positieve ervaringen werden hierin neergeschreven. Het feitelijke onderzoeksverloop werd dus in dit logboek vastgelegd per school en per respondent (Kelchtermans, 1999). Zo kreeg ik bijvoorbeeld bij een bepaalde respondent de indruk dat ze ‘sociaal wenselijke’ antwoorden gaf omtrent de realisatie van het gezondheidsbeleid in hun school. Een dergelijke reflectie kan meegenomen worden in het analyseren van dit interview omdat het mogelijks een vertekening vormt van hoe deze respondent werkelijk denkt over de realisatie van het gezondheidsbeleid in de school. Ook vormt het systematisch bijhouden van dergelijk onderzoekslogboek een manier om op een reflectieve manier met de subjectiviteit en het eigen functioneren als onderzoekster om te gaan (Ghesquière & Staessens, 1999).

3.3 (Effectief) verloop van het onderzoek

Hieronder wordt het verloop van het onderzoek vanaf het begin zo duidelijk mogelijk weergegeven. Dit gebeurt eerst in het algemeen en dan voor elke school apart, omdat dit concrete onderzoeksverloop verschillend was van school tot school. Op de volgende pagina wordt het gehele onderzoeksverloop schematisch weergeven. De achterliggende probleemstelling werd bij het gehele onderzoek steeds in het hoofd gehouden, namelijk:

> *‘In welke mate kan en mag een overheid een beleid voeren omtrent (een maatschappelijke problematiek als) ‘gezondheid’ via het onderwijs?’*


Eerste verkennende **literatuurstudie**:
'Een gezondheidsbeleid op school'
Opstellen van een **interviewleidraad** op basis van de literatuurstudie
Eerste onderzoeksvraag:
'Hoe geven (verschillende actoren in) Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs vorm aan een gezondheidsbeleid?'
Eerste contactopname met scholen
Brief: 13 maart 2009
Telefonisch: 19 maart 2009
Eerste reeks interviews: verkennend
School P.
- 14 mei 2009: directrice, verpleegster
- 2 juni 2009: leerkracht
School W.
- 7 mei 2009: twee leerkrachten, verpleegster
- 28 mei 2009: directrice
School B.
- 31 maart 2009: leerkracht, hoofdverpleegster, kinderverzorgster, (kook)leerkracht
- 26 mei 2009: directrice
Tweede onderzoeksvraag:
'Hoe ervaren (verschillende actoren in) Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs het realiseren van een gezondheidsbeleid in hun school?'
Analyses van de verkennende interviews
Verdiepende **literatuurstudie**: 'De pedagogisering van gezondheid'
Opstellen van een **interviewleidraad** op basis van de literatuurstudie
Tweede contactopname met scholen
Begin maart 2010
Tweede reeks interviews: verdiepend
School P.
- 22 april 2010: verpleegster, leerkracht
- 3 mei 2010: directrice
School B.
- 22 april 2010: (kook)leerkracht
School W.
- 29 april 2010: directrice, twee leerkrachten
Bespreken van de analyses van de verkennende interviews met respondenten
Analyses van de verdiepende interviews
Terugkoppeling van de analyses naar de respondenten

3.3.1 Algemeen verloop

Er werd besloten om contact op te nemen met de geselecteerde scholen door middel van een brief waarin het onderzoek en de wijze waarop deze zou verlopen in grote lijnen toegelicht werd. Deze brief werd tevens in samenwerking met Jennemie Driesens opgesteld.

Er werd uitgelegd dat we een verkennend beeld wensten te schetsen van het gezondheidsbeleid in de praktijk bij scholen lager onderwijs en scholen buitengewoon lager onderwijs door middel van interviews, die op twee contactmomenten verspreid van maart 2009 tot mei 2010 plaats zouden vinden. In de brief werd vermeld dat we zelf een bijdrage hoopten te leveren aan de school door facetten van en meningen over het gezondheidsbeleid in kaart te brengen en door eventuele suggesties op maat van de school aan te reiken. Tijdens de interviews werd echter duidelijk dat de scholen meer interesse hadden in een 'vergelijking' met de andere scholen wat betreft hun gezondheidsbeleid. Hier werd dan ook (mondeling) informatie over verschaft, met respect voor de anonimiteit van de andere scholen. Tevens werd in deze brief vermeld dat er eerstdaags telefonisch contact opgenomen zou worden met de school om te informeren naar (eventuele) verdere bereidheid tot medewerking aan het onderzoek. Deze brieven werden 13 maart 2009 verstuurd naar de drie geselecteerde scholen. Vanaf 19 maart 2009 werd er dan ook gestart met het bellen naar de scholen om verdere afspraken te maken. Omdat een van de scholen liet weten dat ze liever niet wilde meewerken aan het onderzoek wegens tijdsgebrek, werd er op 19 maart 2009 nog een brief verzonden naar een school (in Heverlee). In dit eerste telefonische contact werd geprobeerd om per school reeds een afspraak te maken voor een interview met iemand van de directie, twee leerkrachten en iemand die (mede) verantwoordelijk is voor het gezondheidsbeleid in de school.

Na het eerste interview werd steeds gevraagd of de respondenten nog bereid waren om het volgende jaar een tweede, meer verdiepend interview te geven. Dit bleek zo in alle scholen het geval te zijn. Begin maart 2010 werd dan ook terug contact opgenomen met deze scholen, op de manier zoals het vorige jaar afgesproken was met de desbetreffende respondenten. Voor school P. en school B. was dit op een telefonische manier met de directie. De respondenten bleken in beide scholen nog bereid verder mee te werken aan het onderzoek en nieuwe interviewafspraken werden dan ook vastgelegd. In school W. was afgesproken om met de respondenten individueel via e-mail contact op te nemen, dit gebeurde dan ook begin maart. Met de leerkrachten werd zo een nieuwe afspraak gemaakt.

Voor de beide interviews werd steeds de interviewleidraad doorgemaild naar de betreffende respondenten. Voor het verdiepende interview werd tevens de gemaakte (verticale) schoolanalyse van het verkennende interview doorgestuurd. Deze werd, afhankelijk van de respondent, voor of na het interview besproken of nadien via mail. Ook de verdiepende analyse werd doorgestuurd naar de betreffende respondenten.

3.3.2 Het verloop per school

In wat volgt, wordt per school geschetst hoe het onderzoek concreet gelopen is, aangezien er tussen de scholen een aantal verschillen waren in wie uiteindelijk geïnterviewd werd en op welke wijze dit gebeurd is. Zo zal ook duidelijk worden, dat niet in elke school het onderzoeksplan, zoals dit vooropgesteld werd, exact uitgevoerd werd/kon worden. Hieronder wordt dan ook geprobeerd om de omstandigheden waardoor dit niet altijd even gemakkelijk was, zo duidelijk mogelijk uit te leggen.

School P. (Antwerpen)

In het telefonische contact met deze school werd nogmaals het onderzoek kort toegelicht en werd uitgelegd waarom voor deze school gekozen was (methodeschool). Na dit (telefonisch) gesprek met de directrice werd een afspraak geregeld voor een interview met de schoolverpleegster (gezien zij verantwoordelijk is voor het gezondheidsbeleid op deze school), met de directrice en met twee leerkrachten. Deze afspraak werd vastgelegd op 30 april 2009. Echter, een week voordat deze afspraak zou doorgaan werd ik opgebeld door de directrice om deze te verzetten, aangezien de betrokken personen toch niet vrij bleken te zijn die dag. De afspraak werd dan verzet naar 14 mei 2009. Deze dag werd er een interview afgenomen van de schoolverpleegster en van de directrice. Er bleek uiteindelijk maar één leerkracht toegezegd te hebben voor een interview, deze was echter ziek die dag, waardoor een nieuwe afspraak gemaakt werd op 26 mei 2009. Ook dit interview werd afgebeld en uitgesteld naar 2 juni 2009, wegens ziekte van een aantal leerkrachten, waardoor de leerkracht als vervanger moest optreden en niet meer beschikbaar was voor een interview. Op 2 juni 2009 kon deze leerkracht geïnterviewd worden.

Voor het tweede gedeelte, werd tevens telefonisch contact opgenomen met de directrice en werd een afspraak gemaakt voor deze interviews op 22 april 2010. Op deze datum bleek de directrice zelf echter in het buitenland vast te zitten door het vertraagde vliegtuigverkeer. Er werd een interview afgenomen van de verpleegster en van de leerkracht. Met de directrice werd een nieuwe interviewafspraak gemaakt op 29 april 2010. Deze afspraak werd via e-mail (herhaaldelijk) verzet en ging uiteindelijk door op 3 mei 2010.

School B. (Antwerpen)

In de brief die naar deze school verstuurd was, werd vermeld dat deze school om hun medewerking was gevraagd omdat ze vernoemd waren als 'voorbeeldschool' door de toenmalige minister van Onderwijs. Deze school bleek ook bereid om mee te werken aan het onderzoek. Er werd telefonisch een afspraak gemaakt voor een eerste interview op 31 maart 2009 met de hoofdverpleegster van de school, de kinderverzorgster en een (kook)leerkracht. Deze drie personen waren immers voornamelijk betrokken bij het realiseren van het

gezondheidsbeleid in de school en wilden graag samen geïnterviewd worden. Ook een andere leerkracht bleek nog bereid om geïnterviewd te worden. Het uiteindelijke verloop van de interviews in deze school was echter vrij complex en verliep eigenlijk in drie delen.

Zo werden eerst de hoofdverpleegster, kinderverzorgster en kookleerkracht samen geïnterviewd. Omdat de bel voor de speeltijd ongeveer in het midden van het interview ging en de hoofdverpleegster en kookleerkracht toezicht moesten houden, werd besloten om een pauze in te lassen in het interview. Tijdens deze pauze bleek de andere leerkracht tijd te hebben voor een (kort) interview en wilde dit dan ook op deze moment doen. Dit interview met de leerkracht was echter nog bezig toen de pauze gedaan was. Aangezien we in het kantoor van de hoofdverpleegster zaten, kwamen deze en de kookleerkracht hier binnen (de kinderverzorgster had geen tijd meer ondertussen voor een tweede deel van het interview) en begonnen ze na verloop van tijd ook mee antwoorden te geven in het interview, omdat het interview ook bij hen ongeveer tot daar gekomen was. Dus het eerste deel van het interview was voor de pauze met de hoofdverpleegster, kinderverzorgster en kookleerkracht. Het tweede deel was het interview met de leerkracht tijdens de pauze en het derde deel was met de leerkracht, de kookleerkracht en de hoofdverpleegster.

De directrice had bij het telefonische contact nog geen zicht op haar planning, dus werd 31 maart 2009 ter plaatse een afspraak gemaakt voor een interview op 30 april 2009. Toen ik deze dag echter op de school aankwam, bleek de directrice op bijscholing te zijn en onze afspraak vergeten te zijn. Na een telefonisch contact werd een nieuwe datum voor een interview afgesproken, namelijk 26 mei 2009. Deze dag was de directrice wel aanwezig en kon een interview worden afgenomen.

Voor een tweede reeks interviews werd terug telefonisch contact opgenomen met deze directrice en een afspraak gemaakt om de leden van de werkgroep gezondheid op 22 april 2010 te interviewen en de directrice de volgende dag, op 23 april 2010. Van de werkgroep gezondheid bleek op 22 april 2010 enkel de (kook)leerkracht aanwezig te zijn voor een interview. De afspraak met de directrice werd via mail uitgesteld, wegens een onverwachte dringende vergadering. Uiteindelijk kon in deze school enkel van de kookleerkracht een verdiepend interview afgenomen worden op 22 april 2010.

School W. (Heverlee)

Ook hier werd enkele dagen na het verzenden van de brief telefonisch contact opgenomen met de directrice en een afspraak voor interviews geregeld op 7 mei 2009. Deze dag echter bleek de directrice zelf geen tijd meer te hebben, maar kon wel al een interview afgenomen van twee leerkrachten, die verantwoordelijk waren voor de werkgroep ‘gezonde voeding’ op deze school. Deze leerkrachten wilden graag samen geïnterviewd worden, wat dan ook gebeurd is. In deze school werd ook de schoolverpleegster geïnterviewd. Nadien werd een

afspraak gemaakt met de directrice voor een interview op 28 mei. Deze dag vond een (kort) interview met de directrice plaats.

Voor de reeks verdiepende interviews werd enkel een antwoord verkregen van de twee leerkrachten. Deze werden geïnterviewd op 29 april 2010. Deze dag bleek echter de directrice bereid te zijn tot een (kort) interview, wat dan ook gebeurde.

4. Het analyseren van de data

Om de data te analyseren, die verkregen werd door het afnemen van semi-gestructureerde interviews met verschillende personen per school, werden verschillende stappen doorlopen. Zo werden de interviews ten eerste volledig uitgeschreven (transcriptie), om deze dan codes toe te kennen (codering). Vervolgens werd per school een verticale analyse uitgevoerd om ten slotte deze verticale analyses van de drie scholen met elkaar te vergelijken (horizontale analyse).

4.1 Transcriptie

Elk interview werd, steeds met toestemming van de respondent, opgenomen op geluidsband. Dit zorgde ervoor dat er volledig op het interview zelf geconcentreerd kon worden, zonder 'schrik' te hebben dat bepaalde informatie niet genoteerd of gehoord zou worden. Kvale (1999) haalt echter aan dat het transcriberen van interviews in feite het transformeren is van iets dat verteld wordt (in een gesproken modus) met eigen regels en gesitueerd in een context, naar iets dat geschreven wordt, ook met eigen, maar andere, regels. Zo wordt het interview tevens uit zijn sociale context getrokken. Hij zegt dan ook dat (interview)transcripties feitelijk gedecontextualiseerde conversaties zijn (Kvale, 1999). Om dit zoveel mogelijk tegen te gaan, werd dan ook geprobeerd om het interview zo letterlijk als mogelijk weer te geven, met een minimaal verlies aan auditieve gegevens. Dit houdt bijgevolg in dat zowel het verbale als het (betekenisvolle) non- of paraverbale tussen haakjes opgenomen werd in de geschreven versie van het interview (Kelchtermans, 1999). Een voorbeeld hiervan is dat er bij het stellen van volgende vraag in één van de scholen: "*In welke mate bent u vertrouwd met de intentieverklaring van minister Vandenbroucke omtrent het gezondheidsbeleid in de Vlaamse scholen?*" de respondenten naar elkaar keken en gezamenlijk begonnen te lachen. Dit 'lachen door de respondenten' wordt dan ook mee opgeschreven bij het transcriberen. Door op deze wijze te transcriberen kan de context (en sfeer) waarin het interview plaatsvindt dus (deels) mee opgenomen worden.

Kvale (1999) haalt verder aan dat het belangrijk is voor deze fase van transcriptie dat de interviews enerzijds effectief opgenomen worden en anderzijds verstaanbaar zijn. Bij de eerste reeks interviews in school B. was één van de interviews jammer genoeg (deels) niet verstaanbaar door een vuilniswagen die (achteraf gezien) enorm veel lawaai bleek te maken,

wat dus een belemmering vormde voor deze fase van het analyseproces. Er werd echter geprobeerd om dit interview toch zo goed als mogelijk uit te schrijven op basis van wat wel nog verstaan kon worden en van wat ik me nog kon herinneren van het gesprek.

4.2 Codering[6]

In deze tweede fase werden codes toegekend aan bepaalde tekstfragmenten van de uitgeschreven interviews. Dit werd gedaan op basis van hun betekenissamenhang, zodat fragmenten met dezelfde code systematisch bijeengebracht konden worden voor interpretatie (Kelchtermans, 1999). Kvale (1999) raadt aan om op voorhand reeds te bedenken hoe de interviews geanalyseerd zullen worden. Een eerste aanzet tot deze codes zit dan ook in de interviewleidraad zelf en zijn voor de verkennende interviews bijvoorbeeld de categorieën 'kennis over het gezondheidsbeleid' of 'realisatie van het gezondheidsbeleid in de school'. In de verdiepende interviewleidraad zit deze aanzet tot het ontwerpen van codes tevens in de vragen zelf verwerkt. Na verscheidene malen de getranscribeerde tekst doorlopen te hebben, werd er dan ook een analyseschema geconstrueerd, waarin alle data geplaatst kon worden (Ghesquière & Staessens, 1999).

4.3 Verticale analyse

Een verticale analyse, ook wel een 'within-site analysis' genoemd, bestaat uit *"de opeenvolging van interpretatieve bewerkingen van de onderzoeksgegevens tijdens het proces van dataverzameling"* (Kelchtermans, 1999, p. 142). In een eerste verticale analyse werd telkens per respondent of respondentengroep het getranscribeerde interview geanalyseerd. Deze analyse resulteerde per interview in een synthesetekst. Doordat deze analyse op basis van de gecodeerde transcripties gebeurde, ontstond er een vaste structuur per synthesetekst, zodat deze nadien gemakkelijk onderling vergeleken konden worden. Nadat er syntheseteksten per respondent opgesteld waren, werden deze in een tweede verticale analyse dan ook per school vergeleken en werd opnieuw een verticale analyse gemaakt, maar dan met de school als eenheid van analyse. In deze verticale schoolanalyse werd geprobeerd om per school een antwoord te geven op de onderzoeksvraag. Het maken van deze analyses vereiste een cyclisch proces van lezen, interpreteren en controleren van interpretaties met de oorspronkelijke data (Kelchtermans, 1999).

Er werd steeds geprobeerd om de syntheseteksten te onderbouwen met citaten uit de interviews. Deze citaten kregen soms een (zo miniem mogelijke) aanpassing om de leesbaarheid te verhogen. Tevens werd geprobeerd om qua taalgebruik ook zo dicht mogelijk bij deze van de respondenten te blijven.

[6] Zie bijlage V en VI voor het verkennende en verdiepende codeerschema

De synthesetekst die per school opgesteld werd, werd ter goedkeuring aan de desbetreffende respondent of respondentengroep voorgelegd, dit is de zogenaamde 'member check' (Ghesquière & Staessens, 1999). Bemerkingen van de respondenten konden dan ook voor aanpassingen in de syntheseteksten zorgen. Er werden echter geen bemerkingen bij de syntheseteksten geformuleerd door de respondenten.

4.4 Horizontale analyse

De volgende stap in het analyseren van de data is de horizontale analyse of de 'cross-site analysis' (Ghesquière & Staessens, 1999). In deze analyse werden de verticale analyses van de drie scholen op een systematische manier met elkaar vergeleken. Dit werd vergemakkelijkt doordat de syntheseteksten per school op eenzelfde manier opgebouwd waren. Er werd in deze analysefase gezocht naar gemeenschappelijke elementen en onderlinge verschillen (Ghesquière & Steassens, 1999). Hiervoor werd gebruik gemaakt van de 'voortdurend vergelijkende methode' (Kelchtermans, 1999). De horizontale analyse vraagt om een systematische werkwijze aangezien de interpretaties en de analyses voortdurend getoetst moesten worden aan de verzamelde data en de reeds gemaakte interpretaties. Dit vereiste dan ook, net als de verticale analyse, een cyclisch proces van lezen, interpreteren en controleren (Kelchtermans, 1999). Zo werd er bij het maken van de horizontale analyses dan ook geregeld teruggegrepen naar het (oorspronkelijke) getranscribeerde interview. Aan de hand van deze horizontale analyse werd geprobeerd over de scholen heen een antwoord op de vooropgestelde onderzoeksvraag te formuleren.

5. Methodologische kwaliteit

Hieronder wordt besproken hoe in dit onderzoek geprobeerd werd om tegemoet te komen aan de kwaliteitscriteria van betrouwbaarheid en validiteit. Als regulatieve idee voor de kwaliteit van het onderzoek wordt de 'intersubjectieve navolgbaarheid' genomen: *"De onderzoeker beschrijft zijn activiteiten, zijn keuzen en beslissingen zo helder en uitvoerig mogelijk dat anderen het hele onderzoeksproces in principe stap voor stap kunnen reconstrueren en herhalen"* (Kelchtermans, 1999). In navolging van Kvale (1996) wil ik er tevens op wijzen dat deze 'bewaking' van de kwaliteit van het onderzoek niet enkel gebonden is aan een aparte fase van het onderzoek, maar dat hier doorheen het gehele onderzoek aandacht aan besteed moet worden.

5.1 Betrouwbaarheid

Een onderzoek kan betrouwbaar genoemd worden als het herhaald en geconstrueerd kan worden. Er kan hierbij een onderscheid gemaakt worden tussen interne en externe betrouwbaarheid van het onderzoek.

5.1.1 Interne betrouwbaarheid

Interne betrouwbaarheid verwijst naar een zekere consistentie van een onderzoeker of tussen verschillende methoden (Maso & Smaling, 1996). In dit onderzoek werd geprobeerd hieraan te voldoen door vooreerst de interviews volledig uit te schrijven, zodat deze als hiernaar gevraagd wordt, ingekeken kunnen worden. Ook werden 'member checks' ingebouwd, om de intra-individuele consistentie van de gegevens te bevorderen (Ghesquière & Staessens, 1999). Tussentijdse analyses (de verticale schoolanalyses) werden hierbij voorgelegd aan de respondenten zodat zij deze kunnen aanvullen, bijsturen of corrigeren waar zij dit nodig achten. Dit is bovendien een maatregel die bijdraagt aan de validiteit van een kwalitatieve gevalsstudie (Ghesquière & Staessens). Wegens tijdsgebrek echter (zowel bij de respondenten als bij de onderzoekster), kon voor de verdiepende analyses niet voldaan worden aan dit criterium. De verdiepende analyses werden wel doorgemaild naar de scholen. Ten derde was er het parallelonderzoek in het Vlaamse lager onderwijs zodat met deze onderzoekster overlegd kon worden over het onderzoeksverloop, de problemen die hierbij tevoorschijn kwamen en de resultaten. Tot slot was er op geregelde momenten een evaluatie van het onderzoeksverloop door de promotor en co-promotor, wat bijdraagt tot de interne consistentie van de resultaten. Daar dit een beoordeling is door externe deskundigen kan hier gesproken worden van een 'audit trail' (Ghesquière & Staessens, 1999).

5.1.2 Externe betrouwbaarheid

Externe betrouwbaarheid houdt de herhaalbaarheid van het onderzoek in. In kwalitatief onderzoek kan echter beter van 'virtuele herhaalbaarheid' gesproken worden. De werkelijkheid en zo ook de omstandigheden waarin en de personen waarmee het onderzoek plaatsvindt, is immers aan verandering onderhevig. 'Virtuele herhaalbaarheid' wil dan ook zeggen dat het onderzoek in principe door een andere onafhankelijke onderzoeker opnieuw uitgevoerd zou moeten kunnen worden met dezelfde methoden en technieken in dezelfde omstandigheden (Maso & Smaling, 1996). Er werd geprobeerd op volgende wijze aan dit criterium te voldoen.

Ten eerste werden de genomen stappen en activiteiten in het kader van dit onderzoek zo helder, concreet en eenduidig als mogelijk beschreven in het onderzoeksverloop (zie 3.3), zodat gemakkelijk nagegaan kan worden hoe het onderzoek in feite verlopen is. Ten tweede werd een onderzoekslogboek (zie 3.2.2) bijgehouden doorheen het gehele verloop van het onderzoek. Naast het feitelijke verloop van het onderzoek werden hierin tevens de activiteiten, reflecties en ervaringen van de onderzoekster genoteerd. Op deze manier konden deze systematisch bijgehouden worden. Het onderzoek liep immers over twee jaar, waardoor de kans dat bepaalde zaken 'vergeten' worden, aanzienlijk is. Deze bemerkingen in het onderzoekslogboek konden achteraf eventueel mee in rekening gebracht worden bij

de verwerking van de data. Zo wordt het onderzoekslogboek als een belangrijk instrument gezien om het onderzoeksverloop te reconstrueren, de constructie van de onderzoeksresultaten na te gaan en tevens om de subjectiviteit van de interpreterende onderzoeker zoveel mogelijk onder controle te houden (Kelchtermans, 1999). Ten derde werd er (data)triangulatie toegepast (Kelchtermans, 1999). Zo werden verschillende perspectieven op het gezondheidsbeleid in eenzelfde school nagegaan. Er werd vooropgesteld het perspectief van twee leerkrachten, een directielid en een persoon die (mede) instaat voor het gezondheidsbeleid in de school, na te gaan. In het onderzoeksverloop kon echter gezien worden dat dit niet steeds mogelijk bleek. Door een aantal verschillende perspectieven na te gaan kon een genuanceerder beeld op (hetzelfde) gezondheidsbeleid in een school verkregen worden. Tot slot werden de interviews letterlijk getranscribeerd. De ruwe data zijn dus beschikbaar om, indien gewenst, deze na te lezen en de resultaten hieraan te 'toetsen'.

5.2 Validiteit

Validiteit verwijst naar de mate waarin de verzamelde gegevens en de hieruit bekomen resultaten en conclusies een authentieke weergave zijn van de sociale werkelijkheid (Kelchtermans, 1999). In dit onderzoek verwijst validiteit dus naar de mate waarin het antwoord op de onderzoeksvraag op basis van de interviews een 'correcte' weergave vormt van de wijze waarop de respondenten het gezondheidsbeleid percipiëren. Ook bij validiteit kan een onderscheid gemaakt worden tussen interne en externe validiteit.

5.2.1 Interne validiteit

Volgens Wardekker (1999) verwijst interne validiteit naar de mate waarin de uitkomsten van het onderzoek als zodanig 'serieus' genomen kunnen worden. De kwaliteit van handelen van de onderzoekster is hierin (onder meer) van belang (Wardekker, 1999).

In het onderzoek werd dit nagegaan door vooreerst gebruik te maken van de eerder besproken 'member checks'. Deze konden op formele wijze gebeuren op vooraf bepaalde tijdstippen, zoals het bespreken van de doorgemailde verkennende analyses tijdens het verdiepende interview. Hiernaast konden deze member checks ook op een informele wijze toegepast worden (Mertens, 1998). Dit kon bijvoorbeeld gebeuren door tijdens een interview het standpunt van de respondent samen te vatten en te vragen of deze samenvatting zijn/haar mening adequaat weergeeft. Het laten bijsturen of corrigeren van interpretaties van de onderzoeker door de respondenten wordt ook wel 'communicatieve validering' genoemd (Ghesquiére & Staessens, 1999). Door deze 'check' in te bouwen, kon dus nagegaan worden of de respondent goed begrepen en weergegeven werd. Een tweede belangrijk punt voor de interne validiteit vormt het onder controle houden van de subjectiviteit van de

onderzoeker. Dit werd nagestreefd door het bijhouden van een onderzoekslogboek (zie ook 3.2.2) waarbij op geregelde momenten een reflectie ingebouwd werd over de eigen rol als onderzoekster. De persoon van de onderzoeker vormt immers hét onderzoeksinstrument bij uitstek (Ghesquière & Staessens, 1999; Kelchtermans, 1999; Kvale, 1996; Mertens, 1998; Wardekker, 1999). De kwaliteit van de onderzoeksrelatie met de respondenten kan een invloed uitoefenen op de kwaliteit van de verkregen data (Ghesquire & Staessens, 1999). Hoe geprobeerd werd om aan deze relatie op een zo optimaal mogelijke manier vorm te geven, werd reeds in 3.2.1 uiteengezet. Tot slot kan 'prolonged engagement' er enerzijds voor zorgen dat de kwaliteit van de relatie tussen onderzoeker en respondent verhoogd wordt en anderzijds dat er een genuanceerder beeld verkregen wordt van de context van de school (Maso & Smaling, 1998). Zo werden bijvoorbeeld voor en na de interviews 'informele' gesprekken gevoerd met de respondenten over de school, het onderzoek, het gezondheidsbeleid,… om zo een breder beeld te verkrijgen. Dit bleek een meerwaarde te vormen voor het onderzoek. Sommige respondenten vertelden in een 'nagesprek' achteraf bijvoorbeeld een aantal zaken die ze liever niet vertelden in de loop van het interview, gezien dit opgenomen werd. Dergelijke voorvallen werden steeds genoteerd in het logboek.

5.2.2 Externe validiteit

Wardekker (1999) haalt aan dat externe validiteit te maken heeft met de kwaliteit van de resultaten. Externe validiteit houdt dan ook de 'overdraagbaarheid' of 'transferwaarde' van het onderzoek in. Deze kan bekomen worden door de specificiteit van de context waarin de onderzoeksresultaten tot stand zijn gekomen, zodanig te expliciteren dat de resultaten overdraagbaar zijn op situaties met gelijkaardige contextuele kenmerken (Ghesquiére & Staessens, 1999). Door gebruik te maken van 'thick descriptions' werd geprobeerd te voldoen aan dit criterium (Mertens, 1998). Er werd namelijk geprobeerd om op een uitgebreide manier de respondenten en de omstandigheden van de interviews te beschrijven. Op deze manier zou het mogelijk moeten zijn dat het onderzoek als het ware 'levensecht' wordt, voor degene die het leest.

UITLEIDING

Het onderzoek dat in het kader van deze verhandeling uitgevoerd werd, kan dus een exploratieve, kwalitatieve gevalsstudie met een gefaseerde opzet genoemd worden, bestaande uit een verkennende en verdiepende fase. Deze gevalsstudie werd uitgevoerd in drie Vlaamse scholen voor buitengewoon onderwijs, die in functie van verscheidenheid gekozen werden (een methodeschool, voorbeeldschool en 'gewone' school). In deze scholen werden verscheidene respondenten bevraagd over hoe zij vorm geven aan een gezondheidsbeleid en hoe zij dit ervaren. In wat volgt wordt dit onderzoek weergegeven.

DEEL II

VERKENNENDE FASE

INLEIDING

In deze verkennende fase is het de bedoeling om zicht te krijgen op het fenomeen 'gezondheidsbeleid in Vlaamse scholen'. In de literatuurstudie van deze fase wordt weergegeven hoe 'gezondheid' als thema op de voorgrond komt in het (Vlaamse) onderwijsbeleid en hoe dit aan scholen gecommuniceerd wordt. Vragen die voor deze fase gesteld werden, waren (onder meer) de volgende: 'Wat is zo'n gezondheidsbeleid eigenlijk?', 'Wat verwacht de overheid van de scholen?', 'Hoe communiceert ze aan scholen?', 'Wat zijn 'doelen' van dergelijk gezondheidsbeleid?' en 'Waarom kiest men de school als setting voor een gezondheidsbeleid?' Op dergelijke verkennende vragen over het gezondheidsbeleid werd met deze literatuurstudie een antwoord gezocht (Deel II, A). Een bemerking hierbij vormt dat deze literatuurstudie een 'momentopname' is van het 'huidige' overheidsbeleid omtrent gezondheid. Dit is echter een beleid dat nog volop in ontwikkeling is, waardoor deze informatie dan ook snel gedateerd zal zijn. Desalniettemin vormt het belangrijke achtergrondinformatie voor deze verhandeling en voor het 'begrijpen' van de onderzoeksresultaten.

Vervolgens werd op basis van deze literatuurstudie een interviewleidraad gemaakt, waarmee naar een aantal scholen voor buitengewoon lager onderwijs getrokken werd voor een reeks verkennende interviews over dit gezondheidsbeleid. Zo kon er een zicht verkregen worden op welke manier aan zo'n gezondheidsbeleid concreet vormgegeven wordt in een aantal scholen. Het was hierbij niet de bedoeling om te gaan 'toetsen' of de scholen al dan niet op een 'juiste' manier vormgaven aan een gezondheidsbeleid, maar om te gaan 'kijken' naar een gezondheidsbeleid in 'praktijk'. De (verticale en horizontale) analyses hiervan worden in het tweede gedeelte weergegeven (Deel II, B).

A. VERKENNENDE LITERATUURSTUDIE: EEN GEZONDHEIDSBELEID OP SCHOOL

Inleiding

In deze literatuurstudie wordt eerst ingegaan op 'gezondheidspromotie' en hoe dit fenomeen zich dit de voorbije jaren ontwikkeld heeft. Vervolgens wordt (kort) ingegaan op waarom de school als omgeving voor gezondheidspromotie gezien wordt. Dan wordt het overheidsbeleid omtrent gezondheid voor scholen uitgewerkt, hoe hieraan vormgegeven wordt op Europees niveau, maar voornamelijk op Vlaams niveau. Zo wordt ingegaan op de intentieverklaring en het actieplan 'op uw gezondheid'. Nadien wordt besproken hoe de overheid aan scholen

communiceert op welke manier best een gezondheidsbeleid op school aangepakt kan worden. Tot slot wordt besproken waar scholen terecht kunnen voor ondersteuning en worden een aantal voorbeelden gegeven van projecten voor scholen die op initiatief van de overheid uitgewerkt zijn. In de uitleiding wordt een samenvatting van de literatuur gegeven.

1. Gezondheidspromotie

Midden jaren '70 vond het begrip gezondheidspromotie ingang. Het was in oorsprong de bedoeling een antwoord te formuleren op ziekten en problemen als chronische niet-overdraagbare hartaandoeningen, kanker, ongevallen, verslaving en psychische problemen. In westerse landen die over een goed uitgebouwd systeem voor gezondheidszorg beschikken, en meer recent ook in zich ontwikkelende landen, vormen deze aandoeningen de belangrijkste 'bedreiging' voor de volksgezondheid. Deze 'beschavingsziekten' zijn voor een groot deel afhankelijk van en worden veroorzaakt door leefgewoonten en factoren in de fysische en sociale omgeving van individuen. Om de gezondheidstoestand te verbeteren werden interventies opgezet om die factoren te beïnvloeden. Aanvankelijk stond gezondheidsvoorlichting daarbij centraal. Men ging ervan uit dat als de mensen de juiste informatie zouden krijgen, ze meer gezond gedrag zouden stellen (Scheerder, Van den Broucke, & Saan, 2003). Uit ervaring bleek echter dat de effecten van informeren en sensibiliseren beperkt zijn en dat deze interventies weinig echte veranderingen met zich meebrachten. Vaak werd hierbij immers vergeten dat ook de omgeving gezonder moet gemaakt worden (Victoir, Van den Bergh, & Van den Broucke, 2006b).

Ondertussen zijn we geëvolueerd van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO) naar gezondheidsbevordering[7] (Moens, 2003). GVO baseert zich op gedragswetenschappen en besteedt zo vooral aandacht aan leefstijl en gedrag, het doel daarbij is een gedragsverandering. Gezondheidsbevordering wil op basis van sociale, culturele, politieke en economische wetenschappen aandacht besteden aan de omgeving van het individu en het algemene gezondheidssysteem om zo structurele veranderingen te realiseren die maken dat gezonde keuzes voor de hand liggen (Moens, 2003). Daarbij wordt een meer omgevingsgerichte en meer holistische benadering van het begrip gezondheid nagestreefd. Zo is het dat in 1986, in de publicatie van het Ottowa Charter for Health Promotion (WHO), gezondheidspromotie formeel als volgt omschreven werd: *"gezondheidspromotie is het proces waardoor individuen en gemeenschappen in staat worden gesteld om meer controle te verwerven over determinanten van hun gezondheid en deze zo te verbeteren"* (in Scheerder, Van den Broucke, & Saan, 2003, p. 22). In 1986 werd 'gezondheid' door de Wereldgezondheidsorganisatie als volgt gedefinieerd: *"Gezondheid is een toestand van een*

[7] Gezondheidsbevordering en gezondheidspromotie worden in deze tekst als synoniemen gebruikt

zo optimaal mogelijk fysiek, mentaal en sociaal welbevinden, waarbij iedereen de kans moet hebben om als mens capaciteiten te ontwikkelen en te gebruiken met een maximaal aantal vrijheidsgraden en keuzemogelijkheden" (in Moens, 2003, p. 3).

De 'Jakarta meeting' in 1997 resulteerde in een nieuwe verklaring over gezondheidspromotie in de 21ste eeuw. Gezondheid werd als een fundamenteel menselijk recht verklaard en als essentieel voor de sociale en economische ontwikkeling gezien. Het belang van comprehensieve benaderingen in natuurlijke leefomgevingen en de participatie van het doelpubliek werd benadrukt[8]. Het gaat bij gezondheidspromotie niet enkel om de preventie of de eliminatie van gezondheidsgerelateerde problemen, maar tevens om het proactief werken zodat de gezondheid en het welbevinden bij individuen verhoogd wordt (Victoir, Van den Bergh, & Van den Broucke, 2006a).

Zo gezien gaat gezondheidspromotie niet zozeer om de aard van de acties die worden ondernomen, dan wel om het perspectief dat daarbij wordt ingenomen. In 1993 omschreven Dines en Cribb (in Scheerder, Van den Broucke, & Saan, 2003) gezondheidspromotie als holistisch, multidisciplinair, participatief, emancipatorisch en rechtvaardig. Volgens Scheerder, Van den Broucke en Saan (2003) vormen deze dan ook de centrale principes van gezondheidspromotie. Men streeft een holistische visie op gezondheid na, zo wordt er aandacht besteed aan de mens in zijn psychologische, sociale, economische en maatschappelijke context. Gezondheidspromotie is tevens multidisciplinair, ze baseert zich op inzichten uit verschillende wetenschappen om gefundeerde acties op te zetten. Verder wordt een actieve betrokkenheid van de bevolking nagestreefd, gezondheid is de verantwoordelijkheid van de hele samenleving en dus kan er best samengewerkt worden. Het gaat erom de mensen zelf de controle te geven, zodat ze hun omgeving kunnen inrichten en hun gemeenschap organiseren zodanig dat het hun gezondheid ten goede komt. Tot slot wordt gezondheidspromotie als 'rechtvaardig' gezien, het wegwerken van gezondheidsverschillen tussen groepen van de bevolking en het creëren van gelijke kansen op gezondheid vormen dan ook aandachtspunten (Scheerder, Van den Broucke, & Saan, 2003). Op basis van deze principes kan gezien worden dat gezondheidspromotie zich over de gehele samenleving uitstrekt en niet beperkt kan blijven tot een enkel sociaal subsysteem. Gezondheid promoten bij jonge kinderen veronderstelt samenwerking tussen stakeholders op federaal, gemeenschaps-, provinciaal en lokaal niveau én met de school en het gezin als directe omgeving van het kind, aldus Victoir, Van den Bergh en Van den Broucke (2006a).

Nadat in 1991, na een Besluit van de Vlaamse Regering inzake gezondheidspromotie (Besluit van de Vlaamse regering inzake gezondheidspromotie, 1991), gezondheidspromotie

[8] The Jakarta Declaration on Health Promotion in the 21st Century. Geneva: WHO; 1997.

officieel werd in Vlaanderen, heeft men op elk van die niveaus structuren ontwikkeld en initiatieven genomen om de effectiviteit van gezondheidsbevordering te verhogen en de verschillende acties onderling beter af te stemmen. Organisaties die zich toelegden op gezondheidspromotie werden toen op regelmatige basis geconfronteerd met initiatieven van de Vlaamse overheid om de sector bij te sturen (Scheerder, Van den Broucke, & Saan, 2003). Er werden dan ook maatregelen genomen zoals het oprichten van de Vlaamse Gezondheidsraad, het introduceren van de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen, het oprichten van LOGO's, het decretaal inschrijven van gezondheidseducatie in de werking van de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) en bedrijfsgezondheidsdiensten, het afbakenen van zorgregio's en het voorbereiden van een preventiedecreet (Scheerder, Van den Broucke, & Saan, 2003). In 1991 werd ook het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) opgericht. Het VIG neemt de coördinatie van en de dienstverlenende samenwerking voor gezondheidsbevordering in de Vlaamse Gemeenschap op zich. Vandaag wordt er gesproken over het VIGeZ, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ, n.d.)

2. De school als omgeving voor gezondheidspromotie

De setting voor het bevorderen van gezondheid omschreef Nutbeam in 1998 als *"the place of social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational, and personal factors interact to affect health and well-being"* (in Victoir, Van den Bergh, & Van den Broucke, 2006a, p. 23). Volgens Victoir, Van den Bergh en Van den Broucke (2006a) vormen de school, de werkplaats, de gemeenschap en de gezondheidsvoorzieningen 'natuurlijke' omgevingen voor gezondheidspromotie. Zij halen tevens de volgende redenen aan waarom de school als omgeving voor het realiseren van gezondheidspromotie kan dienen. Via scholen wordt vooreerst gegarandeerd dat een aanzienlijke proportie van de populatie zal bereikt worden, heel wat kinderen en adolescenten brengen immers veel tijd door op de schoolbanken. Ook is het zo dat de ouders van de kinderen via scholen makkelijker kunnen worden betrokken in het hele proces. Daarnaast beschikt het schoolpersoneel over de nodige expertise om de realisatie van initiatieven voor gezondheidsbevordering te faciliteren. Tenslotte zijn scholen door de overheid verplicht om gezondheidseducatie te geven, zodat het voor hen 'relatief eenvoudig' is om zich te engageren voor gezondheidspromotie-initiatieven (Victoir, Van den Bergh, & Van den Broucke, 2006a).

Greet Caris (2009), momenteel aangesteld als gezondheidscoördinator door de Vlor, zegt dat als men de context waarin scholen ontstaan zijn in beschouwing neemt, gezien kan worden dat de traditionele opdracht van scholen is dat ze haar leerlingen klaarmaakt voor de maatschappij. Gezondheid vormt hier één bepaald aspect van. Mensen goede attituden

aanleren met betrekking tot gezondheid, zoals omschreven werd door de WHO, vormt dan ook een belangrijke opdracht voor scholen (G. Caris, persoonlijke communicatie, 2 april, 2009).

3. Een gezondheidsbeleid voor scholen

Op Europees niveau is 'gezondheid' in het onderwijs een belangrijk thema. Sinds 1992 is 'the European Netwerk of Health Promoting Schools' bezig met het werken rond gezondheidsbevordering in scholen.

> We all care about our children, they are the future of Europe. Every child in Europe has the right to education, health and security and should have the opportunity to be educated in a health promoting school. SHE contributes to make schools in Europe a better place for learning, health and living. SHE uses the health promoting school approach as an evidence-based and comprehensive way for developing school health policy. (Schools for Health in Europe, n.d.)

Zij worden daarbij gesteund door de Raad van Europa, de Commissie van de Europese Unie en de Wereldgezondheidsorganisatie. Het netwerk heeft als doel de holistische benadering van gezondheid te verspreiden en te implementeren (Maes, Stevens, De Coninck, & Hoelebrandt, 2001). Dit initiatief is nu uitgebreid en werkzaam in 43 landen, waaronder België, onder de naam 'Schools for Health in Europe' (SHE). SHE wil fungeren als hét platform in Europa dat pleit voor gezondheid in scholen, informatieverstrekking, bevorderen van onderzoek, het delen van ervaring, vaardigheden, expertise en 'good practices' (Schools for Health in Europe, n.d.).

Ook in het Vlaamse onderwijslandschap wordt gezondheid als een belangrijk thema gezien. In het schooljaar 2004-2005 vroeg minister Frank Vandenbroucke aan de onderwijsinspectie om scholen te stimuleren een actief intern gezondheidsbeleid te voeren. Tijdens het schooljaar 2005-2006 ging de inspectie dan na wat de huidige stand van zaken is in het basis- en het secundair onderwijs met betrekking tot gezondheid en een gezondheidsbeleid. De bedoeling van het onderzoek was enerzijds om de aandacht te vestigen op de decretale opdrachten die scholen hebben in verband met gezondheidseducatie. Anderzijds wilde men de sterke en zwakke punten van de huidige aanpak – anno 2005-2006 – voorleggen aan het onderwijsveld (Onderwijsinspectie, 2007).

