

Een gids voor kwaliteitsvolle implementatie van gezondheidsprojecten op school

SAMENVATTING

Beknopt rapport en aanbevelingen van het PWO projectmatig wetenschappelijk onderzoeksproject 'Implementatie', HoGent, Faculteit Mens en Welzijn, 2010-2014

Peer van der Kreeft, Johan Jongbloet,
Julie Schamp, Tina van Havere, Tineke De Vriendt,
Charlene Ottevaere, Lynn Steelant



DANKWOORD

We willen onze dank uitdrukken aan de respondenten voor hun bijdrage tot de survey, de interviews en de schoolbezoeken.

Een woord van dank eveneens aan de leden van de stuurgroep voor hun onschatbare suggesties en feedback in dit onderzoeksproject: dr Moniek De Keyser, VCLB Regio Gent; dr Joke De Wilde, HoGent Onderzoeksangelegenheden; Greet De Brauwere, HoGent Sociaal Werk; Prof dr Lea Maes, UGent Maatschappelijke Gezondheidskunde; Prof dr Greet Cardon, UGent Bewegings- en Sportwetenschappen; Letticia Desutter, Logo Gezond+ Gent; Marleen Roesbeke, Logo Gezond+ Gent; Olaf Moens, ViGez; Prof dr Johan vanBraak; UGent Onderwijskunde; Prof dr Inge Huybrechts, UGent Maatschappelijke Gezondheidskunde; Mia Verschraegen, HoGent Voedings- en dieetkunde; Erika Vanhauwaert, ViGez; Esther Bloch, HoGent Onderzoeksangelegenheden, Els Stuyven, HoGent Directie Onderzoek

Tot slot hartelijk dank aan de interim medewerkers voor hun input: Gerda De Bock en Elly Van Hyfte, HoGent Lerarenopleiding; Elke Heddebauw, HoGent Voedings- en Dieetkunde

Het onderzoeksteam,

Peer van der Kreeft, Johan Jongbloet, Julie Schamp, Tina Van Havere, Charlene Ottevaere, Lynn Steelant, Tineke De Vriendt van de opleidingen Sociaal Werk, Orthopedagogie, Voedings- en Dieetkunde, Lerarenopleiding, Hogeschool Gent

Beknopt rapport en aanbevelingen van het PWO projectmatig wetenschappelijk onderzoeksproject 'Implementatie', HoGent, Faculteit Mens en Welzijn, 2010-2014



INTRODUCTIE

In heel wat Westerse landen blijken kinderen en jongeren een leefstijl aan te nemen die een negatieve invloed heeft op hun gezondheid. Voornamelijk slechte voedingsgewoontes en een gebrek aan fysieke activiteit (zoals hun vrije tijd al zittend doorbrengen) behoren tot een ongezonde leefstijl. Eens dit een gewoonte is in de kindertijd en adolescentiefase, is het nog moeilijk te veranderen (De Henauw et al., 2007). Hierdoor verhogen ze hun risico op allerlei problemen, zoals diabetes type 2, cardiovasculaire aandoeningen, orthopedische problemen, mentale stoornissen, lagere schoolprestaties en een laag zelfbeeld (WHO, 2014).

Wereldwijd verdubbelde tussen 1980 en 2008 zelfs het aantal personen dat aan obesitas lijdt. Er wordt geschat dat 50% van de Europese bevolking lijdt aan overgewicht en meer dan 20% van zowel mannen als vrouwen zijn obees. Het overgewicht bij kinderen neemt gestaag toe en heeft in se te maken met een onevenwicht in de energiebalans. Door een te grote energie-inname uit voeding en een naar verhouding te laag energieverbruik door activiteiten, slaat het lichaam te veel reserves op. Vaak gebeurt dit door een verkeerde perceptie die jongeren hebben over hun eigen leefstijl. 60% van de kinderen die overgewicht hebben voor de puberteit zullen dat ook als volwassenen hebben. Daarom is het van belang om reeds op jonge leeftijd te starten met preventie en wel in het kader van gezondheids promotie waarin we kinderen begeleiden naar evenwichtige voeding en voldoende beweging.

