

Historiek

PMS

1840

Het prille begin: beroepsoriëntering bij leerjongens

1874

Er werd gekeken naar technische aanleg met het oog op een beroepsselectie. Aandacht voor leefomstandigheden en psychologisch welzijn was er nauwelijks. Als er al sprake was van dienstverlening, dan kwam dat neer op een eenmalige tussenkomst bij schoolverlaters, leerjongens, met meestal de plaatsing op een werkplek als resultaat.

De eerste centra ontstonden bijna honderd jaar terug. De technologische groei en industrialisering hadden geleid tot een expansie van beroepen, wat aanleiding gaf tot de eerste vormen van beroepsoriëntering.

1912

Christiaens stichtte in 1912 het allereerste *Bureau voor Beroepsoriëntering*. Dit bureau gaf raad over beroepsmogelijkheden bij leerjongens uit de lagere school. Het bekeek de schoolresultaten en voerde individueel onderzoek uit op medisch, motorisch en psychologisch vlak. Andere initiatieven kwamen o.a. van Sociale Vrouwenwerken en van de KAJ onder impuls van priester Jozef Cardijn. Voor het eerst was er ook aandacht voor de voorkeur van het individu en de invloed van de familiale toestand.

1918

MST

“Armendokters”

Al in 1840 pleitten hygiënisten voor een permanent schooltoezicht. Vanaf 1846 moesten “armendokters” één keer per maand de gemeenteschool bezoeken.

De medische wetenschap werd betrokken bij de beroepskeuze omdat sommige arbeidsomstandigheden een “robuust” lichaam vereisten. Voor werkgevers was dat uiteraard een belangrijk selectie criterium bij de keuze van hun arbeiders.

Medische schoolinspectie

Na de eerste wereldoorlog werden gemeenten verplicht om een medische schoolinspectie te organiseren. In die beginfase werden lokale artsen ingeschakeld om die taak op te nemen. Hun taak bestond vooral uit het opsporen van afwijkingen en de preventie van besmettelijke ziekten zoals tuberculose. Het ene kind mocht

PMS

MST

geen bron van ziekte zijn voor het andere.

Verder werkten de artsen mee aan het opmaken van gezondheidsstatistieken en leverden ze een bijdrage tot de verbetering van de schoollokalen.

1921

In 1921 regelde een koninklijk besluit de bevoegdheden en opdrachten van schoolartsen.

Jaren '30: ook studiekeuzeoriëntering

Al die losse initiatieven bleven zo'n 25 jaar lang op eigen, vaak schaarse middelen aangewezen. In 1937 werden de *Diensten voor Beroepsoriëntering* erkend en gesubsidieerd. Samen met de groeiende bekendheid van de diensten en nieuwe behoeften maakte die erkenning dat het aantal diensten sterk toenam en de werking aangepast werd aan de noden van een veranderende samenleving. Het ging niet langer om een selectie voor de arbeidsmarkt en ook beroepsoriëntering en plaatsing van jongeren bleven niet langer aan elkaar gekoppeld. Studieoriëntering ging tot het takenpakket behoren en de doelgroep breidde zich uit naar jongeren van 12 tot 18 jaar.

1937

De PMS: schoolinterne begeleiding

Studiekeuzebegeleiding bleek een hefboom in de democratisering van het onderwijs. Veel meer leerlingen stroomden door van het lager naar het middelbaar onderwijs.

1949

In 1949 richtte de overheid de eerste PMS-centra op in de rijksmiddelbare scholen. Het vrije net wachtte niet lang om ook schoolpsychologische diensten op te zetten in haar scholen.

De schoolexterne diensten voor studieoriëntering gingen nauwer

Het Medisch Schooltoezicht was kwalitatief erg uiteenlopend ingevuld. Op sommige plaatsen was er sprake van een jaarlijks eenmalig bezoek van een arts aan de school, op andere plaatsen werden leerlingen individueel preventief onderzocht in gezondheidscentra.

PMS

aansluiten bij het scholen en begeleiding opzetten voor 'onderpresteerders'.