In de beleidsvoorbereiding, beleidsuitvoering en beleidsevaluatie omtrent gezondheid in Vlaamse scholen worden de krachten van de betrokken departementen gebundeld en wordt er een nauwe samenwerking nagestreefd (Intentieverklaring, 2006). Zo ondertekenden de ministers bevoegd voor Werk, Onderwijs en Vorming (Frank Vandenbroucke), Welzijn en

Gezondheid (Inge Vervotte), Jeugd en Sport (Bert Anciaux) en Landbouwbeleid en Zeevisserij (Yves Leterme) op 27 januari 2006 een intentieverklaring voor een gezondheidsbeleid in Vlaamse scholen. De bestaande Vlaamse gezondheidsdoelstellingen werden daarbij als uitgangspunt genomen (F. Vandenbroucke, persoonlijke communicatie, 7 januari, 2009). De intentieverklaring is aldus het resultaat van overleg tussen collega-ministers, maar in de praktijk verschijnen nog heel wat andere actoren op het toneel (zie 5. Waar kunnen scholen terecht?).

Sinds 1 september 2007 worden scholen aangemoedigd en ondersteund om een gezondheidsbeleid op maat van hun school en leerlingen uit te werken. Daarbij gaat het niet enkel meer om sensibilisatie en educatie maar ook om omgevingsverandering en beleidsvoering. Het werken vanuit een breed gezondheidsbegrip, of dus het realiseren van een gezondheidsbevorderend beleid, wordt benadrukt (Victoir, Van den Bergh, & Van den Broucke, 2006b). Dit houdt in dat men kiest voor structurele veranderingen in beleid en omgeving met als doel een leef- en leeromgeving te creëren waar gezonde keuzes voor de hand liggen (Vandenbroucke, 2008). Gezondheidseducatie wordt daarbij niet verwaarloosd, het heeft nog steeds een plaats in het curriculum, maar om van gezondheidsbevordering te kunnen spreken moet die educatie *"aangevuld en ondersteund worden door een inclusief gezondheidsbeleid op schoolniveau met aandacht voor de (lokale) sociale, culturele en economische context"* (Moens, 2003, p. 3).

De onderwijsinspectie kwam, naar aanleiding van hun onderzoek over 'gezondheidseducatie in het Vlaamse onderwijs', tot het besluit dat de meeste scholen aandacht besteden aan gezondheid. De effecten die men kan verwachten, beantwoorden echter nog niet aan de hoge verwachtingen die aan scholen worden gesteld. Een voorname oorzaak daarvan is volgens hen dat er onduidelijkheid heerst over de ruimte om keuzes te maken en prioriteiten te stellen met betrekking tot het werken rond gezondheid. De idee leeft bij scholen dat 'alles moet' (Onderwijsinspectie, 2007). Er is echter geen sprake van verplichtingen met betrekking tot gezondheidsbevordering, scholen worden wel aangemoedigd er rond te werken. Het wordt immers als belangrijk gezien dat elke school regelmatig nadenkt over de gezondheid van haar leerlingen en acties onderneemt om die gezondheid te bevorderen (F. Vandenbroucke, persoonlijke communicatie, 7 januari, 2009; Van Rompu, n.d.). Men wil scholen beleidsmatig ondersteunen in het ontwikkelen van een eigen gezondheidsbeleid, aangepast aan de context en behoeften van de school. Uit onderzoek door de onderwijsinspectie blijkt dat scholen op beleidsmatig vlak in volle ontwikkeling zijn. De inspectie benadrukt dat ondersteunende initiatieven daar oog voor moeten hebben en dat het aanbod zoveel mogelijk moet aansluiten op het ontwikkelingsniveau waarin de school zich bevindt. Het ondersteunen van beleidsontwikkeling zal op termijn meer opleveren dan het steunen van losse initiatieven

(Onderwijsinspectie, 2007). De intentieverklaring, de aanstelling van een gezondheidscoördinator en het strategisch actieplan 'op uw gezondheid' zijn enkele initiatieven van de overheid om scholen te ondersteunen zodat er meer efficiënt aan gezondheid gewerkt kan worden (Vandenbroucke, 2007).

3.1 Intentieverklaring

In de voorbije jaren werd geprobeerd het gezondheidsbeleid binnen het onderwijs vorm te geven. Daarbij had men niet als doel de scholen regels voor te schrijven, maar een richtinggevend kader, op basis van de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen, mee te geven (Victoir, Van den Bergh, & Van den Broucke, 2006b). Het is dan ook niet de bedoeling dat het gezondheidsbeleid in scholen in de toekomst in een decreet vertaald wordt. De huidige eindtermen en ontwikkelingsdoelen bieden voldoende uitgangspunten voor scholen om tot een efficiënt gezondheidsbeleid te komen (F. Vandenbroucke, persoonlijke communicatie, 7 januari, 2009). Om deze eindtermen en ontwikkelingsdoelen echter op een kwaliteitsvolle manier te bereiken heeft men als school een gezondheidsbeleid nodig, aldus Frank Vandenbroucke. Het gaat erover dat elke school regelmatig nadenkt over de gezondheid van haar leerlingen en systematisch acties onderneemt om hun gezondheid te bevorderen (F. Vandenbroucke, persoonlijke communicatie, 7 januari, 2009; Van Rompu, n.d.). Tevens is het zo dat in Vlaanderen scholen een grote pedagogische vrijheid genieten, scholen verplichten een gezondheidsbeleid op te stellen zou aldus tegenstrijdig zijn met deze vrijheid (G. Caris, persoonlijke communicatie, 2 april, 2009).

In de intentieverklaring werden de afspraken met betrekking tot doelstellingen en bouwstenen inzake gezondheidsbevordering bij kinderen en jongeren, in het basis- en secundair onderwijs, opgenomen (Intentieverklaring, 2006). Het bevorderen van de gezondheid in scholen door de Vlaamse overheid beoogt meer dan enkel het tegengaan van het 'ongezond zijn' of het werken aan lichamelijke gezondheid van leerlingen. Het is de bedoeling dat men het welzijn/welbevinden optimaliseert en het stellen van gezond gedrag van leerlingen bevordert. *"Op termijn wordt er gestreefd naar een onderwijs dat kinderen en jongeren een leer- en leefomgeving biedt voor de ontwikkeling van levenslange gewoonten die horen bij een gezonde leefstijl"* (Vlor, commissie gezondheidsbevordering, 2006). Leerlingen moeten doorheen hun schoolloopbaan de attituden en gewoonten ontwikkelen die ertoe bijdragen dat ze een gezond leven leiden. Hoewel gezondheid als breed aanzien wordt met nood aan een integrale aanpak, koos toenmalig Minister Frank Vandenbroucke ervoor om enkele prioriteiten naar voren te schuiven. Zo pleit hij ervoor in eerste instantie te werken rond bewegen en gezonde voeding (Vandenbroucke, 2008).

Concreet worden in de intentieverklaring (2006) volgende doelstellingen vooropgesteld (titel II: Inhoud, Hoofdstuk 1: doelstelling):

- Het aantal rokers in Vlaanderen, zowel bij mannen als vrouwen en specifiek bij de jongeren, moet met 10% dalen; daarenboven wordt ook bijzondere aandacht besteed aan andere schadelijke vormen van middelengebruik.
- De consumptie van vet- en suikerrijke dranken en voeding moet op significante wijze dalen ten voordele van vetarme en vezelrijke voeding.
- Een actieve bevordering van meer lichamelijke beweging is noodzakelijk.
- De preventie van infectieziekten moet op significante wijze worden verbeterd, met name door het verhogen van de vaccinatiegraad voor aandoeningen als polio, kinkhoest, tetanos, difterie, mazelen, bof en rubella; alsmede door een efficiënte voorlichting betreffende de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen.
- Het aantal dodelijke ongevallen in de privé-sfeer en in het verkeer moet met 20% dalen.
- Preventie van depressie en suïcide.

3.2 Gelijke kansen in gezondheid en gelijke onderwijskansen gaan hand in hand

Wie op jonge leeftijd reeds begint met gezonde gewoontes, zoals veel beweging en gezond eten, heeft op latere leeftijd minder kans op bijvoorbeeld overgewicht maar ook op andere ziektes zoals hart- en vaatziekten. Een gezonde levensstijl met goede eetgewoonten en voldoende beweging kan dus best van jongs af aan aangeleerd worden (Gezondheidsbeleid in scholen: waarom?, n.d.). Volgens (toenmalig) Vlaams minister Vandenbroucke is het van belang dat kinderen van jongs af aan leren dat een gezonde levensstijl belangrijk is. Zowel ouders, vrienden als de buurt waarin kinderen opgroeien, spelen daarbij een rol. Zo wordt ook aangegeven dat de voedselkeuze bepaald wordt door individuele, sociale, culturele, economische en omgevingsfactoren (Tutti Frutti: 'Activiteiten', 2007). Ouders dragen een belangrijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van hun kinderen. Maar het is niet voor iedereen evident, omwille van sociaal-economische redenen, om gezonde keuzes te maken (Vlor, commissie gezondheidsbevordering, 2006). Een school kan daarbij 'helpen' want de school is een omgeving waar een gezond leven gestimuleerd kan worden (Vandenbroucke, 2008). Scholen *"spelen een prominente rol in de leefwereld van kinderen en jongeren waardoor ze een niet te onderschatten verantwoordelijkheid hebben in het bijbrengen van een gezonde levensstijl"* (Vervotte, 2007, p. 2).

Men wil voor alle leerlingen gelijke kansen nastreven. Kinderen uit kansarme gezinnen groeien vaak op in een omgeving waar men minder belang hecht/kan hechten aan gezondheid, en krijgen dus minder vaak stimulansen van thuis uit om gezond te leven en te eten. Zo wordt er bijvoorbeeld minder vaak fruit en groenten gegeten in dergelijke gezinnen.

De school speelt dan ook voornamelijk voor deze kinderen een cruciale rol, ze *"reikt aan wat thuis ontbreekt of versterkt wat daar al gebeurt"* (Van Rompu, n.d.). Op deze manier probeert men ook deze kinderen de kans te geven om van jongs af aan te werken aan een gezonde levensstijl. Een gezond lichaam, een scherpe heldere geest en een realistisch en positief zelfbeeld zijn namelijk essentieel om de samenleving met gelijke kansen binnen te stappen (F. Vandenbroucke, persoonlijke communicatie, 7 januari, 2009). Dit is in overeenstemming met wat gezien werd als het principe van 'rechtvaardigheid' bij gezondheidspromotie (Scheerder, Van den Broucke, & Saan, 2003).

3.3 Actieplan : 'Op uw gezondheid'

De praktische organisatie van de intentieverklaring verloopt via het strategisch en operationeel plan 'Op uw gezondheid!' dat scholen ondersteunt in het ontwikkelen en implementeren van een eigen gezondheidsbeleid. *"Dit plan biedt aan scholen de mogelijkheid om binnen hun eigen context en behoeften een aantal concrete streefdoelen te bepalen en een beleid op maat van hun leerlingen te voeren"* (Intentieverklaring, 2006, p. 4). Het is opgesteld in een samenwerking tussen de Vlaamse minister van Werk, Onderwijs en Vorming, de commissie Gezondheidsbevordering van de Vlaamse Onderwijsraad (Vlor), de pedagogische begeleidingsdiensten en de gezondheidscoördinator (Vandenbroucke, 2008). De gezondheidscoördinator (momenteel Greet Caris) is verantwoordelijk voor de uitvoering van het actieplan en maakt jaarlijks een rapport over de evolutie in het plan en zijn uitvoering, welke zij terugkoppelt naar de commissie gezondheidsbevordering. Zij is een spilfiguur tussen het departement Onderwijs, de administratie Gezondheidszorg en de Vlor (Intentieverklaring, 2006).

De commissie Gezondheidsbevordering van de Vlor bestaat uit vertegenwoordigers van de verschillende onderwijskoepels, ouderkoepels, leerlingenkoepels, vakbonden (als vertegenwoordiging voor het schoolpersoneel), academische vertegenwoordigers van verschillende universiteiten, expertisecentra en de overheid (G. Caris, persoonlijke communicatie, 2 april, 2009). Deze commissie dient als een overlegplatform waar expertise met betrekking tot gezondheid en pedagogisch-didactische inzichten van deze verschillende partners, op elkaar afgestemd worden (Vlor, commissie gezondheidsbevordering, 2006). Ontwikkelen van beleid en visie, systematisch en planmatig werken en het creëren van een draagvlak staan centraal (Vlor, commissie gezondheidsbevordering, 2006). Twee operationele doelstellingen worden naar voren geschoven: de scholen sensibiliseren en de scholen voorzien van voldoende informatie om hun eigen gezondheidsbeleid te kunnen voeren (Stappen in het strategisch plan 'op uw gezondheid', 2007). In het uitvoeren van het strategisch plan wordt er voornamelijk op gelet dat het gedragen wordt door de verschillende actoren, dat het haalbaar blijft voor scholen, dat het past in andere pedagogische principes,

zoals de grote pedagogische vrijheid van scholen en dat er zoveel mogelijk ‘evidence-based’ gewerkt wordt aan gezondheid (G. Caris, persoonlijke communicatie, 2 april, 2009).

De Vlor (2006) wil aan onderwijsvernieuwing werken vanuit het vermogen van scholen zelf. Zij moeten de keuzes maken die optimaal aansluiten bij hun leerlingenpopulatie en de context waarin ze werken. Opdat het plan zou slagen, moet het niet alleen ambitieus zijn, maar ook realistisch en haalbaar. Om die reden werd beslist te werken met een gefaseerde ‘adding-up’-benadering, waarbij evenwichtige voeding en beweging de eerste centrale thema’s zullen zijn. Geïnspireerd door Eric Verbiest wil de Vlor het beleidsvoerend vermogen van scholen stimuleren door te werken met ‘halffabrikaten’ en externe begeleiding. Halffabrikaten zijn producten die doelbewust niet zijn afgewerkt, de scholen passen het instrument dan aan hun context aan (Vlor, commissie gezondheidsbevordering, 2006). Verandering, door middel van een gezondheidsbeleid, is steeds een proces. Men moet zich afvragen of de school klaar is voor vernieuwing en of iedereen op school begrijpt wat de uitbouw van een gezonde school met zich meebrengt. Belangrijk is dat er voor elke individuele school een afzonderlijk optimaal actieplan opgesteld wordt op basis van de beginsituatie, de mogelijkheden, de behoeften en prioriteiten van een school (Moens, 2003).

3.2.1 Aanknopingspunten voor de school

Volgens de Vlor (2006) zijn de volgende aanknopingspunten voor het uitbouwen van een gezondheidsbeleid aanwezig in het huidige beleid van scholen.

Zo is het ten eerste de bedoeling dat het gezondheidsbeleid aansluit bij ontwikkelingsdoelen en eindtermen op elk onderwijsniveau. Zo bieden bijvoorbeeld de domeinen in de ontwikkelingsdoelen ‘lichamelijke opvoeding’ en ‘wereldoriëntatie’ in het buitengewoon basisonderwijs uitgangspunten voor een gezondheidsbeleid (Vlor, commissie gezondheidsbevordering, 2006).

Een tweede mogelijkheid om een gezondheidsbeleid vorm te geven is dat er gebruik gemaakt wordt van de samenhang tussen gezondheidsbevordering en andere vernieuwingsprojecten in scholen. Een gezondheidsbeleid op een school maakt deel uit van haar integraal schoolwerkplan en andere, door de school gekozen, beleidsaccenten. Voorbeelden zijn milieubeleid, zorgbeleid of gelijkeonderwijskansenbeleid. Werken aan GOK-prioriteiten zoals ‘socio-emotionele ontwikkeling’ en ‘preventie en remediëring van studie- en gedragsproblemen’ kan tegelijk werken aan gezondheidsbevordering betekenen. Ook andere wettelijke en decretale verplichtingen kunnen in het gezondheidsbeleid van een school geïntegreerd worden, zo veronderstelt het realiseren van een gezondheidsbeleid aandacht voor de schoolinfrastructuur. Sommige onderdelen van de infrastructuur laten namelijk te wensen over in verband met de hedendaagse eisen over gezondheid en veiligheid (Vlor, commissie gezondheidsbevordering, 2006).

Ten derde is het is de bedoeling dat de scholen op een participatieve manier aan deze gezondheidsbevordering werken, dit wil zeggen dat er zoveel mogelijk gestreefd zou moeten worden naar participatie van ouders, leerlingen, leerkrachten,… in het gezondheidsbeleid van de scholen en in het opstellen hiervan. Dines en Cribb haalden dit in 1993 reeds aan als een kenmerk van gezondheidspromotie (in Scheerder, Van den Broucke, & Saan, 2003). Door participatie van verschillende groepen na te streven kan men het draagvlak voor een gezondheidsbeleid verbreden. Bij het opzetten van zulk een actie of het uitwerken van een gezondheidsbeleid wordt het namelijk als belangrijk ervaren dat het project gedragen wordt door het schoolteam, de leerlingen en de ouders (Moens, 2007). Als een project door de verschillende actoren die meewerken gedragen en opgesteld wordt, kan men de beste resultaten behalen omdat iedereen dan effectief achter het project staat. Mede daarom heeft de overheid besloten om niet via verbodsregelingen te werken, bijvoorbeeld alle frisdranken verbieden op school, de scholen moeten zelf zien hoe ze hun beleid uitwerken op maat van hun school. Zo voorkomt men dat het de scholen 'boven hun hoofd groeit' en dat ze enkel uitvoeren wat hen gezegd wordt. Verschillende actoren hebben inspraak in het schoolbeleid door formeel overleg (deze structuren werden vastgelegd in het participatiedecreet), op deze manier kan vraaggestuurd aan gezondheidsbevordering gewerkt worden. Leerlingenparticipatie draagt bij tot een kwaliteitsvol onderwijsbeleid op een school. Daarnaast is ook ouder- en leerkrachtenparticipatie van belang. De school is één van de instanties die ouders kunnen sensibiliseren om hun kinderen aan te zetten tot gezond gedrag (Vlor, commissie gezondheidsbevordering, 2006).

Ten vierde kunnen ook enkele samenwerkingsverbanden een aanknopingspunt voor scholen vormen. Dit komt erop neer dat scholen op verschillende organisaties een beroep kunnen doen om een gezondheidsbeleid uit te werken en uit te voeren (zie ook 5.).

3.2.2. Meting huidige situatie, follow-up en evaluatie

In een jaarlijks rapport geeft de gezondheidscoördinator de evoluties in het plan en diens uitvoering aan. Verder zal door de administraties een gezondheidsbarometer worden ontwikkeld, deze moet het effect van gezondheidsbevorderende acties in scholen nagaan (Intentieverklaring, 2006). Op microniveau brengt de school de huidige situatie van haar gezondheidsbeleid in kaart, zij kunnen op elk moment zichzelf evalueren op procesniveau en eventueel haar beleid bijsturen. Op macroniveau is er de indicatorenbevraging van het VIGeZ in 2009. Om de vier jaar worden gezondheidsgerelateerde gedragingen en dito attituden van leerlingen bevraagd in het kader van de HBSC-studies (Health Behavior in School-aged Children) van de Wereldgezondheidsorganisatie. Gecombineerde interpretaties zullen leiden tot een aantal conclusies over voeding en beweging en op basis van deze kan

de overheid dan haar beleid over voeding en beweging op school bijsturen (Vlor, commissie gezondheidsbevordering, 2006).

3.2.3. Communicatie

De commissie Gezondheidsbevordering wil een positieve aanpak en boodschap verkondigen, dit wordt tevens benadrukt in het hanteren van SMART(+)-doelstellingen (zie 4.1). Externe communicatie gebeurt steeds in overleg tussen de commissie Gezondheidsbevordering, de gezondheidscoördinator en het departement onderwijs. Bestaande informatiekanalen worden daarbij optimaal benut; School- en Lerarendirect, Klasse, Maks, Yeti, de Vlor- en onderwijswebsite. De administraties Onderwijs en Gezondheidszorg controleren mailings naar scholen of naar Logo's op eenduidigheid van boodschappen (Vlor, commissie gezondheidsbevordering, 2006). Verder is het de bedoeling dat de website 'www.gezondopschool.be' als een soort van portaalwebsite gebruikt zal worden, waarop kwaliteitsvolle informatie (gecontroleerd door de commissie gezondheidsbevordering) gezet wordt (G. Caris, persoonlijke communicatie, 2 april, 2009).

4. Aanpak op school: van probleemanalyse naar actie

Er zijn verschillende modellen over planmatig werken, dat van Damoiseaux en Kok (1993) is er één van. Zij raden een gefaseerde aanpak aan: wie heeft een gezondheidsprobleem of zou er één kunnen krijgen, kunnen de problemen voorkomen worden door in te werken op het gedrag van de mensen en/of op hun omgeving, en via welke factoren zou dat dan mogelijk zijn, die factoren moeten ten slotte gebundeld worden in een interventie op maat van de doelgroep (in Victoir, Van den Bergh, & Van den Broucke, 2006b). Volgens toenmalig gezondheidscoördinator Peter van Brabant is dit model ook bruikbaar om tot een gezondheidsbeleid in een school te komen (Victoir et al., 2006b).

4.1 SMART (+) doelstellingen

'Het aanbod gezonder maken' en 'de leerlingen een positieve attitude ten opzichte van gezonde voeding bijbrengen' zijn erg vage doelstellingen. De zogenaamde SMART(+) doelstellingen worden dan ook beter bevonden, omdat die gerichte acties en beoordelingen van effecten mogelijk maken. SMART(+) is een acroniem voor Specifieke, Meetbare, Aanvaardbare, Realistische, Tijdsgebonden en Positief ((+)) geformuleerde doelstellingen.

Een specifiek doel is veel duidelijker dan een vaag doel en wordt door iedereen gelijk geïnterpreteerd. Het is belangrijk dat men kan vaststellen in welke mate een verandering is bereikt, doelstellingen moeten dus ook meetbaar zijn. Ze moeten tevens aanvaard zijn en geaccepteerd worden door de betrokkenen. Daarnaast moeten ze realistisch zijn, mits enige inspanning effectief haalbaar zijn maar ook uitdagend blijven. Ook moet voor elke

doelstelling bepaald worden binnen welke tijdsperiode ze moet behaald worden. Ten slotte is het ook belangrijk een doelstelling zoveel mogelijk in positieve termen geformuleerd wordt, dus zeggen waar je naar toe wil. SMART(+)-doelstellingen zijn hulpmiddelen die richting geven en ons tonen hoe ver we zijn gevorderd in het realiseren van die doelstellingen (Victoir et al., 2006b).

Om SMART(+)-doelstellingen te realiseren is een evenwicht op de volgende drie assen nodig: de as proactief-reactief, de as persoonsgebonden-omgevingsgebonden, de as adviserend-emancipatorisch (Victoir, VCLB koepel vzw). Proactief werken is het versterken van wat goed is. Reactieve acties zijn erop gericht een probleem te vermijden. Persoonsgebonden acties zijn erop gericht veranderingen teweeg te brengen in wat mensen weten, voelen, kunnen of van plan zijn. Bij omgevingsgebonden acties wordt ingewerkt op de fysieke omgeving, het aanbod en de regelgeving. In adviserende acties worden prioriteiten vastgelegd en kiezen experts methodieken die tot verandering zullen leiden. In emancipatorische acties denkt de doelgroep mee, dit is wat eerder benoemd werd als participatie van ouders, leerkrachten en leerlingen.

4.2 Geïntegreerde werking

Simultane acties op niveau van de klas, de school en de omgeving zorgen voor een geïntegreerd gezondheidsbeleid (Moens, 2003). In de klas staat het aanbrengen van kennis, vaardigheden en attituden centraal. Horizontale samenhang, tussen de vakoverschrijdende eindtermen van één graad, wordt bewaakt door middel van jaarprogramma's. Verticale samenhang wordt dan weer bewaakt door middel van het spiraalcurriculum, waarbij er op ieder onderwijsniveau, graad en leerjaar iets wordt toegevoegd aan de reeds aangebrachte leerinhouden omtrent gezondheid zodat er continuïteit over de jaren en vakken heen is.

Op schoolniveau is er aandacht voor zowel de uitbouw van een beleid als voor de schoolinfrastructuur. Het gaat hier over teamgeest op school, het waardepatroon, de participatiecultuur, schoolprioriteiten,… Globaal bestaat een gezondheidsbeleid op schoolniveau uit drie luiken: een educatief luik (spiraalcurriculum uitwerken), een structureel luik (zoals schoolactiviteiten rond gezondheid) en een regulerend luik (zoals het schoolreglement). Ook in de uitwerking van dat beleid zit de zorg voor de gezonde leef-, leer- en werkomgeving waarbij een gezonde infrastructuur nagestreefd wordt. Verder worden er vier niveaus onderscheiden waarop er aan een gezondheidsbeleid op school gewerkt kan worden, dit zijn het niveau van de individuele leerling, op het niveau van de klas, op het schoolniveau en ten slotte op het niveau van de schoolomgeving (Moens, 2009). Deze drie luiken in combinatie met de vier niveaus, vormen een matrix voor gezondheidsbevordering op school. Het is dan ook de bedoeling dat scholen deze matrix gebruiken om hun gezondheidsbeleid in kaart te brengen en (verder) uitwerken.

Op klas-, school- en omgevingsniveau kunnen verschillende actoren onderscheiden worden, waaronder de leerlingen, leerkrachten, directie, onderhoudspersoneel, ouders, CLB-medewerkers. Ook externe organisaties zoals Logo's, de mutualiteit, de politie, buurtwinkels,… kunnen een belangrijke rol spelen. Een school staat dus niet op zich en daarom zou ook de omgeving in het beleid moeten worden opgenomen. Dit kan door samenwerking met externe partners en door ouderparticipatie.

5. Waar kunnen scholen terecht?

Om een gezondheidsbeleid uit te werken kunnen de scholen een beroep doen op verscheidene organisaties. De commissie gezondheidsbevordering van de Vlor probeert scholen aan te moedigen van die verschillende mogelijkheden gebruik te maken (G. Caris, persoonlijke communicatie, 2 april, 2009). Zonder exhaustief te willen zijn, worden hieronder een aantal van deze organisaties en hun vorm van ondersteuning voor het onderwijs aangehaald.

Traditioneel kan elke school een beroep doen op haar eigen pedagogische begeleidingsdienst en dit voor elk onderwijs- en organisatorisch probleem die de school ervaart. Het zijn ook die pedagogische begeleiders die namens hun koepel in de commissie Gezondheidsbevordering zitten. Deze vertegenwoordigers hebben elk dan weer overleg met andere pedagogische begeleiders uit hun koepel en zo wordt informatie vlot doorgegeven (G. Caris, persoonlijke communicatie, 2 april, 2009). Pedagogische begeleidingsdiensten hebben als taak om scholen vraaggestuurd te coachen in hun werken aan gezondheidsbevordering (Vlor, commissie gezondheidsbevordering, 2006).

Op regionaal niveau zijn er de CLB's en de Logo's, zij hebben als taak te waken over de gezondheid van leerlingen en jongeren. Scholen kunnen een beroep doen op de vraaggestuurde werking van de Centra voor LeerlingenBegeleiding (CLB) om een gezondheidsbeleid uit te werken, verder hebben ze de opdracht om het welbevinden van de leerlingen te verhogen en om aan preventieve gezondheidszorg te doen. (Vlor, commissie gezondheidsbevordering, 2006). CLB's verstrekken deskundige informatie bij de keuze, planning en uitvoering van concrete acties met betrekking tot een gezondheidsbeleid (Gezond op school, n.d.). Logo staat voor 'LOkaal GezondheidsOverleg': *"een lokaal samenwerkingsverband dat zich inspant om de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen te helpen realiseren door de coördinatie en afstemming van preventieve gezondheidsacties"* (De centra voor leerlingenbegeleiding en het lokaal gezondheidsoverleg, n.d.). Een Logo probeert zoveel mogelijk instanties, verenigingen en organisaties die op het terrein van ziektepreventie en/of gezondheidsbevordering actief zijn, te groeperen. Aangezien deelnemers van een Logo uit uiteenlopende sectoren komen, kennen de verschillende Logo's een zeer gevarieerde samenstelling. Voor de onderwijssector werken Logo's samen

met CLB's, met betrekking tot gezondheidspromotie focust deze samenwerking zich op het werken rond enkele van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Voorbeelden zijn preventiecampagnes rond tabak en sensibilisatieprogramma's over gezonde voeding. Het CLB fungeert in deze gevallen als een tussenpersoon voor Logo's en scholen, van deze laatste is het niet de bedoeling dat ze rechtstreeks contact onderhouden met scholen. De Logo's van hun kant ondersteunen de CLB's bij het implementeren van gezondheidsbevorderende acties (de centra voor leerlingenbegeleiding en het lokaal gezondheidsoverleg, n.d.). Een voorbeeld van een project waar het Logo mee aan de basis staat is het Tutti Frutti project (zie 6. Voorbeelden van projecten).

Naast deze schoolnabije partners, kunnen scholen ook een beroep doen op externe partners zoals de vele expertisecentra waar zij terecht kunnen met vragen naar kennis en ervaring over een specifiek domein. *"Zij organiseren opleiding, vertalen wetenschappelijke informatie naar het gewenste schoolniveau, ontwikkelen acties en materialen ten behoeve van scholen"* (Gezond op school, n.d.). Voorbeelden zijn het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGez), de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), Kind en Gezin, Sensoa, Rode Kruis Vlaanderen, Nutrition Information Center (NICE) en Stichting Vlaamse Schoolsport (SVS).

Zo heeft bijvoorbeeld VIGez betrekking tot gezondheidsbevordering verschillende taakstellingen. Zo ontwikkelen zij methodieken en educatief materiaal voor leerkrachten, directies, coördinatoren,… rond bijvoorbeeld gezonde voeding. Ook ondersteunen zij scholen, CLB's, Logo's, pedagogische begeleiders,… door middel van onder meer vormingen, lezingen, workshops, advies,… Zij beheren ook het educatieve gegevensbestand 'Invent', waar allerhande didactische materialen rond gezondheid verzameld zijn (VIG, n.d.). Ook is het de taak van het VIGeZ om de Logo's te ondersteunen.

Er bestaat ook een Commissie Gezondheidsbevordering van de Vlaamse Onderwijs Raad (Vlor), die voortgekomen is uit de intentieverklaring over gezondheidszorg en gezondheidsbevordering. Deze commissie heeft onder meer het actieplan 'Op uw gezondheid' uitgewerkt. Ook hebben zij voor de scholen een DVD gemaakt 'Gezond op school', die besteld kan worden door de scholen. Op deze DVD wordt er informatie gegeven rond volgende thema's; een gezond kleuterrecept, een gezond plan, buitengewoon gezond, van ongezond naar gezond in enkele stappen, creatief gezond, gezond en fit. Zoals eerder vermeld werd, heeft deze commissie een gezondheidscoördinator aangesteld. Zij wordt echter niet verondersteld om individuele scholen te begeleiden.

Ook bij hun koepelorganisaties[9] kunnen de scholen terecht voor ondersteuning bij het uitwerken van hun gezondheidsbeleid. Koepelorganisaties zijn samenwerkingsverbanden die telkens verschillende scholen overkoepelen. Het zijn op zichzelf staande organisaties die scholen ondersteunen en die strikt moeten onderscheiden worden van de onderwijsnetten[10]. Hieronder worden het gemeenschapsonderwijs (GO!), de koepel van het gelijknamige GO!-onderwijsnet, en het Vlaams Secretariaat van het Katholiek Onderwijs (VSKO), die tot het onderwijsnet VGO behoort, kort uitgewerkt. De scholen die aan dit onderzoek hebben deelgenomen behoorden tot de koepelorganisatie GO! of VSKO. Het gemeenschapsonderwijs (GO!) stelt het volgende voorop:

> Onze scholen werken aan de optimale ontwikkeling van iedere leerling, cursist en personeelslid op zowel fysiek, mentaal als sociaal-emotioneel vlak. De scholen van het GO! onderwijs van de Vlaamse Gemeenschap stellen zich tot doel hun leerlingen de nodige kennis, inzichten, vaardigheden en attitudes bij te brengen voor een gezonde leefstijl met respect voor zichzelf en anderen. Iedere directeur, leerkracht en medewerker van het GO! onderwijs van de Vlaamse Gemeenschap beseft dat elk een noodzakelijke bijdrage moet leveren om te komen tot een daadkrachtige aanpak. Het GO! betrekt hierbij ook ouders en leerlingen. Vanuit deze visie hebben de scholen van het GO! aandacht voor verschillende gezondheidsthema's, vertaald in concrete doelstellingen. (Gezondheidsbeleid GO!, n.d.)

Daarom zijn er bijvoorbeeld voor elke scholengroep twee ankerpersonen aangesteld: iemand van de scholengroep en iemand van het CLB om de scholen te ondersteunen in het uitwerken van hun gezondheidsbeleid. Tevens worden er in GO! interne diensten zoals de raad van CLB-directeurs, de pedagogische begeleidingsdienst, het nascholingscentrum, de koepel van oudervereniging en de pedagogische ondersteuningscel van het CLB aangesproken om het gezondheidsbeleid mede te ondersteunen door middel van opleidingen, projecten, websites en materialen (Lavigne, 2007). Ook moet elke school die bij het gemeenschapsonderwijs hoort elk jaar minimum één doelstelling (van het GO!) kiezen, bijvoorbeeld 'leerlingen gaan op school evenwichtig om met tussendoortjes' (Gezonde voeding en dranken, n.d.). Andere thema's die door het GO! naar voren geschoven worden zijn: veiligheid, hygiëne en eerste hulp; voeding en dranken; beweging; middelengebruik; persoonlijkheidsontwikkeling; stress en emoties; sociale relaties; relationele en seksuele vorming (Gezondheid en welzijn, n.d.).

Volgens de koepelorganisatie VSKO is een school een afspiegeling van de maatschappij. De basisvorming die wordt bekomen door middel van theoretische, technische en praktische

[9] De verschillende koepelorganisaties in Vlaanderen zijn : GO!, VSKO, OVSG, POV, IPCO, FOPEM, Federatie Rudolf Steinerscholen Vlaanderen en VOOP. Deze zijn verdeeld in drie onderwijsnetten: GO!, OGO en VGO.
[10] Uit de cursus 'Onderwijskunde 2 – schoolorganisatie'

leervakken kan dan ook niet losgekoppeld worden een bredere opvoeding waarbij de zorg voor het fysisch, psychisch en sociaal wel zijn benadrukt wordt (Visietekst VSKO, n.d.). *"Gezondheid op een katholieke school is inherent verbonden met de opdrachtverklaring en het opvoedingsconcept"* (Dienst Vakoverschrijdende Thema's, n.d.). Vanuit die visie heeft VSKO aandacht voor gezondheidsbevordering en moedigt ze haar scholen aan om op een emancipatorische manier rond gezondheid te werken. "*Vanuit het pedagogisch project en binnen het zorgbeleid van een katholieke school is werken aan gezondheidsopvoeding vanzelfsprekend. In het kader van de vakoverschrijdende eindtermen en ontwikkelingsdoelen dient een school gezondheidsgerelateerde doelen na te streven"* (Gezondheidsbeleid Vlaams Verbond van Katholiek Basisonderwijs, n.d.). Er wordt aangedrongen op de integratie van een gezondheidsbeleid in de leerplannen van bewegingsopvoeding en wereldoriëntatie voor leerlingen van de lagere school en in de ontwikkelingsplannen voor de kleuters. In de visietekst van het VSKO over gezondheidsbevordering op een Katholieke school wordt die gezondheidsbevordering omschreven als het bijbrengen van een grondhouding gericht op een gezonde levensstijl. Kennisoverdracht, bewustwording, attitudevorming en het aanleren van bepaalde vaardigheden zijn middelen daartoe. Verschillende doelen staan daarbij voorop zoals: 'jongeren moeten leren verantwoorde keuzes maken ter bevordering van het emotioneel, fysiek, psychisch en sociaal welzijn van zichzelf en van anderen' of 'jongeren moeten een gefundeerde overtuiging opbouwen waarop hun keuzes voor gedrag zijn gebaseerd en dat leidt tot een lichamelijke en geestelijk welbevinden en tot welzijn van anderen in hun leefwereld' (Visietekst VSKO, n.d.).

Een gezondheidsbeleid omvat acties die gericht zijn op leerlingen en acties die gericht zijn op de omgeving van die leerling: de school-, klas- en thuisomgeving (Dienst Vakoverschrijdende thema's, n.d.). Scholen worden door de koepelorganisatie een implementatiecirkel aangereikt en in de brochure van de Dienst Vakoverschrijdende thema's (n.d.) staan heel wat voorbeelden en tips waarmee scholen aan de slag kunnen. Voor het bevragen, meten en inventariseren van de acties met betrekking tot gezondheid werd door de koepel een begeleidend document opgesteld, dit kan eveneens in bovengenoemde brochure teruggevonden worden. Ook de ondersteuning en begeleiding die scholen kunnen krijgen worden er toegelicht.

De participatie van zowel ouders als leerlingen wordt ondersteund door ouderkoepelorganisaties, voor elke onderwijskoepel, en de Vlaamse Scholierenkoepel.

6. Voorbeelden van projecten

Er zijn sinds de eerste persmededelingen in 2006 heel wat gezamenlijke initiatieven gerealiseerd. In wat volgt worden een aantal voorbeelden van deze projecten aangehaald

om daarna een project als voorbeeld uit te werken, namelijk 'Tutti Frutti', een project om het fruit eten op school te bevorderen.

Rond beweging, sport en gezond eten kan er op school een project worden opgestart, *'Fitte School'*, een initiatief van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ), de stichting Vlaamse Schoolsport (SVS) en het Nutrition Information Centre (NICE) (http://www.fitteschool.be/). '*Feel Free'* is een project waarbij jongeren op school geholpen worden om te stoppen met roken (http://www.feelfree.be/). *'Wild van Water'* helpt scholen van het basisonderwijs dan weer om een drink- en plasbeleid uit te werken (http://www.wildvanwater.be/). '*Schoolsnakker'* zorgt ervoor dat gezonde drankjes en tussendoortjes in de kijker gezet worden (http://www.schoolsnakker.be/). De meeste van deze projecten hebben een website waar de scholen informatie kunnen vinden om aan de slag te kunnen met het project.

Het 'Tutti Frutti' project is tevens een voorbeeld van een gezondheidsbevorderingsproject voor scholen. Dit project is tot stand gekomen door een samenwerking tussen het Lokaal GezondheidsOverleg (Logo) en het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ), met de financiële steun van de Vlaamse Overheid (en Zespri Kiwifruit). Tutti Frutti kadert dan ook in het gezondheidsbeleid van de overheid voor scholen en *"beoogt een toename van de fruitconsumptie bij jongeren door hen wekelijks fruit aan te reiken op school"* (Tutti Frutti: 'Hoe werkt het?', 2007). Tevens probeert men door deze interventie een positieve invloed te hebben op de attitudes, sociale norm en kennis over fruit en tracht men bij te dragen tot een verdere uitwerking van een voedingsbeleid op school.

Tutti Frutti houdt echter meer in dan leerlingen wekelijks fruit aan te reiken op school, er wordt namelijk verwacht dat de school minstens één activiteit organiseert in het kader van het fruitproject die bijgehouden moet worden op een activiteitenplanner en achteraf teruggestuurd moet worden naar het Logo, zodat het bijvoorbeeld als inspiratie kan dienen voor andere scholen. Voorstellen voor deze activiteiten zijn op de site onder verschillende thema's terug te vinden, bijvoorbeeld 'werken met de actieve voedingsdriehoek' in het thema 'kweek een fruitbewust-zijn' (Tutti Frutti: 'Activiteiten', 2007). De deelnemende scholen krijgen ook een Tutti-Frutti-informatiemap ter beschikking met ondersteunende lesinhouden, achtergrondinformatie en schoolactiviteiten. Dit project is ook aan evaluatie onderworpen en zo blijkt uit onderzoek *"dat het schoolfruitproject kinderen effectief aanzet om meer fruit te eten"* (Moens, 2007, p. 6). Ook volgens Greet Caris is dit project een succes en neemt ongeveer 50% tot 70% van alle basisscholen deel aan dit project (G. Caris, persoonlijke communicatie, 2 april, 2009).

B. VERKENNENDE ANALYSE: VORMGEVING AAN EEN GEZONDHEIDSBELEID

Inleiding

In dit gedeelte worden de analyses van de verkennende interviewreeks weergegeven. De volgende onderzoeksvraag vormde hiervoor de leidraad:

'Hoe geven (verschillende actoren in) Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs vorm aan een gezondheidsbeleid?'

Bij het maken van deze analyses werd vooreerst per respondent een verticale analyse van het verkennende interview opgesteld. Deze analyses van de respondenten van eenzelfde school werden vervolgens onderling vergeleken zodat per school een verticale schoolanalyse bekomen kon worden. De verticale schoolanalyse van school P. over het gezondheidsbeleid wordt hieronder bij wijze van voorbeeld uiteengezet, van de andere scholen wordt een samenvatting van deze analyse weergegeven. Deze schoolanalyses werden nadien met elkaar vergeleken en op basis hiervan werd een horizontale analyse van de drie scholen opgemaakt. Deze wordt in het tweede gedeelte weergegeven. In deze verkennende (en tevens in de verdiepende) analyses werd gewerkt met citaten van de respondenten om zo een 'levensecht beeld' te verkrijgen van het gezondheidsbeleid op de scholen. Om de leesbaarheid van de analyses te verhogen werd ervoor gekozen om al deze citaten (ook deze met meer dan 40 woorden) doorlopend in de tekst op te nemen.

1. Verticale analyse

Om een antwoord op deze onderzoeksvraag te formuleren werd per school een analyse gemaakt van een aantal componenten die een invloed hebben op hoe een gezondheidsbeleid in een school gevoerd wordt. Ten eerste wordt weergegeven hoe de respondenten (vertellen dat ze) denken over 'gezondheid' en de gezondheidstoestand van de Vlaamse jeugd. Verder werd geanalyseerd in welke mate de respondenten vertrouwd zijn met het gezondheidsbeleid, zoals de overheid dit communiceert naar scholen toe. Hieronder valt bijvoorbeeld de vertrouwdheid met de intentieverklaring, de projecten rond gezondheid,… Tot slot wordt een analyse van de realisatie van het gezondheidsbeleid in elke school weergegeven. Dit houdt onder meer het huidige gezondheidsbeleid in, de individuele bijdrage hieraan per respondent en de gedragenheid hiervan door het schoolteam.

Op sommige plaatsen worden in de analyse door de respondenten reeds bemerkingen gemaakt die bij het domein van de verdiepende onderzoeksvraag behoren. Deze bemerkingen werden (kort) opgenomen in deze analyse, wanneer ze duidelijk in deze verkennende interviewreeks naar voren kwamen. In de analyse van de verdiepende onderzoeksvraag wordt hierop verder ingegaan.

1.1 School P.

Steinerschool P. is een vrije school voor Buitengewoon Lager Onderwijs in Antwerpen. Deze school behoort tot het net van het Vrij Gesubsidieerd Onderwijs. De steinerschool maakt deel uit van de koepel Federatie Rudolf Steinerscholen Vlaanderen. In deze school werden de directrice, de schoolverpleegster en een klasleerkracht geïnterviewd.