In het memorandum 2009 van het Sectoroverleg gezondheids promotie¹ pleit men voor meer investering in preventie². Als antwoord zijn heel wat (voornamelijk schoolgerichte) interventies opgesteld om verder overgewicht bij kinderen, jongeren (en volwassenen) te voorkomen en een evenwichtig beweeg- en voedingspatroon te promoten. Als we kijken naar de effectiviteit van dergelijke interventies, dan blijkt dat interventies zich dienen te richten op voldoende beweging én een evenwichtig voedingspatroon samen. Verder kunnen ingrepen en interventies op jonge leeftijd diabetes of obesitas voorkomen. Zo heeft elke leeftijdsgroep zijn specifieke veelbelovende methodieken (Brug et al., 2010). Bij de jongste treden we vooral vormend op. Het is echter belangrijk om die gezonde levensstijl te

1 Verenigt de belangrijkste Vlaamse organisaties die actief zijn in gezondheids promotie en preventie, zoals VIGeZ en VAD.

2 In Vlaanderen was dat in 2008 gelijk aan 0,15% van het RIZIV-budget.

blijven promoten en ondersteunen. Met jongeren gaan we eerder aan de slag met kritische zelfreflectie en sociale normen. Daarom zetten we best interventies op in zowel kleuterscholen als lagere en secundaire scholen.

Dat doen we gelukkig ook in Vlaanderen. Alleen merken we op dat basis- of secundaire scholen in veel gevallen verkeerdelijk denken dat ze een kwalitatieve gezondheidspromotie voeren. Ze bieden concrete voedingspatroon- en bewegingsactiviteiten aan, maar ze zijn in de praktijk vaak demotiverend. Daarnaast resulteert dit soms in een contraproductief gezondheidsbeleid. Nochtans stelt de WHO dat een ondersteunende schoolomgeving van belang is bij het opstellen van schoolinterventies rond deze thematiek (WHO, 2008).

Willen we een effectieve gedragsverandering bij de kinderen en jongeren teweegbrengen, dan dienen we dit planmatig en systematisch aan te pakken. Een interventie, gebaseerd op een duidelijk theoretisch model is hierbij van belang. Maar tussen de theorie van de interventie en de daadwerkelijke uitvoering in de praktijk manifesteren zich echter heel wat factoren eigen aan de kinderen en jongeren, de leerkracht of preventiewerker en de context.

Implementatieproblemen kunnen te maken hebben met een afstand tussen de studie en de praktijk. Ook condities als top-down beslissingen, motivatie, voorinformatie of sociaal wenselijke antwoorden, kenmerken en werkomstandigheden van de leerkracht, hebben allemaal een invloed op de resultaten (Stice et al., 2006). Ten slotte bereiken schoolinterventies die op de algemene jongerenpopulatie gericht zijn in de toepassingsfase soms juist niet de meest kwetsbare scholen voor de beoogde problematiek.

Over deze beïnvloedende factoren is echter nog maar weinig onderzoek verricht. Dit wordt ook wel eens de 'black box' genoemd (Harachi et al., 1999; Tones & Tilford, 1994). Deze factoren kunnen worden geëvalueerd via procesevaluaties. Men evalueert dan de implementatie van interventies: is alles verlopen volgens plan en wat waren succes- en faalfactoren?

ONDERZOEKSVRAGEN

Doel: een gids voor scholen ontwikkelen bij het uitvoeren van projecten die een gezonde leefstijl promoten op basis van gebalanceerde voedingsgewoontes en voldoende fysieke activiteit. Om deze hoofddoelstelling onderzoeksmatig te bereiken, stelden we vier subdoelstellingen:

- Inventariseren van interventies voor gezonde voeding en fysieke activiteit die in Vlaanderen worden gebruikt in kleuteronderwijs, lager en secundair onderwijs (Onderzoeksfase I).
- Identificeren welke interventies de voorkeur genieten van scholen (Onderzoeksfase II).
- Identificeren van faciliterende en belemmerende factoren tijdens de implementatie van voorgenoemde interventies (Onderzoeksfase III).
- Ontwikkelen, testen en aanpassen van richtlijnen voor een kwaliteitsvolle implementatie van deze interventies op schoolniveau (Onderzoeksfase IV).