1960

Uit de school: de testperiode

In de jaren '60 werd gekozen voor schoolexterne diensten, waarvan het personeelsbestand bepaald werd op basis van contracten met scholen en het aantal onderzochte leerlingen. Enkel de (individuele en collectieve) onderzoeken werden als prestaties gevaloriseerd met als gevolg dat de klemtoon kwam te liggen op het verzamelen van diagnostische gegevens. De centra en diensten werden daardoor bij het grote publiek bekend als "testers". Aanvankelijk richtten ze zich op leerlingen in het secundair onderwijs. In het lager onderwijs beperkten hun tussenkomsten zich voornamelijk tot het zesde leerjaar.

1978

Een breder takenpakket

De invoering van het VSO en van het VLO, de groeiende aandacht voor het Buitengewoon Onderwijs en de oprichting van de Aanpassingsklassen in het Lager Onderwijs leidden in de eerste helft van de jaren zeventig tot een uitbreiding van het takenpakket en de doelgroep van de centra en de diensten. Door de aanwezigheid op de klassenraden stonden de centra dichter bij het schoolleven. Er kwam meer vraag naar probleembegeleiding. Verder groeide de overtuiging dat leerlingen ook inspraak moesten hebben in hun schoolloopbaan en dat ze daarvoor volledige en objectieve informatie nodig hadden. Het bewustzijn dat de

MST

"De wet op medisch schooltoezicht"

In 1964 werden de opdrachten voor de MST eindelijk duidelijk omschreven in de wetgeving. Artsen moesten stage gelopen hebben en schoolgeneeskunde gevolgd hebben.

Concreet bestond de taak van het MST uit twee grote luiken: het opsporen van afwijkingen en de preventie van besmettelijke ziekten; en het geven van advies zodat de leerlingen onder de beste voorwaarden aan de lessen konden deelnemen. Ook aandacht voor schoolgebouwen en schoolmateriael werd in de wetgeving opgenomen. Verder zou het MST meewerken aan het opmaken van gezondheidsstatistieken. Er werden tweejaarlijkse onderzoeken opgelegd, met eventueel tussentijdse selectieve onderzoeken wanneer de gezondheidstoestand van de leerling daar aanleiding toe gaf.

Een breder takenpakket

Problemen als overvoeding, risicogedrag van jongeren, drugs, alcohol, gebrek aan beweging, ongevallen enz. stelden de MST's voor nieuwe uitdagingen. Pilotcentra werden aangeduid om nieuwe programma's uit te werken.

PMS

onderwijsstructuur er wel degelijk toe doet, nam toe. PMS-centra schaarden zich daarom achter de vernieuwingen in het onderwijs.

De reglementering volgt...

Door al die verschuivingen steeg de onvrede met de bestaande reglementering, die enkel onderzoeken valoriseerde en te weinig aandacht had voor preventief en ondersteunend werk in het basisonderwijs. De toenmalige minister van onderwijs had oor naar de verzuchtingen in de sector. Een vernieuwingsexperiment gaf enkele centra en diensten de mogelijkheid in vrijheid te experimenteren met nieuwe taken en opdrachten en een verruimde doelgroep. De werking verschoof van een bevoogdende aanpak (deskundigenmodel) naar een emancipatorische werkwijze die de zelfwerkzaamheid/zelfredzaamheid van de leerling moesten vergroten. De bevindingen leidden tot de vernieuwde wetgeving van 1981.

1981

1985 **... en betekent een verruimingsoperatie**

Alle Diensten voor Studie- en Beroepsoriëntering werden omgevormd tot PMS-centra. Zo gold vanaf dan dezelfde wetgeving voor alle centra. Die centra konden nu autonoom werken op basis van een eigen jaarprogramma geënt op de plaatselijke noden. Een verplicht minimumprogramma diende enige eenvormigheid tussen de centra te waarborgen.

Sommige centra –vooral de centra die niet bij het experiment betrokken waren- bleven de klemtoon leggen op studie- en beroepskeuzebegeleiding en werkten grotendeels als voorheen. Andere namen een veel breder takenpakket op. Samen

MST

Een nieuw kader

De bevindingen leidden in 1985 tot een vernieuwd logistiek kader.

Het nieuwe kader voor de MST legde nog veel meer nadruk op preventie. Er kwam meer nadruk op vaccinaties, gezondheidsvoorlichting en – opvoeding en adviezen over gezonde leefgewoonten. Ook selectieve medische onderzoeken kregen meer aandacht: groepen leerlingen die op een of andere manier een verhoogd risico liepen, zouden vanaf nu ook gedifferentieerd onderzocht worden.