1.1.1 Gezondheid in het algemeen

Betekenisgeving van het concept 'gezondheid'

Het concept 'gezondheid' wordt op een verschillende, doch steeds ruime, manier ingevuld door de respondenten in school P. "*Gezondheid, dat betekent voor mij dat je zowel op fysisch als op psychisch vlak niet te zwaar belemmerd wordt of niet te zwaar belast wordt, zodat je de dingen die je wilt doen, zonder die belemmeringen kunt uitvoeren*", aldus de directrice. Volgens de verpleegster houdt gezondheid dan weer de definitie van het WHO in: "g*ezondheid naar heel uw lichaam, zoals het door hen geformuleerd wordt*". De geïnterviewde leerkracht ten slotte verstaat onder 'gezondheid': *"Genoeg slapen, een gezond slaapritme, gezond eten, een veilige leefomgeving waar afwisseling is tussen ontspanning en werken".*

Gezondheidstoestand van de Vlaamse jeugd

Als het gaat over de gezondheidstoestand van de Vlaamse jeugd in het algemeen halen de directrice en de verpleegster aan dat ze vinden dat deze eerder goed is, met name dan in de landelijke gemeenten waar ze wonen. Als het echter gaat over de gezondheidstoestand van de leerlingen in school P., zijn alle respondenten het eens over dat deze 'niet echt in orde' is. Enerzijds vertelt de verpleegster dat "*als ik de media er op nahoudt of nalees [over de gezondheidstoestand van de Vlaamse jeugd], dan is het slecht*", iets wat ze ook merkt bij de leerlingen op school P.: "*wat dat ik hier zie, dat is dat ze niet, dat heel veel kinderen niet gezond eigenlijk zijn.*" Anderzijds geeft ze aan een 'enorm verschil' te merken met de kinderen in haar gemeente "*dat dat [bijvoorbeeld obese kinderen] eigenlijk in landelijke gemeenten precies veel minder voorkomt. En dat is ook Vlaamse jeugd. Allez, dus ik kan dat eigenlijk moeilijk inschatten.*"

De directrice geeft ook aan dat ze eerder verschillende dingen opmerkt: "*Ik zie groepen jeugd of ik ken jeugdige mensen die, volgens mij, heel gezond zijn als ik naar die twee vlakken kijk. Maar ik zie ook jeugd waarbij dat dat helemaal niet het geval is.*" De leerlingen van school P. plaatst ze bij dit laatste. Verder geeft ze aan dat ze het gevoel heeft dat de gezondheidstoestand van de leerlingen de laatste jaren veranderd is. De directrice maakt een link tussen het stijgende aantal gedragsproblemen dat ze opmerkt in haar school met een psychische overbelasting van kinderen. De leerkracht echter maakt geen onderscheid

over hoe het gesteld is met de gezondheidstoestand van haar leerlingen versus deze van de Vlaamse jeugd: "*als ik het heb over de jeugd dat ik hier op school tegenkom maar ook in mijn omgeving dan denk ik dat er toch heel veel hiaten zijn op de punten dat ik daarnet gezegd heb."*

1.1.2 Gezondheidsbeleid Vlaamse overheid voor scholen

Vertrouwdheid met het overheidsbeleid omtrent gezondheid

De mate van vertrouwdheid met de intentieverklaring ligt bij de respondenten in school P. eerder aan de lage kant. De leerkracht blijkt deze niet te kennen en de directrice zegt wel al gehoord te hebben van deze intentieverklaring, maar er verder niet mee vertrouwd te zijn. Ook de verpleegster gaf in eerste instantie aan hier niet zo mee vertrouwd te zijn, maar in het verdere gesprek hieromtrent blijkt zij echter wel vrij goed op de hoogte te zijn van de inhoud van de intentieverklaring en het gezondheidsbeleid zoals dit aan de scholen voorgesteld wordt door de overheid.

Ervaren veranderingen na de intentieverklaring

De respondenten ervaren geen grote veranderingen in het werken rond gezondheid op school P. na de intentieverklaring, noch het ontstaan van nieuwe samenwerkingsinitiatieven. De directrice werkt echter pas sinds oktober 2007 in school P., waardoor ze aangeeft hier niet veel over te kunnen zeggen. De leerkracht vertelt dat er voornamelijk gewerkt wordt rond gezondheid door de schoolverpleegster en deze *"is er altijd geweest en die hield die dingen toch wel in het oog maar toen was dat meer vrijblijvend (…) Maar nu ligt dat vast."*

Ervaren ondersteuning bij het realiseren van een gezondheidsbeleid

De directrice en de verpleegster geven aan dat ze voornamelijk voor ondersteuning terecht kunnen bij de CLB medewerkers en soms bij de schoolarts of de kinderpsychiater. De leerkracht vernoemt dan weer de schoolverpleegster als grootste bron van ondersteuning bij het werken rond gezondheid *"als je bijvoorbeeld rond een bepaald thema wil werken met de kinderen dan kun je bij haar terecht, ofwel zegt ze van ik zal het wel komen geven (…) Ze is dus wel de centrale figuur in het hele gezondheidsbeleid denk ik hier op school."* Voor de rest wordt door de respondenten weinig ondersteuning ervaren bij het realiseren van het gezondheidsbeleid in de school. "*Uiteindelijk blijven wij toch wel alleen rond die thema's*", aldus de schoolverpleegster.

Projecten van de overheid in school P.

De respondenten geven aan weinig vertrouwd te zijn met de projecten op initiatief van de overheid, deze worden dan ook niet toegepast op school P. De directrice bijvoorbeeld zegt

hier nog nooit over gehoord te hebben. De verpleegster wel, maar *"als ik die dingen aankrijg (…) ik klasseer dat, want ik kan daar momenteel hier op deze school weinig of niets mee doen."* De leerkracht geeft aan dat ze over deze projecten wel leest in Klasse, maar dat het werken met zulke projecten niet past in de Steinerpedagogie van de school. Ze vertelt dat er eerder dagelijks rond gezondheid gewerkt wordt: *"dat is een heel andere manier van werken eigenlijk. Daarmee, zo die projecten dat past dan zo niet binnen onze pedagogie. Dat zit eigenlijk verweven in de dag."*

1.1.3 De realisatie van een gezondheidsbeleid op school P.

Huidig gezondheidsbeleid op schoolniveau

Het gezondheidsbeleid van school P. staat uitgeschreven in het schoolwerkplan. De directrice vermeldt dat er uren vrijgemaakt zijn voor het werken rond gezondheid, deze worden ingevuld door de preventieadviseur en de schoolverpleegster. Zij zijn onder meer verantwoordelijk voor het opstellen van een jaarplanning rond gezondheid voor de gehele school, per type en per leeftijdscategorie. De verpleegster en de klasleerkrachten worden in school P. gezien als de personen die bezig zijn met het werken rond het thema gezondheid. Zo vindt de leerkracht dat de schoolverpleegster een centrale rol inneemt in het gezondheidsbeleid op school P., deze komt bijvoorbeeld uitleg geven rond verscheidene gezondheidsthema's in de klassen. Voor de rest vertelt ze dat het voornamelijk de leerkrachten zelf zijn die in de eigen klas rond gezondheid werken: "*Eigenlijk hangt het voor een groot stuk van de juf af of je daar mee bezig bent of niet. Dat kies je eigenlijk zelf."* Volgens haar heeft het feit dat school P. een school voor buitengewoon onderwijs met drie verschillende types is, hiermee te maken. In de verschillende types moet immers op een andere manier rond gezondheid gewerkt worden en varieert de mate van het werken hieromtrent dus per klas en per type: *"in type 2 moet daar veel harder rond gewerkt worden, in type één ook. Maar in type 8 is dat voor het grootste deel toch een heel ander gegeven."*

Ook de verpleegster vindt dat er voornamelijk in de klassen zelf rond het thema gezondheid wordt gewerkt, bijvoorbeeld aan de hand van lessen rond thema's als voeding, kleding, milieu. Verder worden er voor de leerlingen vaste fruitdagen georganiseerd en wordt er in de mate van het mogelijke met bio-producten gewerkt. Tevens zijn er bewust geen automaten voor frisdranken aanwezig op school P. en wordt het meenemen hiervan volgens het schoolreglement niet toegelaten. *"We gaan er bewust mee om, hier wordt geen cola gedronken, geen frisdrank enkel water of thee, hier worden gezonde boterhammen meegebracht",* aldus de directrice. Tot slot is er een werkgroep 'zorg voor de zorgenden' opgestart met als intentie de 'gezondheid' van de school en zijn team te bevorderen, school P. heeft immers veel te maken met zieke leerkrachten. In deze werkgroep probeert men dan ook de redenen hiervan te achterhalen en de schoolcultuur gezonder te maken: *"Het gaat*

eigenlijk over hoe wij elkaar als leerkracht moeten ondersteunen in ons werk en de basis terug gezond krijgen (…) zodat leerkrachten zich gesteund voelen in hun werk en hun werk terug naar norm kunnen doen eigenlijk." Deze werkgroep bestaat uit twee leerkrachten (waaronder de geïnterviewde leerkracht), de schoolarts en de directie.

Invloed Steinerpedagogiek

De Steinerpedagogiek heeft volgens de respondenten een duidelijke invloed op hoe een gezondheidsbeleid gerealiseerd wordt op school P. Voorheen werd reeds vermeld dat vanuit deze pedagogiek het werken rond gezondheid eerder zit 'verweven in de dag', dan dat er bijvoorbeeld een project uitgewerkt wordt. De directrice zegt hierover verder ook *"wij hebben, vind ik, vanuit onze pedagogie, onze Steinerpedagogie, sowieso vind ik al meer richtlijnen naar gezonde voeding. Wat wel kan, wat niet kan (…) Dus ik vind dat we vanuit onze pedagogie, onze visie op de mens, sowieso al, denk ik toch, iets bewuster dan de doorsnee mevrouw of meneer bezig zijn met voeding en gezondheid."*

Individuele bijdrage van de respondenten

De leerkracht en de verpleegster dragen elk op hun eigen manier bij aan het realiseren van een gezondheidsbeleid op school P. Zo probeert de leerkracht met de werkgroep 'zorg voor de zorgenden' de schoolcultuur 'gezonder' te maken. Verder werkt ze in de klas rond bepaalde subthema's van gezondheid, wanneer ze merkt dat hier nood aan is: *"Ik heb bijvoorbeeld veel eetproblemen bij mij in de klas en dan wordt er wel eens gewerkt rond, een klasgesprek gedaan rond voeding, wat houdt dat in, wat is gezond, wat is niet gezond?*" De verpleegster draagt bij aan het werken rond gezondheid in de klassen zelf door bepaalde lesinhouden te geven, zoals seksuele opvoeding en voedingsleer in de zesde klassen. Ze vertelt dat ze vaak ook van een gelegenheid gebruikt maakt om een les over gezonde voeding te geven als ze bijvoorbeeld een klasleerkracht moet vervangen.

Beleving van het gezondheidsbeleid

De respondenten geven verschillende dingen hierbij aan over de haalbaarheid en combineerbaarheid van het gezondheidsbeleid met het andere schoolwerk. Zo geeft de directrice aan over het realiseren van een gezondheidsbeleid: *"dat is combineerbaar vind ik, dat is ook wel misschien omdat we een school voor buitengewoon onderwijs zijn. (...) We kunnen dat ook voor een stuk mee integreren in ons opvoeding die we aan de kinderen geven. Een stuk ook onze pedagogische taak."* De leerkracht vindt echter dat er nog te weinig gedaan wordt voor het gezond maken van de schoolcultuur zelf. Het werken rond gezondheid vindt ze wel combineerbaar met haar klaspraktijk *"omdat het vooral in de klas moet gebeuren.*" Hierbij vertelt ze 'blij' te zijn dat de schoolverpleegster een deel op zich

neemt. Deze vindt het werken rond gezondheid echter moeilijk combineerbaar met haar praktijk als verpleegster op school P. Ze geeft aan dat ze hier niet alleen in staat en vindt het op school P. momenteel meer "*overleven, vooral als leerkracht (…) Dan vergeet je wel het gezondheidsbeleid he. Want uiteindelijk als het in de klas marcheert dat is ook de kinderen en hun welbevinden en hun gezondheid. Dat is hier roeien met de riemen die we hebben"*.

Er worden verschillende reacties van de leerlingen vermeld door de respondenten. Zo merkt de verpleegster dat de kinderen van type 2, zeker als ze nog jong zijn, het meest ontvankelijk zijn als er gewerkt wordt rond gezondheid. De leerkracht merkt dan weer dat het soms moeilijk is voor de leerlingen van school P. om rond gezondheid te werken *"kinderen komen ook uit bepaalde milieus soms waar dat de ver van mijn bed show. (…) Jaja ik moet op tijd gaan slapen, zeggen ze dan in de klas. Zo die dingen, maar als daar thuis die druk niet op staat. Kinderen kunnen dat niet zelf, ze zijn echt nog te jong of mentaal niet sterk genoeg voor om dat zelf te kunnen bepalen."* Volgens de directrice vertonen leerlingen verschillende reacties als er gewerkt wordt in het kader van gezondheid. Bijvoorbeeld bij extra aandacht rond hygiëne en het wassen van handen, zijn er: *"Leerlingen die anderen gaan controleren, die hebben we ook wel. 'juf, die heeft zijn handen niet gewassen'. Kinderen die ermee gaan lachen. Kinderen die daar zich tegen verzetten, dus alle mogelijke reacties."*

Participatie van andere betrokkenen aan het realiseren van een gezondheidsbeleid

De ouders worden volgens de respondenten wel betrokken op een ouderavond, als er bijvoorbeeld gewerkt wordt rond gezonde voeding, of als er problemen zijn, maar verder niet. De verpleegster vertelt hierover: *"We proberen de ouders er in het mate van het mogelijke bij te betrekken en ze te informeren en al. Maar daar blijft het dan ook bij."* Wat het volgens haar moeilijk maakt om de ouders actief te betrekken is dat er steeds minder gemotiveerde ouders zijn op school P.: *"De groep van gemotiveerde, allez de groep kinderen waarvan de ouders bewust gekozen hebben voor de steinerschool wordt hoe langer hoe kleiner voor de lagere steinerschool buitengewoon onderwijs."* Verder worden volgens de verpleegster voornamelijk het CLB, de schoolarts en de leerkrachten betrokken in het realiseren van een gezondheidsbeleid op school P. Volgens de leerkracht worden leerlingen dan weer betrokken in het werken rond gezondheid in de lessen zelf.

Gedragenheid door het schoolteam

Alle respondenten vertellen dat ze het gevoel hebben dat de leerkrachten in school P. als team achter het gezondheidsbeleid staan. Zo zegt de directrice "*ik denk dat leerkrachten dan wel als het een schoolbeslissing is, een beleidsbeslissing is, dan staan ze er mee achter. Ik denk niet dat ik dan tegenwerking krijg. Als ze dat niet zien zitten, dan gebeurt dat tijdens de*

vergadering. Meestal is die opmerking dan ook terecht en dan zoeken we daar oplossingen voor. Je kan niet vragen aan een leerkracht wat niet haalbaar is." De verpleegster vertelt dan weer dat enerzijds iedereen achter het realiseren van een gezondheidsbeleid staat en wil meewerken. Anderzijds zegt ze dat op school P. hiervoor het draagvlak niet bestaat, gezien het team reeds 'op de topjes van hun tenen loopt', een thema dat ook bij de andere respondenten herhaaldelijk terugkwam. *"Theoretisch vinden die leerkrachten het allemaal prachtig al die initiatieven en staan ze er allemaal volledig achter. Maar in de praktijk kunnen ze niet meer doen dan dat ze tegenwoordig doen (…) wij lopen als team al bijna constant op de topjes van ons tenen, dat wij niet meer de kracht hebben (…) Ook onder het team van de leerkrachten omdat die mensen zeggen, als we dat ook nog moeten doen he. Wij zijn hier eigenlijk in de eerste plaats om de kinderen onderwijs te verstrekken"*, aldus de verpleegster.

Toekomst van het gezondheidsbeleid op school P.

Er lijkt geen gezamenlijk plan te zijn voor de toekomst van het gezondheidsbeleid op school P. Ieder probeert wel voor zich aan te geven waar ze in de toekomst nog rond willen werken. Zo wil de directrice verder bezien hoe best met luizen in de school omgegaan kan worden. Ook het organiseren van het zwemmen in de type 2 klassen wil ze verder uitwerken. Ten slotte wil ze verder nadenken over de inentingen tegen baarmoederhalskanker, een aantal ouders van leerlingen op school P. lijken dit immers niet zelf geregeld te krijgen. Bij al deze toekomstplannen vraagt ze zich echter af hoe ver ze hierin als school kunnen gaan, bijvoorbeeld over de inentingen: *"Dan denk ik ook van is die taak voor ons of voor het CLB? (…) Is dat nog onze verantwoordelijkheid als school of als de ouders de boodschap het niet begrijpen, of het zich niet aantrekken of het niet georganiseerd krijgen?"* De leerkracht wil de volgende jaren met haar klas *("we gaan mee met ons klas. Ik heb nu de vierde klas, volgend jaar dus de vijfde"*) werken rond hygiëne, seksuele voorlichting, rond voeding en het slapen gaan. De verpleegster ten slotte zegt geen concreet plan te hebben voor de toekomst maar te *"blijven roeien met de riemen die we hebben. Kleine stapjes zetten."*

1.1.4 Een gezondheidsbeleid op school P. – samenvatting

Samengevat hanteren de respondenten van school P. een brede visie op gezondheid, waarbij verschillende aspecten onder 'gezondheid' geplaatst worden. Ze geven aan een verschil op te merken tussen de gezondheidstoestand van de leerlingen op school (deze wordt eerder als 'slecht' bevonden) en deze van de 'landelijke gemeenten' waar men woont (deze wordt eerder als 'goed' bevonden).

De mate van vertrouwdheid met het Vlaamse overheidsbeleid omtrent gezondheid blijkt eerder laag te liggen bij de respondenten op school P. Dit zowel op vlak van de intentieverklaring als op vlak van de projecten. De respondenten geven aan dat er voor het

overheidsbeleid omtrent gezondheid reeds aandacht hiervoor was op school P. Er wordt inhoudelijk dan ook geen grote verandering opgemerkt. Deze ligt volgens hen eerder in het feit dat er nu minder vrijblijvend rond dit thema gewerkt wordt op school, er ligt meer 'vast'. De visie van de Steinerpedagogiek heeft een invloed op het realiseren van een gezondheidsbeleid in school P., aldus de respondenten. Deze visie maakt volgens hen dat ze 'bewuster' omgaan met een thema als gezondheid op school. Dit vormt voor hen een thema dat in lijn van deze visie immers 'verweven doorheen de dag' aan bod komt. Dit is ook de reden dat er niet met losse projecten op deze school gewerkt wordt. De klasleerkrachten en de verpleegster worden als belangrijkste actoren in dit gezondheidsbeleid vernoemd. De verpleegster wordt tevens door de respondenten gezien als een belangrijke bron van schoolinterne ondersteuning. Verder wordt aangegeven dat er weinig schoolexterne ondersteuning ervaren wordt. Concreet wordt een gezondheidsbeleid in school P. gerealiseerd op niveau van de school (met initiatieven als het organiseren van vaste fruitdagen of een werkgroep 'zorg voor de zorgenden') en op niveau van de klas (zoals de dagelijkse aandacht voor hygiëne). Men geeft aan dat de leerlingen in de klas betrokken worden bij dit gezondheidsbeleid. Het is volgens de respondenten echter moeilijk om de ouders op school P. te betrekken, gezien men ervaart dat de groep gekrompen is doorheen de jaren. Tot slot geven de respondenten aan dat ze tevens naar de toekomst toe bezig willen blijven met het gezondheidsbeleid, al is dit verschillend per respondent hoe deze 'toekomst' ingevuld wordt.

De respondenten ervaren enerzijds dat een gezondheidsbeleid combineerbaar is, gezien dit (deels) geïntegreerd kan worden in hun 'pedagogische taak'. Tevens wordt opgemerkt dat het gehele schoolteam 'theoretisch gezien achter het gezondheidsbeleid staat'. Anderzijds echter wordt aangegeven dat er op school P. weinig draagvlak aanwezig is om een gezondheidsbeleid (verder) te realiseren, gezien het schoolteam 'op de topjes van hun tenen loopt'.

1.2 School B.

School B. is een stedelijk instituut voor buitengewoon lager onderwijs dat type 1 onderwijs aanbiedt in het Officieel Gesubsidieerd Onderwijs in de regio Antwerpen. Zij stonden op de onderwijssite van de Vlaamse overheid vermeld als 'voorbeeldschool' met het project 'Kieskeurig'. De school behoort tot de koepel van het Onderwijssecretariaat Vlaamse Steden en Gemeenten (OVSG). In deze school werden de directrice, schoolverpleegster, kinderverzorgster, kookleerkracht en een klasleerkracht geïnterviewd.

Op school B. blijken de respondenten een brede kijk op gezondheid te hanteren. De gezondheidstoestand van de leerlingen op hun school beschouwen ze eerder als 'slecht'. De directrice ziet een tegenstelling tussen de gezondheidstoestand van de leerlingen op school

B. en deze van de gemeente waarin ze woont. Het feit dat er op de school veel 'migrantenkinderen' aanwezig zijn, speelt hierin een rol volgens de respondenten. De mate van vertrouwdheid met het gezondheidsbeleid van de overheid blijkt eerder aan de hoge kant te liggen, zeker als het gaat om de projecten. Een aantal van deze projecten worden dan ook toegepast op de school (Kieskeurig en Tutti Frutti). Er wordt tevens een verandering ervaren na het verschijnen van de intentieverklaring: het werken rond gezondheid wordt nu als een meer bewuste activiteit in de school gezien, welke uitgeschreven wordt in verscheidene documenten, terwijl dit vroeger eerder een 'spontane' activiteit was.

De respondenten in school B. geven aan reeds geruime tijd rond het thema gezondheid op school aan de slag te zijn. Ze ervaren het als een 'automatisme' om bij hen op school hiermee bezig te zijn. Gezondheid wordt dan ook als een 'onderdeel' van de dagelijkse schoolwerking gezien. Er werden hiervoor reeds verscheidene initiatieven uitgewerkt op school B., zowel op klas-, school- als op omgevingsniveau. Dit zijn initiatieven rond lichaamsbeweging (extra sport op school, 'fitklas' voor zwaarlijvige kinderen), gezonde voeding (knabbelmoment, Tutti Frutti, wekelijkse fruitdag, het controleren van de inhoud van de brooddozen,…), psychisch welbevinden (relaxatie en Sherborne) en hygiëne (maandelijkse luizencontrole en douchemomenten voor bepaalde kinderen, bij wie dit thuis niet gebeurt). Een voorbeeld van een initiatief dat in deze school uitgewerkt werd, is het 'knabbelmoment'. Hiervoor werd de speeltijd opgesplitst in twee delen van telkens een kwartier. Het eerste kwartier kan dan 'geknabbeld' worden en het tweede kwartier kan gespeeld worden. De respondenten geven aan liever met dergelijke initiatieven te werken die 'blijvend' meegenomen kunnen worden in de schoolwerking, dan met projecten. Men ervaart immers dat er in projecten veel tijd en energie moet gestoken worden opdat deze 'rendabel' zouden zijn. Deze zijn echter slechts tijdelijk, waardoor steeds nieuwe projecten opgestart moeten worden, wat veel tijd en energie van de school vraagt. Verder is er ook een werkgroep aanwezig op school B. die zich bezighoudt met het uitwerken van initiatieven. Gezondheid wordt echter als 'verantwoordelijkheid' van iedereen beschouwd, met een verschillend engagement en inbreng van elkeen. De respondenten geven aan dat er voor het realiseren van een gezondheidsbeleid op school B. weinig schoolexterne ondersteuning ervaren wordt, schoolintern zorgt de werkgroep gezondheid voor zulke ondersteuning.

De respondenten geven aan het gevoel te hebben 'goed' bezig te zijn rond gezondheid en ervaren dit ook als zinvol. Men merkt bijvoorbeeld op dat de leerlingen echt iets bijleren over gezondheid. Hierbij vragen ze zich echter af tot hoever men mag gaan als school in het voeren van een gezondheidsbeleid. Ook vinden de respondenten dat zo'n beleid realistisch en haalbaar moet blijven. Participatie aan het realiseren van het gezondheidsbeleid wordt nagestreefd bij zowel leerlingen als bij ouders (wat niet gemakkelijk blijkt te zijn, omwille van de multiculturele ouderpopulatie op school B.). Tot slot geven de respondenten aan in de

toekomst het gezondheidsbeleid verder te willen blijven zetten en verder uit te bouwen. Dit voornamelijk in de lijn van hoe men reeds hiermee bezig is, maar ook door een aantal nieuwe ideeën uit te werken. Zo wil de directrice nog verder nadenken om eventueel elke morgen een ontbijt op school te voorzien voor de leerlingen. Ze merkt immers dat veel kinderen nog niet gegeten hebben wanneer ze 's morgens op school aankomen.

1.3 School W.

School W. is een 'gewone' basisschool voor Buitengewoon Onderwijs van het Gemeenschapsonderwijs. Deze school biedt onderwijs aan van het type 1, 2 en 8. Hier werden de directrice, een verpleegster en twee leerkrachten, die tevens de coördinatoren zijn van de werkgroep 'gezonde voeding', geïnterviewd.

De respondenten in school W. definiëren allen gezondheid op een verschillende, doch brede manier. Ze plaatsen hierbij verschillende aspecten onder 'gezondheid'. De gezondheidstoestand van de Vlaamse jeugd en meer specifiek op school W., beschouwen ze als 'slecht'. De verpleegster zegt een invloed van de ouders en van de maatschappij hierin te merken. De mate waarmee de respondenten vertrouwd zijn met het overheidsbeleid rond gezondheid voor scholen is verschillend. Voornamelijk de directrice geeft aan vertrouwd te zijn met 'het essentiële' hiervan en hier ook rekening mee te houden in de werking van school W. In de school was men echter reeds 'goed op weg' met het werken rond gezondheid, aldus de respondenten. Ze geven hierbij aan dat het realiseren van een gezondheidsbeleid als zodanig nog maar in de 'startblokken' staat. Op het moment van de interviews werd er voor het tweede schooljaar op rij gestructureerd rond gezondheid gewerkt op de school. Men ervaart dat er sinds de intentieverklaring meer aandacht aan dit thema besteed (moet) worden binnen de werking van de school, waardoor dit werken rond gezondheid nu op een meer gestructureerde manier (moet) verlopen.

Bij het uitwerken van dit beleid ervaren de respondenten ondersteuning van verschillende bronnen. Onder meer worden hierbij de projecten op initiatief van de overheid vernoemd. De school zegt dan ook deel te nemen aan meerdere van deze projecten (zoals 'Tutti Frutti' en 'Beestig Gezond'). Over dit gezondheidsbeleid geven de leden van de werkgroep echter aan dat het uiteindelijk 'zelf je plan trekken' is. Ze merken dat er wel veel materiaal voorhanden is hiervoor, maar dat dit niet op maat van het buitengewoon onderwijs is. Het gezondheidsbeleid op school W. krijgt concreet vorm in een aantal initiatieven, zowel op niveau van de klas (bijvoorbeeld gezonde voeding als thema in de les) als op niveau van de school (zoals een wekelijkse vaste fruitdag).

De respondenten geven aan dit gezondheidsbeleid naar de toekomst toe grondiger te willen uitwerken. Zo plannen ze het komende schooljaar te starten met het project 'Wild van Water'. Verder wil men naar een verhoogde participatie van leerlingen en ouders streven.

Tot slot merken de respondenten dat er 'positief' en 'enthousiast' gereageerd wordt op de reeds genomen initiatieven rond gezondheid op school W. door een groot deel van de teamleden, leerlingen en ouders.

1.4 Besluit

In dit gedeelte kon per school gezien worden hoe de respondenten denken over gezondheid en de gezondheidstoestand van de leerlingen op hun school. Verder werd per school besproken in welke mate de verschillende respondenten vertrouwd zijn met het Vlaamse overheidsbeleid voor scholen omtrent gezondheid en welke veranderingen of ondersteuning ze hieromtrent ervaren. Tot slot werd per school weergegeven op welke manier een gezondheidsbeleid gerealiseerd wordt en wat de plannen hiervan voor de toekomst vormen. Zo kon per school een synthesetekst bekomen worden over dit gezondheidsbeleid tegen de achtergrond van de onderzoeksvraag.

2. Horizontale analyse

In dit gedeelte wordt de horizontale analyse weergegeven. Deze werd gemaakt op basis van een systematische vergelijking van de drie verticale schoolanalyses. Zo konden gemeenschappelijke, maar ook verschillende elementen bekomen worden over verschillende aspecten van het gezondheidsbeleid in de drie scholen. Deze analyse zal dezelfde structuur volgen als de verticale schoolanalyse. Zo zal eerst ingegaan worden op wat men aangeeft gezondheid en de gezondheidstoestand van de Vlaamse jeugd. Vervolgens wordt er een vergelijking van verschillende aspecten van het gezondheidsbeleid van de Vlaamse overheid in de drie scholen gemaakt. Tot slot wordt dieper ingegaan op de realisatie van een gezondheidsbeleid in de drie scholen. In de uitleiding zal een kort overzicht gegeven worden van de belangrijkste gelijkenissen en verschillen die bekomen werden.

2.1 Gezondheid in het algemeen

Betekenisgeving van het concept 'gezondheid'

Gemeenschappelijk over de verschillende scholen is dat gezondheid steeds op een brede manier gedefinieerd wordt. Zo wordt door bijna iedereen (behalve de directrice van school W. en de leerkracht van school B.) een onderscheid gemaakt tussen fysieke en mentale gezondheid. De verpleegsters van de drie scholen maken een verder onderscheid tussen drie verschillende aspecten van gezondheid, namelijk fysiek, sociaal en mentaal welbevinden. Hiermee sluiten ze eerder aan bij de definitie van gezondheid, zoals gegeven door de Wereldgezondheidsorganisatie. "*Gezondheid is niet enkel de afwezigheid van één of meer ziekten, maar ook een situatie van een volledig fysiek en psychisch en sociaal welbevinden*", aldus de hoofdverpleegster van school B. De wijze waarop gezondheid

gedefinieerd wordt, lijkt in deze gevalsstudie niet samen te hangen met de school en zijn kenmerken, maar eerder afhankelijk te zijn van de functie die de respondent in een school bekleedt. Zoals eerder vermeld geven immers de verpleegsters eerder een brede definitie, waar de leerkrachten eerder een enge definitie van gezondheid hanteren.

Gezondheidstoestand van de Vlaamse jeugd

De meningen van de respondenten over de gezondheidstoestand van de leerlingen op hun school drukken allemaal in meer of mindere mate uit dat deze 'te wensen over laat', 'niet echt in orde is' tot zelfs 'slecht, heel slecht' genoemd kan worden. Deze gezondheidstoestand merken de respondenten op verschillende manieren in hun school. Zo zien ze dat de voedingsgewoonten niet gezond zijn: leerlingen nemen vaak immers frisdrank en koeken mee naar school als tussendoortje, in de boterhammendoos zitten af en toe etenswaren als hamburgers,... Ook in de fysieke toestand geven ze aan te merken dat de gezondheidstoestand niet optimaal is: de leerlingen zijn bijvoorbeeld niet gewoon om aan sport te doen en hierdoor snel moe bij geringe inspanningen. In school P. geeft men verder aan een toenemend aantal gedragsproblemen te merken als een gevolg van een laag psychisch welbevinden van de leerlingen. In de stadsscholen in Antwerpen (school B. en school P.) merkt men een verschil op tussen de gezondheidstoestand van de 'stadskinderen' op school en deze van de Vlaamse jeugd in de landelijkere gemeenten waar men zelf woont. Zo wijt men dit verschil in school B. aan het feit dat deze school gelegen is in een sociaal zwakke buurt, waardoor er vele 'migrantenkindjes' naar deze school komen, met andere opvattingen en gewoonten omtrent gezondheid. Dit wordt geïllustreerd door de directrice: "*Onze waarden en normen zijn hier soms met de multiculturaliteit compleet anders. Wij proberen suikers te vermijden. Daar is het niet anders dan de stroop loopt er af van de koeken."*

2.2 Gezondheidsbeleid Vlaamse overheid voor scholen

Vertrouwdheid met het overheidsbeleid omtrent gezondheid

De mate van vertrouwdheid met deze intentieverklaring ligt bij de meeste respondenten eerder laag. Deze vertrouwdheid gaat van 'er nog niet over gehoord te hebben' tot 'enkel met het essentiële vertrouwd te zijn'. Het zijn dan ook voornamelijk de directrices van de scholen die aangeven dat ze reeds op de één of andere manier gehoord hebben van deze intentieverklaring. De leden van de werkgroep 'gezondheid' in voorbeeldschool B. zeggen echter ook vertrouwd te zijn met de inhoud van deze intentieverklaring: "*Dat hij [minister Vandenbroecke] de intentieverklaring heeft gegeven dat er voor de scholen een gezondheidsbeleid moet zijn en dat je ook een beetje moet zien hoe de situatie is, de omgeving, meer een analyse eigenlijk*", aldus de hoofdverpleegster van school B.

Ervaren veranderingen na de intentieverklaring

Elke school geeft aan reeds in meer of mindere mate voor het uitkomen van de intentieverklaring gewerkt te hebben rond gezondheid. In deze gevalsstudie lijkt het schoolgebonden te zijn tot in hoeverre al dan niet duidelijk een verandering ervaren wordt na deze intentieverklaring. Zo geeft men in de voorbeeldschool B. aan een duidelijke verandering te merken. Deze verandering is volgens de respondenten niet zozeer inhoudelijk in het werken rond het thema gezondheid en de verschillende acties die hiervoor ondernomen worden, maar wel in de vormelijke aspecten van het realiseren van een gezondheidsbeleid. Dit wordt geïllustreerd door de directrice: "*Gezondheid, die intentieverklaring, ja die is belangrijk, dat moet er zijn. Maar ik denk dat we dat ook wel deden hier dan ervoor. Alleen misschien natuurlijk nu iets specifieker. En misschien wel wat meer gepland en doordacht dan. Dat je daarvoor meer gewoon vanuit uw hart gewoon reageren en op het moment zelf, niet gepland. Geen beleid, meer losse acties.*"

Ook in de 'gewone' school W. werd een verandering opgemerkt in het werken rond gezondheid sinds het verschijnen van de intentieverklaring. Zo geven de respondenten aan dat er nu meer aandacht is voor gezondheid (bijvoorbeeld vanuit GO!), dat er nu bewuster aan een gezondheidsbeleid op school gewerkt wordt en dat dit beleid meer uitgewerkt moet worden dan voorheen. Op de school W. zelf zijn er dan ook vier gezondheidswerkgroepen ontstaan naar aanleiding van de verklaring (gezonde voeding, beweging, sociale vaardigheden en seksuele voorlichting). In de methodeschool P. zegt men geen grote veranderingen op te merken in het werken rond gezondheid in de werking van de school zelf, noch in het ontstaan van nieuwe samenwerkingsinitiatieven. Wat de respondenten wel aangeven van veranderingen is dat er een aantal extra uren vrijgemaakt zijn voor het werken rond gezondheid, dat er meer aandacht hiervoor is en dat een aantal zaken rond gezondheid, die voorheen vrijblijvend waren, nu vastgelegd worden.

Ervaren ondersteuning bij het realiseren van een gezondheidsbeleid

De respondenten ervaren uiteenlopende bronnen van ondersteuning bij het realiseren van een gezondheidsbeleid op hun school. Zo ondervindt men bijvoorbeeld ondersteuning van aangekochte mappen over gezondheidsprojecten, het CLB, de stad Leuven, brochures van het OVSG, een samenwerking met lokale fruitkramers of door contacten bij het LOGO. Ook het Internet wordt als een belangrijke bron van ondersteuning vernoemd, voornamelijk door de leerkrachten. De respondenten geven aan dat er materiaal aanwezig is waarop men zich kan baseren bij het uitwerken van een gezondheidsbeleid. Dit materiaal is echter niet op maat van de leerlingenpopulatie in het buitengewone onderwijs, waardoor dit steeds nog een aanpassing vereist. Zo vertellen de leerkracht van school W. over de gezondheidsprojecten: "*Het is een beetje een houvast voor, een beetje het zelf uitzoeken en her en der invullen en*

groeperen. Ook omdat je met speciale kinderen zit, niet alles sluit aan voor die kinderen en alles moet op niveau gebracht worden." Welke zaken aangegeven worden als ondersteunend, verschilt niet enkel van school tot school, maar ook van respondent tot respondent. Gemeenschappelijk is echter dat als een soort van 'samenvatting' door de meeste respondenten vermeld wordt dat het uiteindelijk 'je plan trekken' is rond dit thema. "*Uiteindelijk blijven wij toch wel alleen rond die thema's*", aldus bijvoorbeeld de schoolverpleegster van school P. Tot slot geven alle respondenten aan dat er in de school zelf vaak één of meerdere steunfiguren aanwezig zijn omtrent het thema gezondheid. Zo is de verpleegster een persoon die in alle scholen hierbij vermeld wordt. In school W. en school B. worden ook de leden van de werkgroep gezondheid als steunfiguren benoemd.

Projecten van de overheid in de scholen

Bijna alle respondenten geven aan op de één of andere manier (zoals door Klasse) reeds gehoord te hebben van de gezondheidsprojecten van de overheid. Deze projecten worden dan ook toegepast in voorbeeldschool B. en school W. In de methodeschool P. zegt men echter niet met deze projecten te werken. De leerkracht geeft aan dat deze niet passen in de Steinerpedagogiek van de school. Het werken rond gezondheid zit dan ook eerder verweven in de dag, dan dat er aparte projecten rond georganiseerd zouden worden. De verpleegster haalt dan weer aan dat het schoolteam reeds 'op de tippen van hun tenen loopt', waardoor er geen projecten meer bijgenomen kunnen worden momenteel in school P. De mate van vertrouwdheid met deze projecten is dan ook minder in deze school. In school W. en voorbeeldschool B. worden één of meerdere van deze projecten wel toegepast. Zo wordt in school W. het project 'Beestig Gezond' uitgevoerd, in de toekomst wil men daar ook starten met het project 'Wild van Water'. Deze projecten worden immers gezien als een houvast om het gezondheidsbeleid uit te werken. Zoals eerder vermeld, moeten deze projecten echter aangepast worden aan de leerlingenpopulatie van het buitengewone onderwijs.

School B. neemt deel aan het project 'Kieskeurig'. Verder geven de respondenten aan dat ze ook deelnemen aan het project 'Tutti Frutti', gezien de klassen hiermee prijzen kunnen winnen. De directrice haalt echter aan over deze projecten: *"Wij hebben dat project [Tutti Frutti] niet nodig om daaraan te werken (…) Verder zitten wij niet zo met projecten. Omdat dat ook iets is, projecten, dat is vaak iets tijdelijk ook, dan is dat zo een project van een jaar of twee en dan is dat er weer niet meer. Dan steek je er heel veel tijd in."* Ook het team van de werkgroep gezondheid beaamt dit, zij zeggen eerder een combinatie van verschillende zaken te nemen en daar een eigen ding van te maken toegepast op schoolniveau.

2.3 Realisatie van een gezondheidsbeleid

Huidig gezondheidsbeleid op schoolniveau

In alle scholen geeft men aan dat er een gezondheidsbeleid aanwezig is. De mate waarin dit beleid uitgewerkt is, verschilt echter van school tot school. Zo is men in voorbeeldschool B. reeds een aantal jaren bezig met het realiseren van dergelijk gezondheidsbeleid, terwijl men in school W. aangeeft hiermee nog 'in de startblokken te staan', op het moment van het interview is men immers voor het tweede schooljaar op rij bezig om dit beleid op een gestructureerde manier uit te werken. Gemeenschappelijk voor alle scholen is dat dit gezondheidsbeleid uitgewerkt is in documenten zoals het schoolwerkplan. Ook een aantal activiteiten die in het kader hiervan uitgevoerd worden, zijn in alle scholen terug te vinden. Zo wordt in elke school wekelijks een vaste fruitdag georganiseerd, staat in elk schoolreglement expliciet dat er geen zaken als frisdrank mee naar school genomen mogen worden, zijn er geen frisdrankautomaten aanwezig op de scholen, is er extra aandacht voor hygiëne bij de leerlingen en tijdens de kooklessen is er aandacht voor gezonde voeding. Verder wordt in elke school aangegeven dat een belangrijk gedeelte van dit gezondheidsbeleid uitgevoerd wordt door de leerkrachten zelf in de klassen, al dan niet ondersteund door een gezondheidswerkgroep. Elke school heeft immers één of meerdere werkgroepen rond gezondheid, hoe deze worden ingevuld, verschilt echter van school tot school.

Buiten deze gemeenschappelijke aspecten van het gezondheidsbeleid, heeft elke school ook eigen klemtonen en initiatieven in het werken rond gezondheid. Zo zijn er in de voorbeeldschool B. nog een aantal andere initiatieven uitgewerkt zoals een opsplitsing van de speeltijd in een knabbel- en een speelmoment, wordt er gewerkt met Sherborne en relaxatietechnieken om het psychische welbevinden van de leerlingen te verhogen, worden er extra bewegingsmomenten voorzien voor zwaarlijvige kinderen, … In school P. geeft men dan weer aan, zoals eerder vermeld, dat er niet zozeer met projecten en dergelijke gewerkt wordt, maar dat er doorheen de dag steeds aandacht is voor het aspect gezondheid. In school W. tenslotte organiseert men gezonde ontbijtmomenten en zijn er drinkfonteintjes aanwezig op school. Naar de toekomst toe wil men hier echter nog andere initiatieven rond gezondheid uitwerken.

Individuele bijdrage van de respondenten

De respondenten geven aan elk op hun eigen manier bij te dragen aan het realiseren van een gezondheidsbeleid op hun school. Deze bijdrage is over de verschillende scholen heen gelijklopend naar de functie die een respondent bekleedt in de school. Zo werken de leerkrachten steeds in de eigen klas rond bepaalde gezondheidsthema's, op een geplande manier in de lessen of wanneer ze ervaren dat er bij de leerlingen nood aan is. De leerkracht van school P. geeft een voorbeeld van zulk een ervaren 'nood' bij de leerlingen: "*Ik heb*

bijvoorbeeld veel eetproblemen bij mij in de klas en dan wordt er wel eens gewerkt rond, een klasgesprek gedaan rond voeding, wat houdt dat in, wat is gezond, wat is niet gezond?" De geïnterviewde leerkrachten van school P. en school W. zijn bovendien betrokken in een werkgroep rond gezondheid. Door hun deelname aan zulk een werkgroep leveren ze een verdere bijdrage aan het realiseren van een gezondheidsbeleid door bijvoorbeeld bepaalde initiatieven uit te werken of door een ondersteunende rol naar andere leerkrachten op te nemen. De geïnterviewde verpleegsters dragen dan weer op een andere manier bij aan het gezondheidsbeleid. Zo werken zij soms op een individuele manier rond gezondheid met leerlingen of ouders, wanneer er zich bijvoorbeeld problemen voordoen rond hygiëne van het kind. Verder nemen deze verpleegsters een ondersteunende rol in op hun school naar andere actoren in het gezondheidsbeleid. De verpleegsters van school W. en school B. zitten immers in een gezondheidswerkgroep en de verpleegster van school P. wordt duidelijk vernoemd als een persoon waar men terecht kan voor informatie en ondersteuning rond gezondheid. Deze verpleegster van school P. geeft ook aan af en toe mee in de klas te staan om een les rond gezondheid te geven.

Beleving van het gezondheidsbeleid

De respondenten geven verschillende reacties aan omtrent hoe ze het gezondheidsbeleid en het realiseren hiervan ervaren. Zo zien alle respondenten het bezig zijn rond het thema gezondheid vooreerst als iets positiefs en merken ze dat hier enthousiasme voor aanwezig is in de scholen. Door het feit dat ze scholen voor buitengewoon onderwijs zijn, vinden de respondenten het ook een thema waar al 'automatisch' rond gewerkt wordt. Deze leerlingen hebben hier volgens hen immers meer nood aan. De directrice van school B. legt dit bijvoorbeeld uit door te vertellen dat er op school B. een soort van 'alertheid' aanwezig is bij het schoolteam, die te maken heeft met deze doelgroep en dat een onderdeel van hun leven op school is geworden. "*Als je met onze kinderen werkt, dan laat je een kind niet met sandalen in de sneeuw lopen zonder kousen, dat doe je niet. Je bent al veel alerter hier",* aldus de directrice. In school P. wordt gezondheid gezien als iets dat te integreren valt in de pedagogische taak van de school en iets waarvoor men vanuit de Steinerpedagogiek handvaten aangereikt krijgt.