FASE I: INVENTARIS VAN INTERVENTIES

We voerden een systematische online search uit op interventies voor gezonde voeding en voldoende fysieke activiteit die worden aangeboden aan scholen in Vlaanderen, schooljaar 2011-2012. We gingen specifiek op zoek naar interventies:

1. die in het spectrum van preventie zijn te situeren: universele, selectieve of geïndiceerde preventie
2. die zich toespitsen op gezonde voeding en/of fysieke activiteit naast andere thema's
3. daarin de leerkracht een educatieve rol speelt
4. die een samenhang van acties zijn, om bijvoorbeeld het ronddelen van een folder uit te sluiten.

We vonden 186 schoolinterventies ter promotie van gezonde voeding en/of fysieke activiteit naast andere thema's. Na toepassing van de criteria hielden we in totaal 83 interventies over. Slechts één interventie werd geëvalueerd op effectiviteit: Tutti Frutti.

DOELGROEP

In het aanbod van interventies vinden we dat 65% exclusief voor kinderen onder twaalf jaar is ontwikkeld. In secundaire school dreigen thema's als seksualiteit, roken, alcohol en drugs deze thematiek te verdrijven. Vooral leerkrachten basisonderwijs profiteren van de gids. Toch mogen we de leerkrachten secundair onderwijs niet ontzien. Zij hebben nood aan doelgroepspecifieke ondersteuning en links met de andere levensthema's. Verder, wat betreft doelgroep, vinden we minder dan 5% van de interventies expliciet (ook) toepasbaar voor buitengewoon onderwijs. De implementatiegids moet deze specifieke (en andere) groep leerkrachten helpen om toepasbaarheid van interventies binnen de klasgroep in te schatten.

WERKING

Hoewel onderzoek uitwijst dat multicomponent (mix van educatie, structurele maatregelen en/of aanbod) interventies beloftevoller zijn, vinden we in onze steekproef toch 80% enkelvoudige componentinterventies. De grootste groep focust vooral op de educatieve component. De gids laat leerkrachten best inzien dat het combineren van verschillende strategieën een versterkend effect heeft. We vinden een gezonde mix wat betreft doelstellingen van de interventie. Sommige focussen exclusief op gezonde voeding dan wel op fysieke activiteit. Andere beogen beide doelstellingen, soms gerelateerd aan andere thema's. Denk bijvoorbeeld aan mondhygiëne. Ook hier wijst de gids op de sterkte van de combinatie van beide thema's en de link naar andere.

TOEPASSINGSGRAAD

	#	%	Cum. %
Klas	51	61,4	61,4
School	13	15,7	77,1
Familie	12	14,5	91,6
Gemeenschap	6	7,2	98,8
Niet bekend	1	1,2	100
Totaal	83	100	

Hoewel onderzoek uitwijst dat een schoolbrede aanpak en inclusie van familie (ouders) of zelfs actoren in de dichte gemeenschap positief zijn voor effectiviteit van interventies, zijn ze een minderheid in onze steekproef. Meer nog, alle interventies behalve één die familie betrekken, zijn exclusief ontworpen voor basisonderwijs. *De gids wijst leerkrachten hierop en biedt ze handvatten aan om zelf ouders en andere actoren te betrekken bij de interventie.*

RESOURCES

Slechts twee op vijf interventies hebben een bepaalde kost. Die is echter vaak erg laag en kan daarom geen grote drempel zijn voor implementatie. Onderzoek toont aan dat een training voor de leerkracht effectiviteit verhoogt. Wij vinden slechts twee interventies die dit aanbieden (bewegingstussendoortjes op school en Fitclass). In één op vijf interventies krijgt de leerkracht ondersteuning in de klas van een expert. In 80% van de gevallen staat de leerkracht er helemaal alleen voor en kan de implementatiegids een welkome ruggensteun worden.