De relatie met de school werd nauwer aangehaald: elke school zou nu een schoolarts krijgen. De samenwerking met PMS werd verplicht. Een

PMS

met de verschillen in lokale behoeftes leidde dat tot een grote diversiteit tussen de centra. Bovendien ontstonden in de loop van de jaren tachtig nieuwe noden waaraan het PMS tegemoet kwam en waardoor de taken nog meer divers werden.

Met alle gevolgen van dien

De jaren tachtig brachten onder meer de uitbouw van het deeltijds onderwijs, de leerplichtverlenging tot 18 jaar, individuele crisisbegeleiding omwille van het stijgende aantal leerlingen met socio-emotionele problemen, integratieprojecten voor migranten en kansarmen, overleg met externe hulpverleners, ... De PMS-centra raakten overbelast, aangezien die bijkomende taken niet met bijkomende middelen werden opgevangen. Na de personeelsstop in 1976 werd er verder generationaliseerd. Voor het publiek was het geenszins duidelijk waar een PMS voor stond. Een duidelijkere profilering en een evenwicht tussen werkmiddelen en opdrachten drongen zich op.

MST

“activiteitenprogramma” van de “equipe MST” moest de samenwerking school-PMS-MST in goede banen leiden.

De verplichting tot registreren voor de gezondheidsstatistieken bleef behouden.

Schoolartsen moesten minstens 25% voor het MST werken en een bijkomend erkend diploma hebben.

2000: Het CLB-decreet

Elk net boog zich over de evenwichtsoefening tussen opdrachten en middelen. Over een aantal punten was iedereen het eens: de leerling moest nog centraler komen te staan in een vraaggestuurd model. Eerder dan bepaalde diensten aan te bieden vonden alle partijen dat er moest ingespeeld kunnen worden op vragen. Ook samenwerking met welzijnsorganisaties drong zich op. Doordat de takenpakketten van zowel scholen, MST en PMS-centra als van welzijnsorganisaties steeds groeiden, kwamen er in de praktijk vaker overlappings. Al dit denkwerk resulteerde in een nieuw decreet: het CLB-decreet.

Het CLB-decreet betekende meteen ook de oprichting van de Centra voor Leerlingenbegeleiding. Aangezien de taakuitbreidingen de PMS-centra en het MST gaandeweg naar elkaar gebracht hadden, lag een fusie voor de hand. De herstructurering ging gepaard met een schaalvergroting: de zowat 200 PMS-centra en 100 MST-diensten werden gebundeld tot 75 CLB's (vandaag 73).

Enkele doelgroepen krijgen speciale aandacht om tegemoet te komen aan de extra noden die zij hebben. De hulp zal voortaan voor een deel verleend worden door ondersteuning van hen die het dichtst bij de leerling staan, namelijk de ouders en leerkrachten.

De CLB's krijgen de opdracht het welbevinden van de leerlingen te bevorderen. Het belang van de leerling staat centraal.

Tijdens de implementatiejaren van het CLB-decreet rijzen nieuwe maatschappelijke vragen en uitdagingen als levenslang leren, kansenbevordering, opvoedingsondersteuning, inclusief onderwijs, gezondheidsbeleid, vaccinatiecampagnes, interne leerlingenbegeleiding en nog meer... De centra blijven niet aan de zijlijn staan en nemen een toenemend aantal nieuwe taken op.

Doordat de toename van taken niet samengaat met een toename van middelen worden de centra verplicht om keuzes te maken die het meest beantwoorden aan de lokale noden. Die verschillen lokale behoeftes leiden - opnieuw - tot een grote diversiteit tussen de centra. Gevolg hiervan is niet alleen een groeiende onduidelijkheid bij het publiek over wat van een CLB verwacht mag worden, maar ook de verzuchting bij de overheid om opnieuw te komen tot een duidelijker omschrijving van het takenpakket.

2005 - ... naar een nieuw profiel?

Dat is ook wat de Beleidsbrief van minister Vandenbroucke "Goed voor de sterken, sterk voor de zwakken" (2005-2006) vooropstelt.

Een duidelijk CLB-profiel moet het mogelijk maken om helder over de CLB-sector te communiceren en ervoor te zorgen dat leerkrachten, ouders en leerlingen met realistische verwachtingen naar het centrum komen, aldus de minister.