Langs de andere kant wordt het uitwerken van een gezondheidsbeleid soms echter ervaren door de respondenten als iets dat 'bovenop' het takenpakket van de school komt, hoewel gezondheid ook gezien wordt als een thema dat niet kan 'afvallen' en 'constant' meegenomen moet worden. Verder vindt niet iedereen vindt het werken rond gezondheid combineerbaar met zijn/haar takenpakket op school. Zo vindt de verpleegster van school P. dit moeilijk combineerbaar met haar taak op school. Ook de rest van het schoolteam loopt volgens haar reeds op de tippen van hun tenen. Ze noemt de situatie in school P. momenteel

dan ook ‘overleven’. De geïnterviewde leerkrachten van de verschillende scholen zelf geven daarentegen bijvoorbeeld aan dat ze het realiseren van een gezondheidsbeleid wel combineerbaar vinden, omdat het is iets dat volgens hen voornamelijk in de klas uitgewerkt moet worden. Tot slot vragen de directies van school P. en school B. zich bij dit gezondheidsbeleid af tot waar de verantwoordelijkheid van de school ten opzichte van deze van de ouders reikt en tot in hoeverre men eigenlijk aan een gezondheidsbeleid op school kan werken. Hiermee wordt echter vooruit gelopen op de tweede onderzoeksvraag, dit thema zal daar dan ook uitgebreider aan bod komen.

Er worden verschillende reacties van de leerlingen op het gezondheidsbeleid opgemerkt door de respondenten. Zo merkt men langs de ene kant dat leerlingen positief reageren rond verschillende initiatieven in het kader van gezondheid. Een aantal respondenten, zoals de kookleerkracht van school B. of de directrice van school W., merken ook dat gezonde gewoonten bij de leerlingen ‘ingeburgerd’ geraken en dat de gezondheidstoestand van de leerlingen op school verbetert. Langs de andere kant echter merken de respondenten dat het soms eerder moeilijk is om rond gezondheid te werken met de leerlingen. Deze hebben immers veel nood aan herhaling opdat ze iets blijven onthouden van wat hen geleerd wordt. Ook kan volgens hen best vroeg genoeg gestart worden met dit werken rond gezondheid: *“Heel die opvoeding, die moet eigenlijk starten van kleins af aan he (…) Als je in de zesde klas aankomt en ineens begint de juf u te vertellen dat je eigenlijk beter geen koek met chocola eet. Ja dat is niet positief he*”, aldus de verpleegster van school P. Zoals eerder vermeld, wordt ook hier opgemerkt dat er een grote invloed is van de thuissituatie van de leerlingen, waar soms andere gewoonten aangeleerd worden dan op school, waardoor er verwarring ontstaat voor de leerlingen. “*Wij proberen dat tussen kwart voor negen en half vier dat goede voorbeeld te geven. Maarja dat is uiteraard niet genoeg, want dan komen ze thuis en hervallen ze in hun gewoontes, waar ze zich goed voelen*”, aldus de directrice van school B.

Participatie van andere betrokkenen aan het realiseren van een gezondheidsbeleid

De respondenten geven aan verschillende andere partijen te betrekken of te willen betrekken in het realiseren van een gezondheidsbeleid. Zo wordt er op elke school gezegd dat men participatie van de ouders nastreeft. Maar de mate waarin deze effectief participeren aan het gezondheidsbeleid blijft echter laag, aldus de respondenten. Ouders worden op de scholen vaak individueel betrokken als er zich problemen voordoen (alle scholen), op een ouderavond als men rond het thema gezondheid werkt (school P.) of voornamelijk op een financiële manier (school W.). Er worden verschillende redenen aangehaald waarom ouders niet verder betrokken zijn/worden in het realiseren van een gezondheidsbeleid. Zo vertelt men op school P. dat de huidige ouders daar niet meer bewust voor een methodeschool

gekozen hebben om hun kind naar school te laten gaan. *"Dat zijn vaak mensen die overleven, laat staan dat die hier iets komen doen",* aldus de verpleegster. In school B. vertelt men dat het betrekken van ouders bemoeilijkt wordt doordat er een multiculturele populatie aanwezig is op school, zodat niet vanuit dezelfde basisvoorwaarden vertrokken kan worden, noch naar een gemeenschappelijk doel gestreefd kan worden. In school W. zijn dan weer plannen gemaakt om naar de toekomst toe de ouders meer te betrekken bij het realiseren van een gezondheidsbeleid.

Ook naar betrokkenheid van leerlingen wordt gestreefd in school B. en school P., zowel in de klas als rond het meedenken over bepaalde aspecten van het gezondheidsbeleid. Dit wordt echter niet altijd als gemakkelijk ervaren. Zo zegt de directrice van school B. dat dit moeilijk is gezien het (verstandelijk) niveau van de leerlingen. De leerkrachten in school W halen aan dat het betrekken van leerlingen een punt naar de toekomst toe kan vormen voor hen. Tot slot worden er nog een aantal anderen vernoemd die betrokken zijn in het realiseren van een gezondheidsbeleid. In school P. zijn dit het CLB en de schoolarts. Ook in school B. wordt het CLB vernoemd. Verder geven zij aan voornamelijk met externe partners, zoals naschoolse opvang, te werken. *"Maar dat is meestal bij gevallen dat het niet goed gaat, dan werken we met externe partners, anders is het allemaal schoolintern"*, aldus de directrice. In school W. worden als externe partners nog de orthopedagogen, de thuisbegeleidingsdiensten en de kinderpsychiater vernoemd.

Gedragenheid door het schoolteam

De respondenten geven aan dat het gezondheidsbeleid eerder wel gedragen wordt door de schoolteams, maar dat er naast positieve reacties toch ook wel een aantal bedenkingen of andere reacties van de overige teamleden komen. In school W. merken de respondenten bijvoorbeeld dat het team verschillende posities inneemt ten aanzien van het realiseren van een gezondheidsbeleid. Zo zijn er die enthousiast en positief tegenover het gezondheidsbeleid staan, maar ook een aantal die hierin eerder een neutrale positie aannemen en wel meewerken, maar dan 'omdat het moet', aldus de respondenten. De geïnterviewde leerkrachten geven echter aan dat ze nog niet goed de gedragenheid van het gezondheidsbeleid kunnen inschatten, omdat dit beleid nog in ontwikkeling is en er nog niet veel initiatieven gerealiseerd zijn op het moment van het interview. In de voorbeeldschool B. staat expliciet in de gezondheidsvisie te lezen dat het realiseren van een gezondheidsbeleid kan gezien worden als 'een opdracht voor elkeen, met een verschillende inbreng en engagement'. Gedragenheid van dit gezondheidsbeleid door het schoolteam is dan ook iets dat nagestreefd wordt in deze school. De directrice merkt echter op dat er in het team verschillende opvattingen aanwezig zijn over hoe ver men als school kan gaan in het realiseren van een gezondheidsbeleid. Er wordt in school B. dan ook geprobeerd om als

team een gulden middenweg te zoeken tussen deze opvattingen. In school P. hebben alle respondenten het gevoel dat het schoolteam achter het gezondheidsbeleid staat. De verpleegster echter zegt een verschil op te merken tussen het feit dat iedereen er theoretisch achterstaat en het feit dat ze ervaart dat het team in praktijk niet meer kan dragen dan dat nu reeds het geval is.

Toekomst van het gezondheidsbeleid

Een gezondheidsbeleid is iets dat in elke school reeds aanwezig is, maar ook iets dat naar de toekomst toe nog op de agenda zal blijven staan, aldus de respondenten. In welke mate en op welke manier dit beleid nog verder uitgewerkt zal worden, verschilt per school. Zo werd reeds vermeld dat het gezondheidsbeleid in school W. nog in de 'startblokken' staat. De coördinatoren van de werkgroep 'gezonde voeding' geven aan dat ze een aantal projecten en initiatieven klaar hebben liggen waar ze in de toekomst rond zullen werken, zoals het project Wild van Water. Ook in school B. gaat men verder nadenken over een drink- en plasbeleid. Voor de rest geven de respondenten van school B. echter aan dat ze verder zullen gaan zoals ze bezig waren, omdat het nog haalbaar moet blijven binnen de school. In school P. is er geen gezamenlijk toekomstplan voor het verder realiseren van een gezondheidsbeleid, maar heeft iedereen nog een aantal ideeën waaraan ze in de toekomst willen werken. De directrice wil bijvoorbeeld het organiseren van het zwemmen in de type 2 klassen verder uitwerken.

UITLEIDING VERKENNENDE FASE

In deze verkennende fase werd een literatuurstudie over het gezondheidsbeleid van de overheid voor scholen en de analyses van de reeks verdiepende interviews weergegeven. Hieronder wordt een overzicht gegeven van het besproken gezondheidsbeleid.

In de literatuurstudie (Deel II, A) werd uiteengezet dat er sinds de jaren '70 meer aandacht besteed wordt aan 'gezondheidspromotie': het bevorderen van de gezondheid in een brede en positieve zin. Dit werd gedaan in reactie op de zogenaamde 'welvaartsziekten'. Verder kon gezien worden dat zowel op Europees als op Vlaams niveau deze gezondheidspromotie als een belangrijk thema op de voorgrond komt voor het onderwijs. In Vlaanderen wordt dan ook sinds 1 september 2007 van elke school verwacht dat ze regelmatig nadenkt over en systematisch acties onderneemt om de gezondheidstoestand van haar leerlingen te bevorderen. Er worden vanuit de overheid richtlijnen gegeven voor het realiseren van dergelijk gezondheidsbeleid, aangepast aan de context en behoeften van de school. Er 'moet' dus niets, maar de scholen worden wel gestimuleerd en aangemoedigd om dergelijk beleid vorm te geven. Dit gebeurt best op niveau van de individuele leerling, klas, school en omgeving. Dit beleid kadert in het onderwijsbeleid rond gelijke kansen. Men wil de

leerlingen immers de ‘kans’ geven om van jongs af aan een gezonde levensstijl aan te leren, omdat niet iedereen zo’n levensstijl van thuis uit mee blijkt te krijgen. Deze gezonde levensstijl wordt echter belangrijk bevonden om onze samenleving met ‘gelijke kansen’ binnen te stappen. Scholen spelen een ‘prominente rol’ in het leven van kinderen, waardoor een belangrijke taak voor hen weggelegd is. Verder werd besproken dat de scholen er niet alleen voorstaan, maar dat er ondersteuning vanuit allerhande instanties voorzien wordt. Zo werden er bijvoorbeeld op initiatief van de overheid een aantal projecten voor scholen uitgewerkt omtrent aspecten van gezondheid als gezonde voeding, lichaamsbeweging, …

In Deel II, B merken de respondenten van de geïnterviewde Vlaamse scholen voor buitengewoon onderwijs dat de gezondheidstoestand van hun leerlingen te wensen overlaat, op de verschillende aspecten van gezondheid die ze benoemen. Zo merkt men dat de leerlingen bijvoorbeeld ongezond eten, niet veel sporten (fysische aspect van gezondheid) en psychisch overbelast zijn en (mede) hierdoor gedragsproblemen vertonen (psychisch aspect). De respondenten merken een ‘nood’ om aan gezondheid te werken op hun school, iets waar ze dan ook reeds jaren mee bezig zijn. Over het algemeen is men niet helemaal vertrouwd met de intentieverklaring, maar ervaart men wel dat er sinds die periode een verandering heeft plaatsgevonden in het werken rond gezondheid op de scholen. Dit moet nu immers gebeuren op een meer gestructureerde manier, terwijl dit vroeger eerder een vrijblijvend thema vormde. Op elk van de drie scholen wordt dus een gezondheidsbeleid gerealiseerd, al is de mate waarin en de manier waarop verschillend per school. Een aantal aspecten zijn hierbij echter gemeenschappelijk, zoals het organiseren van een vaste wekelijkse fruitdag of het geven van gezondheidseducatie. Verder ervaren de scholen dat ze voornamelijk ‘alleen’ staan in het uitwerken van een gezondheidsbeleid. Er kan wel steun gezocht en gevonden worden, maar uiteindelijk blijft het toch iets dat door het schoolteam zelf uitgezocht moet worden. Een reden die hiervoor aangehaald wordt, is dat er weinig beschikbaar is op maat van het buitengewoon lager onderwijs, zodat veel materiaal een (grote) aanpassing vereist vooraleer het toegepast kan worden op de school. Tot slot halen de respondenten een aantal bemerkingen bij dit gezondheidsbeleid aan. Zo vragen ze zich bijvoorbeeld af tot hoever een school kan en mag gaan in het realiseren van dergelijk gezondheidsbeleid. Op deze en andere bemerkingen en ervaringen van de respondenten omtrent het gezondheidsbeleid wordt verder ingegaan in de verdiepende fase.

Op deze manier werd het gezondheidsbeleid verkend, zowel op het (Vlaamse) beleidsniveau als in de scholen. Dit vormt de ‘basis’ waarop dieper ingegaan wordt in de volgende fase. Dit gezondheidsbeleid, zoals het gezien werd in deze verkennende fase, wordt verder tevens besproken in Deel IV, waarin een antwoord op de verkennende onderzoeksvraag gegeven wordt.

DEEL III

VERDIEPENDE FASE

INLEIDING

In deze fase wordt er dieper ingegaan op het fenomeen 'gezondheidsbeleid in de Vlaamse scholen'. Hiervoor wordt eerst in de literatuurstudie nagegaan wat er over maatschappelijke problemen in het onderwijs geschreven wordt in het kader van 'pedagogisering'. De vraag hierbij vormde dan ook voornamelijk: 'Wat kan er (vanuit een wijsgerig-pedagogisch standpunt) gezegd worden over gezondheid als maatschappelijk probleem/thema in het onderwijs?' Het is dan ook de bedoeling om een overzicht te geven van verschillende aspecten van dit fenomeen en van verschillende standpunten die hierover ingenomen (kunnen) worden, zonder hiermee (reeds) een keuze voor een bepaald standpunt in te nemen. Dit overzicht wordt weergegeven in de verdiepende literatuurstudie (Deel III, A). Deze literatuurstudie bestaat uit twee gedeelten. Een eerste gedeelte ('pedagogisering als overheidsbeleid') vormt de literatuurstudie voor de probleemstelling en het tweede gedeelte ('pedagogisering als maatschappelijke opdracht voor het onderwijs') vormt de basis waarmee een bevraging in de scholen omtrent het gezondheidsbeleid georganiseerd kon worden. Er werd dan ook een verdiepende interviewleidraad aan de hand van dit tweede literatuurgedeelte opgesteld. In het empirische gedeelte werd met deze leidraad terug naar de scholen gegaan voor een reeks verdiepende interviews. Zo werd geprobeerd om dieper in te gaan op de opvattingen over en de beleving van verschillende mensen in 'praktijk' van dit gezondheidsbeleid en het overheidsbeleid hieromtrent. De (verticale en horizontale) analyses hiervan worden in het tweede gedeelte weergegeven (Deel III, B).

A. VERDIEPENDE LITERATUURSTUDIE: DE PEDAGOGISERING VAN GEZONDHEID

> *Dat een goede gezondheid één van de belangrijkste voorwaarden is,*
> *zoniet dé belangrijkste voorwaarde voor een mens om een gelukkig leven te leiden,*
> *hoef ik u niet uit te leggen.*
> (Vandenbroecke, 2006)

Gezondheid, of alleszins toch een 'gezonde levensstijl', lijkt vandaag de dag 'in' te zijn. We worden dan ook (dagelijks) geconfronteerd met allerhande boodschappen over hoe zulk een gezonde levensstijl eruit ziet en op welke manier deze bereikt kan worden. Deze boodschappen komen we tegen op straat (in de reclame), op televisie (programma's als 'Je bent wat je eet'), op de verpakkingen van wat we kopen ('roken schaadt de gezondheid'), …

Een ‘goede’ gezondheid of een gezonde levensstijl lijkt tegenwoordig als belangrijk thema in het alledaagse leven aanwezig te zijn waar, zoals de (voormalige) minister van onderwijs het stelt, geen verdere uitleg genoodzaakt lijkt. Er wordt dan ook geprobeerd om op allerhande manieren de gezondheid van de bevolking te bevorderen. Zo wordt gewerkt met het verspreiden van ‘gezonde weetjes’ (genoeg water drinken en zeker genoeg fruit en groenten eten), het aanpassen van de leefomgeving van mensen zodat gezonde keuzes voor de hand liggen (zoals het plaatsen van drinkwaterfonteintjes), … Dit gezondheidsbevorderend werken gebeurt zowel vanuit een educatieve als vanuit een omgevingsgerichte benadering en is aanwezig in verschillende settings, zoals de thuisomgeving, het jeugdwerk, het onderwijs of de werkplek (Stevens & Van den Broucke, 2001).

Dit gezondheidsbevorderend werken in de setting van het onderwijs en op welke manier de overheid hier een rol in speelt naar de scholen toe, werd reeds uitgewerkt in het verkennende literatuurgedeelte van deze masterproef (Deel II, A). Vervolgens werd nagegaan op welke wijze gezondheidsbevorderend werken in een aantal scholen voor buitengewoon lager onderwijs vorm krijgt (Deel II, B). Hierdoor kon een beter zicht verkregen worden op hoe gezondheid tegenwoordig als thema aanwezig is in een school. In dit literatuurgedeelte echter wordt geprobeerd om een aantal andere invalshoeken te verkennen over verschillende deelaspecten van een thema als gezondheid in het onderwijs. Zo wordt vooreerst ingegaan op wat in de literatuur gevonden kan worden over ‘pedagogisering’. Dit concept zal dan als kader dienen waaruit gezondheid in het onderwijs besproken zal worden. Dan zal verkend worden hoe pedagogisering van gezondheid als een manier gezien wordt waarop een overheidsbeleid vorm krijgt in de huidige samenleving door eerst dieper in te gaan op zulk een analyse en deze te verbinden met het huidige onderwijsbeleid. Dit vormt de literatuurachtergrond voor de vooropgestelde probleemstelling van de masterproef. Vervolgens worden enkele standpunten van auteurs weergegeven over pedagogisering als overheidsbeleid. In een derde gedeelte wordt tot slot dieper ingegaan worden op wat gevonden kan worden over deze pedagogisering, maar vanuit het standpunt van het onderwijs. Ook hier wordt een overzicht gegeven van verschillende aspecten en invalshoeken. Dit gedeelte vormt de achtergrond waarop de leidraad voor het verdiepende interview gebaseerd werd. Een overzicht van deze literatuurstudie zal in de uitleiding gegeven worden.

1. Over ‘pedagogisering’: concept-afbakening

Pedagogisering is een concept dat niet eenduidig gedefinieerd wordt, maar waarvan verschillende definities teruggevonden kunnen worden, waarbij de ene auteur deze term al wat breder definieert dan de andere (zie bijvoorbeeld Lambeir en Ramaekers (2008) voor vier mogelijke definities). Depaepe et al. (2008) geven aan dat ‘pedagogisering’ vaak

gebruikt werd en wordt door verscheidene onderzoekers als ‘paraplubegrip/containerconcept’ om de langzame expansie en toenemende diepte van pedagogische acties tijdens de negentiende en specifiek tijdens de twintigste eeuw aan te duiden. Hierbij werd weinig aandacht geschonken aan de definiëring of afbakening van het concept zelf.

Een brede omschrijving van ‘pedagogisering’ kan onderscheiden worden van een ‘smallere’ omschrijving. Een voorbeeld van een brede omschrijving van ‘pedagogisering’ wordt gegeven door Depaepe (1998): als een groeiende nood om zaken te zien vanuit een pedagogisch gezichtspunt, om pedagogische mogelijkheden en bezorgdheden te zien in alledaagse aspecten van de leefwereld van kinderen (in Lambeir & Ramaekers, 2008). Een voorbeeld dat de auteurs hierbij geven is dat de vrije tijd van kinderen tegenwoordig opgevuld lijkt te worden met activiteiten die ‘pedagogisch interessant’ genoemd kunnen worden, zoals het volgen van muzieklessen. Activiteiten als gewoon gaan ‘spelen bij vriendjes’ worden niet langer meer gezien als standaard vrijetijdsactiviteiten (Lambeir & Ramaekers, 2008). ‘Pedagogisering’ in deze brede betekenis kan volgens Herrmann (1986) gezien worden als een proces waarin zowel kwalitatieve als kwantitatieve aspecten onderscheiden kunnen worden. Zo kan er niet enkel een toename gezien worden in het aantal opvoedings-, onderwijsinstanties en pedagogische acties, maar ook een toenemende centrale rol van het pedagogische in de samenleving, eveneens in sectoren die oorspronkelijk niet tot het professionele veld van pedagogen (opvoeders, leerkrachten,…) behoren (in Depaepe & Smeyers, 2008b).

Een andere mogelijke, maar smallere, benadering van ‘pedagogisering’ kan tevens gevonden worden in één van de verschillende omschrijvingen die Lambeir en Ramaekers (2008) oplijsten. Hier wordt ‘pedagogisering’ omschreven als een tendens om bepaalde zaken op het (onderwijs)curriculum te plaatsen die vanuit een maatschappelijk standpunt relevant zijn. Het onderwijs wordt hierbij dan gezien als (een deel van) de oplossing voor problemen als bijvoorbeeld milieuvervuiling of drugsverslaving (Lambeir & Ramaekers, 2008). Dit pedagogiseren van maatschappelijke problemen kan dus gezien worden als een manier van kijken naar het onderwijs als oplossing voor niet-onderwijsgerelateerde, maar maatschappelijke, economische of politieke problemen, een proces dat volgens Tröhler (2008) grotendeels in de achttiende eeuw ontstaan is. Dit pedagogiseren van zulke problemen kaderde in het zien van het gezin en de school als het garanderen van de toekomst en het maken van de samenleving door middel van het kind, met behulp van (nieuwe) kennis van de menswetenschappen (Popkewitz, 2008). Depaepe en Smeyers (2008) halen aan dat ze, in verscheidene Westerse samenlevingen, een tendens zien om maatschappelijke problemen te ‘pedagogiseren’. ‘Maatschappelijke’ verantwoordelijkheden (zoals bijvoorbeeld: het verminderen van het aantal verkeersdoden, het bevorderen van de

publieke gezondheidstoestand, het oplossen van sociale ongelijkheden) worden reeds geruime tijd richting de school 'gepusht' en lijken samen te vallen met de rol van het onderwijs in het vormen van de moderne natie-staat (Depaepe & Smeyers, 2008). Ook in de beleidsnota 2009-2014 van de minister van Onderwijs kan zulk een tendens om maatschappelijke problemen op het onderwijscurriculum te plaatsen, teruggevonden worden in operationele doelstellingen zoals 'de armoede bestrijden en de sociale inclusie bevorderen' en 'vanuit een preventief perspectief de psychische en fysieke gezondheid van leerlingen verhogen' (Smet, 2009). In dit hoofdstuk zal 'pedagogisering' in deze (smallere) betekenis verder uitgewerkt worden: als het kijken naar het onderwijs of onderwijsmaatregelen als oplossing voor maatschappelijke problemen, met name 'gezondheid'. Volgende bedenkingen dienen daarbij echter wel in het achterhoofd gehouden te worden.

Lambeir en Ramaekers (2008) halen aan dat 'pedagogisering' gezien moet worden als een 'theoretisch construct', een instrument dat gebruikt wordt door onderzoekers om bepaalde pedagogische praktijken en trends te duiden en niet als een term die in de praktijk zelf gebruikt wordt (Lambeir & Ramaekers, 2008). 'Pedagogisering' als construct kan tevens gezien worden als een mogelijke manier om naar het fenomeen 'gezondheid in het onderwijs' te kijken, naast andere manieren om hiernaar te kijken. In zekere zin vormt dit construct dan ook een afbakening van de bespreking van dit fenomeen. 'Pedagogisering' als construct kan dan vergeleken worden met een bril waarmee naar een deel van de realiteit gekeken wordt, namelijk naar 'gezondheid' als hedendaags voorbeeld van de pedagogisering van maatschappelijke problemen. Dit heeft in deze verhandeling tot gevolg dat voornamelijk het educatieve aspect (en minder het omgevingsgerichte aspect van het gezondheidsbeleid) en het onderwijs als setting (en minder de andere settings waar tevens gezondheidsbevorderend gewerkt wordt) bekeken worden. Met deze 'bril' kan dus slechts een deel van het gehele fenomeen 'gezondheid' in de huidige samenleving bekeken worden. Verder maken Depaepe et al. (2008) de bedenking dat 'pedagogisering' oorspronkelijk bedoeld werd als een 'neutraal' concept om bepaalde praktijken te benoemen waarin men een toenemende invloed van het pedagogische in de samenleving ontwaarde, dat zich uitte in bijvoorbeeld meer pedagogische interventies. Deze pedagogisering werd gezien als een aan de gang blijvend subproces van de modernisering van de samenleving. Het concept 'pedagogisering' begon echter een meer negatieve connotatie te krijgen als gevolg van een aantal interne contradicties en paradoxen. Zo kon pedagogisering immers opgevat worden in termen die tegengesteld zijn aan de pedagogische projecten waarin gestreefd wordt naar autonomie, vrijheid en onafhankelijkheid (Depaepe et al., 2008). In dit hoofdstuk is het echter de bedoeling om pedagogisering als een 'neutrale' term te benaderen om bepaalde processen in de samenleving te beschrijven. Tot slot vermeldt Marshall (2008) dat

pedagogisering zich op verschillende manieren kan manifesteren, naargelang de tijd en ruimte waarin het zich voordoet. Pedagogisering kan dus niet los gezien worden van de context waarin het zich voordoet en zal zich bijvoorbeeld in de huidige context anders voordoen dan voorheen.

2. Pedagogisering (van gezondheid) als overheidsbeleid

Zoals hierboven werd besproken, wordt er in verscheidene Westerse samenlevingen een tendens gezien om maatschappelijke problemen (onder meer) te benaderen via het onderwijs, wat benoemd werd als 'pedagogisering van maatschappelijke problemen'. Deze pedagogisering wordt vaak benaderd als een manier waarop een overheid een beleid voert omtrent maatschappelijke problemen (in een bepaalde samenleving).

In wat volgt wordt (bij wijze van voorbeeld) dieper ingegaan op zulk een analyse van pedagogisering als (element van) een overheidsbeleid in termen van 'bestuurlijkheid' ('governmentality'), naar de analyses van Foucault (Simons & Masschelein, 2008a, 2008b, 2009). Er wordt afgesloten met een aantal standpunten van auteurs, die elk vanuit een andere invalshoek pedagogisering als een manier waarop een overheid vorm geeft aan een beleid omtrent maatschappelijke problemen besproken hebben.

2.1 Analyse van pedagogisering als 'bestuurlijkheid'

Hieronder wordt eerst ingegaan op de overgang van welvaartsstaat naar een neoliberale staat, zoals begrepen door Simons en Masschelein (2008a, 2008b, 2009). Volgens deze auteurs hangt dit samen met een veranderende benadering omtrent problemen inzake vrijheid en zekerheid door de samenleving. Vervolgens wordt dieper ingegaan op de manier waarop een overheid vorm geeft aan haar beleid in wat deze auteurs als een discours van 'levenslang leren' benoemen. Er zal geprobeerd worden deze analyse terug te koppelen naar de manier waarop het huidige overheidsbeleid in Vlaanderen omtrent gezondheid vorm krijgt (onder meer door te kijken naar hoe bepaalde zaken geformuleerd worden in beleidsdocumenten, toespraken en onderzoeken). Tot slot van deze analyse wordt ingegaan op het feit dat het opnemen van gezondheid door scholen of in termen van leren, niet (louter) als een overheidskwestie gezien kan worden. Het maakt immers deel uit van een discours van levenslang leren, maar ook van een discours waarin gezondheid meer aandacht krijgt, zowel op nationaal als internationaal vlak.

2.1.1 Van welvaartsstaat naar neoliberale staat

Simons en Masschelein (2008a, 2008b, 2009) argumenteren dat er een verandering heeft plaatsgevonden van een welvaartsstaat naar een neoliberale staat. Deze twee verschillende staten worden (kort) besproken. Vervolgens wordt dieper ingegaan op de verandering van de

wijze waarop maatschappelijke en economische problemen benaderd worden en wordt gezien of dit in het Vlaamse overheidsbeleid terug te vinden is.

Onder de noemer van 'welvaartsstaat' vormde zich vanaf het midden van de negentiende eeuw en gedurende de twintigste eeuw een maatschappelijk overheidsregime en een bepaalde vorm van zelfsturing aan de hand van 'maatschappelijke normen'. In deze (vroegere) welvaarstaat verschijnt de staat als een instantie die niet enkel individuele (economische) belangen mee in rekening moet nemen, maar ook maatschappelijke belangen en zaken die niet direct gerelateerd zijn aan individuele vrijheid en verantwoordelijkheid. Deze maatschappelijke overheidsrationaliteit liet toe dat bepaalde problemen inzake individuele vrijheid, maatschappelijke orde en welvaart als maatschappelijke problemen benoemd konden worden. Zo kon bijvoorbeeld 'ziekte' gedefinieerd worden als een maatschappelijk probleem en bijgevolg verschijnen als een aangrijpingspunt voor gerichte overheidsinterventie in naam van het maatschappelijke. Een maatschappelijke bestuurstechnologie kwam dan ook tot ontwikkeling om aan zulke problemen het hoofd te bieden. In deze welvaartsstaat werden concepten als 'het maatschappelijke', 'maatschappelijke normen' en 'vermaatschappelijking' als richtinggevende principes gezien. Een inwoner van zulk een samenleving kon gezien worden als een 'sociale burger' wanneer hij als principe voor zelfregulering de heersende maatschappelijke normen hanteerde. De overheid van deze welvaartstaat 'vertaalde' maatschappelijke problemen in termen van onderwijsoplossingen (zoals curriculumhervormingen). In deze samenleving speelde het onderwijs een centrale rol als instantie waarin jonge mensen voorbereid worden op het leven in de samenleving, maar dat ook een bijdrage levert aan de orde en welvaart van de samenleving en de bevolking als geheel. Het onderwijs functioneert hierbij dus als een deel van de sociale bestuurstechnologie.

In wat deze auteurs als de huidige staatsvorm ('advanced liberalism'/'managing state' – sinds de tweede helft van de twintigste eeuw) benoemen, zijn deze richtinggevende principes echter veranderd in principes als 'inclusie', 'kapitaal' en 'leren'. De bewoner van deze staat wordt hierbij gezien als een 'ondernemende lerende', met de 'wil tot leren' als zelfsturend principe. In deze neoliberale samenleving heeft het (levenslang) leren een belangrijke positie ingenomen en kan dit leren volgens beleidsmakers dan ook voorop gesteld worden als oplossing voor diverse problemen en uitdagingen. Dit heeft onder meer als gevolg dat problemen rond vrijheid en zekerheid nu uitgedrukt en behandeld worden in termen van individuele 'leerproblemen': als het ontbreken van de juiste kennis, vaardigheden en houdingen. Problemen worden immers gezien als een (individueel) gebrek aan gepast menselijk en sociaal kapitaal en dit gebrek is te wijten aan leerproblemen. De oplossing vormt hier dan ook een 'leeroplossing'. De overheid 'vertaalt' bijgevolg allerlei soorten van

beleidsuitdagingen (zoals gezondheidszorg of werkeloosheid) naar 'leerproblemen' en wendt hiervoor componenten van wat de auteurs als het 'leerdispositief' benoemen aan als oplossing (dit zijn zaken zoals trainingen, risicopreventieprogramma's,…) (Simons & Masschelein, 2008a, 2008b, 2009). Op deze neoliberale staat en op welke manier overheidssturing hierin vorm krijgt, wordt in 2.1.2 verder ingegaan.

Met deze verandering van een welvaartsstaat naar een neoliberale staat gaan veranderingen gepaard in de benadering van (een 'probleem' als) 'gezondheid' door de staat en in de manier waarop zulke problemen aanpakt worden in/door de samenleving, die ook terug te vinden zijn in het beleid van de Vlaamse overheid. Zo werd 'gezondheid' in een welvaartsstaat benaderd als een maatschappelijk probleem en geformuleerd in termen van (fysiek) 'niet-ziek zijn'. In het neoliberalisme verschijnt 'gezondheid' echter op een brede en positieve manier als 'een staat van volledig fysiek, psychisch en sociaal welbevinden' in de zin van een menselijk kapitaal. Het niet-gezond zijn kan dan als een (individueel) gebrek aan gepast menselijk kapitaal gezien worden. In het verkennende literatuurgedeelte werd deze verbrede benadering van gezondheid als probleem reeds vermeld, het gaat in het (Vlaamse) beleid immers niet langer om de preventie of eliminatie van gezondheidsgerelateerde problemen, maar om het aanleren van een gezonde levensstijl en het verhogen van het welbevinden. Ook het feit dat gezondheid in het huidige beleid als een kapitaal benaderd wordt, kan (letterlijk) teruggevonden worden: *"Een kapitaal moet je laten groeien en vanaf het prille ontstaan koesteren, vandaar dat investeren in de gezondheid van kinderen zo belangrijk is"* (Vandenbroecke, 2006). Op deze verandering in de benadering van 'gezondheid' in de samenleving wordt in 2.3 dieper ingegaan.

Verder kan met deze verandering van de aard van de staat niet alleen een andere invulling van het maatschappelijke en economische probleem 'gezondheid' gezien worden, maar tevens een andere manier waarop naar een oplossing gezocht wordt in/door de samenleving. In de welvaartsstaat werd een maatschappelijk probleem immers 'vertaald' in een onderwijsoplossing, men zal zich dus naar het onderwijs wenden om iets te doen aan de gezondheid van de bevolking. Een voorbeeld hiervan is het invoeren van het medisch schooltoezicht of vaccinaties voor alle leerlingen. In de neoliberale staat echter wordt leren aangewend als oplossing voor een gebrek aan menselijk kapitaal (en dus een gebrek aan 'gezondheid'). Een voorbeeld hiervan is dat men in het Vlaamse gezondheidsbeleid voor scholen stelt: "*een gezonde leefstijl met goede eetgewoonten en voldoende beweging worden best van jongs af aangeleerd.*" Deze attituden en gewoonten betreffende een gezonde levensstijl bieden immers 'de beste bescherming' tegen overgewicht en andere welvaartsziekten op latere leeftijd (Gezondheidsbeleid in scholen: waarom?, n.d.).

Zoals eerder vermeld, kan 'pedagogisering' zich op verschillende manieren manifesteren, naargelang de tijd en ruimte waarin deze zich voordoet. Met deze verandering van staat lijkt

bijgevolg ook de manier waarop pedagogisering van maatschappelijke problemen tot uiting komt veranderd te zijn. Namelijk in een welvaartsstaat kan pedagogisering gezien worden als het zoeken naar oplossingen in het onderwijs terwijl in een neoliberale staat gezocht wordt naar oplossingen in termen van leren (onder meer in de setting van het onderwijs). De auteurs zelf echter vragen zich af of het concept 'educationalization[11]' nog langer gebruikt kan worden in een tijdperk waar 'leren' centraal komt te staan en introduceren het concept 'leerdispositief' als plaatsvervangend (Simons & Masschelein, 2008a, 2008b, 2009).

2.1.2 Overheidsbeleid in het discours 'levenslang leren'

Er werd aangegeven hoe in deze analyse een verandering van welvaartsstaat naar een neoliberale staat een invloed lijkt te hebben op de benadering van een (maatschappelijk) probleem door de samenleving. Simons en Masschelein (2008a, 2008b, 2009) benoemen het huidige discours als een van 'levenslang leren'. Hierbij hoort volgens hen een overheidsbeleid dat ze benoemen als een vorm van biopolitiek, dat zijn effectiviteit en omvattendheid ontleent aan de strategische werking van wat benoemd wordt als het 'leerdispositief'. In wat volgt wordt dieper ingegaan op dit discours van levenslang leren en hoe een neoliberale overheidssturing hierin vormt krijgt. Ook hier zal geprobeerd worden deze beschrijvingen te koppelen aan het overheidsbeleid omtrent gezondheid, zoals in Vlaanderen gevoerd wordt.

Zoals eerder werd aangehaald, wordt levenslang leren in een neoliberale samenleving door beleidsmakers vooropgesteld als oplossing voor de meest diverse problemen en uitdagingen, waarvoor componenten van het leerdispositief aangewend worden. De auteurs benadrukken echter dat de staat zulk een dispositief niet 'uitgevonden' heeft of dat levenslang leren een strategische betekenis heeft gekregen omdat de overheid het op de agenda plaatst, maar dat de manier waarop de huidige overheidssturing zich manifesteert verweven is met het discours. Er kan dan ook niet gesproken worden van een 'verstaatsing van het levenslang leren' door de overheid, maar eerder van een 'verbestuurlijking van de staat' in een discours waarin (levenslang) leren een belangrijke rol speelt. Hierop zal in 2.1.3 verder worden ingegaan. (De wil tot) leren kan hierbij aangewend worden als het besturen van zichzelf, maar ook als besturen van de burgers door de overheid om aanpassing te verzekeren aan de huidige, steeds veranderende samenleving (inclusie). (Levenslang)leren is dan tot een zaak van overheidssturing, maar ook van zelfbesturing geworden, waarbij 'leer'wetenschappen en hun experts een centrale en strategische rol toebedeeld krijgen. Levenslang leren wordt hierbij gezien als een scharnierpunt tussen het individuele en het collectieve. Het aanspreken van de wil tot leren gebeurt enerzijds om de individuele vrijheid

[11] 'Educationalization' werd in dit hoofdstuk steeds vertaald als 'pedagogisering'.

van de burger, zelfverwerkelijking en een succesvol leven te garanderen en anderzijds om de economische welvaart en het maatschappelijke welzijn te verzekeren (en dus in naam van zekerheid). In naam van het leren voert de overheid een zekerheidsbeleid en deelt ze zichzelf een centrale rol toe in het verzekeren van de infrastructuur en mogelijkheden tot investeren in het menselijk kapitaal (en dus in leer-maatregelen). Menselijk kapitaal (zoals gezondheid of kennis) wordt bovendien gezien als een beslissende factor in economische groei, waardoor eigenlijk een economisch beleid gevoerd wordt in naam van het leren en in termen van 'investeren'. (De wil tot) leren is wat hierbij zelfbesturing garandeert en wat ons als gehele samenleving bestuurbaar maakt. Zulk een overheid moet dan de mogelijkheden en middelen ter beschikking stellen om dit leren en investeren in kapitaal te bevorderen en een houding van intrinsieke leermotivatie stimuleren. Mensen worden immers zelf verantwoordelijk gesteld om hun leerproces en dus hun menselijk kapitaal te beheren. Bij problemen heeft een lerende ofwel een gebrek aan gepast menselijk kapitaal ofwel is hij/zij niet in staat zijn de eigen kapitaal te beheren. Een probleem wordt dus uitgedrukt, maar ook behandeld in termen van (individueel) leren, waarvoor de staat dan de verantwoordelijkheid heeft om onderwijsinfrastructuur en leermogelijkheden aan te bieden en te stimuleren. Hierbij kan nog de ontwikkeling gezien worden dat er een ontkoppeling plaatsvindt tussen leren en de formele setting van het onderwijs, leren als 'maatregel' wordt dus in meerdere settings mogelijk gemaakt en aangeboden (Simons & Masschelein, 2008a, 2008b, 2009).

Zoals eerder aangehaald, wordt gezondheid door een neoliberale staat gezien in een brede betekenis als menselijk kapitaal, waarin geïnvesteerd zou moeten worden in termen van leren. Een gezondheidsbeleid kan in een neoliberale samenleving als volgt geformuleerd worden: "*In het gezondheidsbeleid wordt de nadruk gelegd op het verwerven van competenties om een gezond leven te leiden en kennis over gezondheidsrisico's en (on)gezonde leefstijlen*" (Simons & Masschelein, 2009, p. 23). Als gekeken wordt naar het huidige overheidsbeleid in Vlaanderen omtrent gezondheid, kunnen een aantal aspecten van de manier waarop de overheidssturing beschreven wordt, teruggevonden worden. Zo werd reeds aangehaald dat gezondheid als kapitaal benaderd wordt. Ook kan teruggevonden worden dat men in dit kapitaal reeds 'vanaf het prille begin moet koesteren en laten groeien' en dat dit kan gezien worden als scharnierpunt tussen het individuele en het collectieve: "*Wanneer iemand gezond is, kan hij zich als individueel persoon ontplooien én kan hij een betekenisvolle bijdrage leveren aan de samenleving. Deze dubbele doelstelling wil ik nastreven voor iedereen die bij ons in Vlaanderen onderwijs volgt"* (Vandenbroecke, 2006). De rechtvaardigingsgrond voor een overheidsbeleid omtrent gezondheid hier kan gezien worden als vrijheid voor het individu ('het zich individueel ontplooien als persoon'), maar ook in termen van economische welvaart en maatschappelijk welzijn ('een betekenisvolle bijdrage leveren aan de samenleving'). Het economische motief van investeren in

gezondheid als kapitaal wordt door de (voormalige) minister van onderwijs zelf aangehaald als een rechtvaardigingsgrond:

> Ik wil toch ook vermelden dat het verzorgen en genezen van ongezonde mensen veel meer kost aan de overheid dan er preventief voor te zorgen dat mensen willen kiezen om gezond te zijn. Op die manier kunnen we dubbel investeren in gelijke kansen. Eerst door preventief te werken aan de ongelijkheid in de gezondheid en twee door de extra middelen die we niet aan 'genezen' moeten geven, opnieuw te investeren in gelijkheid van kansen. (Vandenbroecke, 2006)

De overheid ziet het hierbij als haar kerntaak om mensen in staat te stellen om problemen op te lossen en hun eigen welbevinden te bewaken (Stevens & Van den Broucke, 2001). Dit investeren in gezondheid (als individueel kapitaal) gebeurt door middel van gezondheidsbevorderende acties, die (onder meer) mogelijk gemaakt worden door de overheid zodat attitudes en gewoonten ontwikkeld worden die bijdragen aan een gezond leven. Zoals in de inleiding vermeld werd, houdt deze gezondheidspromotie deels een gezondheidseducatieve, en dus educatieve/leercomponent in. Er wordt aan gezondheid gewerkt door het individu 'vaardiger' te maken in het bewaken van de eigen gezondheid, door een gezonde levensstijl aan te leren (bv door een wekelijkse fruitdag in te lassen op school), door drugspreventie te geven, … Dit gezondheidseducatief is tevens niet enkel gekoppeld aan de setting school, maar kan ook plaatsvinden op andere settings, zoals de werkplek of het jeugdwerk.

Een andere component van deze gezondheidsbevordering door het beleid wordt echter niet in termen van leren geformuleerd en houdt het omgevingsgerichte, ecologische in, waarin men probeert structurele veranderingen in de leefomgeving aan te brengen, zodat deze 'gezonder' wordt. Er wordt tegenwoordig dus (onder meer) vanuit de Vlaamse overheid geïnvesteerd in gezondheid als kapitaal door (onderwijs)infrastructuur en leermogelijkheden (zoals initiatieven en projecten rond gezonde voeding) aan te bieden in verschillende settings, maar ook door op de omgeving zelf in te werken. Specifiek naar scholen toe, werd in het verkennende literatuurgedeelte gezien dat de Vlaamse overheid sinds 1 september 2007 alle scholen aanmoedigt en ondersteunt om een gezondheidsbeleid uit te werken aangepast aan de context en behoeften van hun school. In elk van de geïnterviewde scholen werd dan ook gewerkt aan zulk een gezondheidsbeleid, in termen van leren (bijvoorbeeld door het thema gezonde voeding in de les te introduceren), maar ook in termen van omgevingsgerichte veranderingen waardoor moeilijk anders dan gezond gekozen kan worden (zoals het verbieden van frisdrank op school)

2.1.3 Overheidsbeleid als onderdeel van discours

Zoals reeds werd aangehaald, kan het zich wenden naar het onderwijs/leren als oplossing voor bepaalde problemen, zoals gezondheid, niet (louter) gezien worden als iets dat de overheid 'uitgevonden' heeft. Het pedagogiseren van maatschappelijke problemen als gezondheid vormt dan een manier waarop een neoliberale overheid vormt geeft aan haar beleid volgens de kenmerken van het discours levenslang leren. In dit discours kan geen duidelijke auteur of architect aangewezen worden, maar kan eerder een assemblage genoemd worden waarin verschillende bestanddelen samengebracht worden en operationeel gemaakt worden (Simons & Masschelein, 2003). Zo werd aangehaald dat het huidige overheidsbeleid omtrent gezondheid, en daarmee (onder meer) het aanspreken van de mensen op hun leren, gezien kan worden als een overheidsbeleid dat (mede) vorm gekregen heeft in/door een discours waarin levenslang leren een belangrijke rol speelt.