TIME

	#	%
Eenmalig	45	54,2
Over een schooljaar	8	9,6
Over meerdere schooljaren	16	19,3
Permanent karakter	7	8,4
Niet bekend	7	8,4
Totaal	83	100

Interventies die langer duren in tijd hebben ook meer potentieel. Toch zijn meer dan de helft van de aangeboden interventies in Vlaanderen éénmalige acties. Hier gaat het bijvoorbeeld om een gezondheidsdag, een schoolontbijt, of een bewegingsactiviteit. Bijna één op vijf interventies is wel een pakket dat over meerdere leerjaren loopt. *De implementatiegids moet leerkrachten helpen om herhalingsoefeningen te implementeren.*



FASE II: SCHOLENBEVRAGING

De inventaris van interventies toont wat er wordt aangeboden in Vlaanderen, maar zegt niets over wat er effectief in scholen gebeurt. Kiezen scholen reeds veelbelovende preventieprogramma's? Welke soorten programma's worden vaak gekozen? Zijn ze geschikt voor de doelgroep? Als we zicht krijgen op welke gezondheidspromotie er al georganiseerd wordt in scholen, kunnen we ze met onze gids beter bijstaan om het nog beter te doen.

We schreven 465 scholen van werkingsgebied Logo Gezond+ aan en kregen 78 ingevulde enquêtes terug. Het is een gezonde mix van onderwijsniveaus en -vormen (zie tabel hieronder). Per onderwijsniveau vinden we grotere en kleinere scholen. Daarnaast is de steekproef een weerspiegeling van de netten in Vlaanderen. (Voor andere specifieke karakteristieken van de steekproef, zie volledig implementatierapport via Pure-portaal HoGent.)

ONDERWIJSTYPE		TOTAAL			
		Regulier	Buitengewoon	Beide	
Onderwijs niveau	Basic	45	7	0	52
	Secundair	16	5	1	22
	Beide	0	1	1	2
Totaal		61	13	2	76

Een eerste resultaat, in lijn met het aanbod van interventies, is dat basisscholen vaker ($M=19$) interventies voor gezonde voeding en fysieke activiteit implementeren dan secundaire scholen ($M=9$). Er wordt dus wel al heel wat gedaan wat betreft gezondheidsbevordering in school. 32 scholen geven zelfs aan dat ze ook projecten uitvoeren die wij niet hadden getraceerd tijdens de inventarisatie. Het gaat hier om zelf ontwikkelde methodieken, de inclusie van gezondheidspromotie in andere activiteiten bijvoorbeeld (zoeklessen, mondhygiëne) of elk jaar een bepaalde thematische focus in de gezondheidspromotie van de school.

Zeven van de tien meest populaire interventies vinden we terug in onze selectie. Zij tellen voor 25% van alle uitgevoerde projecten in onze sample. We zien dat multicomponentprogramma's ook relatief populair zijn ($M=14$). Ze worden beduidend vaker gekozen dan interventies die enkel de educatieve component hebben ($M=13$). Aanbod strategieën ($M=14$) (sportinfrastructuur, gezonde tussendoortjes, etc.) zijn ook beduidend populairder dan enkel educatie.

We vinden tevens een trend dat er vaker interventies worden uitgevoerd die langer duren in tijd (gemiddelde = 12 maand) dan *éénmalige acties*. Het is belangrijk om die trend te versterken met de gids. We vinden ook dat een (kleine) kostprijs geen onoverkomelijke drempel is voor scholen. Gratis interventies worden niet vaker gekozen. Integendeel, er is een tegenovergestelde trend. Tenslotte vinden

we ook een aanwijzing dat intermediairs aangepaste training naar waarde schatten. Hoewel er slechts twee interventies training aanbieden, worden ze toch 51 keer gekozen.