Echter, er lijkt ook een ander discours aanwezig te zijn waarin gezondheid zelf als belangrijk thema naar de voorgrond komt in de samenleving, waardoor dit als thema (in toenemende mate) op de overheidsagenda komt. Zo werd in de inleiding van dit hoofdstuk reeds vermeld dat gezondheid, in de brede zin van het woord, 'in' lijkt te zijn. In het verkennende literatuurgedeelte werd gezien dat er op internationaal vlak aandacht aan 'gezondheid' besteed wordt door verscheidene actoren zoals onder meer de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), Schools for Health in Europe (SHE), United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation (UNESCO), en Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). In Vlaanderen is de rol van de overheid inzake gezondheidspromotie de laatste decennia sterk veranderd, aldus Van den Broucke en Stevens (2001). Deze verandering hangt samen met de verbreding van de betekenis van gezondheid, van een klassieke ziektepreventie en curatieve geneeskunde (gezondheid als niet-ziek zijn), naar het promoten van een gezonde levensstijl (gezondheid als toestand van optimaal welbevinden).

Volgens Van den Broucke en Stevens (2001) lag de rol van de overheid (voor jaren '70) voornamelijk bij curatieve en 'klassieke' medische op ziektepreventie gerichte gezondheidszorg. Acties voor gezondheidseducatie- en promotie werden door organisaties en verenigingen van allerlei maatschappelijke geledingen opgezet, de overheid nam hierbij weinig initiatief. Dit veranderde geleidelijk aan, gezien een veranderend klimaat omtrent het thema 'gezondheid' (er werd meer aandacht aan dit thema besteed, zowel nationaal als internationaal), naar vooreerst een overheid die vanuit een 'terugtredende' opstelling voorwaardenscheppend diende te ageren tot een overheid die zelf een meer sturende rol inneemt inzake preventie en gezondheidspromotie. Dit gebeurde onder meer door het opstellen van gezondheidsdoelstellingen en het aansturen van 'evidence-based' interventies (Van den Broucke & Stevens, 2001). Samen met de verbreding van de betekenis van

gezondheid, van een klassieke ziektepreventie en curatieve geneeskunde, naar het promoten van een gezonde levensstijl, kan dus een toenemende overheidsinmenging op verschillende domeinen omtrent dit thema gezien worden, onder invloed van verschillende organisaties en verenigingen, zowel nationaal als internationaal.

2.2 Pedagogisering als overheidsbeleid – een aantal standpunten

Er wordt (kort) ingegaan op de standpunten die een aantal auteurs die pedagogisering (elk vanuit een andere invalshoek) bespreken als een manier waarop een overheid (onder meer) een beleid voert omtrent maatschappelijke problemen. Zo beargumenteren Simons en Masschelein (2008a, 2008b, 2009) dat we ons zouden moeten 'bevrijden' van de ban van het leren. Hodgson (2008a, 2008b) merkt op dat het onderzoek zelf aan pedagogisering onderworpen lijkt. Volgens Lambeir en Ramaekers (2008) kan een overheid die een bestaande maatschappelijke structuur aanwendt om maatschappelijke problemen aan te pakken, gezien worden als een overheid die op een bepaalde manier haar verantwoordelijkheid neemt. Vervolgens wordt het onderwijs door meerdere auteurs als een 'aantrekkelijke' en als de 'beste' optie gezien voor de overheid om aan maatschappelijke problemen te werken, zonder dat dit meteen de meest gepaste optie vormt. Tot slot ziet Labaree (2008) het pedagogiseren van maatschappelijke problemen als een 'oefening in formaliteiten'. Deze standpunten komen terug in de bespreking van de probleemstelling.

Bevrijden van 'de ban van het leren'

Zoals hierboven uiteengezet kan de analyse van pedagogisering van maatschappelijke problemen die Simons en Masschelein (2008a, 2008b, 2009) bieden, in de verbestuurlijking van levenslang leren gekaderd worden, waarin de macht van de overheid vorm krijgt als onderdeel van het leerdispositief. Echter, dit houdt volgens hen daarom nog niet in dat deze werking van het leerdispositief en de rol die de overheid zichzelf toe-eigent niet bevraagd kan worden op haar machtseffecten. Er lijkt hen immers steeds minder ruimte en rechtvaardigingsgrond aanwezig te zijn om uitdagingen op een andere manier te formuleren of anders te benaderen. Volgens de auteurs lijken we vandaag dan ook op vele vlakken 'in de ban van het leren' te zijn. *"Wat nodig is, is misschien inderdaad dat we ons bevrijden van het leren, dat wil zeggen van de ondertussen vanzelfsprekende gedachte dat levenslang leren en permanente inzetbaarheid een noodzakelijke voorwaarde is voor onze vrijheid en welvaart"* (Simons & Masschelein, 2009, p. 34). De auteurs geven dan ook aan dat hun analyse van het huidige discours gezien zou kunnen worden als een poging om een kritische attitude te introduceren over bepaalde zaken die vandaag de dag als 'vertrouwd' aanvoelen, zodat door zich van deze vertrouwdheid (met het leren) te 'bevrijden' een poging kan

ondernomen worden om ‘op een andere manier in het heden te leven’ (Simons & Masschelein, 2008a, 2008b, 2009).

Nood aan fundamenteler onderzoek

Hodgson (2008a, 2008b) bespreekt pedagogisering van maatschappelijke problemen (met de focus op ‘burgerschapseducatie) als (subtiele) overheidssturing van het beleid in termen van de normalisatie these, in de lijn van Foucault. Zij bemerkt echter dat het huidige onderzoek naar de legitimatie van een overheidsbeleid in het onderwijs vaak in termen van het beleid zelf gedaan wordt. Ze benoemt dit dan ook als een pedagogisering van zulk beleidsonderzoek, waardoor er niet meer kritisch gekeken kan worden naar dit proces in de samenleving. Ze stelt dan ook dat er nood is aan fundamenteler onderzoek naar bepaalde problemen die benaderd worden in/via het onderwijs, zoals de nood aan burgerschapseducatie (2008a, 2008b).

Een ‘verantwoordelijke’ overheid

Lambeir en Ramaekers (2008) merken op dat theoretici vanuit postmodernistische en poststructuralistische perspectieven pedagogisering vaak benaderen als een betwistbare overheidsinterventie in het onderwijs. Ze stellen echter vast dat er tegenwoordig nog moeilijk over maatschappelijke problemen gesproken kan worden zonder dit te verbinden met termen van het onderwijs, er lijkt namelijk een verwevenheid tussen deze twee zaken te bestaan: in het verstaan van iets als een maatschappelijk probleem, zit namelijk reeds de intentie tot het zoeken van een oplossing vervat. Deze oplossing houdt, in het huidige klimaat, dan ook een vorm van leren in. Verder kan volgens deze auteurs gezegd worden dat het pedagogiseren van maatschappelijke problemen gezien zou kunnen worden als een kenmerk van een normaal functionerende overheid in zulk een klimaat. Een overheid die gebruik maakt van de bestaande maatschappelijke structuren en instanties om (maatschappelijke) problemen aan te pakken, is bijgevolg niet noodzakelijk een overheid die haar verantwoordelijkheid afschuift, maar een overheid die probeert te interveniëren op welbepaalde manieren – en zou dus gezien kunnen worden als een overheid die haar verantwoordelijkheid neemt (Lambeir & Ramaekers, 2008).

Onderwijs als de ‘beste’ optie van een overheid

Bij een aantal auteurs kan teruggevonden worden dat het onderwijs een aantal kenmerken bezit waardoor het een ‘aantrekkelijke optie’ is voor een overheid om aan een maatschappelijk probleem te werken. Zo werden in het verkennende literatuurgedeelte reeds een aantal redenen aangehaald waarom het onderwijs als een plaats gezien wordt waar een overheid aan gezondheidspromotie kan werken (een ruime bereikbaarheid van doelgroepen

- zowel leerlingen als ouders, reeds aanwezige expertise en reeds aanwezige verplichting tot het geven van gezondheidseducatie). Ook bij Bridges (2008) kunnen een aantal (gelijkaardige) redenen teruggevonden worden waarom het onderwijs gezien wordt als een mogelijke (en voor overheden aantrekkelijke) opstap naar maatschappelijke verandering. Zo heeft de overheid invloed op het onderwijs en de mogelijkheden om hun prioriteiten en programma's te wijzigen. Verder kan het onderwijs gezien worden als een immens netwerk, vertegenwoordigd doorheen het gehele land. De (bijna) gehele toekomstige generatie is via het onderwijs permanent bereikbaar (gezien de leerplicht), en met hen ook hun ouders en de lokale gemeenschap. Tot slot is er via het onderwijs de infrastructuur beschikbaar om veranderingsinitiatieven te implementeren om eventueel leerkrachten te herscholen (Bridges, 2008). Van Hoof en Verhoeven (1990) halen hierbij verder nog aan dat het onderwijs reeds een bestaande structuur vormt die stabiliteit en continuïteit kan verzekeren voor zulk een overheidsingrijpen, in plaats van een nieuw kader dat opgericht zou moeten worden om dezelfde doelgroep te bereiken. Volgens Labaree (2008) maakt dit alles dat het onderwijs niet per se de geschikte methode vormt, maar de methode die de overheid bij de hand heeft om aan maatschappelijke problemen te werken. Als tevens rekening gehouden wordt met de maatschappelijke en politieke grenzen die er in een liberale democratie aanwezig zijn, lijkt de school dan ook de 'beste optie' die een overheid ter beschikking heeft om een interventie te doen (Labaree, 2008).

Een oefening in 'formaliteiten'

Labaree (2008) beargumenteert dat scholen een ineffectief mechanisme zijn gebleken voor het oplossen van maatschappelijke problemen. De reden die hij hiervoor aanhaalt is dat een pedagogisering van maatschappelijke problemen gezien kan worden als een oefening in 'formaliteiten'. Hij vindt dat een overheid haar verantwoordelijkheid (en schuld) van zich afschuift naar het onderwijs door (maatschappelijke) problemen te pedagogiseren. Het onderwijs ziet hij dan ook als een instelling die eigenlijk niet in staat is om zulke problemen op te lossen. Zo lijkt het alsof we geen 'echte' oplossing voor deze problemen willen (zoals een verdeling van maatschappelijke macht of rijkdom) en het onderwijs hierbij dan net de geschikte methode vormt, gezien geen substantiële oplossing geboden wordt. Het onderwijs lijkt dan ook niet te doen wat we vragen, maar wat we willen, leidt de aandacht (en overheidssubsidies) af van de 'echte' oplossingen en 'faalt' dan ook. Een belangrijke oorzaak die hij hiervoor ziet is dat deze maatschappelijke problemen net de kernconflicten vormen in en liberale democratie, waardoor school en onderwijs in tegengestelde richtingen geduwd worden (Labaree, 2008).

3. Pedagogisering als maatschappelijke opdracht voor het onderwijs

Pedagogisering van maatschappelijke problemen wordt, zoals hierboven besproken werd, vaak benaderd vanuit het perspectief van de overheid of van de samenleving. In dit gedeelte wordt echter geprobeerd deze pedagogisering te benaderen vanuit wat in de literatuur gevonden wordt over het perspectief van het onderwijs. Vooreerst wordt de rol die het onderwijs inneemt als 'voorstander' in het proces van pedagogisering besproken. Vervolgens wordt ingegaan op het onderwijs als deel van de samenleving. Hierna wordt gekeken naar de manier waarop de opdracht van het onderwijs beschreven wordt en naar een pedagogische noodzaak in het onderwijs. Dan wordt een voorstel van Bridges (2008) tot een gepaste rol voor het onderwijs in de pedagogisering weergegeven. Tot slot wordt (kort) ingegaan op de haalbaarheid van zulk een maatschappelijke opdracht voor scholen. Er werd voor gekozen om een overzicht te geven van de literatuur over deze deelaspecten en dit niet te verbinden met wat hierover in het huidige overheidsbeleid gezegd wordt. Deze deelaspecten vormen immers de leidraad voor het interview waarmee de verschillende actoren in scholen voor het Vlaamse buitengewoon onderwijs bevraagd werden (voor analyses, zie Deel III, B).

3.1 Onderwijs als 'voorstander' van pedagogisering

Volgens Bridges (2008) wordt pedagogisering vaak gezien als een proces waarbij overheden (voornamelijk) op een ongepaste wijze de verantwoordelijkheid voor het oplossen van maatschappelijke en sociale problemen bij het onderwijs plaatsen. Hij zet hier echter een kanttekening bij en zegt dat pedagogisering niet louter gezien kan worden als het eenzijdig opleggen van verwachtingen van een overheid aan het onderwijs, maar dat het onderwijs zelf ook een rol hierin speelt (Bridges, 2008). Ook Labaree (2008) erkent dat het onderwijs zelf (deels) een voorstander genoemd kan worden van het opnemen van maatschappelijke verantwoordelijkheid in processen van pedagogisering. Bridges (2008) meent twee soorten motieven te kunnen onderscheiden in dit voorstanderschap van het onderwijs. Een eerste soort motivatie benoemt hij als een idealistische motivatie: "*the possibility of achieving a better world through education*" (Bridges, 2008, p. 462). Zo is volgens hem een groot deel van het onderwijspersoneel begonnen met de overtuiging om via het onderwijs te kunnen bijdragen aan 'een betere wereld', waarbij het onderwijs gezien wordt als een mogelijkheid tot maatschappelijke verandering. Een ander motief waardoor het onderwijs niet louter als een uitvoerende actor gezien kan worden, is wat Bridges (2008) als de 'instrumentele motivatie' benoemt, wat twee verschillende aspecten omvat. Zo kan het onderwijs vooreerst door maatschappelijke thema's op haar agenda te plaatsen, haar sociale status verstevigen. Ze wordt dan immers aanzien door de samenleving als een instantie waarnaar de samenleving zich zou moeten wenden om aan een oplossing voor haar problemen te

werken. Het onderwijs kan hierdoor bijgevolg een maatschappelijke en politieke erkenning van haar (belangrijke) functie krijgen. Een tweede aspect van deze instrumentele motivatie houdt een financieel aspect in. Door mee te werken aan een politieke agenda, kan het onderwijs zich immers verzekeren van bijkomende (financiële) overheidssteun (Bridges, 2008).

3.2 Onderwijs als deel van de samenleving

Winch en Gingell (2004) halen aan dat onderwijs niet in een vacuüm plaatsvindt, maar steeds in een bepaalde specifieke culturele context en dan ook gevormd wordt door deze de culturele en morele waarden. Verder halen zij aan dat onderwijsbeleid steeds gebaseerd is op over hoe gedacht wordt over de mens, gerechtigdheid en het doel van onderwijs. Onderwijs vormt bijgevolg geen neutrale technische oefening, maar is inherent verweven met zowel politieke, ethische en culturele zaken als met de heersende ideeën over een 'goede samenleving' en over hoe een leven betekenisvol kan zijn in zulk een samenleving (Winch & Gingell, 2004). Het onderwijs wordt door liberale pedagogen ook gezien als 'relatief autonoom': ze heeft een eigen structuur, doel en betekenis, maar vormt geen 'eiland' in een samenleving. Ze heeft immers een maatschappelijke verantwoordelijkheid waarbij gereageerd en geanticipeerd wordt op maatschappelijke veranderingen en verwachtingen van buitenaf (Postma, 2001). Bij verscheidene auteurs kan verder teruggevonden worden dat onderwijs in de praktijk niet gezien kan worden als vrij van overheidsinvloed en dat (delen van) het curriculum (mede)bepaald wordt door de machthebbende groepen van het moment. Zo kan volgens Apple (1979) het onderwijs niet als een neutrale onderneming gezien worden, maar wordt men door de aard van het instelling zelf, (al dan niet bewust) betrokken in een politieke daad. Zo zegt hij dat de kennis die in scholen onderwezen wordt, reeds een bepaalde keuze impliceert van een groter geheel van mogelijke (maatschappelijke) kennis en principes. Deze keuze vormt vaak een weerspiegeling van de perspectieven en overtuigingen van machthebbende groepen (Apple, 1979).

3.3 De 'opdracht' van het onderwijs

Een ander aspect waarnaar gekeken kan worden als gezondheid als thema in het onderwijs ingevoerd wordt, is dit van de 'opdracht van het onderwijs'. Afhankelijk van hoe men deze opdracht definieert, kan immers gezondheid gezien worden als een thema dat door het onderwijs opgenomen mag worden. Zo is er volgens Bridges (2008) nood aan een duidelijkere omschrijving van zulk een (primaire) onderwijsopdracht, zodat op basis hiervan besloten kan worden welke verantwoordelijkheden het onderwijs heeft en welke het onderwijs zou kunnen hebben. Op deze manier zou een overbelasting van het onderwijs met verantwoordelijkheden die elders in de samenleving thuishoren, vermeden kunnen worden

(Bridges, 2008). Durkheim (1981) haalt aan dat het onderwijs ‘eindeloos veel’ verschillende vormen en inhouden heeft gekend, afhankelijk van de factoren tijd en ruimte. Zoals hierboven reeds gezien werd, maakt het onderwijs deel uit van de samenleving en wordt het hierdoor beïnvloed, wat bijgevolg ook een invloed zal hebben op de manier waarop de opdracht van het onderwijs ingevuld wordt. Volgens een veelvoorkomende definitie, die ook bij Winch en Gingell (2004) terug te vinden is, kan onderwijs gezien worden als een ‘voorbereiding op het leven’. Deze ‘voorbereiding op het leven’ kan echter op verschillende manieren ingevuld worden en houdt vaak een weerspiegeling in van wat door een bepaalde (dominante) groep van mensen als een ‘waardevol leven’ gezien wordt, wat gevolgen heeft voor deze invulling door het onderwijs (Winch & Gingell, 2004). Zo haalt Bridges (2008) hierover aan:

> We cannot really conceive of education without reference to some selection of the human qualities we want to cultivate and of the kind of social world we expect or perhaps want our pupils to occupy – and that selection requires an inescapable responsibility to invoke some normative conception of the human qualities and the social world we see as desirable. (Bridges, 2008, p. 466)

3.4 Een pedagogische noodzaak

Postma (2001) argumenteert dat er vanuit een pedagogisch perspectief een noodzaak zou zijn voor een ‘normatieve aanpak’. In (opvoeding en) onderwijs zou dan ook gesproken kunnen worden van een ‘pedagogische noodzaak’: vertrouwen in een hoopvolle toekomst vormt immers een noodzakelijke voorwaarde voor elke opvoeding:

> Opvoeder en leerkracht moeten daarom ‘realistische, uitdagende en enthousiasmerende toekomstperspectieven hanteren, die kinderen uitnodigen mee te willen doen’. Het uitdragen van meningen en morele waarden is daarbij van groot belang. Het gezamenlijk delen van waarden maakt het mogelijk om gedeelde toekomstperspectieven te verwezenlijken. (Postma, 2001, p. 211)

Elke vorm van onderwijs en kennisoverdracht is immers waardegeladen, zodat een normatieve aanpak niet alleen wenselijk, maar ook onvermijdelijk lijkt (Fien & Trainer, 1993 in Postma, 2001). Bij De Ruyter (2007) kan een soortgelijke ‘pedagogische noodzaak’ teruggevonden worden. Zij beargumenteert immers dat idealen als ‘noodzakelijk’ gezien kunnen worden voor de ontwikkeling van kinderen. Het is volgens haar dan ook in het belang van kinderen dat (onder meer) dat leerkrachten in het onderwijs idealen kunnen delen en meegeven met hun leerlingen.

3.5 Een voorstel tot een gepaste opdracht voor het onderwijs

Bridges (2008) stelt vier mogelijke criteria voor, aan de hand waarvan een onderscheid gemaakt kan worden tussen een al dan niet gepaste rol van het onderwijs omtrent maatschappelijke problemen. In een *eerste* criterium meent hij dat onderwijsinstellingen een engagement moeten opnemen met betrekking tot maatschappelijke en economische problemen op een onderwijsgerelateerde en niet indoctrinerende wijze. Het onderwijs kan bijgevolg wel rekening houden met een overheidsagenda, maar moet hier steeds kritisch tegenover staan. Een *tweede* criterium (een basis ethisch principe) houdt in dat leerlingen behandeld moeten worden als 'doelen' op zich en niet als middelen tot het bereiken van andermans doelen. Een soortgelijk principe kan ook bij Postma (2001) teruggevonden worden. Er werd reeds uitgelegd dat de autonomie van het onderwijs als relatief gezien kan worden in de zin dat het onderwijs reageert en anticipeert op maatschappelijke veranderingen en verwachtingen van buitenaf. Echter wanneer pedagogische doelstellingen ondergeschikt gemaakt worden aan externe, buitenpedagogische doelstellingen, zoals het bevorderen van het algemeen welzijn van de bevolking, kan er gesproken worden van maatschappelijk determinisme – wat dus vermeden zou moeten worden (Postma, 2001). Een *derde* criterium vormt dat het onderwijs, door het behandelen van maatschappelijke problemen, niet afgeleid mag worden van haar primaire onderwijsverantwoordelijkheden. Zoals eerder reeds aangehaald werd, bestaat er onduidelijkheid omtrent deze 'primaire onderwijsverantwoordelijkheden', waardoor Bridges (2008) meent dat vele verwachtingen (al dan niet terecht) op het onderwijs geplaatst konden worden. Een *vierde* criterium, tot slot, is dat het onderwijs in staat moet zijn om verder te kijken dan 'het onmiddellijke en het particuliere' en het 'parochialiseren van het heden' moet ontlopen, en langetermijndoelstellingen op de onderwijsagenda plaatsen (Bridges, 2008).

3.6 De haalbaarheid van pedagogisering

Een ander aspect van deze maatschappelijke opdracht die de samenleving het onderwijs voorziet wanneer ze haar vraagt om (mee) te werken aan de oplossing voor maatschappelijke problemen zijn de vragen of het onderwijs wel de mogelijkheden heeft om hieraan te werken en of deze problemen dan ook effectief opgelost kunnen worden door het onderwijs. Zo werd reeds besproken dat Labaree (2008) merkt dat de pedagogisering 'faalt' en dat het onderwijs niet voor reële oplossingen lijkt te kunnen zorgen. Een ander standpunt kan bij Bridges (2008) gevonden worden. Hij geeft in zijn analyse van de gepastheid van zulk een maatschappelijke opdracht voor scholen twee kanttekeningen aan. Vooreerst zegt hij dat de aandacht niet afgeleid mag worden van wat het onderwijs zou moeten doen, hiervoor is nood is aan een duidelijkere omschrijving van deze opdracht van het onderwijs. Leerkrachten kunnen immers niet met alle maatschappelijke problemen in het onderwijs

bezig zijn - die hier door de overheid binnen gebracht worden - zonder hierdoor overstelpt te worden en zich nog focussen op de primaire onderwijsopdracht. Een tweede bemerking die hij maakt is dat niet gevraagd mag worden aan scholen wat buiten hun mogelijkheden en krachten ligt (wat kan gedaan worden door het onderwijs).

Over het feit of het onderwijs een bijdrage zou kunnen leveren aan maatschappelijke problemen zegt hij:

> While education will rarely provide the whole solution to social and political problems, there are a few such problems that would not benefit from some sort of educational input as part of a more broadly based social or economic intervention. (Bridges, 2008, p. 471)

Als bemerking wordt gegeven dat deze bijdrage van het onderwijs niet in absolute termen uitgedrukt kan worden, maar dat dit afhankelijk is van de prioriteit en middelen die een overheid hieraan verbindt. In de lijn hiervan haalt Whitty (2002) aan dat er vanuit de overheid dan ook duidelijkheid moet heersen in wat verwacht wordt dat scholen al dan niet doen en wat hun subsidies hierbij vormen. Scholen kunnen dan zeker een verschil uitmaken, maar geen maatschappelijke problemen op hun eentje oplossen (Whitty, 2002). In 2001 werd in Vlaanderen een terugblik gehouden op de voorbije tien jaar waarin aan gezondheidspromotie gewerkt werd (Stevens & Van den Broucke, 2001). Op het domein van het onderwijs komt men hierin tot de conclusie dat er nood is aan een genuanceerder beeld over de mogelijkheden en effecten van gezondheidsbevorderende interventies, in plaats van de grote verwachtingen waar men decennia geleden mee gestart is. Zo merkt men bijvoorbeeld dat bepaalde interventies effectief blijken, maar een nuance die hierbij gemaakt wordt is: *"Deze aangetoonde positieve effecten mogen echter geen excuus zijn om de volledige verantwoordelijkheid voor de gezondheidspromotie van jongeren op rekening van de scholen te zetten"* (Maes et al., 2001, p. 256).

B. ANALYSES: BELEVING VAN EEN GEZONDHEIDSBELEID OP SCHOOL

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de analyses van de verdiepende interviewreeks weergegeven. De volgende onderzoeksvraag vormde hiervoor de leidraad:

"Hoe ervaren (verschillende actoren in) Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs het realiseren van een gezondheidsbeleid in hun school?"

Per respondent werd vooreerst van het verdiepende interview een verticale analyse gemaakt. Deze analyses van de respondenten van eenzelfde school werden nadien onderling vergeleken zodat per school een verticale schoolanalyse bekomen werd. Ook hier wordt de schoolanalyse van school P. exemplarisch uiteengezet, van de andere scholen wordt een samenvatting van deze analyse weergegeven. Vervolgens werden deze verticale schoolanalyses met elkaar vergeleken en werd op basis hiervan een horizontale analyse van de drie scholen opgemaakt. Deze wordt in het tweede gedeelte weergegeven.

1. Verticale analyse

Er werd per school een analyse gemaakt van een aantal componenten, waarvan op basis van de literatuur verondersteld werd dat deze samen kunnen hangen met de manier waarop over een gezondheidsbeleid gedacht wordt of hoe deze ervaren kan worden.

Zo wordt eerst ingegaan op een aantal algemenere aspecten van het onderwijs, zodat bekomen wordt wat de respondenten hierover denken. Deze algemenere aspecten vormen de achtergrond waartegen nadien dieper ingegaan wordt op hoe een gezondheidsbeleid ervaren wordt in de scholen. Dit zijn de motivatie die de respondenten hadden om voor het onderwijs te kiezen, wat zij zien als de algemene opdracht van het (buitengewoon) onderwijs en welke invloed zij vinden dat een overheid in het onderwijs zou mogen en moeten hebben. Vervolgens wordt dieper ingegaan op het thema gezondheid in het onderwijs aan de hand van een aantal deelaspecten. Zo wordt ten eerste weergegeven in welke mate de respondenten het gezondheidsbeleid als een taak voor hun school beschouwen. Dan wordt ingegaan op welke rol zij gepast vinden voor hun school in het voeren van een gezondheidsbeleid. Vervolgens wordt ingegaan in welke mate zij een gezondheidsbeleid als realiseerbaar ervaren in hun school en wat zij hierbij aangeven als moeilijkheden. Tot slot wordt ingegaan op hoe zij het huidige overheidsbeleid omtrent gezondheid voor scholen ervaren en welke rol zij vinden dat een overheid hierin mag aannemen.

In wat volgt wordt dieper ingegaan op de verticale analyse van school P. Van school B. en school W. wordt per school een samenvatting van de analyse met de belangrijkste bevindingen weergegeven. Deze analyses vormen (onder meer) een verdieping van het aspect 'beleving' van de verkennende analyses (Deel II, B). Er zal dan ook soms

terugverwezen worden naar deze analyses, gezien dit de achtergrond vormt voor de beleving van het gezondheidsbeleid.

1.1 School P.

In de methodeschool werd een verdiepend interview afgenomen met de directrice, leerkracht en verpleegster. De verticale analyse van deze interviews wordt hieronder weergeven.

1.1.1 Onderwijs in het algemeen

Motivatie voor het onderwijs

De directrice en leerkracht geven aan bewust gekozen te hebben voor het (buitengewoon) onderwijs 'om iets met kinderen te doen'. De directrice zegt ook expliciet voor de Steinerschool gekozen te hebben gezien 'hun manier van opvoeden' haar meer aanspreekt. De verpleegster echter geeft aan eerder 'toevallig' in school P. terecht gekomen te zijn en zich te laten 'verleiden' hebben door de 'gemakkelijkheid'.

Opdracht van het (buitengewoon) onderwijs

De respondenten vatten de opdracht van het (buitengewoon) onderwijs op een brede manier op. Zo geeft de directrice aan dat deze opdracht voor haar verweven is met de Steinerpedagogiek en het volgende inhoudt: *"Vanuit onze visie is dat dan proberen om die kinderen te stimuleren. En om hun weg te vinden in het leven later en dat zowel op vlak van willen, denken en voelen. Dus niet alleen op cognitief vlak. Dat is ook hun visie he, maar ook op ander vlak ze motiveren, uitdagen en daaraan werken dat ze sterk genoeg zijn."* Ze geeft aan dat ze echter de voorbije twintig jaar een verschuiving in deze opdracht van school P. gemerkt heeft. Zo neemt de school nu volgens haar taken en verantwoordelijkheden op, waar men vroeger vanuit ging dat deze voor de opvoeding thuis bestemd waren. Deze lijken echter thuis in mindere mate tot zelfs niet meer aan bod te komen, aldus de directrice. De leerkracht omschrijft de opdracht van het onderwijs als: *"Kinderen dingen bijleren maar ook ervoor zorgen dat kinderen zich goed voelen in het onderwijs dat ze krijgen, zeker in het bijzonder onderwijs. Dat kinderen op hun plek zitten. Het welbevinden van de kinderen staat voor mij voorop en dan het leren."* Dit welbevinden neemt voor haar een belangrijke plaats in en vormt een voorwaarde om tot 'echt leren' te komen. De verpleegster meent dan weer dat de school een belangrijke opvoedende taak heeft. Ook zij merkt in school P. dat er minder door de ouders thuis opgenomen lijkt te worden, waardoor de school hier een rol in krijgt. Ze vindt het dan ook belangrijk dat leerkrachten op school meer doen dan enkel 'hun lesje geven'. Deze verandering in de opdracht hangt volgens haar samen met een veranderd publiek waarmee ze op school P. te maken krijgen: "*heel veel vierdewereldkinderen, allochtone mensen, autochtonen natuurlijk ook. Gebroken gezinnen. Echt kinderen die aan*

hun lot zijn overgelaten, kinderen die echt al veel erge dingen hebben meegemaakt, fysiek en mentaal. Aan hun opvoeding, ja, die hebben de boot gemist en die missen de boot elke dag."

Invloed van de overheid in het onderwijs

De respondenten zijn van mening dat de overheid invloed mag en moet hebben in het onderwijs. Zo vinden de directrice en de verpleegster het de taak van de overheid om de kwaliteit te bewaken en om ervoor te zorgen dat het onderwijs goed georganiseerd geraakt. Hierbij vinden ze het echter belangrijk dat de pedagogische vrijheid van een school gerespecteerd wordt. *"Ik vind die doorlichtingen ook prima. Ik heb dat graag dat ze komen en komen bijsturen, maar het moet ook niet in die mate zijn dat ze alles aan banden leggen en alles organiseren zodanig dat ons pedagogisch project in gevaar komt, dat vind ik, dat gaat te ver",* aldus de directrice. De leerkracht vindt dat de rol die een overheid inneemt, zou moeten samenhangen met de manier waarop ze dit doet. Ze geeft immers aan een groot verschil te ervaren tussen wat op 'papier' staat geschreven en hoe het er in de 'werkelijkheid' aan toe gaat. Als er meer gekeken zou worden naar wat haalbaar en gepast is voor scholen, mag de overheid van haar zeker invloed hebben in het onderwijs.

1.1.2 Gezondheid in het onderwijs

Gezondheidsbeleid als taak voor het (buitengewoon) onderwijs

De respondenten geven aan dat ze het gezondheidsbeleid ervaren als een taak voor hun school. De directrice benoemt dit gezondheidsbeleid als 'vanzelfsprekend', gezien de meer opvoedende taak die haar school nu opneemt. Ze merkt immers dat (bepaalde) kinderen meer en meer tijd op school lijken door te brengen, waardoor een school meer moet opnemen, iets wat ze ook bij haar eigen kinderen merkt. Ze legt dit als volgt uit: *"er zijn kinderen die hier 's morgens eten, die hier 's middags eten en 's avonds eigenlijk ook nog hier of in een crèche of in een nabewaking eten. Dan verschuift bijvoorbeeld dat stukje van gezondheidsbeleid. Want voeding is daar voor mij een stuk van, verschuift zich naar de scholen."* Ook geeft ze aan 'druk' te ervaren van de situatie van sommige leerlingen om rond gezondheid te werken, ze merkt dat ze hier als school een bijkomende taak in krijgen.

De leerkracht en de verpleegster vinden het eveneens belangrijk dat er op school P. rond gezondheid gewerkt wordt, wat ze eerder uitleggen als een reactie op de nood die ze hieromtrent ervaren bij hun leerlingen. "*De kinderen krijgen dat vaak van thuis niet mee. Dan moeten wij dat voor een stuk opnemen. Het is niet dat ik vind dat we dat per se moeten doen. Maar het is nu zo"*, aldus de leerkracht. Ze benoemt dit gezondheidsbeleid als een 'plicht' van de school. Ook de verpleegster ervaart dit als iets dat ze wel 'moeten doen' of ze graag willen of niet, gezondheid zit bij hen verweven doorheen de dag en doorheen de

lessen. De respondenten hebben het gevoel dat ze als school voor buitengewoon onderwijs meer aandacht moeten schenken aan gezondheid dan een school voor gewoon onderwijs. Dit hangt volgens hen samen met de doelgroep kinderen, waarbij nood is aan veel herhaling en waarbij de focus van het onderwijs (zeker in type twee) meer ligt op zaken als 'zelfredzaamheid', waar gezondheid deel van uitmaakt. Ook zijn ze van mening dat kinderen in het gewone onderwijs veel meer meekrijgen vanuit hun gezinssituatie. Zoals ook in de verkennende analyses werd vermeld, ervaart men in school P. dat reeds vanuit de Steinerpedagogiek op een bewustere manier met gezondheid omgegaan wordt.

Een (gepast) gezondheidsbeleid op school P.

Volgens de respondenten is het gepast dat er in school P. een gezondheidsbeleid gevoerd wordt door aandacht voor gezondheid in de dagdagelijkse werking op te nemen. Dit kan volgens hen bijvoorbeeld door de kinderen steeds de handen te laten wassen voor het eten, na de speeltijd of door hen aan te leren wat gezond is en wat niet. Ze hopen hiermee te bereiken dat de kinderen gezonde gewoonten aanleren en deze misschien ook in de thuissituatie zullen toepassen. Ze ervaren dit als een (belangrijke) taak die door de klasleerkrachten kan opgenomen worden in een school. De directrice vindt dan weer dat er naast dit dagelijkse werken op school ook op een bepaalde manier rond gezondheid gewerkt kan worden naar de ouders toe. Zo meent ze dat ouders die zich inschrijven in de school en dus het pedagogisch project en schoolreglement ondertekenen, de richtlijnen van de school over zaken als gezonde voeding moeten respecteren. De bevoegdheid van de school kan volgens haar echter niet verder gaan dan het proberen verplicht te maken op school van bepaalde zaken en het proberen te overtuigen van ouders van het belang dat er op school gehecht wordt aan een gezonde levensstijl. *"Er zijn hier kinderen die alle dagen witte boterhammen eten met de nodige laag choco op, met frisdrank en het knabbeltje is ook meer snoep dan dat daar voedingswaarde in zit. Wij spreken ouders daar wel op aan, maar eigenlijk krijgen wij niet de bevoegdheid om dat echt te verbieden. Dat blijft een goedwil tussen school en ouders. Maar wij blijven dat wel proberen, al moeten we dat twintig keer herhalen",* aldus de directrice.

Verder zien de respondenten het als hun verantwoordelijkheid als school om 'iets' te doen, wanneer ze zich zorgen maken over de gezondheid van een bepaald kind, bijvoorbeeld wanneer ze merken dat er sprake is van ondervoeding. Hierbij geven ze echter aan dat ze vinden dat de verantwoordelijkheid van de school stopt, wanneer de communicatie met de ouders niet lijkt te werken. Op zulke momenten ondernemen ze dan ook als school stappen om dit door te geven aan andere instanties, waar ze wel verder mee samenwerken. 'Hoe ver kan je hierin als school gaan?' en 'Waar eindigt de verantwoordelijkheid van de school ten aanzien van deze van buitenschoolse

hulpverlenende instanties?' zijn vragen die de respondenten in school P. zich hier rond stellen. Zo vindt de directrice dat niet van een leerkracht verwacht mag worden dat deze bijvoorbeeld systematisch een 'gezondheidsvisie' opbouwt met de ouders. Ze vindt het 'gezonder' om dit gescheiden te houden van het takenpakket van de leerkracht. De verpleegster vindt dat er op school wel rond 'zwaardere gezondheidsproblematiek' gewerkt kan worden, maar dat dit niet door het huidige schoolteam mag verwacht worden, zij kunnen immers geen professionele hulpverlening bieden. *"Als er mensen voor worden ingeschakeld. Jullie gaan errond werken, dat is jullie takenpakket. Daar zijn jullie voor gekwalificeerd. Dan vind ik dat prima, waarom zou dat dan niet. Je zit hier wel aan de bron he. Hier zitten die kinderen, die zitten niet op een bureau ergens weet ik waar (...) Als dat anders georganiseerd zou worden, vind ik dat wel een taak die mee binnen een school kan opgenomen worden, maar niet door leerkrachten. Die moeten daarbij betrokken zijn, het hele team. Maar wij alleen zouden dat niet moeten doen"*, aldus de verpleegster.

Het huidige overheidsbeleid

De respondenten vinden het 'goed' dat de overheid de scholen aanspoort om een gezondheidsbeleid te realiseren. Zoals werd aangegeven, ervaren ze het voeren van een gezondheidsbeleid op school P. immers als iets 'vanzelfsprekends'. Er wordt echter een nood ervaren aan een (bijkomend) wettelijk kader vanuit de overheid voor scholen om extra kracht of druk op de ouders uit te oefenen, aldus de directrice en de leerkracht. Ze merken immers dat de communicatie en samenwerking met bepaalde ouders 'niet altijd even optimaal' verloopt. *"Dus soms kan dat wel extra kracht geven als je de ouders iets vraagt of als de overheid bijvoorbeeld zegt, kijk kinderen die luizen hebben, moet gesignaleerd worden, ouders moeten die moeten komen ophalen. Het kind mag pas terug naar school komen als hij/zij luizenvrij is. Als dat een basisregel is, kan je dat ook gebruiken op die manier. Als dat een interne regel is, zijn sommige ouders, niet veel, wat lakser in. Dan kan je echt zeggen, dit is een overheidsmaatregel, dat is in alle scholen net hetzelfde en dan kan je daar wel wat extra druk of kracht die soms nodig is, vermits dat een besluit wat zwaarder weegt dan een interne regel"*, aldus de directrice.

Verder geven de respondenten aan een tekort aan mankracht en middelen te ervaren bij de realisatie van een gezondheidsbeleid op school P., net als een administratieve overlast. Hier zal verder worden op ingegaan in de realiseerbaarheid van het gezondheidsbeleid. Tot slot geeft de verpleegster aan dat ze het beleid van de overheid 'dubbel' vindt: *"ik denk heel veel van die maatregelen, maar dan weet ik niet of dat van de overheid zo gezegd of niet gezegd wordt, zijn enorm dubbel. Langs de ene kant is er enorme reclame overal voor koeken, frisdrank, chips en noem maar op. Op kinderprogramma's, enfin je kan niets,*

kinderen worden ermee overspoeld. Maar langs de andere kant moeten ze wel gezond zijn. (…) Ik vind dat allemaal heel schoon, maar ik vind heel vaak het heel dubbel."

Rol van de overheid

De taak van de overheid is volgens de respondenten om toe te zien dat het gezondheidsbeleid georganiseerd geraakt op elke school. Hierbij vinden ze dat de overheid bepaalde beslissingen moet nemen, zodat deze niet door elke school afzonderlijk genomen moeten worden. Ze vinden het belangrijk dat een overheid bij het maken van deze beslissingen rekening houdt met wat de scholen kunnen en mogen realiseren, met andere woorden 'tot hoever een school mag gaan' en 'op welke muren een school botst bij het realiseren van een gezondheidsbeleid'. Tevens vinden ze het belangrijk dat als een overheid vraagt aan scholen om een gezondheidsbeleid te realiseren, hier ook middelen tegenover gezet worden. De verpleegster zegt hierover: "*Ze mogen hier niet alleen komen zeggen 'dat zou je moeten doen of dat zou je moeten doen'. De banken moeten wel zoveel centimeter van elkaar staan, de verlichting is niet juist. Ze mogen dat allemaal wel komen zeggen, want zo'n dingen gebeuren: de stoeltjes zijn niet aangepast. Maar dan moet je wel maken dat een school de middelen heeft om die zaken dan wél ten uitvoer te brengen. Dat een school wél aangepaste stoeltjes kan kopen, dat een school wél gebouwen kan aankopen of huren dat groot genoeg is om wél de kinderen allemaal op de juiste afstand van elkaar te kunnen zetten. Want anders is dat gemakkelijk he."*

Realiseerbaarheid van een gezondheidsbeleid op school

De respondenten ervaren het dagelijkse werken rond gezondheid in school P. (dat voornamelijk door de klasleerkrachten opgenomen wordt) als haalbaar. Het gezondheidsbeleid kan immers geïntegreerd worden in de pedagogische taak van het buitengewoon onderwijs, volgens hen. Bepaalde aspecten van het gezondheidsbeleid ervaren ze echter als 'zwaar' en als minder haalbaar. Dit wordt geïllustreerd door de leerkracht: *"De dingen die je in de klas kan doen zijn haalbaar. In de klas, in uw dagelijkse gewoonten kan je dat inbrengen. Maar het zijn zo bijvoorbeeld de hardnekkigere problematieken, die toch wel moeilijker worden om echt aan te pakken."* Deze 'hardnekkige problematiek' vormt voor hen ook een deel van het gezondheidsbeleid omdat het invloed heeft op het welbevinden en dus de gezondheid van het kind. Verder ervaren de respondenten een tekort aan 'mankracht', 'middelen' en 'infrastructuur', waardoor ze het gevoel hebben dit gezondheidsbeleid moeilijk te kunnen realiseren. Dit hangt ook samen met de draagkracht van het schoolteam dat onder druk staat en het feit dat men 'op de tipjes van de tenen loopt', zoals aangegeven werd in de verkennende analyses. "*Het zijn vooral de middelen en ook de mankracht dikwijls he. Dat zijn allemaal heel schone initiatieven maar*

dat moet wel op de school uitgewerkt worden en wie moet dat uitwerken, altijd diezelfde mensen die al eigenlijk meer aan het doen zijn, meer moeten werken", aldus de verpleegster.

De respondenten ervaren (bepaalde aspecten van) het gezondheidsbeleid dan ook als het 'erbij duwen' in het pakket van de leerkrachten, zonder dat hier mogelijkheden tegenover staan. Een aspect dat 'erbij geduwd wordt' volgens de respondenten, is de 'serieuze administratieve taak' die bij dit gezondheidsbeleid komt kijken. Ze hebben dan ook soms het gevoel dat er meer tijd gaat naar de administratie dan naar het effectief realiseren van een gezondheidsbeleid. Verder ervaren de respondenten dat de communicatie en de samenwerking met de ouders niet steeds even vlot verloopt (omwille van anderstaligheid of andere beperkingen), waardoor het realiseren van een gezondheidsbeleid bemoeilijkt wordt. Zo geeft de directrice aan dat er bijvoorbeeld ouders zijn die het schoolreglement niet kunnen lezen. Hierdoor wordt het al moeilijker voor hen om als school hun visie en richtlijnen omtrent het gezondheidsbeleid naar ouders toe te communiceren. Ook doordat ze met een specifieke populatie van ouders zitten op school P. ervaren ze dat een gezondheidsbeleid realiseren niet steeds even gemakkelijk is: "*Je ziet dat omdat onze ouders, dat is dan misschien ook een beetje typisch voor buitengewoon onderwijs of voor sommige van onze ouders, dat start vol goede wil de maandag en de vrijdag zie je de brooddoos van de kinderen al slabbaken en twee weken later moet je eigenlijk alles terug herhalen. En die middelen zijn er niet om dat zo kort bij en met die frequentie op te volgen en te begeleiden."*

1.1.3 Een gezondheidsbeleid op school P. - samenvatting

De opdracht van het onderwijs wordt door de respondenten op een brede manier geformuleerd in samenhang met de visie van de school, waarbij welbevinden voorop gesteld wordt. Er wordt echter een verschuiving in deze opdracht van het onderwijs gevoeld door de respondenten. Zo merken ze dat ze als school nu verantwoordelijkheden en taken (moeten) opnemen, waar vroeger vanuit gegaan werd dat deze voor de ouders bestemd waren. Men heeft het gevoel dat sommige kinderen thuis niet meer opgevoed worden. Deze verandering in de taak hangt volgens de respondenten onder meer samen met een veranderende populatie kinderen op school P. De directrice vult dit aan, ze merkt dat kinderen tegenwoordig meer tijd lijken door te brengen op school, waardoor er bepaalde taken verschuiven van de thuissituatie naar de school. Een van deze taken waarvan ze merken dat ze een grotere rol krijgen als school is het gezondheidsbeleid.

De respondenten geven aan dat ze het 'vanzelfsprekend' vinden dat hun school werkt rond gezondheid. Dit hangt volgens hen samen met de taak van het onderwijs dat verschoven is naar een meer opvoedende taak. Ook ervaren de respondenten een 'nood' bij hun leerlingen om rond gezondheid te werken, gezien de kinderen dit niet van thuis lijken

mee te krijgen. Dit zien ze dan als een 'bijkomende taak' of een 'plicht' voor hun school. Ze geven aan (voor een deel) rond gezondheid te werken op school P., niet omdat ze vinden dat ze dat zouden moeten vanuit de opdracht, maar eerder omdat ze deze nood ervaren. Het dagdagelijkse werken rond gezondheid ervaren de respondenten als 'gepaste' taak voor hun school en de leerkrachten. Ze hopen hiermee de leerlingen een gezonde gewoonten aan te leren. Naar ouders toe vinden ze dat gewerkt kan worden door hen te wijzen op wat mag en wat niet mag via het schoolreglement en de pedagogische visie. De school kan echter volgens hen niet verder gaan het stellen van een voorbeeld en het proberen te stimuleren en motiveren van de ouders om dit voorbeeld ook thuis toe te passen. Verder vinden de respondenten dat een school 'iets' moet doen als ze zich zorgen beginnen te maken over de gezondheidstoestand van een bepaald kind. Hier zijn echter vragen rond de grenzen van deze verantwoordelijkheid met deze van de hulpverlening. Ze geven aan om als school immers geen professionele hulpverlening te kunnen en mogen bieden, maar wel samen te werken met deze hulpverleners. Het dagelijkse werken rond gezondheid wordt tevens ervaren als een 'haalbare' taak voor de school. Andere aspecten van het gezondheidsbeleid (zoals het uitbouwen van een gezondheidsvisie met ouders) ervaren de respondenten echter als 'zwaar' en 'minder haalbaar'. Hiervoor menen de respondenten over een tekort aan mankracht, middelen en infrastructuur te beschikken. Ze geven aan dat het team reeds 'op de tipjes van hun tenen loopt' en er niet veel meer kan bijnemen. Een aspect van het gezondheidsbeleid dat 'erbij geduwd wordt' volgens de respondenten is het 'paperassenwerk'. De realiseerbaarheid wordt volgens de respondenten verder beperkt door de moeilijk lopende communicatie en samenwerking met ouders.

De respondenten vinden dat de overheid een invloed kan en moet hebben in het onderwijs, in de vorm van het organiseren en het bewaken van de kwaliteit van het onderwijs. Belangrijk hierbij vinden ze echter dat de pedagogische vrijheid van de scholen gerespecteerd wordt en dat er rekening gehouden wordt met wat de realiteit vormt in scholen. Ze vinden het goed dat de overheid scholen stimuleert om een gezondheidsbeleid te realiseren. Er wordt echter een tekort aan een wettelijk kader en aan voldoende middelen ervaren bij de realisatie van een gezondheidsbeleid. Ze vinden dan ook dat een overheid als ze zulke zaken vraagt hier ook middelen tegenover moet plaatsen.

1.2 School B.

Voor de verticale analyse van voorbeeldschool B. werd gebruik gemaakt van het verdiepende interview met de kookleerkracht en van de verkennende interviews met de directrice en de werkgroep gezondheid. Zij konden immers geen tweede keer bevraagd worden, maar gingen in het verkennende interview reeds dieper in op het thema 'beleving',

waardoor deze interviews opnieuw gecodeerd werden met de verdiepende codes. Van deze school zal een samenvatting van deze verticale analyse weergegeven worden.

De opdracht van het onderwijs wordt door de respondenten in school B. breed ingevuld als de 'ontwikkeling/ontplooiing van de kinderen'. Als school willen ze dan ook in samenwerking met de ouders kunnen verder bouwen op de 'beginbasis' die de kinderen van thuis uit meekrijgen. Ze merken echter dat deze 'beginbasis' bij de kinderen op school B. lijkt te ontbreken, zodat ze 'vanaf nul moeten beginnen' als school. Er wordt dan ook 'teveel' verwacht van hen vinden ze, zowel van de ouders als van de overheid.

Het aandacht hebben voor gezondheid is voor hen iets dat 'automatisch' een deel uitmaakt van deze brede opdracht. Ze merken immers dat de kinderen op school B. 'nood' hebben aan een gezondheidsbeleid, omdat ze het van thuis niet meekrijgen. Dit gezondheidsbeleid is dan ook voor hen iets dat 'serieus' aangepakt moet worden en waar blijvend rond gewerkt moet worden op de school. Ze benoemen dit dan ook als 'een onderdeel van hun leven op school', waar ze dag in dag uit mee bezig zijn. Ze vinden het belangrijk dat een gezonde levensstijl zo vroeg mogelijk gestimuleerd wordt, anders gaat het volgens hen immers 'van kwaad naar erger'. Dit zien ze eigenlijk als een taak van de ouders, maar omdat deze dit niet lijken op te nemen, gebeurt het momenteel op school. De respondenten vinden dat een gezondheidsbeleid vorm mag krijgen in de vorm van het 'dagelijkse werken rond gezondheid', zodat de kinderen gezonde gewoontes aangeleerd krijgen op school. Naar ouders toe vinden ze dat een school een voorbeeld mag stellen, het belang van een gezondheidsbeleid mag communiceren en ouders mag stimuleren om hieraan thuis ook vorm te geven. Ze merken echter op dat ze het gevoel hebben als school reeds 'vrij ver' te gaan in het realiseren van een gezondheidsbeleid, wat ook voor verdeeldheid in het team zorgt. Zo zijn er immers die vinden dat dit 'te ver' gaat en dat men het de ouders te gemakkelijk maakt door bepaalde zaken mee op school op te nemen, waardoor de ouders op deze manier niet zullen leren om zelf voor hun kinderen te zorgen. Anderen echter zijn uit bezorgdheid voor de gezondheid van het kind van mening dat je je niet moet blindstaren op het feit dat het eigenlijk niet de taak van de school is, maar dat je er iets aan moet doen 'in het belang van het kind'. Een gulden middenweg hierin zien ze in het proberen te stimuleren van de ouders om bepaalde zaken zelf op te nemen (zoals de dagelijkse hygiëne van een kind) en als school hierin een voorbeeld te stellen (bijvoorbeeld door een kind eens te douchen op school).

De grens tussen de verantwoordelijkheid van de ouders en deze van de school, vindt men in school B. een moeilijke kwestie. Ze hebben immers het gevoel vaak een 'thuisvervangende situatie' te vormen, wat voor hen niet meer een gepaste rol voor een school vormt. Dit vormt tevens een grens voor de realiseerbaarheid van het gezondheidsbeleid in school B. volgens de respondenten. Je kan als school immers 'slechts'

een voorbeeld stellen. Als de ouders niet meewerken en thuis andere gewoontes aanleren, stopt het effect dat je kan bereiken daar dan ook, aldus de respondenten.

Hetgeen dat benoemd wordt in deze school als een 'gepast' gezondheidsbeleid, namelijk het dagelijkse werken rond gezondheid, vindt men een haalbare rol voor de school en het schoolteam. Doordat ze als school voor buitengewoon onderwijs over extra infrastructuur en extra personeel beschikken, kan dit gerealiseerd worden vinden ze. Er wordt echter aangegeven dat er niet veel meer gevraagd kan worden, omdat ook hun pakket op een gegeven moment 'vol' zit. Ook vinden ze dat dit werken rond gezondheid de aandacht niet mag afleiden van wat ze benoemen als de hoofdopdracht van het onderwijs, namelijk 'het meegeven van vaardigheden en leerstof'.

De respondenten vinden dat de overheid in het algemeen een rol heeft in het onderwijs als ze in haar beslissingen rekening houdt met de realiteit van scholen. Zo vinden ze dat de overheid een gezondheidsbeleid mag stimuleren, als hierbij niet uit het oog verloren wordt wat een school kan en mag doen. Het overheidsbeleid rond gezondheid in scholen wordt door de kookleerkracht ervaren als een 'toelating' omdat er reeds geruime tijd rond gezondheid gewerkt werd in school B. Het schoolteam echter lijkt dit overheidsbeleid te ervaren als 'gezondheid moet erbij' omdat het van 'bovenaf' opgelegd wordt en minder vrijblijvend is dan voorheen. Verder vinden de respondenten dat de overheid 'teveel' verwacht van de scholen en dat ze beter ouders rechtstreeks zouden stimuleren in hun gezondheidsbeleid. Ook merken ze dat er te weinig rekening gehouden wordt met de eigenheid van elke school, zo ervaren ze meer middelen nodig te hebben om een gezondheidsbeleid te realiseren dan een school waar de kinderen dit reeds van thuis uit meekrijgen. Ze ervaren immers dat dit gezondheidsbeleid 'erbij komt', hoewel ze vinden dat de kinderen hier van thuis mee zouden moeten opgroeien.

1.3 School W.

In de 'gewone' school W. werd een verdiepend interview afgenomen van de directrice en twee leerkrachten, die tevens coördinator zijn van de werkgroep 'gezonde voeding'. Hieronder wordt de samenvatting van de verticale analyse van deze school weergegeven.

De opdracht van het (buitengewoon) onderwijs wordt door de respondenten op een brede manier gedefinieerd. Zo houdt dit voor hen onder meer in 'voldoen aan de noden en behoeften van elk kind' en 'ontwikkeling', waarbij het welbevinden van de leerlingen voorop gesteld wordt.

De respondenten zijn van mening dat de school een taak heeft om een gezondheidsbeleid te voeren. Ze merken immers dat dit gezondheidsbeleid bij de kinderen thuis lijkt te ontbreken. De leerkrachten benoemen dit gezondheidsbeleid ook als 'één van de belangrijkste taken van een school', gezien kinderen veel tijd op school doorbrengen en het

hen belangrijk lijkt om van jongsafaan ‘goede gewoonten’ aan te leren. De directrice vindt het de taak van een school om de kinderen mee te geven ‘wat gezond is’ en ‘waarom iets gezond is’ en een ‘goed voorbeeld’ mee te geven als school in de hoop dat de kinderen het ook thuis zullen toepassen. Ouders kunnen hierbij gemotiveerd en gestimuleerd worden, maar verder kan er als school niet gegaan worden, aldus de directrice. De leerkrachten zijn van mening dat een school ‘ver’ mag gaan in het voeren van een gezondheidsbeleid als het doel is om een gezonde levensstijl te bereiken, gezien de kinderen nu ‘superongezond’ leven. Ze vinden het dan ook ‘erg’ dat er (budgettaire) beperkingen zijn op de realiseerbaarheid van het gezondheidsbeleid. Ze merken echter dat het ook een moeilijkheid vormt als ouders over een andere mentaliteit beschikken en deze gezonde levensstijl niet als prioritair zien. Ook merken de leerkrachten dat het niet evident is om een ‘goed’ gezondheidsbeleid voor school W. te ontwerpen, gezien dit een grote school is met verscheidene typologieën. Tot slot wordt de administratieve overlast aangehaald als beperking op de realiseerbaarheid, zo heeft men immers het gevoel soms meer bezig te zijn met ‘paperassenwerk’ dan met het effectief werken rond gezondheid met de leerlingen.

Het overheidsbeleid rond gezondheid in scholen vinden de respondenten ‘wel goed’. Ze merken dat hierdoor meer materiaal beschikbaar is rond dit thema, al vinden ze dat dit materiaal, net als het overheidsbeleid, weinig toegespitst is op het buitengewoon onderwijs. Langs de andere kant ervaren ze dat dit veel papierwerk met zich meebrengt, wat reeds aangegeven werd als een grens op de realiseerbaarheid. De grootste struikelblok die men echter ervaart in school W. is een tekort op vlak van middelen. De overheid zou volgens hen dan ook meer middelen beschikbaar moeten stellen om een gezondheidsbeleid te realiseren.

1.4 Besluit

In dit gedeelte werd per school dieper ingegaan op wat de respondenten denken over bepaalde aspecten van (gezondheid in) het onderwijs en de manier waarop ze deze aspecten ervaren. Zo werd per school een synthesetekst bekomen over hun mening en ervaring van gezondheid in het onderwijs, tegen de achtergrond van de onderzoeksvraag. Er kon gezien worden dat er per school hierin een aantal gelijkenissen, maar ook verschillen bleken te zijn tussen de respondenten. Ook kon het zijn dat respondenten op eenzelfde aspect verschillende zaken naar voren brengen, afhankelijk van hun positie in de school. Zo lag de focus van de directrice in school P. bijvoorbeeld meer op de regelgeving en de pedagogische visie dan die van de verpleegster in school P. In het volgende gedeelte zal er een vergelijking gemaakt worden over deze drie scholen heen.

2. Horizontale analyse

Deze horizontale analyse volgt dezelfde structuur als de verticale analyse, wat een vergelijking hiervan vergemakkelijkt. Per aspect werden de verticale schoolanalyses systematisch met elkaar vergeleken zodat gezocht kon worden naar gemeenschappelijke elementen en onderlinge verschillen over de drie scholen heen. Deze horizontale analyse wordt hieronder weergegeven. Eerst zal ingegaan worden op het onderwijs in het algemeen. Vervolgens wordt gezondheid in het onderwijs besproken en tot slot wordt een kort overzicht gegeven van de belangrijkste gelijkenissen en verschillen tegen de achtergrond van de onderzoeksvraag.

2.1 Onderwijs in het algemeen

Motivatie voor het onderwijs

De respondenten geven aan dat de motivatie waarom ze voor het onderwijs te kiezen ligt in het feit dat ze 'iets met kinderen' wilden doen. De werkuren en het feit dat een job in het onderwijs 'gemakkelijk' combineerbaar is met een gezin worden aangegeven als extra redenen. In de methodeschool geeft de directrice verder aan specifiek voor deze vorm van onderwijs gekozen te hebben, gezien de welbepaalde manier van opvoeden haar aansprak. Verder halen verschillende respondenten aan dat zij in het algemeen verwachten van personeel in het buitengewoon onderwijs dat zij meer doen dan 'enkel een lesje opzeggen', maar dat zij voornamelijk aandacht moeten hebben voor de behoeften en het (socio-emotionele) welbevinden van het kind. Iemand die niet bereid is zich hiermee bezig te houden, past niet binnen het buitengewoon onderwijs, aldus de directrice van school W.

Opdracht van het (buitengewoon) onderwijs

Alle respondenten omschrijven de opdracht van het (buitengewoon) onderwijs op een brede manier. Hierbij zien de respondenten het onderwijs als een instituut om 'mensen maximaal te ontplooien', om 'kinderen te stimuleren' of om 'kinderen zo ver mogelijk te laten ontwikkelen'. De mate waarin het welbevinden of de behoeften en noden van elk kind tegenover het cognitieve- of leeraspect van het onderwijs vooropgesteld wordt, verschilt in deze gevalsstudie per school. Zo geeft men in school P. (vanuit hun visie) en in school W. aan het welbevinden ('zorgen dat een kind zich goed voelt') en het voldoen aan de behoeften en noden van elk kind als algemene opdracht te zien van het onderwijs. Voor de respondenten vormt het cognitieve gedeelte een onderdeel van deze algemene opdracht. In school B. vindt men dit welbevinden ook een zeer belangrijk aspect, maar geven de kookleerkracht en de directrice aan dat ze het als de 'hoofdopdracht' van het onderwijs zien om de kinderen vaardigheden en leerstof bij te brengen. Ze vinden dat een school zou moeten kunnen 'voortbouwen' op een 'beginbasis' die de kinderen van thuis meekrijgen. Samen met de

ouders zou een school dan 'richting' moeten kunnen geven aan een kind, aldus de kookleerkracht. In school B. heeft men echter het gevoel dat momenteel teveel gevraagd wordt van hen. Ze hebben de indruk dat de kinderen van hun school thuis niet meer opgevoed worden, maar dat deze taak naar de school verschoven is en dat er van hen als school verwacht wordt bepaalde taken op te nemen, die zij zien als taken van de ouders. Ook in de andere stadsschool (school P.) voelen de respondenten dat zich de voorbije jaren een verschuiving in de taak van het onderwijs heeft voorgedaan. Ze merken dat hun school nu taken en verantwoordelijkheden mee (moet) opnemen die vroeger voor de opvoeding thuis bestemd waren. De verpleegster verwoordt dan ook dat ze de huidige taak van school P. als volgt ervaart: "*Echt opvoeden. Opvoeden gewoon. Hetgeen dat wij vroeger leerden. Hetgeen dat je in een normaal gezin thuis met uw ouders meekrijgt, hygiëne, algemene omgangsvormen, alles eigenlijk. Ook sociale vaardigheden, heel veel sociale vaardigheden. Wij hebben heel veel kinderen hier op school die dat gewoon niet meekrijgen of missen en waar eigenlijk heel erg aan moet gewerkt worden.*"

Invloed van de overheid in het onderwijs

De respondenten vinden dat de overheid een rol heeft in het onderwijs in de zin dat ze het haar taak vinden om de kwaliteit van het onderwijs te bewaken, ervoor te zorgen dat het onderwijs goed georganiseerd geraakt en om bepaalde zaken aan te brengen of te stimuleren in de scholen (zoals het gezondheidsbeleid). Ze vinden het hierbij echter belangrijk dat de overheid rekening houdt met de realiteit in scholen en haar beslissingen bespreekbaar maakt, zodat er geen beslissingen 'van bovenaf' komen zonder dat gekeken wordt naar wat er haalbaar is in de scholen of zonder dat er gesproken wordt met 'mensen die er echt voor staan'. Tevens vinden de respondenten het belangrijk dat de overheid hierbij de pedagogische vrijheid en eigenheid van elke school respecteert, zodat beleidsbeslissingen op maat van de school toegepast kunnen worden.

2.2 Gezondheid in het onderwijs

Gezondheidsbeleid als taak voor het (buitengewoon) onderwijs

In de verkennende interviewreeks kwam reeds naar voren dat de respondenten de gezondheidstoestand van de leerlingen op hun school ervaren als 'niet echt in orde' tot 'slecht, echt slecht'. Men gaf dan ook aan 'automatisch' rond gezondheid te werken op school, vanuit een ervaren nood. Ook in deze reeks verdiepende interviews vertelden de respondenten dat ze het voeren van een gezondheidsbeleid, of althans het aandacht hebben voor het thema gezondheid op school, ervaren als iets 'vanzelfsprekends' en als iets waar je 'automatisch' meer 'alert' voor bent. Dit hangt volgens hen samen met de aanwezige populatie kinderen op hun scholen, die voornamelijk in de stadsscholen omschreven worden

als ‘vierdewereldkinderen’, ‘allochtone kinderen’ en ‘kinderen uit gebroken gezinnen’. *“Kinderen die er echt nood aan hebben. Die niet bewegen, voor de televisie hangen, ’s morgens bijvoorbeeld niet ontbeten hebben maar dan wel een zak chips uit hun zak halen. (…) eigenlijk is dat gezondheidsbeleid ook weer gegroeid uit een hoop problemen die er overal zijn. Of dat er nood aan is”*, aldus de kookleerkracht.

Alle respondenten geven aan dat ze het werken rond gezondheid op zich zien als een taak voor elke school. Ze vinden echter dat deze taak anders zal ingevuld moeten worden, in samenhang met de specifieke kenmerken van een school. Als voorbeelden van deze kenmerken geven ze ‘het aanwezige publiek’ en de mate waarin gezonde gewoontes al dan niet van thuis uit gestimuleerd worden. In school P. en school W. menen de respondenten dat er in het buitengewoon onderwijs meer aandacht besteed moet worden aan het werken rond gezondheid. Dit hangt volgens hen samen met het feit dat deze kinderen meer nood hebben aan herhaling en dat er standaard reeds meer gewerkt wordt rond zaken als zelfredzaamheid (voornamelijk in type twee), waar gezondheid deel van uitmaakt. In de drie scholen ervaart men het werken rond gezondheid als een opdracht voor hun school. De manier waarop ze deze opdracht benoemen, is echter verschillend per school.

Zo benoemen de respondenten in school P. het dagelijkse werken rond gezondheid als ‘belangrijk’ en geven ze aan hier reeds vanuit hun visie aandacht voor te hebben. Verder benoemen ze dit als ‘vanzelfsprekend’ omdat ze ervaren dat kinderen meer tijd doorbrengen op school, waardoor het gezondheidsbeleid volgens hen dan ook een stuk mee doorschuift naar de school. Ze geven hier echter bij aan soms het gevoel te hebben dat ze ‘ver’ (moeten) gaan als school in het voeren van een gezondheidsbeleid en taken die ze zien als deze van ouders over te nemen. Ze merken immers dat sommige ouders hun opvoedende taak omtrent gezondheid niet meer lijken op te (kunnen) nemen. Dit soort werken rond gezondheid benoemen de respondenten als hun ‘plicht’, ze geven aan het gevoel te hebben dat ze hier een bijkomende taak ‘moeten’ opnemen als school. *“Of dat ik vind dat dat moet, ja eigenlijk is dat een taak van de ouders. Maar de mensen hebben niet altijd de kracht of het kunnen om dat thuis op te nemen. Dus dan zijn wij degene die dat doen”*, aldus de leerkracht.

In school W. benoemen de respondenten het werken rond gezondheid op hun school als ‘normaal’ en geven ze aan dat ze dit ‘één van de belangrijkste taken van de school’ vinden. Volgens de respondenten worden gezonde gewoontes immers best van jongsafaan aangeleerd. Omdat kinderen ‘praktisch constant’ op school aanwezig zijn, vinden ze het werken rond gezondheid dan ook een (belangrijke) taak voor het onderwijs, ook omdat ze merken dat dit gezondheidsbeleid bij de kinderen thuis ‘ontbreekt’.

In school B. tot slot benoemen de respondenten het gezondheidsbeleid als ‘normaal’ en als iets waar je in hun school ‘niet buiten kan’. Ze menen dat dit gezondheidsbeleid iets is dat

‘serieus’ aangepakt moet worden en dat blijvend meegenomen moet worden in een school, de respondenten geven dan ook aan om deze reden liever niet met projecten te werken.

Een (gepast) gezondheidsbeleid op school

In de interviews kwam bij de respondenten in de drie scholen een gelijkaardige ‘gepaste rol’ voor de school naar voren in het voeren van een gezondheidsbeleid. Hierbij werd een onderscheid gemaakt in de rol die een school volgens hen mag opnemen naar leerlingen toe, maar ook naar ouders toe.

Naar hun leerlingen toe zien de respondenten het ‘dagelijkse werken rond gezondheid’ als een gepaste taak zien voor hun school (en meer specifiek als een gepaste en haalbare taak voor de klasleerkrachten). Dit houdt voor hen in dat er doorheen de dag aandacht besteed wordt aan zaken als hygiëne (zoals handen wassen voor het eten), gezonde voeding (bijvoorbeeld toezicht op de inhoud van de brooddozen), voldoende beweging op school, ... zodat er op school een (gezond) ‘voorbeeld’ gesteld wordt naar deze kinderen toe. De respondenten hopen hiermee dat de kinderen dit voorbeeld dat op school gesteld wordt, ook in andere situaties zullen toepassen. Naar de ouders toe vinden de respondenten dat een school in haar schoolreglement en pedagogisch project mag opnemen wat wel en wat niet mag op school (zoals een verbod op frisdrank). Ze hopen dat de school hiermee ook aan ouders een voorbeeld kan aanreiken van ‘hoe het zou moeten zijn’. Tevens vinden de respondenten dat een school hun visie op gezondheid (zoals het belang dat ze hechten aan een ontbijt ’s morgens) naar ouders toe mag communiceren en deze mag proberen te motiveren en te stimuleren om deze ook toe te passen in de thuissituatie. Ze vinden dat een school eigenlijk niet verder dan dit mag gaan. *“Als je om half 4 hier in het school buiten gaat en het eerste wat ze te eten krijgen is terug chips, dan heb je terug gedaan. Allez, als die ouders dat niet belangrijk vinden, dan stopt het ook. En wie zijn wij dan om te zeggen dat ze hun kinderen anders moeten grootbrengen”*, aldus de directrice van school B.

Rond de ‘gepastheid’ van het gezondheidsbeleid zoals nu wordt uitgevoerd op de school en hoever hun school eigenlijk kan gaan als ‘antwoord’ op de nood die men ervaart bij de kinderen, stellen de respondenten zich vragen. De grenzen van deze gepastheid blijken voor hen in realiteit immers niet altijd even duidelijk te zijn. De vragen die gesteld worden, verschillen echter per school in samenhang met de ‘nood’ die men daar ervaart.

Zo geven de respondenten van school B. aan dat ze doorheen de jaren geëvolueerd zijn naar een gezondheidsbeleid waarin ze het gevoel hebben ‘vrij ver’ te (kunnen en moeten) gaan. Ze merken echter dat het hierdoor voor sommige ouders en voor het schoolteam bijna ‘vanzelfsprekend’ is geworden dat de school allerlei zaken opvangt en dat er eigenlijk een ‘thuisvervangende situatie’ gecreëerd wordt. Als voorbeelden worden hierbij gegeven dat een aantal kinderen op school gedoucht worden, dat de school boterhammen maakt voor

sommige kinderen of dat de kleren gewassen worden als ze merken dat dit thuis niet gebeurt. In het schoolteam is er verdeeldheid over waar zij menen dat de grens van de verantwoordelijkheid van de school tegenover deze van de ouders ligt. Ze vinden de eerder aangegeven 'gepaste rol' naar ouders en leerlingen toe dan ook een gulden middenweg tussen 'zich blindstaren op het feit dat zulke zaken tot de verantwoordelijkheid van de ouders behoren' en 'te meegaand zijn uit bezorgdheid voor de kinderen en alles op school opnemen, waardoor het te gemakkelijk wordt voor de ouders en deze het zelf niet leren op te nemen'.

In school P. merkt men met de daar aanwezige problematiek dat de grens tussen de verantwoordelijkheid van de school en deze van hulpverlenende instanties niet altijd even duidelijk is. Zo vinden ze dat ze als school de verantwoordelijkheid hebben om 'iets' te doen wanneer ze zich zorgen maken over de gezondheid van een kind, bijvoorbeeld wanneer ze merken aan of van het kind dat deze voeding thuis 'echt niet in orde is'. De verantwoordelijkheid van de school stopt echter volgens hen wanneer de communicatie met de ouders over zulke zaken niet helpt. Op deze moment vinden ze het hun taak om stappen te ondernemen om dit te melden en door te geven aan andere instanties en in samenwerking hiermee dit te blijven opvolgen. Ze geven immers aan voor bepaalde zaken geen 'know-how' te hebben en geen 'professionele hulpverlening' te kunnen bieden, hoewel ze ervaren dat dit (in samenhang met de problematiek van de wachtlijsten) soms wel verwacht lijkt te worden van hen. In school W. tot slot ervaren de respondenten voornamelijk 'budgettaire grenzen' in het realiseren van een gezondheidsbeleid, wat ze 'eigenlijk erg' vinden. Ze zijn immers van mening dat een school 'ver' mag gaan als het doel is om een gezonde levensstijl te bereiken *"omdat je echt wel merkt dat tegenwoordig de kinderen superongezond leven",* aldus de leerkrachten.

Het huidige overheidsbeleid

In de verkennende analyse werd bekomen dat de drie scholen voor de intentieverklaring reeds rond het thema gezondheid op school bezig waren, zij het op een meer vrijblijvende manier. Ze beschouwen het werken rond gezondheid immers als iets 'vanzelfsprekends'. De respondenten ervaren de intentieverklaring dan ook niet als iets 'nieuws'. Wel ervaren ze dat hun aandacht door het huidige overheidsbeleid meer op dit thema gevestigd wordt en dat er hierdoor meer materiaal beschikbaar is voor het werken rond gezondheid. Dit materiaal ervaren ze echter als weinig bruikbaar. Alle respondenten geven aan het 'goed' te vinden dat de overheid de scholen stimuleert om een gezondheidsbeleid te realiseren. De manier waarop het gezondheidsbeleid in de drie scholen ervaren wordt door de respondenten loopt grotendeels gelijk. Per school zijn er hiernaast een aantal zaken in deze beleving die verschillen.

Zo ziet de kookleerkracht dit overheidsbeleid voor een deel als een 'toelating' voor iets waar ze al mee bezig waren op school B. Het team lijkt volgens haar echter anders te reageren op het gezondheidsbeleid in school B. sinds dit 'officieel' werd. Hoewel voorheen reeds intensief rond gezondheid gewerkt werd, lijkt het team nu eerder het gevoel te hebben dat ze 'het er nog eens allemaal bij moeten duwen' en 'dat het moet'. Zo vertelt de kookleerkracht hierover: "*Het is soms leuker om dingen te doen, om ze extra erbij te doen, dan dat dat is van we moeten dat doen. Ik probeer dat hier altijd te zeggen van mannen, allez, we zijn er mee bezig. Voor ons is dat niets nieuws."*

In school B. en school W. geven de respondenten aan dat ze dit overheidsbeleid 'te algemeen' vinden ('wat moet er nu concreet gedaan worden?') en dat de overheid te weinig rekening lijkt te houden met de specifieke kenmerken van de scholen (voor buitengewoon onderwijs). Zo ervaart men in de drie scholen dat er te weinig middelen beschikbaar gesteld worden om een gezondheidsbeleid te realiseren, zoals dit gevraagd wordt door de overheid. De respondenten geven immers aan, door de andere populatie waarmee ze te maken krijgen in hun scholen, dat ze meer en andere middelen nodig hebben om hetzelfde te realiseren als een school waar de leerlingen voor een groot deel een gezondheidsopvoeding van thuis meekrijgen. Hierdoor merken ze dat het voor hen soms moeilijk haalbaar is om te realiseren wat de overheid van hen vraagt. In school P. en school W. heeft men verder het gevoel dat er eigenlijk meer tijd en aandacht naar 'paperassenwerk' (moet) gaan, dan naar het concreet realiseren van een gezondheidsbeleid met de kinderen. In school B. tot slot, menen de respondenten dat de overheid 'teveel' vraagt van de scholen en meer rechtstreeks de ouders zou moeten aanspreken in hun gezondheidsbeleid in plaats van de scholen. *"Het is allemaal de school zal het wel opvangen en er wordt verwacht dat we dat allemaal maar gaan doen",* aldus de directrice.

Rol van de overheid

Zoals werd aangegeven, ervaren de respondenten het gezondheidsbeleid als iets 'belangrijks' en ervaren ze het als een taak van hun school om hiermee bezig te zijn. Ze menen dan ook dat de overheid een taak heeft om scholen te stimuleren en te ondersteunen zodat er op elke school een gezondheidsbeleid georganiseerd kan worden. De manier waarop de overheid dit mag doen volgens hen, ligt in de lijn van hoe ze vinden dat een overheid in het algemeen invloed mag hebben in het onderwijs. Zo vinden ze het ook hier belangrijk dat er rekening gehouden wordt met wat een school kan en mag doen ('op welke muren een school botst'). Eveneens vinden ze het ook hier belangrijk dat elke school op zijn manier vorm kan geven aan een gezondheidsbeleid, in het kader van hun pedagogisch project en in samenhang met de specifieke schoolkenmerken. Een overheid kan en mag volgens hen dus aan scholen vragen om een gezondheidsbeleid te realiseren. Ze menen

echter dat het hierbij belangrijk is dat dit niet zomaar gevraagd wordt, maar dat hier dan ook de nodige middelen moeten tegenover staan. Deze middelen zouden volgens hen ook 'op maat' van de scholen gegeven moeten kunnen worden. De respondenten merken immers dat zij met het publiek dat op hun scholen aanwezig is, meer middelen nodig hebben om een gezondheidsbeleid te realiseren, dan een school waar de kinderen dit reeds van thuis uit meekrijgen.

In de drie scholen wordt dit nog verder aangevuld met verschillende zaken. Zo vinden de respondenten in school B. dat de overheid zich met haar gezondheidsbeleid teveel naar de scholen richt en dat ze eerder zou moeten proberen om de ouders rechtstreeks aan te spreken en te stimuleren. Dit wordt geïllustreerd door de directrice: *"Dat gezondheidsbeleid komt er weer bij he, en het komt er vind ik een groot stuk bij dat ik denk moeten wij daar nu als school al mee beginnen eigenlijk is het de bedoeling dat ze er thuis mee opgroeien dat begint al van de moment dat ze klein zijn, de opvolging die je meegeeft. Het wordt elke keer toch wel een stukje naar de school verlegd dan denk ik ook van misschien zouden ze beter een aantal dingen in plaats van naar de school toe naar de ouders gaan uitwerken en meegeven en die mensen proberen te betrekken vanuit de overheid eigenlijk."* In school P. meent men nood te hebben aan een (bijkomend) wettelijk kader vanuit de overheid zodat scholen extra druk of kracht kunnen uitoefenen op (sommige) ouders. Ze ervaren immers dat de communicatie met ouders 'niet altijd optimaal' verloopt en dat interne regels niet zwaar genoeg wegen, zodat dit het realiseren van een gezondheidsbeleid bemoeilijkt. De directrice geeft als voorbeeld van zulk een overheidsmaatregel 'kinderen die luizen hebben mogen pas terug naar school komen als hij/zij luizenvrij is'. Op school W. tot slot vinden de leerkrachten het belangrijk dat de overheid de scholen duidelijk informeert over welke subsidies er beschikbaar zijn voor wie, gezien ze dit een 'heel gedoe' vinden.

Realiseerbaarheid van een gezondheidsbeleid op de scholen

In de drie scholen wordt het dagelijkse werken rond gezondheid als 'haalbaar' ervaren, zowel voor de school als voor de klasleerkrachten. Dit heeft volgens de respondenten te maken met het feit dat gezondheid als thema reeds 'ingecalculeerd' kan worden in de pedagogische taak van de (buitengewone) school. Ook geven ze aan dat er in het buitengewoon onderwijs meer mogelijkheden hiervoor zijn omdat er extra personeel (zoals een verpleegster, kinderverzorgster) en extra infrastructuur (zoals een keuken) aanwezig zijn. De respondenten merken echter dat er met het gezondheidsbeleid verder gegaan lijkt te moeten worden dan het 'dagelijkse werken' rond gezondheid op hun school. Dit ervaren ze eerder als 'zwaar'. Ze geven aan dat ze hiervoor voornamelijk een tekort aan 'mankracht', 'middelen' en 'infrastructuur' ervaren. Ze merken ook dat dit bemoeilijkt werd met de maximumfactuur in het onderwijs, waardoor ze nu als school zelf een deel van de kosten

moeten dragen. Ook ervaart men in school P. en school W. een 'administratieve overlast', waar geen extra uren voor voorzien worden, zodat hier 'lesuren' naartoe moeten gaan. Het realiseren van een gezondheidsbeleid vraagt volgens de respondenten dan ook veel tijd en moeite, hoewel er niets voor in de plaats lijkt te komen of niets lijkt weg te vallen. Ze geven aan dan ook het gevoel te hebben dat dit 'er bovenop komt', met name voor de leerkrachten. De verpleegster van school P. zegt hierover het volgende: "*Het zijn vooral de middelen en ook de mankracht dikwijls. Dat zijn allemaal heel schone initiatieven maar dat moet wel op de school uitgewerkt worden en wie moet dat uitwerken, altijd diezelfde mensen die al eigenlijk meer aan het doen zijn, meer moeten werken."* Ze ervaart dan ook dan de draagkracht van het team overvraagd wordt. Zo gaf ze in het verkennende interview reeds aan dat dit team 'op de tipjes van hun tenen loopt', waardoor het gezondheidsbeleid er soms 'niet van komt'.

Een andere bemoeilijkende factor voor de realiseerbaarheid van het gezondheidsbeleid vinden de respondenten de communicatie en de samenwerking met de ouders die niet altijd even vlot verloopt. Zo zorgt de anderstaligheid vooreerst voor een 'technisch probleem' volgens hen: sommige ouders kunnen het schoolreglement of de visie niet lezen en zodoende kan het belang dat men op school hecht aan deze gezondheid niet gecommuniceerd worden naar deze ouders. Verder merken de respondenten dat ze soms ook te maken krijgen met een verschil in mentaliteit. Bij sommige ouders lijkt gezondheid immers geen 'prioriteit' te vormen, waardoor ze ervaren als school al niet vanuit hetzelfde te vertrekken, maar ook niet naar hetzelfde te streven. Omdat de kinderen thuis dan ook andere gewoontes geleerd krijgen, hebben de scholen het gevoel dat er 'veel verloren gaat van wat op school gebeurt' en zien ze dat de kinderen 'hervallen' naar het voorbeeld dat ze thuis krijgen. In school W. tenslotte ervaart men dat het moeilijk is om een 'goed' gezondheidsbeleid uit te stippelen voor een grote school, met verschillende typologieën. Ook ervaren ze dat niet alle leerkrachten de gemaakte afspraken naleven, waardoor het moeilijk wordt om dit gezondheidsbeleid uit te voeren.

UITLEIDING VERDIEPENDE FASE

In deze verdiepende fase werd de literatuurstudie over de pedagogisering van maatschappelijke problemen weergegeven, net als de analyses van de reeks verdiepende interviews naar de beleving van het gezondheidsbeleid. Hieronder worden deze kort samengevat. Om de leesbaarheid te verhogen zijn hier de referenties van de literatuurstudie weggelaten. Deze kunnen in het desbetreffende gedeelte teruggevonden worden.

In de verdiepende literatuurstudie werd pedagogisering als kader om naar dit fenomeen van het overheidsbeleid omtrent gezondheid in scholen te kijken, toegelicht (Deel III, A). 'Pedagogisering' werd hierbij omschreven als het kijken naar het onderwijs of naar

onderwijsmaatregelen als oplossing voor maatschappelijke problemen. Gezondheid wordt hier dus benaderd als een 'maatschappelijk probleem'. Deze pedagogisering kan opgevat worden als een manier waarop de overheid vorm geeft aan haar beleid in een bepaalde samenleving. Dit overheidsbeleid kan dan weer op verschillende manier bekeken worden. In de literatuurstudie werd een mogelijke invalshoek uitgewerkt in termen van 'bestuurlijkheid', in de lijn van Foucault. Hierbij werd gezien dat een neoliberale overheid haar problemen inzake vrijheid en zekerheid (zoals gezondheid) aanpakt met componenten van het leerdispositief. Een probleem wordt hierbij geformuleerd als een kapitaal waar nog in geïnvesteerd moet worden door te leren. Verder werden verschillende standpunten besproken over pedagogisering als overheidsbeleid. Een eerste standpunt vormt dat we ons zouden moeten 'bevrijden' van de manier waarop leren in het huidige discours als noodzakelijk ervaren wordt voor de aanpak van allerlei problemen. Tevens werd aangehaald dat er nood is aan fundamenteler onderzoek naar de grondslagen van de problemen die ingebracht worden in het onderwijs. Tot slot wordt een overheid die haar maatschappelijke problemen via het onderwijs aanpakt, naargelang de auteur(s), beschouwd als een verantwoordelijke overheid, als een overheid die net haar verantwoordelijkheid van zich afschuift of als een overheid die met het onderwijs kiest voor de 'beste optie' voor deze problemen.

In een tweede gedeelte werd deze pedagogisering benaderd vanuit wat in de literatuur gevonden kon worden over het perspectief van het onderwijs. Hierbij werd bevonden dat het onderwijs niet louter een passieve rol inneemt in dergelijk overheidsbeleid, maar hier ook een 'voorstander' van genoemd kan worden. De manier waarop de opdracht van het onderwijs omschreven wordt, speelt verder een rol in het al dan niet (kunnen en mogen) opnemen van maatschappelijke problemen in het onderwijs. Tevens kan het onderwijs niet als losstaand van de samenleving gezien worden, maar vormt ze hier een onderdeel van. Ook werd gesproken van een pedagogische noodzaak in het onderwijs en werd een gepaste opdracht van het onderwijs in een overheidsbeleid omtrent maatschappelijke problemen omschreven. Tot slot werd ingegaan op de haalbaarheid van een overheidsoplossing in termen van pedagogisering.

In de drie Vlaamse scholen voor buitengewoon onderwijs werd de beleving van het gezondheidsbeleid (van de overheid) nagegaan. De respondenten gaven aan een 'nood' te ervaren om rond het thema gezondheid op school te werken. Ze hebben het gevoel dat ze dit wel 'moeten' doen, gezien de leerlingenpopulatie op hun school. Verder merken voornamelijk de respondenten in de stadsscholen dat de opdracht van het onderwijs de voorbije jaren verschoven is. Zo moet een school volgens hen nu meer taken en verantwoordelijkheden opnemen, die voorheen bestemd waren voor de thuissituatie. Ze beschouwen het nu dan ook als een 'vanzelfsprekende' en 'belangrijke' taak voor elke school

om een gezondheidsbeleid te voeren. De mate waarin en de manier waarop een school dit doet, is volgens hen afhankelijk van wat er 'nodig' is op een school. Een (gepast) gezondheidsbeleid naar de leerlingen toe wordt door de respondenten omschreven als het aanleren van een gezonde levensstijl en het aandacht hebben voor gezondheid doorheen de dagelijkse werking van de school. Naar ouders toe zou zo'n beleid er uit kunnen bestaan dat er een voorbeeld gesteld wordt van 'hoe het zou moeten'. Dit voorbeeld moet door de ouders ook op schoolvlak gevolgd worden, hiervoor zorgt men bijvoorbeeld door bepaalde 'ongezonde' dingen als frisdrank te verbieden op de school. De scholen ervaren echter dat het voeren van een gezondheidsbeleid in realiteit verder gaat dan deze 'gepaste rol'. Zo ervaren ze dat het moeilijk is om een grens te trekken tussen de verantwoordelijkheid van de school en deze van de ouders of van de hulpverlening. Hierbij stellen ze zich dan ook de vraag tot hoever ze mogen gaan als school in het voeren van een gezondheidsbeleid. Ze merken immers dat ze als school taken aan het overnemen zijn die eigenlijk tot de verantwoordelijkheid van de ouders behoren, zoals het douchen van bepaalde kinderen op school.

Het overheidsbeleid omtrent gezondheid ervaren de respondenten enerzijds als 'goed', ze zijn immers bezig met het werken rond gezondheid op hun school. Tevens vinden ze het belangrijk dat een overheid de scholen stimuleert om rond zo'n thema te werken. Er moet hierbij volgens hen wel rekening gehouden worden met de mogelijkheden en het pedagogisch project van de scholen. Anderzijds ervaren ze echter dat dit 'erbij komt' en dat er 'teveel gevraagd wordt' van hen. De respondenten geven aan niet over voldoende middelen te beschikken om een gezondheidsbeleid zoals de overheid dit verwacht uit te werken. Ook de moeilijke communicatie en samenwerking met de ouders vormt een belemmering, aldus de respondenten. Ze ervaren een gezondheidsbeleid als 'moeilijk haalbaar', wanneer dit op school verder moet gaan dan het dagelijkse werken rond dit thema. Een ander aspect dat ten slotte naar voren kwam in twee scholen is de 'administratieve overlast' die gepaard gaat met het voeren van een gezondheidsbeleid.

In deze fase werd aldus dieper ingegaan op het gezondheidsbeleid in de literatuur en in de scholen. De verkregen resultaten van dit deel worden verder besproken in Deel IV.

DEEL IV

BESPREKING, METHODOLOGISCHE REFLECTIE EN PERSPECTIEVEN

INLEIDING

In dit laatste deel worden de bevindingen van de verkennende en de verdiepende fase besproken. Zo wordt eerst een antwoord geformuleerd op zowel de verkennende als de verdiepende onderzoeksvraag. Dit zal gebeuren aan de hand van de ondernomen literatuurstudies en de resultaten die bekomen werden na grondige analyse van beide interviewreeksen. Vervolgens wordt op basis van deze antwoorden en op basis van de literatuurstudie over pedagogisering als overheidsbeleid de vooropgestelde probleemstelling van deze verhandeling besproken. Hierna wordt een methodologische reflectie gehouden over het uitgevoerde onderzoek. Tot slot worden perspectieven voor mogelijk vervolgonderzoek geformuleerd.

1. Bespreking

In dit gedeelte worden de twee onderzoeksvragen en de probleemstelling die in deze masterproef vooropgesteld werden besproken. Eerst wordt bij de verkennende onderzoeksvraag gekeken naar hoe verschillende actoren vormgeven aan een gezondheidsbeleid op hun school. Vervolgens wordt in het antwoord op de verdiepende onderzoeksvraag ingegaan op de beleving van dit gezondheidsbeleid in de scholen voor buitengewoon onderwijs. Tot slot wordt een aanzet tot antwoord gegeven op de vraag tot in hoeverre een overheid zulk een gezondheidsbeleid via scholen kan en mag voeren.

1.1 Verkennende onderzoeksvraag

In de verkennende fase van de masterproef werd een literatuurstudie ondernomen naar een ‘gezondheidsbeleid voor scholen’. Hierbij werd een verkenning gemaakt van de manier waarop de Vlaamse overheid een beleid voert omtrent gezondheid in/via scholen: wat verwacht zij van scholen en hoe geeft zij hieraan vorm naar scholen toe (Deel II, A). Hierna werd een verkennende reeks interviews uitgevoerd om zicht te krijgen op hoe verschillende actoren in scholen voor buitengewoon onderwijs vormgeven aan een gezondheidsbeleid. De analyses hiervan werden weergegeven in Deel II, B. In wat volgt wordt op basis van deze analyses en de literatuurstudie een antwoord geformuleerd op de verkennende onderzoeksvraag. Hierbij wordt er vanuit gegaan, zoals in de methodologie beschreven werd, dat ‘gezondheidsbeleid’ een sociaal geconstrueerde realiteit vormt. De manier waarop de actoren hieraan vormgeven kan gezien worden als betekenisvol handelen dat gebeurt vanuit de subjectieve betekenisgeving aan bepaalde aspecten van het gezondheidsbeleid.

Het is dan ook de bedoeling om de manier waarop dit gezondheidsbeleid in de scholen vorm krijgt te kaderen in het ruimere beleid dat geschetst werd in de verkennende literatuurstudie en niet om dit gezondheidsbeleid te 'evalueren' ten aanzien van dit overheidsbeleid. De verkennende onderzoeksvraag die hierbij vooropgesteld werd is de volgende: *'Hoe geven (verschillende actoren in) Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs vorm aan een gezondheidsbeleid?'*

… vanuit een breed gezondheidsbegrip

In de onderzochte scholen voor buitengewoon onderwijs wordt gezondheid op een brede manier omschreven. Voor de meeste respondenten is 'gezondheid' meer dan de afwezigheid van ziekten en houdt het zowel een fysisch als psychisch welbevinden in. Sommige respondenten plaatsen ook een sociaal welbevinden onder de noemer 'gezondheid'. Deze brede kijk op 'gezondheid' in de scholen sluit aan bij de manier waarop dit begrip (onder meer) op beleidsniveau benaderd wordt en aan scholen gecommuniceerd wordt. Daar wordt de definitie van het WHO gehanteerd: *"Gezondheid is een toestand van een zo optimaal mogelijk fysiek, mentaal en sociaal welbevinden, waarbij iedereen de kans moet hebben om als mens capaciteiten te ontwikkelen en te gebruiken met een maximaal aantal vrijheidsgraden en keuzemogelijkheden"* (in Moens, 2003, p. 3).

In de lijn van dit brede gezondheidsbegrip, lijken de respondenten vorm te geven aan een gezondheidsbeleid op een brede manier. Zo vallen er voor hen onder de noemer van gezondheidsbeleid immers initiatieven rond (gezonde) voeding, beweging, (psychisch) welbevinden, sociale vaardigheden en seksuele voorlichting. De scholen stellen hierbij het welbevinden van de leerlingen voorop. Met het voeren van een gezondheidsbeleid willen de scholen de leerlingen 'gezonde gewoontes' aanleren. Dit is in overeenstemming met wat de overheid uitdraagt dat ze wil bereiken met het voeren van een gezondheidsbeleid in scholen. Zo werd in de verkennende literatuurstudie gezien dat de overheid streeft naar een 'gezondheidsbevorderend beleid' voor elke school. Dit betekent dat er meer beoogd wordt dan louter het tegengaan van ongezond gedrag. Men wil immers het welzijn van de leerlingen bevorderen en hen attituden en gewoonten aanleren die aansluiten bij een gezonde levensstijl.

… vanuit een 'ervaren nood' aan een gezondheidsbeleid

De respondenten geven aan de algemene gezondheidstoestand van hun leerlingen als 'slecht' te ervaren. Zo merken ze dat de voedingsgewoonten eerder 'slecht' zijn, dat sommige leerlingen psychisch overbelast worden of dat er te weinig aan sport gedaan wordt. De stadsscholen ervaren een verschil tussen de gezondheidstoestand van hun leerlingen en deze van kinderen in landelijkere gemeenten. Dit verschil wijt men aan een ander publiek

leerlingen op hun school, dat ze benoemen als ‘stadskinderen’, ‘migrantenkinderen’ of ‘vierdewereldkinderen’. In de scholen, maar voornamelijk in de stadsscholen, wordt bij de leerlingen een ‘nood’ ervaren die voor de respondenten aanleiding geeft om te werken rond gezondheid op school. Dit werken rond gezondheid benoemen ze als een ‘automatisme’. De mate waarin men het als ‘nodig’ ervaart om rond bepaalde aspecten van gezondheid te werken is verschillend voor de drie scholen.

Deze mate lijkt in de scholen samen te hangen met de mate waarin reeds een gezondheidsbeleid uitgebouwd werd op school. Zo is het gezondheidsbeleid in de voorbeeldschool al langere tijd uitgebouwd. De respondenten in deze school geven aan dat ze immers geconfronteerd werden met ongezonde gewoontes bij hun leerlingen. Zoals aangegeven werd in de literatuurstudie krijgt gezondheid de laatste tijd meer en meer aandacht op verscheidene niveaus in de samenleving en wordt gezondheid als een belangrijk recht voor iedereen beschouwd. Een gezonde levensstijl wordt als nastrevenswaardig vooropgesteld, onder meer door het beleid. Deze aandacht van de scholen voor de gezondheidstoestand van hun leerlingen en hoe zij deze ervaren, zou gezien kunnen worden als een betekenis die zij hieraan geven in het kader van deze ruimere aandacht voor gezondheid. De respondenten merken, voornamelijk in de stadsscholen, dat de opvattingen over aspecten van wat zij beschouwen als een gezonde levensstijl (zoals ‘goede voedingsgewoontes’) niet steeds overeenkomen met hoe ouders hierover denken. Sommige ouders ervaren volgens hen immers geen ‘nood’ om aan gezondheid te werken of vinden dit geen ‘belangrijk’ thema.

…sinds de intentieverklaring: weg met de vrijblijvendheid

In de verkennende literatuurstudie werd gezien dat scholen sinds 1 september 2007 aangemoedigd en ondersteund worden om een gezondheidsbeleid op maat van hun school en leerlingen uit te werken (Intentieverklaring, 2006). De respondenten bleken in geringe mate vertrouwd te zijn met deze intentieverklaring op zich, maar gaven wel aan bezig te zijn met de realisatie van een gezondheidsbeleid. Dit was iets waar men reeds voor het verschijnen van de intentieverklaring ‘vrijwillig’ rond bezig was in de scholen. De respondenten ervaren dat dit werken rond gezondheid voorheen echter meer vorm kreeg op een vrijblijvende manier door middel van een aantal losse initiatieven en door het werken ‘vanuit het hart’. De grootste verandering in het voeren van een gezondheidsbeleid sinds het verschijnen van deze intentieverklaring vinden scholen dan ook een omslag van vrijblijvendheid naar een meer doordachte en geplande manier van werken. Dit komt overeen met wat de overheid beoogt met haar intentieverklaring: dat iedere school nadenkt over de gezondheid van haar leerlingen en systematisch acties onderneemt om deze te bevorderen. Deze (hernieuwde) aandacht voor de gezondheid van hun leerlingen is iets wat

de respondenten inderdaad ervaren naar aanleiding van het overheidsbeleid. Tevens werd het ontwikkelen van visie en beleid omtrent gezondheid vooropgesteld in het actieplan 'op uw gezondheid'. Ook dit ervaren de respondenten. Ze geven immers op een meer doordachte manier vorm aan een gezondheidsbeleid en hebben dit opgenomen in verscheidene documenten, zoals de visietekst of het schoolwerkplan.

… een 'self-made' gezondheidsbeleid

De scholen geven aan dat een gezondheidsbeleid voornamelijk door het schoolteam zelf uitgewerkt wordt. Bij het realiseren van dit beleid ervaren de respondenten echter dat er steun gezocht en gevonden kan worden bij uiteenlopende instanties. Deze zijn verschillend per respondent en per school. Dit kan gaan van officiële instanties (zoals OVSG of LOGO) tot een samenwerking met de lokale fruitkramers. De bronnen van ondersteuning die de scholen vernoemen zijn deels in overeenstemming met wat de overheid van partners waarmee een school kan samenwerken uitdraagt. Scholen geven immers een aantal van deze organisaties aan als bronnen van steun. Hierbuiten vermelden de respondenten echter nog andere 'partners', zoals de lokale fruitkramers bij welke zij op een goedkope manier fruit kunnen kopen. Verder geven de scholen aan dat het schoolteam voornamelijk schoolintern gesteund wordt bij het realiseren van een gezondheidsbeleid. Dit gebeurt door de aanwezige werkgroepen of door hier al dan niet voor aangestelde steunfiguren in de school, zoals een schoolverpleegster. Een andere bron van ondersteuning die op initiatief van de overheid aangeboden wordt, zijn de vele projecten rond gezondheid. Deze projecten worden niet in alle scholen toegepast. In de scholen die deze projecten toepassen, ervaart men dat deze een houvast vormen, mits een aanpassing aan de kenmerken van het buitengewone onderwijs uitgevoerd wordt.

De ouders participeren in geringe mate aan het gezondheidsbeleid in de scholen. In de stadsscholen geven de respondenten hierover aan dat het moeilijk is om ouders bij het schoolgebeuren te betrekken. Naar participatie van leerlingen in hun gezondheidsbeleid geven de scholen aan te (willen) streven. Voor de externe partners geldt in de scholen dat zij betrokken worden, maar voornamelijk wanneer er zich problemen voordoen. Over het algemeen echter hebben ze op de scholen het gevoel 'zelf hun plan te moeten trekken'. Vanuit de overheid wordt de participatie van ouders, leerlingen en externe partners bij het uitbouwen en het realiseren van een gezondheidsbeleid gestimuleerd. Op deze manier meent men immers het draagvlak voor een gezondheidsbeleid te kunnen vergroten. Deze participatieve aanpak ervaren de scholen echter als moeilijk te bereiken en als slechts in geringe mate te kunnen realiseren.

… op maat van de school

Op het moment van het interview werd in elke school vormgegeven aan een gezondheidsbeleid. Er werd vastgesteld dat de mate waarin hieraan reeds vormgegeven werd en hoe lang men hier al mee bezig is, verschilt van school tot school. Ook de concrete uitwerking van het gezondheidsbeleid blijkt verschillend per school te zijn en hangt af van wat een school ervaart als 'nodig' en als 'haalbaar'. Dit sluit aan bij wat de overheid vooropstelt voor een gezondheidsbeleid: een optimaal actieplan voor elke individuele school, opgesteld op basis van de beginsituatie, de mogelijkheden, de behoeften en prioriteiten van een school (Moens, 2003). Elke school wordt door de overheid immers gestimuleerd om een gezondheidsbeleid op maat van hun school en leerlingen uit te werken, wat lijkt te gebeuren in de onderzochte scholen.

In het gezondheidsbeleid dat de scholen voeren, zijn echter ook een aantal gemeenschappelijke elementen terug te vinden. Zo staat het gezondheidsbeleid uitgeschreven in documenten als het schoolwerkplan of de visietekst van de school. Hiernaast zijn een aantal activiteiten die in alle onderzochte scholen in het kader van gezondheid uitgevoerd worden zoals het wekelijks organiseren van een (vaste) fruitdag of het bannen van frisdrank uit de school. Verder wordt aangegeven dat een gezondheidsbeleid op school voornamelijk door de leerkrachten in de klas gerealiseerd wordt. Hierbij worden ze al dan niet ondersteund door een gezondheidswerkgroep. Elke school heeft immers één of meerdere werkgroepen rond gezondheid. Verschillend per school is echter wat precies het takenpakket of de samenstelling van deze werkgroep vormt. Buiten deze gemeenschappelijke aspecten, heeft elke school tevens eigen klemtonen en initiatieven uitgewerkt op maat van de school. Zo geeft de methodeschool bijvoorbeeld aan dat hun gezondheidsbeleid verweven door de dag vorm krijgt. Deze manier van werken past voor hen immers beter bij hun visie dan het werken met projecten.

…volgens de richtlijnen van de overheid

De overheid reikt de scholen een matrix aan als 'hulpmiddel' om vorm te geven aan een gezondheidsbeleid. De scholen geven aan deze matrix te gebruiken. Zo worden initiatieven genomen op het niveau van de omgeving (er zijn geen frisdrankautomaten aanwezig op school), van de school (het gezondheidsbeleid staat uitgewerkt in de documenten van de school), van de klas (in de vorm van thema lessen rond gezondheid) en de individuele leerling (opvolging van bijvoorbeeld 'boterhammendoos'). Ook aan de hand van de drie luiken wordt er vormgegeven aan een gezondheidsbeleid op de scholen: een educatief (spiraalcurriculum over gezonde voeding aan de hand van de voedingsdriehoek), een structureel (zoals een wekelijkse fruitdag) en een regulerend luik (in het schoolreglement een verbod op frisdrank zetten). In de scholen gaat de aandacht in het gezondheidsbeleid

momenteel voornamelijk uit naar initiatieven rond 'beweging' en 'gezonde voeding'. Dit is in overeenstemming met de prioriteiten voor scholen die in de intentieverklaring vooruitgeschoven werden. Tot slot geven de scholen aan om in de toekomst verder te willen gaan met het realiseren van een gezondheidsbeleid. De mate waarin en de manier waarop ze dit willen doen, is dan weer verschillend per school. Ook op beleidsniveau worden volop nieuwe initiatieven en actieplannen voor het gezondheidsbeleid op scholen ontwikkeld (zoals 'op uw gezondheid II').

In dit antwoord op de verkennende onderzoeksvraag kon gezien worden op welke manier verschillende actoren in drie scholen voor buitengewoon onderwijs vormgeven aan een gezondheidsbeleid. Zo werd vooreerst gezien dat er vanuit een brede betekenisgeving van 'gezondheid' vormgegeven wordt aan zulk een beleid in scholen. Dit gezondheidsbeleid krijgt tevens vorm vanuit wat de actoren in de huidige samenleving als een 'nood' ervaren bij hun leerlingen om rond gezondheid te werken. Verder is de manier waarop aan gezondheid gewerkt wordt veranderd sinds de intentieverklaring: dit gebeurt immers op een minder vrijblijvende manier. Ook geven de actoren aan dat voornamelijk het schoolteam zelf vormgeeft aan een gezondheidsbeleid. Tot slot wordt aangehaald dat de manier waarop dit gezondheidsbeleid (concreet) vorm krijgt op maat van de school genoemd kan worden en gebeurt volgens de richtlijnen van de overheid. De componenten 'beleving' en 'gedragenheid' van de verkennende analyses werden verschoven naar de bespreking van de verdiepende onderzoeksvraag.

1.2 Verdiepende onderzoeksvraag

In het verdiepende gedeelte van de masterproef werd een literatuurstudie ondernomen over de 'pedagogisering van gezondheid' (Deel III, A). Tevens werd naar dezelfde scholen teruggegaan om een reeks verdiepende interviews af te nemen. De analyses van deze interviews werden weergegeven in Deel III, B. Deze analyses en het tweede gedeelte van de verdiepende literatuurstudie ('de pedagogisering van gezondheid als maatschappelijke opdracht voor het onderwijs') vormen de basis van waaruit een antwoord wordt geformuleerd op de verdiepende onderzoeksvraag: *"Hoe ervaren (verschillende actoren in) Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs het realiseren van een gezondheidsbeleid in hun school?"*

… een gezondheidsbeleid op school: 'vanzelfsprekend'

Zoals bij de eerste onderzoeksvraag reeds gezien werd, ervaren de scholen een 'nood' om aan gezondheid te werken bij hun leerlingen. Het voeren van een gezondheidsbeleid wordt dan ook beschouwd als 'vanzelfsprekend' en als een 'automatisme'. De respondenten geven

aan het gevoel te hebben dat ze wel rond gezondheid 'moeten' werken op hun school omdat het gezondheidsbeleid bij hun leerlingen thuis lijkt te ontbreken en sommige ouders hun 'verantwoordelijkheid' hieromtrent niet opnemen. Hierin kan gezien worden, in overeenstemming met Bridges (2008) en Labaree (2008) dat scholen een actieve rol aannemen in het inbrengen van maatschappelijke thema's in het onderwijs. Zo werd gezien dat scholen, reeds voor het verschijnen van de intentieverklaring, bezig waren om in te spelen op de 'ervaren gezondheidsnood' bij hun leerlingen. Dit motiveren de respondenten vanuit een 'verantwoordelijkheidszin' die ze voelen.

Dit lijkt aan te sluiten bij wat Bridges (2008) benoemt als de 'idealistische motivatie' van het onderwijspersoneel: de mogelijkheid om via het onderwijs bij te dragen aan een betere wereld. De respondenten geven echter niet het abstracte 'een betere wereld' aan als motivatie, maar benoemen hun motivatie om bij te dragen in concretere termen als 'het verbeteren van het welbevinden van het kind' en 'het creëren van (de mogelijkheid op) een gezondere toekomst voor het kind'. De meeste respondenten ervaren de taak die ze hebben in het buitengewoon onderwijs ook als 'meer dan een lesje geven'. Het welbevinden van elke leerling staat voor de meeste respondenten voorop. De opdracht van het buitengewoon onderwijs houdt voor de respondenten dan ook de 'ontplooiing/ontwikkeling' van de leerlingen in, zowel op cognitief vlak als op vlak van het 'welbevinden' van de leerling. Het werken rond gezondheid past voor de respondenten tevens in de opdracht van het (buitengewoon) onderwijs.

…een verschuiving in het gezondheidsbeleid van ouders naar school

In de scholen heeft men tevens het gevoel dat de opdracht van het (buitengewoon) onderwijs de laatste jaren verschoven is. Zo merken voornamelijk de respondenten van de stadsscholen op dat er op school meer en meer taken worden opgenomen die voorheen door de ouders thuis opgenomen werden. Een voorbeeld hiervan vormt volgens hen het gezondheidsbeleid, waarvan men het gevoel heeft dat dit verschoven is van de thuissituatie naar de schoolsituatie. Kinderen zijn de hele tijd op school en (sommige) ouders lijken minder taken op te (kunnen) nemen, aldus de respondenten. Men ervaart het dan ook als 'belangrijk' dat elke school met het voeren van een gezondheidsbeleid een (bijkomende) taak opneemt. Wat de respondenten ervaren in deze verschuivende invulling van de opdracht van het onderwijs, sluit aan bij wat Durkheim (1981) opmerkt dat het onderwijs een verschillende invulling kan krijgen naargelang de tijd en ruimte waarin ze zich bevindt. Deze verschuiving van de opdracht van het onderwijs die de respondenten ervaren, kan verder gezien worden als het inspelen van het onderwijs op de hedendaagse maatschappelijke veranderingen en verwachtingen die ze van buitenaf ervaart (Postma, 2001). Zo ervaren de respondenten dat ze als school immers inspelen op een verandering die zich voordoet. Deze

verschuiving in de taken die een school opneemt ten aanzien van de thuissituatie wordt echter niet in alle scholen in dezelfde mate ervaren. Zo ervaren de stadsscholen bijvoorbeeld in meerdere mate dan de 'gewone' school dat ze taken 'overnemen' van de ouders. De scholen lijken hier in te spelen op de veranderingen en verwachtingen die ze in hun nabije omgeving ervaren (zoals een 'ervaren nood' aan een gezondheidsbeleid bij bepaalde leerlingen), samen met het inspelen op de verwachting van de bredere omgeving (zoals het nastreven van een gezonde levensstijl).

…het uitdragen van een 'gezond voorbeeld'

De onderzochte scholen voor buitengewoon onderwijs vinden dat ze als school naar ouders en naar kinderen toe een 'gezond voorbeeld' kunnen en mogen stellen in de (dagelijkse) werking van de school. Zo vinden ze dat een school een gezondheidsvisie moet kunnen uitdragen en de ouders mag proberen te overtuigen van het belang dat zij hechten aan een gezonde levensstijl. Hierbij menen ze dat een school de ouders tevens kan en mag stimuleren om dit 'gezonde voorbeeld' in de thuissituatie toe te passen. Verder dan een voorbeeld aanreiken en kinderen en ouders stimuleren om hierin mee te stappen mag (en kan) je als school echter niet gaan, aldus de scholen.

Dit 'gepast gezondheidsbeleid' dat de scholen aangeven kan vergeleken worden met wat door Postma (2001) benoemd werd als 'de pedagogische noodzaak' van het onderwijs. Zo werd in de literatuurstudie uiteengezet dat er in het onderwijs 'nood' is aan een normatieve aanpak waarbij het uitdragen van meningen en morele waarden en het streven naar een gemeenschappelijk toekomstperspectief van belang is (Postma, 2001). Zo kan wat de respondenten benoemen als 'het stellen van een goed en gezond voorbeeld' vergeleken worden met een 'ideaal' dat ze als school uitdragen en waarmee ze anderen proberen te uit te nodigen om 'mee te doen'. Volgens de Ruyter (2007) kan het uitdragen van zulke idealen gezien worden als noodzakelijk voor de ontwikkeling van kinderen.

Wat dit 'goede voorbeeld' is en welk 'ideaal' het onderwijs uitdraagt, is verweven met de heersende ideeën over een 'goede samenleving' en over hoe een leven betekenisvol kan zijn in zulk een samenleving (Winch & Gingell, 2004). Zo werd bij het antwoord op de verkennende onderzoeksvraag besproken dat gezondheid en een gezonde levensstijl in deze samenleving, door de overheid en door de respondenten als 'belangrijk' aanzien wordt. Zo benoemt de voormalige minister van onderwijs een goede gezondheid dan ook als *"één van de belangrijkste voorwaarden, zoniet dé belangrijkste voorwaarde voor een mens om een gelukkig leven te leiden"* (Vandenbroecke, 2006). De respondenten spreken in de interviews ook vaak in termen van 'het belang van gezondheid'. Het uitdragen van een gezond voorbeeld ervaren ze dan ook als een 'belangrijke' en een 'normale' taak voor iedere school.

…waar eindigt een gezondheidsbeleid (in realiteit) voor scholen?

De stadsscholen ervaren dat ze momenteel verder (moeten) gaan met een gezondheidsbeleid dan het uitdragen van zulk een gezond voorbeeld. Als school vinden ze echter dat in het voeren van een gezondheidsbeleid zou moeten voortgebouwd kunnen worden op wat de leerlingen thuis aangereikt krijgen. Hier zouden ze dan 'richting' aan moeten kunnen geven in samenwerking met de ouders. Als school hebben ze immers niet het recht (en niet de mogelijkheden) om ouders te verplichten om hun kinderen anders op te voeden. De respondenten ervaren momenteel dat ze 'te ver' gaan als school. Ze hebben namelijk het gevoel taken te moeten overnemen die eigenlijk tot de verantwoordelijkheid van de ouders behoren. In de stadsscholen vraagt men zich dan ook af tot hoever hun verantwoordelijkheid als school in het voeren van een gezondheidsbeleid eigenlijk gaat. De scholen ervaren immers dat ze op grenzen van hun verantwoordelijkheid botsen. Welke grenzen dit zijn, is afhankelijk van de schoolsituatie. Zo ervaart men in de voorbeeldschool dat er voor sommige kinderen een 'thuisvervangende situatie' gecreëerd wordt met het voeren van een gezondheidsbeleid en vraagt men zich af waar de verantwoordelijkheid van een school ophoudt en deze van de ouders begint. Deze onduidelijkheid omtrent de verantwoordelijkheid van de school kan ook bij Bridges (2008) teruggevonden worden, wanneer hij beargumenteert dat er nood is aan een duidelijkere omschrijving van de (primaire) onderwijsopdracht, zodat op basis hiervan besloten kan worden hoever de verantwoordelijkheid van een school gaat.

… een bevestiging van de overheid

De respondenten ervaren het gezondheidsbeleid, zoals dit door de overheid naar scholen toe gecommuniceerd wordt, als 'goed'. Zoals aangegeven, ervaren de respondenten het werken rond gezondheid immers als noodzakelijk op hun school. Het uitwerken van een gezondheidsbeleid is voor hen dan ook 'niets nieuws', ze waren hier al mee bezig. Ze merken hierbij wel dat met dit overheidsbeleid hun aandacht extra op gezondheid gevestigd wordt, wat ze eveneens als 'goed' ervaren. Het realiseren van een gezondheidsbeleid beschouwen ze namelijk als 'belangrijk'. Eén van de respondenten geeft dan ook aan de intentieverklaring als een 'toelating' van de overheid te zien. Deze ervaring van scholen kan gezien worden als aansluitend bij Bridges (2008), wanneer hij beargumenteert dat de scholen als 'voorstander' van pedagogisering gezien kunnen worden. Eerder werd reeds uiteengezet dat de scholen gezondheid opnemen in hun werking (onder meer) vanuit een soort van verantwoordelijkheidszin. De aandacht van de overheid voor dit thema zou dan ook gezien kunnen worden als een (maatschappelijke en politieke) bevestiging van deze verantwoordelijkheidszin van de scholen voor de gezondheid van hun leerlingen. Dit wordt door Bridges (2008) benoemd als een 'instrumentele motivatie'. Een ander aspect van deze

instrumentele motivatie houdt in dat scholen zich kunnen verzekeren van extra financiële middelen als een overheid aan maatschappelijke problemen via het onderwijs werkt (Bridges, 2008). De respondenten geven niets aan over het verkrijgen van extra financiële middelen. Ze geven echter aan dat ze een tekort aan middelen van de overheid ervaren om een gezondheidsbeleid te realiseren. Wel ervaren ze dat er meer materiaal rond gezondheid beschikbaar is sinds de intentieverklaring.

…een overbelasting van de scholen?

De scholen ervaren een tekort aan ondersteunende middelen, mankracht en infrastructuur om een gezondheidsbeleid te realiseren zoals de overheid dit vraagt aan hen. Ze vinden dat als een overheid iets vraagt aan scholen, hier ook de middelen tegenover moeten staan om het gevraagde te kunnen realiseren. Bridges (2008) beargumenteert in overeenstemming met de ervaring van de scholen dat wat een school kan realiseren met een beleid rond een maatschappelijk probleem afhankelijk is van de prioriteit en middelen die een overheid hieraan verbindt. Dit gebrek aan budgettaire middelen ervaren de scholen als een grote struikelblok voor de realiseerbaarheid van een gezondheidsbeleid, net als de administratieve overlast. De respondenten geven te kennen dat ze soms meer bezig lijken te zijn met het uitwerken van een gezondheidsbeleid op het niveau van het beleid van de school, dan met de kinderen zelf bezig te zijn. Zo ervaren de scholen dat het schoolteam en voornamelijk de leerkrachten 'overbelast' geraken (onder meer) door het realiseren van een gezondheidsbeleid op school. Het lijkt hen 'bovenop' het takenpakket van de leerkrachten te komen, zonder dat hiervoor iets in de plaats komt. Het gezondheidsbeleid van de overheid wordt dus niet enkel op een positieve manier in de scholen onthaald. De scholen geven wel aan dat ze het dagelijkse werken in de klas als 'haalbaar' zien, maar (onder meer) het beleid dat er rond gezondheid gevoerd moet worden als 'moeilijk haalbaar'. Deze ervaring die de leerkrachten hebben wordt in de literatuur over pedagogisering vaak benoemd als het 'overbelasten' van scholen (door de overheid) met maatschappelijke problemen, waardoor leerkrachten van hun (primaire) onderwijsverantwoordelijkheden afgeleid worden (Bridges, 2008).

Een andere 'overbelasting' die voornamelijk door de respondenten in de stadsscholen ervaren wordt, is dat er 'teveel' verwacht wordt van scholen. Zo heeft men het gevoel dat er bepaalde zaken verwacht worden van scholen omtrent het gezondheidsbeleid, waarvan de verantwoordelijkheid eigenlijk bij anderen (zoals de ouders of hulpverlenende instanties) zou moeten liggen. Dit sluit aan bij wat Bridges (2008) als een aspect van het 'ongepast' pedagogiseren benoemt: wanneer een overheid meer vraagt aan scholen dan wat in hun takenpakket ligt. De stadsscholen hebben momenteel, zoals werd aangegeven, immers het gevoel dat ze in het realiseren van een gezondheidsbeleid verder aan het gaan zijn dan ze

eigenlijk zouden ‘mogen’ gaan als school. Ze menen dat de overheid hier in het opstellen van het beleidsplan geen rekening lijkt te houden met wat de realiteit omtrent de begintoestand van gezondheid bij hun leerlingen vormt, waardoor ze als school om een gezondheidsbeleid te realiseren zoals de overheid dit vraagt, veel meer zullen moeten doen dan wat ze kunnen en mogen als school.

In het antwoord op deze verdiepende onderzoeksvraag werd gezien dat de respondenten het realiseren van een gezondheidsbeleid vooreerst ervaren als een ‘vanzelfsprekendheid’ in reactie op een ‘ervaren nood’ in hun school. Ze merken tevens dat er een verschuiving lijkt te zijn in de opdracht van het onderwijs, waarbij het gezondheidsbeleid van de thuissituatie naar de school lijkt doorgeschoven te zijn. De scholen ervaren het uitdragen van een ‘gezond voorbeeld’ iets wat een school kan en mag doen. Ze vragen zich echter af waar het gezondheidsbeleid eindigt voor hen, gezien ze in hun scholen ervaren dat men eigenlijk verder gaat met het realiseren van een gezondheidsbeleid dan het uitdragen van zulk een ‘gezond voorbeeld’. Het overheidsbeleid omtrent gezondheid voor de scholen ervaren de respondenten enerzijds als een bevestiging van de overheid omdat ze reeds bezig waren met het voeren van een dergelijk beleid. Anderzijds geven ze ook aan dit overheidsbeleid als een overbelasting te zien in wat men als school kan en mag realiseren.

1.3 Probleemstelling

In de verdiepende literatuurstudie werd besproken dat de manier waarop een overheid haar beleid voert, op een bepaalde vorm krijgt in een bepaalde samenleving. Zo kon ook gezien worden dat de manier waarop de huidige overheid een beleid omtrent gezondheid voert in de scholen, een ‘resultaat’ genoemd kan worden van verschillende ontwikkelingen in de samenleving. Dit is een overheidsbeleid dat dan ook geleidelijk aan op deze manier tot stand gekomen is. In de scholen wordt tevens aangehaald dat het gezondheidsbeleid iets is dat geleidelijk aan gegroeid is en verweven is geraakt met de visie op school. De respondenten gaven dan ook om deze reden aan het moeilijk te vinden om na te denken over de gepastheid van dergelijk beleid. Dit gezondheidsbeleid ervaren ze momenteel immers als iets ‘vanzelfsprekends’ voor een school. Ook op beleidsniveau lijkt men dit gezondheidsbeleid tegenwoordig als iets ‘vanzelfsprekends’ te zien. Zo formuleert de voormalige minister van onderwijs het ook in één van zijn toespraken: “*Ik ben ook verheugd dat vandaag iedereen het vanzelfsprekend vindt dat de minister van onderwijs over gezondheid op school komt spreken*” (Vandenbroecke, 2008). In navolging van wat Simons en Masschelein (2008a, 2008b, 2009) (onder meer) beoogden met hun beleidsanalyse (namelijk een ‘kritische attitude’ tegenover bepaalde zaken die in een samenleving als ‘vertrouwd’ aanvoelen en deze in vraag stellen), wordt in wat volgt de probleemstelling

waarmee deze verhandeling begon als vraag gesteld bij deze 'vanzelfsprekendheid' van het gezondheidsbeleid. Om een aanzet tot antwoord hierop te geven, wordt (voornamelijk) gebruik gemaakt van de antwoorden op de twee onderzoeksvragen en het eerste gedeelte van de verdiepende literatuurstudie ('pedagogisering (van gezondheid) als overheidsbeleid'). De probleemstelling is de volgende: *'In welke mate kan en mag een overheid een beleid voeren omtrent (een maatschappelijke problematiek als) 'gezondheid' via het onderwijs?'*

…in welke mate is er nood aan een gezondheidsbeleid?

Een bedenking die vooreerst bij deze vraag gemaakt kan worden is soortgelijk aan degene die Hodgson (2008a, 2008b) geeft bij het pedagogiseren van burgerschapseducatie. Zij bemerkt dat er niet kritisch omgegaan wordt met de vraag naar de legitimatie van de noodzaak naar een overheidsbeleid van deze burgerschapseducatie. De legitimatie van een overheidsbeleid naar gezondheid lijkt tevens voornamelijk in termen van dit overheidsbeleid zelf te gebeuren en vaak niet tot slechts beknopt weergegeven te worden. Zo wordt er vaak gesproken over 'het belang van het aanleren van gezonde gewoontes van jongs af aan'. Er lijkt weinig kritisch onderzoek voorhanden te zijn naar de mate waarin er effectief kan gesproken worden van een 'nood' aan een gezondheidsbeleid of hoever men moet gaan in 'antwoord' op deze nood. Er werd reeds aangegeven dat deze ervaren 'nood' aan een gezondheidsbeleid lijkt samen te hangen met een discours waarin gezondheid meer en meer op de voorgrond komt.

Dat dit echter niet voor iedereen zo is, werd aangegeven door de respondenten die ervaren dat het belang dat zij hechten aan een gezonde levensstijl niet altijd in overeenstemming is met het belang dat ouders van een andere cultuur waarmee zij op school te maken krijgen, hieraan hechten. De mate waarin een overheid een beleid kan en mag voeren omtrent gezondheid via het onderwijs kan dus (onder meer) gezien worden als samenhangend met de mate waarin er nood is aan dergelijk gezondheidsbeleid. Dit lijkt aan te sluiten bij één van de criteria voor een 'gepaste rol' van scholen die Bridges (2008) vooropstelt in een overheidsbeleid rond maatschappelijke problemen. Zo moet een school immers in staat zijn om kritisch om te gaan met een overheidsagenda. Een school zou dan enkel een engagement moeten opnemen in die problemen die op termijn als belangrijk beschouwd kunnen worden, in plaats van een 'hype' te zijn in het overheidsbeleid. In de scholen vindt men dat dit werken rond gezondheid iets is 'dat blijvend meegenomen moet worden', althans in de situatie waarin de scholen zich nu bevinden waarin ze zulk een 'nood' ervaren aan het werken rond gezondheid bij hun leerlingen.

…de school ondersteunen in het uitdragen van een 'gezond voorbeeld'

Zoals gezien werd in het antwoord op de verdiepende onderzoeksvraag, is er bij het voeren van een overheidsbeleid rond gezondheid niet enkel sprake van een eenzijdig opleggen van verwachtingen van de overheid aan scholen. Scholen ervaren dit overheidsbeleid immers niet als nieuw. Ze waren reeds bezig met het realiseren van een gezondheidsbeleid op school. De respondenten geven aan dat ze het ook de taak vinden van de overheid om zulke thema's aan te brengen bij de scholen en voor de kwaliteit en de organisatie van een gezondheidsbeleid op school te zorgen. Belangrijk hierbij vinden ze dat de overheid rekening houdt met de eigenheid van een school: met het pedagogisch project, maar ook met de kenmerken en de situatie van de scholen. Verder moet een overheid ervoor zorgen dat er middelen op maat van de school zijn om een gezondheidsbeleid te kunnen realiseren, aldus de respondenten. De scholen voor buitengewoon onderwijs ervaren het zelf in hun situatie (met een verschuiving van het gezondheidsbeleid van ouders naar de school en met een 'ervaren nood' aan het werken rond gezondheid) als een 'gepaste rol' om een 'gezond voorbeeld' uit te dragen naar ouders en leerlingen toe. Dit houdt voor hen in dat de kinderen gezonde gewoontes doorheen de dagelijkse werking van de school aangereikt en aangeleerd krijgen. Zoals uiteengezet werd, kan dit vergeleken worden met het uitdragen van een 'ideaal' dat door (een 'machthebbende groep in) de samenleving als belangrijk aanschouwd wordt. Dit kan tevens benaderd worden als het voorbereiden van de leerlingen op een leven in een samenleving, waar een gezonde levensstijl van 'belang' is. Dit kan (onder meer) als een hedendaagse invulling van de opdracht van het onderwijs gezien worden. De respondenten ervaren ook dat gezondheid past in de opdracht die ze als buitengewoon onderwijs hebben: namelijk zorgen voor de ontwikkeling van het kind, waar gezondheid voor hen een bepaald aspect van vormt.

Een gepaste rol van de overheid hierbij zou dan kunnen zijn om de scholen hierin te ondersteunen op beleidsmatig vlak en op budgettair vlak, zodat ze zulk een 'gezond voorbeeld' kunnen uitdragen. Deze beschreven 'gepaste' rol van scholen sluit aan bij één van de criteria die Bridges (2008) vooropstelt en waarin hij schrijft dat scholen een engagement kunnen en mogen opnemen omtrent maatschappelijke verantwoordelijkheden als ze dit op een onderwijsgerelateerde manier doen. Het werken aan een oplossing voor maatschappelijke problemen gebeurt momenteel in de scholen op een manier die past in de werking van de school: door het uitdragen en aanleren van gezonde gewoontes in het dagelijkse leven op school.

Zoals gezien werd, beargumenteren Lambeir en Ramaekers (2008) dat maatschappelijke problemen moeilijk losgekoppeld kunnen worden van onderwijstermen: de oplossing voor zulke problemen vervat in de huidige samenleving één of andere vorm van leren. Ook het streven naar een oplossing voor de 'welvaartsziekten' gebeurt in termen van 'het aanleren

van een gezonde levensstijl'. Een overheid die op deze manier gebruikt maakt van bestaande maatschappelijke structuren en instanties (de school in dit geval) om problemen aan te pakken, kan beschouwd worden als een 'normaal functionerende overheid', die haar verantwoordelijkheid neemt (Lambeir & Ramaekers, 2008).

…rekening houdend met wat scholen kunnen en mogen doen

Echter, de respondenten geven aan dit overheidsbeleid niet enkel als 'goed' te beschouwen, er is voor hen ook een keerzijde aan. Zo ervaren de scholen dat er met (een deel van) dit gezondheidsbeleid eigenlijk meer verwacht wordt van hen dan dat ze kunnen en mogen doen. Ze hebben het gevoel dat het er 'bovenop komt' en dat er 'teveel' verwacht wordt van hen, waardoor een gezondheidsbeleid 'moeilijk haalbaar' wordt. Deze verwachting ervaren scholen niet enkel van de overheid uit. Ze hebben immers het gevoel geconfronteerd te worden met bepaalde zaken bij het uitvoeren van een gezondheidsbeleid die verdergaan dan waar hun bevoegdheid als school ligt. Ze ervaren echter dat hier geen andere oplossing voor is, zodat ze deze dan ook vanuit hun 'verantwoordelijkheidszin' mee opnemen.

Deze ervaring van scholen lijkt aan te sluiten bij wat Labaree (2008) beschouwt als pedagogisering als een overheidsbeleid dat meer gezien kan worden als een 'oefening in formaliteiten'. Zo meent hij dat er geen 'echte' oplossing gezocht wordt voor bepaalde problemen door dit 'af te schuiven' naar het onderwijs, een instituut dat geen substantiële oplossing kan bieden. De (stads)scholen ervaren inderdaad dat zij als school voor bepaalde zaken geen oplossing kunnen bieden, maar dat dit wel verwacht lijkt te worden van de overheid uit. Zij vinden dan ook dat er voor deze zaken naar andere oplossingen gezocht moet worden, zoals het rechtstreeks sensibiliseren van ouders over het belang van een gezonde levensstijl. Dit zou niet enkel via de scholen moeten gebeuren volgens hen. Een liberale overheid kan echter moeilijk rechtstreeks een invloed uitoefenen op de ouders, waardoor een school als 'de beste optie' naar voren komt. Aansluitend bij één van de criteria van Bridges (2008) en Postma (2001) is het hier belangrijk dat de leerlingen in een school niet mogen gezien worden als een middel tot het bereiken van een doel van de overheid – zoals het bevorderen van het welzijn van de algemene bevolking. De pedagogische doelen van een school en de leerlingen zelf mogen hierbij niet ondergeschikt worden aan een maatschappelijke doelstelling, maar moeten als 'doelen' op zich behandeld worden.

Een overheid zou in het voeren van een gezondheidsbeleid dus niet verder mogen gaan dan wat binnen de mogelijkheden en de rol van een school ligt (Bridges, 2008). Verder zou de overheid dan op zoek moeten gaan naar andere 'substantiële oplossingen' voor de gezondheidsproblemen die een school niet kan aanpakken, zodat deze problemen effectief aangepakt worden en een school ook niet meer de 'nood' ervaart om dit zelf te doen. Ook hier kan tot slot aangesloten worden bij een criterium voor een gepaste rol van het onderwijs

in de pedagogisering van maatschappelijke problemen van Bridges (2008). Hij meent immers dat er nood is aan een duidelijkere omschrijving van de primaire onderwijsopdracht, zodat op basis hiervan besloten kan worden welke verantwoordelijkheden het onderwijs mag opnemen en welke niet.

Samenvattend zou een overheid dus in de huidige samenleving tot op zekere hoogte gezien kunnen worden als een verantwoordelijke overheid, wanneer ze haar scholen aanmoedigt en ondersteunt om een gezondheidsbeleid uit te voeren. Ze moet hierbij echter opletten dat ze van scholen niet gaat verwachten wat buiten het mogen en kunnen van scholen ligt. Een overheid zou in het algemeen echter op een kritische manier moeten kunnen omgaan met wat ze vraagt van scholen omtrent haar gezondheidsbeleid en tot in welke mate 'nood' aan is aan gezondheidsbeleid. Op deze manier zou gezegd kunnen worden dat het onderwijs geen maatschappelijke problemen 'alleen' kan oplossen (dat zou gezien kunnen worden als een 'afschuiven' van de verantwoordelijkheid), maar dat ze wel kan bijdragen aan de oplossing hiervan als element van een bredere overheidsinterventie (dat zou gezien kunnen worden als het 'opnemen' van de verantwoordelijkheid van de overheid).

2. Methodologische reflectie

Na het bespreken van de onderzoeksvragen en een aanzet tot antwoord op de probleemstelling gegeven te hebben, wordt in wat volgt een kritische reflectie gegeven over het onderzoek.

In deze masterproef werd gekozen voor een onderzoeksopzet waarin een gefaseerde structuur gehanteerd werd met een verkennende en verdiepende fase. Deze fasen bestaan elk uit een literatuurstudie en de analyses van een reeks interviews. Bij het afnemen van deze twee reeksen interviews werd gewerkt met een geleidelijke 'debriefing' van de respondenten over het eigenlijke onderwerp van de masterproef. Het was immers de bedoeling dat een 'zo open mogelijke' blik geworpen kon worden op het gezondheidsbeleid en hoe dit vorm krijgt in de scholen. Deze opzet had als voordeel dat er in de verkennende fase reeds een zicht bekomen werd op wat zulk een 'gezondheidsbeleid' eigenlijk inhoudt, voordat hierop dieper ingegaan werd in de literatuur. Het was dan ook de bedoeling om deze fase redelijk beperkt te houden. Het bleek echter niet gemakkelijk te zijn om een evenwicht te vinden tussen enerzijds het grondig uitvoeren en anderzijds het beperkt houden van deze verkennende fase opdat een 'open blik' behouden kon worden. Bij het uitvoeren van de verdiepende literatuurstudie bleek het immers (in de beginfase) enige inspanning te vereisen om 'een kritische afstand' te kunnen innemen van het zicht op 'gezondheid' en het 'gezondheidsbeleid' dat werd verkregen in de verkennende fase.

Voor de interviewreeksen vormde dit onderzoeksopzet langs de ene kant een voordeel. Zo konden, door het plannen van een tweede reeks interviews met dezelfde respondenten, bepaalde onduidelijkheden of 'gaten' van de vorige reeks verder bevraagd worden. Langs de andere kant bleek het werken met een gefaseerde opzet voor de interviewreeksen ook een moeilijkheid te vormen. Vooreerst bleek het niet mogelijk om van alle respondenten een verdiepend interview af te nemen. Verder was het de bedoeling om niet te diep in te gaan op het aspect 'beleving' in de eerste reeks interviews, maar voornamelijk te luisteren naar hoe een gezondheidsbeleid gerealiseerd wordt. Dit bleek niet zo gemakkelijk te zijn, de respondenten gaven aan op deze manier niet het 'gehele verhaal' rond het gezondheidsbeleid te kunnen vertellen. Hoe een gezondheidsbeleid vorm krijgt op hun school, hangt voor hen immers samen met hoe zij bepaalde aspecten van dit gezondheidsbeleid beleven (zoals een tekort aan middelen dat de scholen ervaren bij het uitvoeren hiervan). Deze werden dan ook vaak reeds uiteengezet in het eerste interview. Het vormgeven aan een gezondheidsbeleid kan hier gezien worden als betekenisvol handelen voor de respondenten. Dit maakte wel dat (delen van) bepaalde verkennende interviews hergecodeerd en geanalyseerd konden worden bij de verdiepende onderzoeksvraag, wanneer deze respondenten geen tweede keer bevraagd konden worden.

Tevens werd in deze masterproef geopteerd voor een onderzoeksopzet in de vorm van een exploratieve meervoudige gevalsstudie waarbij drie scholen werden bevraagd. Het was dan ook de bedoeling om met deze gevalsstudie te exploreren hoe een gezondheidsbeleid bij scholen voor buitengewoon onderwijs eruitziet en niet om 'veralgemening' na te streven. Er werd geprobeerd om te begrijpen hoe de respondenten een 'gezondheidsbeleid' ervaren en uitwerken. Zo vormen de gegeven antwoorden op de onderzoeksvraag waarschijnlijk geen antwoorden die voor elke school voor het buitengewoon onderwijs gelden, maar zijn dit antwoorden die op basis van deze drie scholen gegeven konden worden. Dit betekent echter niet dat deze antwoorden niet zouden kunnen verhelderen hoe een gezondheidsbeleid ervaren wordt in andere scholen voor buitengewoon onderwijs.

Om de onderzoeksgroep van Vlaamse scholen voor buitengewoon onderwijs te bepalen, werd een 'purposefull sampling' met 'maximale variatie' op basis van één kenmerk uitgevoerd. Zo kon een breed zicht verkregen worden op het gezondheidsbeleid en de ervaring hiervan in verschillende scholen, wat past in het verkennende karakter van het onderzoek. In deze masterproef kan echter niet gesproken worden van een volledige maximale variatie. Er werd immers in de mate van het mogelijke geprobeerd om scholen met dezelfde typologieën te betrekken in het onderzoek. Dit had als voordeel dat een vergelijking over scholen heen vergemakkelijkt kon worden. Anderzijds beperkte dit het 'brede zicht' dat verkregen kan worden op een gezondheidsbeleid en de ervaring hiervan in de scholen.

Tot slot werd ervoor gekozen om verschillende actoren in een school te gaan bevragen over dit gezondheidsbeleid, namelijk iemand van de directie, een verantwoordelijke voor het gezondheidsbeleid (indien aanwezig) en twee leerkrachten. Dit bleek vooreerst niet altijd mogelijk te zijn in de scholen om al deze actoren te interviewen. In de mate van het mogelijke werd dit wel steeds als streefdoel vooropgesteld en konden uiteindelijk in drie scholen verschillende actoren bevraagd worden. Dit bleek een meerwaarde te vormen voor het onderzoek, omdat op deze manier verschillende perspectieven op het gezondheidsbeleid in eenzelfde school bevraagd konden worden. Zo konden deze perspectieven aanvullend zijn, elkaar tegenspreken of een ander aspect van dit gezondheidsbeleid in de scholen belichten. Een bemerking hierbij vormt wel dat de personen in de scholen die bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek, vaak op de één of andere manier betrokken waren in het werken rond gezondheid (bijvoorbeeld in een gezondheidswerkgroep), zodat geen 'neutraal' perspectief bevraagd kon worden.

3. Perspectieven voor verder onderzoek

In wat volgt worden een aantal perspectieven voor mogelijk verder onderzoek geformuleerd.

Zoals eerder besproken, werd de probleemstelling beantwoord op basis van gegevens die in drie scholen voor het buitengewoon lager onderwijs verkregen waren. Zo kan men zich hierbij afvragen hoe dit eruit zou zien in het buitengewoon middelbaar onderwijs of in het gewoon onderwijs. Wordt er daar bijvoorbeeld ook een 'nood' ervaren om rond gezondheid te werken en ziet men dat daar ook als 'vanzelfsprekend'? Hier zou dus een vergelijking gemaakt kunnen worden bijvoorbeeld met het parallelonderzoek dat in het lager onderwijs gevoerd werd (Driesens, 2010, forthcoming). Dit kan voor een nuancering of verdieping van de geformuleerde aanzet tot antwoord op de probleemstelling geven.

Verder werd door de respondenten aangehaald dat ze een verschuiving zien in het takenpakket van hun school. Ze merkten immers dat ouders thuis minder (kunnen) opnemen, waardoor bepaalde zaken naar de school doorschuiven. Het gezondheidsbeleid is hier een voorbeeld van volgens hen. Ook hier zou verder onderzoek naar gedaan kunnen worden of andere scholen ook zulk een verschuiving opmerken, met wat deze verschuiving dan lijkt samen te hangen en welke gevolgen dit met zich meebrengt voor verschillende actoren (zoals school, ouders, overheid en de relaties tussen hen).

Er werd tevens aangehaald dat er voor sommige problemen waarmee scholen geconfronteerd worden, geen oplossing ervaren wordt. Hierdoor geven de scholen aan verantwoordelijkheden op te nemen die eigenlijk niet tot een school behoren, omdat ze merken dat anderen dit hier niet (kunnen) doen. Een voorbeeld hiervan is dat men op de stadsscholen zei dat bepaalde kinderen op school gedoucht worden of dat ze eten krijgen op school, omdat dit anders niet gebeurt. Er zou verder onderzoek gevoerd kunnen worden

naar wat deze problemen juist zijn en naar andere manieren om deze op te lossen, zodat een school zich ook niet meer genoodzaakt ziet om een verantwoordelijkheid op te nemen die niet de hare is.

Tot slot zou ik nog graag twee perspectieven voor verder onderzoek aanhalen die tevens door andere auteurs naar voren geschoven werden en ook voor dit onderzoek een 'ontbrekend stuk' informatie vormden. Zo kon bij Bridges (2008) reeds gevonden worden dat er nood is aan een duidelijkere definiëring van de opdracht van het onderwijs. De respondenten gaven zelf inderdaad aan dat er niet voldoende duidelijkheid heerst (noch bij hen, noch bij de ouders, noch bij overheid) omtrent de verantwoordelijkheden en taken van de school en wat de grenzen hiervan zijn. Hier zou dus verder onderzoek gedaan kunnen worden naar de opdracht en verantwoordelijkheden van het onderwijs in de huidige samenleving. Verder werd bij Hodgson (2008) aangehaald dat er sprake is van te weinig kritisch onderzoek naar de legitimatie van een overheidsbeleid. Dit werd tevens bevonden bij het Vlaamse overheidsbeleid omtrent gezondheid in scholen. Er zou dus op een kritische manier onderzoek gedaan kunnen worden naar de 'noodzaak' van een gezondheidsbeleid.

UITLEIDING

Deze verhandeling werd gestart met het stellen van enkele vragen (met de probleemstelling als 'leidende vraag') bij het 'huidige' overheidsbeleid omtrent gezondheid. Doorheen het onderzoek werd geprobeerd om meer inzicht te krijgen in dergelijk gezondheidsbeleid en hoe de Vlaamse overheid en enkele scholen voor buitengewoon lager onderwijs hieraan vormgegeven. Er werd hierbij een exploratieve, kwalitatieve gevalsstudie uitgevoerd. In de bespreking van de probleemstelling op basis van de resultaten van het gehele onderzoek werd beargumenteerd dat een overheid (en zodoende ook de Vlaamse overheid) tot op zekere hoogte haar verantwoordelijkheid neemt in de huidige samenleving wanneer zij (onder meer) via het onderwijs aan een oplossing voor maatschappelijke problemen werkt. Hierbij werden echter een aantal nuances gemaakt, een overheid moet in haar beleid bijvoorbeeld rekening houden met wat een school kan en mag doen. Het blijft echter ook belangrijk om telkens opnieuw (kritische) vragen te stellen bij dergelijk overheidsbeleid, zeker wanneer dit 'vanzelfsprekend' wordt. Dit zijn bijvoorbeeld de vragen naar de noodzaak van zo'n beleid.

Referentielijst

Apple, M. (1979). *Ideology and curriculum.* London & Boston: Routledge & Kegan Paul Ltd. Publishers

Besluit van de Vlaamse regering inzake gezondheidspromotie. (1991). Opgevraagd op 17 maart, 2010, via http://www.vigez.be/uploads/documentenbank/354f942cfd74069b3dd24e371cfd359c.pdf

Borrey, G., Jennes, A., Ranschaert, I, & Ghesquière, P. (2005). Het buitengewoon onderwijs op nieuwe wegen. In H. Grietens, J. Vanderfaeillie, & W. Hellinckx (Red.), *Handboek orthopedagogische hulpverlening 2: Nieuwe ontwikkelingen in het zorgveld* (pp. 199-234). Leuven: Acco.

Bridges, D. (2008). Educationalization: On the appropriateness of asking educational institutions to solve social and economic problems. *Educational theory, 58* (4), 461-474.

De centra voor leerlingenbegeleiding en het lokaal gezondheidsoverleg. (n.d.). Opgevraagd op 21 november, 2008, via http://www.ond.vlaanderen.be/CLB/thema/preventieve gezondheidszorg/logo.htm

De Ruyter, D. (2007). Ideals, education, and happy flourishing. *Educational theory, 57* (1), 23-35.

Depaepe, M., Herman, F., Surmont, M., Van Gorp, A., & Simon, F. (2008). About pedagogization: From the perspective of the history of education. In P. Smeyers & M. Depaepe (Red.), *Educational research: The educationalization of social problems* (pp. 13-30). S.l.: Springer.

Depaepe, M., & Smeyers, P. (2008). Educationalization as an ongoing modernization process. *Educational theory, 58* (4), 379-389.

Dienst Vakoverschrijdende thema's. (n.d.). *Een gezondheidsbeleid op een Katholieke school*. Opgevraagd op 17 maart, 2010, via http://ond.vsko.be/pls/portal/docs/PAGE/AD008VOT/DVTOUD/VAKOVERSCHRIJDENDE%20THEMAS/GEZONDHEIDSBELEID/ALGEMENE%20INFORMATIE/BASISBROCHURE%20EEN%20GEZONDHEIDSBELEID%20OP%20SCHOOL%20AANGEPAST.PDF

Driesens, J. (2010). *De pedagogisering van gezondheid. Een kwalitatieve gevalsstudie in het Vlaams lager onderwijs.* (Niet-gepubliceerde licentiaatsverhandeling). Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Centrum voor Wijsgerige Pedagogiek

Durkheim, E. (1981). De educatie, haar aard en haar rol. In Du Bois-Reymond, M, & Wesselingh, A. (Red.), *School en maatschappij: sociologen over onderwijs en opvoeding* (pp. 209-223). Groningen: Wolters-Noordhoff.

Gezonde voeding en dranken. (n.d.). Opgevraagd op 24 november, 2008, via http://www.g-o.be/gezondheid/themas/voeding/Pages/Gezondevoedingendranken.aspx

Gezond op school. (n.d.). Opgevraagd op 24 november, 2008, via http://gezondopschool.be/v2/

Gezondheid en welzijn (n.d.). Opgevraagd op 27 januari, 2010, via http://www.g-o.be/GEZONDHEID/THEMAS/Pages/default.aspx

Gezondheidsbeleid GO! (n.d.). Opgevraagd op 27 januari, 2010, via http://www.g-o.be/gezondheid/GOGezondheidsbeleid/Pages/default.aspx

Gezondheidsbeleid in scholen: waarom?. (n.d.). Opgevraagd op 19 november, 2008, via http://www.calcimus.be/html/gezondheidsbeleid.html

Gezondheidsbeleid Vlaams Verbond van Katholiek Basisonderwijs. (n.d.). Opgevraagd op 17 maart, 2010, via http://ond.vsko.be/portal/page?_pageid=1599,1350634&_dad=portal&_schema=PORTAL

Ghesquière, P., & Staessens, K. (1999). Kwalitatieve gevalsstudies. In B. Levering & P. Smeyers (Red.), *Opvoeding en onderwijs leren zien: Een inleiding in interpretatief onderzoek* (pp. 192-213). Amsterdam: Boom.

Hodgson, N. (2008a). Citizenship education, policy, and the educationalization of educational research. *Educational theory, 58* (4), 417-434.

Hodgson, N. (2008b). The educationalisation of social problems and the educationalisation of educational research: The example of citizenship education. In P. Smeyers & M. Depaepe (Reds.), *Educational research: The educationalization of social problems* (pp. 125-140). S.l.: Springer.

Intentieverklaring tussen de Vlaamse Minister bevoegd voor Onderwijs, de Vlaams Minister bevoegd voor Gezondheid, de Vlaams Minister bevoegd voor Landbouwbeleid en Zeevisserij, en de Vlaams Minister bevoegd voor Sport inzake gezondheidsbevordering bij kinderen en jongeren. (2006). Opgevraagd op 16 november, 2008, via http://www.ond.vlaanderen.be/nieuws/archief/2006/2006p/files/intentieverklaring-26-01-2006.pdf

Kelchtermans, G. (1999). De biografische methode. In B. Levering & P. Smeyers (Red.), *Opvoeding en onderwijs leren zien: Een inleiding in interpretatief onderzoek* (pp. 132-153). Amsterdam: Boom.

Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Labaree, D.F. (2008). The winning ways of a losing strategy: Educationalizing social problems in the United States. *Educational theory, 58* (4), 447-460.

Lambeir, B., & Ramaekers, S. (2008). Humanizing education and the educationalization of health. *Educational theory, 58* (4), 435-446.

Lavigne, U. (2007). Werken op lange termijn. In R. Evers, O. Moens, & A. Peeters (Red.), *Vigoureus Cahier 2007: 'Tien op tien voor gezondheid'* (pp. 18). Sint-Pieters-Leeuw: Verhoeven.

Maes, L., Stevens, V., De Coninck, C., & Hoelebrandt, P. (2001). Gezondheidspromotie op school. In V. Stevens & S. Van den Broucke (Red.), *Gezondheidspromotie 2001. 10 jaar Gezondheidspromotie in Vlaanderen* (pp. 248-258). Leuven/Appeldoorn: Garant.

Marshall, J.D. (2008). Education for the knowledge economy. In P. Smeyers & M. Depaepe (Reds.), *Educational research: The educationalization of social problems* (pp. 157-169). S.l.: Springer.

Maso, I, & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.

Mertens, D.M. (1998). *Research methods in education and psychology. Integrating diversity with quantitative & qualitative approaches.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Merriam, S.B. (1997). *Qualitative research and case study applications in education*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.

Moens, O. (2003). *Gezondheidsbevordering op school: principes en methodieken.* Opgevraagd op 21 maart, 2009, via http://www.vig.be/content/pdf/ON_ gezondheidsbevordering.pdf

Moens, O. (2007). De gezonde school in Vlaanderen: Een vette wei?. In R. Evers, O. Moens, & A. Peeters (Red.), *Vigoureus Cahier 2007: 'Tien op tien voor gezondheid'* (pp. 5-10). Sint-Pieters-Leeuw: Verhoeven

Moens, O. (2009, maart). *'Snoep verstandig, eet een appel!'. Leren over leefstijl: naar een klas- en schooldidactiek voor gezondheid* [Powerpointslides]. Symposium Gezondheidsbevordering: studie- en reflectiedag voor lerarenopleiders, leraren en studenten, Brussel, België.

Onderwijsinspectie. (2007). *Onderwijsspiegel 2005-2006. Verslag over de toestand van het onderwijs.* Opgevraagd op 12 april, 2010, via http://www.ond.vlaanderen.be/inspectie/ onderwijsspiegel/spiegel/2005-2006.pdf

Popkewitz, T.S. (2008). The social, psychological, and education sciences: From educationalization to pedagogicalization of the family and the child. In P. Smeyers & M. Depaepe (Red.), *Educational research: The educationalization of social problems* (pp. 31-47). S.l.: Springer.

Postma, D.W. (2001). Over de noodzaak én onwenselijkheid van een opvoeding tot 'milieuvriendelijk' burgerschap. In P. Smeyers & B. Levering (Red.), *Grondslagen van de wetenschappelijke pedagogiek. Modern en postmodern* (pp. 208-227). Amsterdam: Boom.

Scheerder, G., Van den Broucke, S., & Saan, H. (2003). *Projecten voor gezondheidspromotie: een handleiding voor kwaliteitsvol werken.* Antwerpen: Garant.

Schools for Health in Europe. (n.d.). Opgevraagd op 21 mei, 2009, via http://www.schoolsforhealth.eu/index.cfm

Simons, M., & Masschelein, J. (2008a). The governmentalization of learning and the assemblage of a learning apparatus. *Educational theory, 58* (4), 391-415.

Simons, M., & Masschelein, J. (2008b). 'It makes us believe that it is about our freedom': Notes on the irony of the learning apparatus. In P. Smeyers & M. Depaepe (Red.), *Educational research: The educationalization of social problems* (pp. 191-204). S.l.: Springer.

Simons, M., & Masschelein, J. (2009). In de ban van het leren. Over biopolitiek en beleid van levenslang leren. *Krisis, 3*, 23-38.

Smet, P. (2009). *Beleidsnota 2009-2014. Onderwijs. Samen grenzen verleggen voor elk talent.* Opgevraagd op 26 maart, 2010, via http://www.ond.vlaanderen.be/beleid/nota/2009-2014.pdf

Smeyers, P. (1999). Over de noodzaak van interpretatief onderzoek voor de pedagogische wetenschappen. In B. Levering & P. Smeyers (Red.), *Opvoeding en onderwijs leren zien: Een inleiding in interpretatief onderzoek* (pp. 27-49). Amsterdam: Boom.

Smeyers, P., & Depaepe, M. (2008). *Introduction-Pushing social responsibilities: The educationalization of social problems*. In P. Smeyers & M. Depaepe (Red.), *Educational research: The educationalization of social problems* (pp. 1-11). S.l.: Springer.

Stake, R.E. (1995). *The art of case study research.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Stappen in het strategisch plan 'op uw gezondheid'. (2007). Persmededeling Kabinet Vlaams minister van Onderwijs en Vorming. Opgevraagd op 18 november, 2008, via http://www.ond.vlaanderen.be/nieuws/2007p/0419-gezondopschool.htm

Stevens, V., & Van den Broucke, S. (2001). *Gezondheidspromotie 2001. 10 jaar Gezondheidspromotie in Vlaanderen.* Leuven/Appeldoorn: Garant.

Stevens, V., & Van den Broucke, S. (2001). Kenmerken, effectiviteit en evaluatie van gezondheidspromotie. In V. Stevens & S. Van den Broucke (Red.), *Gezondheidspromotie 2001. 10 jaar Gezondheidspromotie in Vlaanderen* (pp. 15-29). Leuven/Appeldoorn: Garant.

Tröhler, D. (2008). The educationalization of the modern world: Progress, passion, and the protestant promise of education. In P. Smeyers & M. Depaepe (Red.), *Educational research: The educationalization of social problems* (pp. 31-46). S.l.: Springer.

Tutti Frutti: 'Activiteiten'. (2007). Opgevraagd op 20 november, 2008, via http://www.fruit-op-school.be/home/activiteiten

Tutti Frutti: 'Hoe werkt het?'. (2007). Opgevraagd op 11 november, 2008, via http://www.fruit-op-school.be/home/instappen

Vandenbroecke, F. (2006). *Persconferentie gemeenschapsonderwijs over gezondheid*. Toespraak van de Vlaamse minister van Werk, Onderwijs en Vorming. Opgevraagd op 14 maart, 2010, via http://www.ond.vlaanderen.be/beleid/toespraak/archief/2006/060830-gezondheid.htm

Vandenbroucke, F. (2007). *Gezondheidsbeleid op school.* Toespraak pedagogische studiedag, Tienen. Opgevraagd op 16 november, 2008, via http://www.vlaanderen.be/servlet/Satellite?c=MIN_Publicatie&cid=1190601908152&lang=NL&lyt=1141721285950&p=1100806249017&pagename=minister_frank_vandenbroucke%2FMIN_Publicatie%2FPublicatie_met_relatiesMIN&subtype=Toespraak

Vandenbroucke, F. (2008). *Gezondheidsbeleid op school: de trein is vertrokken, de puzzel gelegd.* Toespraak van de Vlaamse minister van Werk, Onderwijs en Vorming. Opgevraagd op 21 maart, 2009, via http://www.ond.vlaanderen.be/beleid/toespraak/080303-klimroos.htm

Van den Broucke, S., & Stevens, V. (2001). Beleid en organisatie van de gezondheidspromotie in Vlaanderen. In V. Stevens & S. Van den Broucke (Red.), *Gezondheidspromotie 2001. 10 jaar Gezondheidspromotie in Vlaanderen* (pp. 31-47). Leuven/Appeldoorn: Garant.

Van Hoof, K., & Verhoeven, C. (1990). *Gezondheidsopvoeding bij jongeren: een taak voor het onderwijs? Een studie van een pilootproject.* Leuven: KUL Sociologisch onderzoeksinstituut.

Van Rompu, W. (n.d.). *Samen voor gezonde scholen, samen voor gelijke kansen. Toespraak Vlor Studiedag. Wim Van Rompu, raadgever kabinet onderwijs.* Opgevraagd op 18 november, 2008, via http://www.vlor.be/bestanden/documenten/Toespraak WimVanRompu.doc

Vervotte, I. (2007). Scholen spelen een prominente rol. In R. Evers, O. Moens, & A. Peeters (Eds.), *Vigoureus Cahier 2007: 'Tien op tien voor gezondheid'* (pp. 2-3). Sint-Pieters-Leeuw: Verhoeven.

Victoir, A., Van den Bergh, O., & Van den Broucke, S. (2006a). *Digging into adolescents' health behaviors : from measurement to targeting*. Diss. Doct. Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KULeuven.

Victoir, A., Van den Bergh, O., & Van den Broucke, S. (2006b). Een gezondheidsbeleid op school. *Impuls, 37* (2), *75-84.*

VIG. (n.d.). Opgevraagd op 20 november, 2008, via http://www.vig.be/content.asp?nav= doelgroepen_onderwijs&selnav=353

VIGeZ. (n.d.) Opgevraagd op 17 maart, 2010, via http://www.vigez.be/over_vigez/ werking/historiek.html

Visietekst VSKO (n.d.). Opgevraagd op 17 maart, 2010, via http://ond.vsko.be/portal/page?_pageid=1599,1350634&_dad=portal&_schema=PORTAL

Vlor, Commissie Gezondheidsbevordering (2006). *Op uw gezondheid! Strategisch plan over gezondheidsbevordering in het basis- en secundair onderwijs.* Opgevraagd op 26 november, 2008, via http://www.ond.vlaanderen.be/nieuws/2006p /files/1212-strategisch-plan gezondheid.pdf

Wardekker, W. (1999). Criteria voor de kwaliteit van onderzoek. In B. Levering & P. Smeyers (Red.), *Opvoeding en onderwijs leren zien: Een inleiding in interpretatief onderzoek* (pp. 50-67). Amsterdam: Boom.

Whitty, G. (2002). *Making sense of educational policy: studies in the sociology and politics of education.* London: Chapman.

Winch, C., & Gingell, J. (2004). *Philosophy & Educational Policy: A Critical Introduction.* London & New York: RoutledgeFarmer & Taylor & Francis Group.

Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.

Bijlagen

BIJLAGE I Brief voor scholen
BIJLAGE II Leidraad verkennend interview – versie voor leerkrachten
BIJLAGE III Leidraad verkennend interview – versie voor directie
BIJLAGE IV Leidraad verdiepend interview
BIJLAGE V Codeerschema verkennende analyses
BIJLAGE VI Codeerschema verdiepende analyses

BIJLAGE I: BRIEF VOOR SCHOLEN

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN
DEPARTEMENT PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT
LEUVEN

Aan *naam*

Directeur van *naam school*

datum

Geachte mevrouw/heer

In het kader van een masterproef, begeleid door Prof. S. Ramaekers en Dr. B. Lambeir, over het gezondheidsbeleid in Vlaamse scholen willen we een antwoord formuleren op vragen als 'Hoe geven scholen vorm aan de verwachting om een gezondheidsbeleid uit te stippelen?', 'Hoe wordt er concreet rond het thema 'gezondheid' gewerkt in de Vlaamse scholen?', enzovoort. We richten ons hierbij op scholen lager onderwijs en scholen bijzonder lager onderwijs om een verkennend beeld te schetsen van het gezondheidsbeleid in de praktijk.

Om in ons opzet te slagen is het van belang zoveel mogelijk informatie te verzamelen over de realisatie van een dergelijk beleid door scholen. Daarom willen wij u om uw medewerking vragen. Concreet plannen we in de periode van nu tot mei 2010, twee contactmomenten om door middel van interviews gegevens te verzamelen. Tijdens een eerste ontmoeting willen we enkele verkennende gesprekken voeren. Daarvan stellen we een eerste verslag op dat we aan u en aan de andere betrokkenen voorleggen. Het tweede contactmoment bestaat uit een meer verdiepend gesprek waarin we verder willen ingaan op een aantal vragen of onduidelijkheden die op basis van de verkennende gesprekken naar voren kwamen. Ook hiervan bezorgen wij de school een uitvoerig verslag.

U als directie, maar ook leerkrachten, kunnen ons verder helpen door ons op die momenten te woord te staan. Zelf hopen we een bijdrage te leveren voor u en uw school door facetten van en meningen over het gezondheidsbeleid in uw school in kaart te brengen en eventuele suggesties op maat van uw school te kunnen aanreiken. Daarbij is het belangrijk om te weten dat het rapporteren van de gegevens volstrekt anoniem gebeurt.

Wij nemen eerstdaags met u telefonisch contact op. Mocht u bereid zijn ons bij deze masterproef te willen helpen, kunnen we op dat ogenblik concrete afspraken maken. Indien u intussen vragen heeft kan u ons altijd contacteren. Wij zullen graag uw vragen beantwoorden en bijkomende informatie verschaffen

Hoogachtend,

Jennemie Driesens
Evy Meys

Prof.dr. S. Ramaekers
Dr. B. Lambeir

Contactpersoon voor scholen lager onderwijs
Jennemie Driesens, *masterstudent Onderwijskunde*
jennemie.driesens@student.kuleuven.be (gsm nummer)
Contactpersoon voor scholen bijzonder lager onderwijs
Evy Meys, *masterstudent Orthopedagogiek*
evy.meys@student.kuleuven.be (gsm nummer)

BIJLAGE II: LEIDRAAD VERKENNEND INTERVIEW - LEERKRACHTEN

Dit zijn de vragen die aan de **leerkrachten** of de **personen die rond gezondheid bezig zijn** op de school zullen worden gesteld. Wat cursief staat is slechts een leidraad voor de interviewer.

Voorgesprek

Er wordt een kort gesprek gehouden voor met het interview gestart wordt. Volgende zaken komen hierbij aan bod.

- Een korte uitleg over de inhoud van dit interview en over het eerste gedeelte van de masterproef.
- Er wordt gevraagd of het gesprek opgenomen mag worden op band.
- Er wordt nogmaals beklemtoond dat de informatie vertrouwelijk en op anonieme wijze behandeld zal worden. Enkel de externe anonimiteit kan echter gegarandeerd worden, gezien de resultaten teruggekoppeld zullen worden naar de school.

Interviewvragen

<u>Inleidende vragen</u>

1. Wat houdt 'gezondheid' volgens u in?
2. Wat vindt u over de gezondheidstoestand van de Vlaamse jeugd?

<u>Kennis over het gezondheidsbeleid zoals door de overheid 'opgelegd' aan scholen</u>

3. In welke mate bent u vertrouwd met de intentieverklaring van minister Vandenbroucke omtrent het gezondheidsbeleid in de Vlaamse scholen? *(+ het feit dat vanaf 1 september 2007 elke school verondersteld wordt een gezondheidsbeleid te hebben)*
4. Ervaart u dat er na deze intentieverklaring meer rond het thema 'gezondheid' gewerkt wordt op uw school?
   - *Op welk vlak (bv. in de klas, schoolbeleid,…)*
   - *Werd voorheen reeds rond gezondheid gewerkt in de school en hoe?*
   - *Zijn er hierdoor nieuwe samenwerkingsinitiatieven ontstaan? (bv tussen klassen, scholengemeenschap, ouder-comité, CLB, lokaal gezondheidsoverleg,…)*
5. Waar kan u als leerkracht terecht voor ondersteuning omtrent het werken rond gezondheid?
   - *Op welke manier wordt er dan ondersteund?*
   - *In welke mate maakt u gebruik van deze ondersteuning?*
   - *Vindt u die steun zinvol, voldoende?*
6. In welke mate bent u vertrouwd met de projecten van de Vlaamse overheid omtrent gezondheid?
   - *Op welke manier heeft u iets vernomen over deze projecten?*

- *Neemt u zelf deel aan zulk een project? (hoe zijn jullie erop gekomen om deel te nemen?)*
- *Bent u van plan om in de toekomst (nog) deel te nemen aan zulke projecten?*

Realisatie gezondheidsbeleid op school

7. Op welke manier wordt er in uw school een gezondheidsbeleid gerealiseerd?
   - *Wat houdt dit in? (welke initiatieven,…)*
   - *Hoe kwam dit tot stand? (werkwijze + methode + wie werkte mee?)*
   - *Heeft dit beleid een plaats gekregen in het schoolwerkplan of andere 'officiële' documenten?*

8. Wat zijn de eventuele plannen omtrent dit gezondheidsbeleid voor de toekomst in uw school?

Eigen rol in gezondheid op school

9. Hoe werkt u rond het thema gezondheid?
   - *Hoe integreert u gezondheidsthema's in uw lessen? Of werkt u eerder vakoverschrijdend?*
   - *Op welke manier wil u in de toekomst nog rond gezondheid werken?*

10. In hoeverre betrekt u andere groepen in het realiseren van een gezondheidsbeleid op uw school?
    - *Ouders, leerlingen, …*
    - *Hoe verloopt deze betrokkenheid (spontaan, na uitnodiging school,…)?*

Ervaring van het gezondheidsbeleid (korte verkenning)

11. Hoe ervaart u de initiatieven die door de school genomen worden in het kader van het gezondheidsbeleid?
    - *Wat vindt u van de realisatie van deze initiatieven?*
    - *Kan u ze met uw klaspraktijk combineren?*

12. Op welke manier gaan de leerlingen volgens u met deze veranderingen om?
    - *Vindt u dat het voor de leerlingen zinvolle veranderingen zijn?*

Gedragenheid gezondheidsbeleid

13. Hoe staan de verschillende actoren in de school tegenover dit gezondheidsbeleid?
    - *School als geheel?*
    - *Leerkrachten (als groep of verdeeldheid)?*

14. Hoe wordt in de school gewerkt aan een gezondheidsbeleid waar iedereen zich goed bij voelt? (*vraag enkel stellen als blijkt dat er verdeeldheid is over het gezondheidsbeleid dat in de school gehanteerd wordt).*

BIJLAGE III: LEIDRAAD VERKENNEND INTERVIEW - DIRECTRICE

Dit zijn de vragen die aan de **directie** zullen worden gesteld. Wat cursief staat is slechts een leidraad voor de interviewer.

Voorgesprek

Er wordt een kort gesprek gehouden voor met het interview gestart wordt. Volgende zaken komen hierbij aan bod.

- Een korte uitleg over de inhoud van dit interview en over het eerste gedeelte van de masterproef.
- Er wordt gevraagd of het gesprek opgenomen mag worden op band.
- Er wordt nogmaals beklemtoond dat de informatie vertrouwelijk en op anonieme wijze behandeld zal worden. Enkel de externe anonimiteit kan echter gegarandeerd worden, gezien de resultaten teruggekoppeld zullen worden naar de school.

Interviewvragen

<u>Inleidende vragen</u>

1. Wat houdt 'gezondheid' volgens u in?
2. Wat vindt u over de gezondheidstoestand van de Vlaamse jeugd?

<u>Kennis over het gezondheidsbeleid zoals door de overheid 'opgelegd' aan scholen</u>

3. In welke mate bent u vertrouwd met de intentieverklaring van minister Vandenbroucke omtrent het gezondheidsbeleid in de Vlaamse scholen? *(+ het feit dat vanaf 1 september 2007 elke school verondersteld wordt een gezondheidsbeleid te hebben)*
4. Ervaart u dat er na deze intentieverklaring meer rond het thema 'gezondheid' gewerkt wordt op uw school?
   - *Op welk vlak (bv. in de klas, schoolbeleid,…)*
   - *Werd voorheen reeds rond gezondheid gewerkt in de school en hoe?*
   - *Zijn er hierdoor nieuwe samenwerkingsinitiatieven ontstaan? (bv tussen klassen, scholengemeenschap, ouder-comité, CLB, lokaal gezondheidsoverleg,…)*
5. Waar kan uw school terecht voor ondersteuning omtrent het werken rond gezondheid?
   - *Welke vormen van steun ervaart u?*
   - *In welke mate maakt uw school gebruik van deze ondersteuning?*
   - *Vindt u die steun zinvol, voldoende?*
6. In welke mate bent u vertrouwd met de projecten van de Vlaamse overheid omtrent gezondheid?
   - *Op welke manier heeft u iets vernomen over deze projecten?*
   - *Neemt uw school deel aan zulk een project? (hoe zijn jullie erop gekomen om deel te nemen?)*
   - *Is uw school van plan om in de toekomst (nog) deel te nemen aan zulke projecten?*

Realisatie gezondheidsbeleid op school

7. Op welke manier wordt er in uw school een gezondheidsbeleid gerealiseerd?
    - *Wat houdt dit in? (welke initiatieven,…)*
    - *Hoe kwam dit tot stand? (werkwijze + methode + wie werkte mee?)*
    - *Heeft dit beleid een plaats gekregen in het schoolwerkplan of andere 'officiële' documenten?*

8. Wat zijn de eventuele plannen omtrent dit gezondheidsbeleid voor de toekomst in uw school?

Eigen rol in gezondheid op school

9. In hoeverre worden er andere groepen betrokken in het realiseren van een gezondheidsbeleid op uw school?
    - *Ouders, leerlingen, …*
    - *Hoe verloopt deze betrokkenheid (spontaan, na uitnodiging school,…)?*

Ervaring van het gezondheidsbeleid (korte verkenning)

10. Hoe ervaart u de realisatie van initiatieven die in uw school genomen worden in het kader van het gezondheidsbeleid?
    - *Wat vindt u van de realisatie van deze initiatieven?*

11. Op welke manier gaan de leerkrachten en leerlingen volgens u met deze veranderingen om?
    - *Vindt u dat het voor de leerlingen zinvolle veranderingen zijn?*

Gedragenheid gezondheidsbeleid

12. Hoe staan de verschillende actoren in de school tegenover dit gezondheidsbeleid?
    - *School als geheel?*
    - *Leerkrachten (als groep of verdeeldheid)?*

13. Welke veranderingen werden op schoolniveau doorgevoerd opdat het gezondheidsbeleid zou kunnen worden gerealiseerd?

BIJLAGE IV: LEIDRAAD VERDIEPEND INTERVIEW

De leidraad bestaat uit een algemeen gedeelte (voor alle respondenten) en een specifiek gedeelte (verschillend per respondent, hierin wordt eventueel naar verduidelijking van aspecten van het vorige interview gevraagd). Wat cursief staat is een leidraad voor de interviewer.

Voorgesprek

Er wordt een kort gesprek gehouden voor met het interview gestart wordt. Volgende zaken komen hierbij aan bod.

- Een korte uitleg over de inhoud van dit interview en over het verdiepende gedeelte van de masterproef. Hierbij wordt gezegd dat het gaat om over hoe de respondent bepaalde zaken van het gezondheidsbeleid of het onderwijs ervaart en dat er geen 'juiste' of 'foute' antwoorden zijn.
- Er wordt gevraagd of het gesprek terug opgenomen mag worden op band.
- Er wordt nogmaals beklemtoond dat de informatie vertrouwelijk en op anonieme wijze behandeld zal worden. Enkel de externe anonimiteit kan echter gegarandeerd worden, gezien de resultaten teruggekoppeld zullen worden naar de school.
- Er wordt geïnformeerd naar de doorgestuurde analyse en deze wordt eventueel besproken (kan ook in het nagesprek gebeuren)

Algemeen

<u>Inleidende vragen</u>

1. Waarom heeft u voor het onderwijs gekozen?
2. Wat houdt de 'opdracht van het onderwijs' voor u in?

<u>Gezondheid in het onderwijs – opvattingen over en ervaring van 'gepastheid'</u>

3. In welke mate vindt u dat het onderwijs een engagement moet opnemen in maatschappelijke problemen?
4. Hoe ervaart u zulk een intentieverklaring van de minister van onderwijs, waarin gevraagd wordt aan scholen om een gezondheidsbeleid uit te stippelen?
5. In welke mate vindt u dat het voeren van een gezondheidsbeleid tot de opdracht van uw school behoort?
    - *Eventueel verbreden naar het onderwijs*
6. Tot in hoeverre vindt u dat het buitengewoon onderwijs een andere taak heeft dan het gewone onderwijs in het gezondheidsbevorderend werken met leerlingen?
    - *In welke mate verschilt volgens u het werken rond gezondheid per type in het buitengewone onderwijs?*
7. Wat vindt u een 'gepaste' rol van het onderwijs in een gezondheidsbeleid van de overheid? Wat *mag* een school volgens u doen in een gezondheidsbeleid?

8. Wat zijn volgens u grenzen aan deze gepastheid? Wat gaat er té ver volgens u?

Gezondheid in het onderwijs – opvattingen over en ervaring van 'haalbaarheid'

9. Wat vindt u een 'haalbare' rol voor jullie school in het gezondheidsbevorderend werken? Wat *kan* jullie school bereiken, volgens u?

10. Waar heeft u het gevoel dat de grenzen/beperkingen van het werken rond gezondheid liggen of zouden moeten liggen voor uw school?

Overheid in het onderwijs

11. Op welke manier vindt u dat een overheid invloed kan en mag hebben op het onderwijs in het algemeen?
    - En in het thema gezondheid?

12. In welke mate heeft uw school er 'baat' bij dat de overheid een gezondheidsbeleid via de scholen voert?

Specifiek

Per respondent werden er, indien nodig, nog vragen bij naar verduidelijking van het vorige interview.

Bijvoorbeeld

Verpleegster school P. : een vraag naar de verduidelijk omtrent het al dan niet van invloed zijn van de steinerpedagogiek in het werken rond gezondheid op school P.

BIJLAGE V: CODEERSCHEMA VERKENNENDE ANALYSES

Verkennende onderzoeksvraag:

'Hoe geven (verschillende actoren in) Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs vorm aan een gezondheidsbeleid?'

Gezondheid in het algemeen

- Betekenisgeving van het concept 'gezondheid'
- Gezondheidstoestand van de Vlaamse jeugd

Gezondheidsbeleid voor scholen van de Vlaamse overheid

- Kennis hiervan/vertrouwdheid hiermee (meer specifiek met de intentieverklaring)
- Ervaren veranderingen na de intentieverklaring
- Ervaren ondersteuning bij het realiseren van een gezondheidsbeleid
- Projecten van de overheid in de school (vertrouwdheid/realisatie in school)

Realisatie van een gezondheidsbeleid op de school

- Huidig gezondheidsbeleid
    - Op schoolniveau
    - Individuele bijdrage (leerkracht/gezondheidscoördinator)
    - Eventuele beleving hiervan
        - Schoolteam
        - Leerlingen
    - Participatie van andere betrokkenen (ouders, kinderen,…)
    - Gedragenheid door het schoolteam
- Toekomst van het gezondheidsbeleid

BIJLAGE VI: CODEERSCHEMA VERDIEPENDE ANALYSES

Verdiepende onderzoeksvraag:

"Hoe ervaren (verschillende actoren in) Vlaamse scholen voor buitengewoon lager onderwijs het realiseren van een gezondheidsbeleid in hun school?"

Onderwijs in het algemeen

- Motivatie voor het (buitengewoon) onderwijs
- Opdracht van het onderwijs
    - Buitengewoon onderwijs
- Invloed van de overheid in het onderwijs

Gezondheid in het onderwijs

- Gezondheidsbeleid als taak voor de school
    - Buitengewoon onderwijs (+ per type)
- Een 'gepast' gezondheidsbeleid op school
    - Gepastheid
    - Grenzen aan gepastheid
- Beleving van het overheidsbeleid (bv. intentieverklaring)
- Rol van de overheid
- Realiseerbaarheid van een gezondheidsbeleid op school
    - Haalbaarheid
    - Moeilijkheden