Samengevat zien we dat scholen aanbodstrategieën of interventies met een mix van strategieën verkiezen boven enkel educatieve interventies. Ook doen scholen al vaak gezondheidspromotieprojecten die de klasgroep overstijgen. Men kiest ook vaak voor langdurige projecten. Scholen kiezen dus al vaak voor interventies die eigenschappen hebben om veelbelovend te zijn, niettegenstaande die projecten vaak complexer zijn en dus meer inspanning vragen. *Wij willen deze trend versterken en de intermediair zoveel mogelijk bijstaan zodat die inspanningen lonen.*



FASE III: INTERVIEWS

Om faciliterende en belemmerende factoren die de implementatie beïnvloeden te achterhalen, interviewden we vijftien intermediairs op school en organiseerden we vijf schoolbezoeken om moeilijkheden, maar ook ruggensteunen bij de implementatie van gezondheidsinterventies gezonde voeding en fysieke activiteit in kaart te brengen. We gebruikten het concept *diffusion of innovations* (Rogers, 2002) en karakteristieken van veelbelovende interventies om een interviewlijn op te stellen. De verwerking gebeurde met behulp van het kader van Durlak en DuPre (2008). Uit 81 studies die rapporteerden over factoren die het implementatieproces beïnvloeden, filterden zij 23 factoren onderverdeeld in vijf categorieën.

CATEGORIES	FACTORS AFFECTING THE IMPLEMENTATION PROCESS	
1. Community level factors	Prevention Theory and Research	
	Politics	
	Funding	
	Policy	
2. Provider Characteristics	Perceived Need for Innovation	
	Perceived Benefits of Innovation	
	Self-efficacy	
	Skill Proficiency	
3. Characteristics of the Innovation	Compatibility (contextual appropriateness, fit, congruence, match)	
	Adaptability (program modification, reinvention)	
4. Factors Relevant to the Prevention Delivery System (Organizational Capacity)	A. General Organizational Factors	Positive Work Climate
		Organizational norms regarding change (a k a, openness to change, innovativeness, risk-taking)
		Integration of new programming
		Shared vision (shared mission, consensus, commitment, staff buy-in)
	B. Specific Practices and Processes	Shared decision-making (local input, community participation or involvement, local ownership, collaboration)
		Coordination with other agencies (partnerships, networking, inter sector alliances, multidisciplinary linkages)
		Communication
		Formulation of tasks (workgroups, teams, formalization, internal functioning, effective human resource management)
	C. Specific Staffing Considerations	Leadership
		Program champion (internal advocate)
Managerial/supervisory/administrative support		
5. Factors Related to the Prevention Support System	Training	
	Technical Assistance	

De interviews lieten de uitvoerende experts aan het woord, zijnde de leerkrachten en verantwoordelijken voor het gezondheidsbeleid op school. Ze wezen ons op mogelijkheden en beperkingen voor kwaliteitsvolle implementatie van gezondheidsinterventies op school. Daarbij bracht men vaak innovatieve ideeën aan om grenzen te overbruggen en mogelijkheden te realiseren.

Een serieuze drempel is het ongestructureerde aanbod van initiatieven voor gezondheidspromotie. Scholen zien door de bomen het bos niet meer. *Onze gids biedt hierbij hulp om het kaf van het koren te scheiden.* De intermediair moet snel kunnen inschatten of een interventie potentieel heeft of niet. Daarnaast vinden leerkrachten het belangrijk dat de interventie ook gebruiksvriendelijk is en er aantrekkelijk uitziet. Verder moet het project een bepaalde vrijheidsgraad hebben die toestaat om het aan de eigenheid van de klasgroep en in het schoolbeleid naast andere interventies in te passen. Een lijst van karakteristieken 'hoe ziet een goede interventie eruit' kan de leerkracht hierbij helpen.

Ook het financiële plaatje dat soms verbonden is aan gezondheidspromotie kan een drempel vormen voor implementatie. *We includeren creatieve methodes in de gids, door scholen beproefd, zoals sponsoring zoeken, samenwerking tussen scholen en gratis materialen opzoeken.*

Een andere drempel heeft te maken met de inclusie van gemeenschap en familie in de projecten. Of ten minste, we praten soms zelfs niet over inclusie, maar op zijn minst steun van die derden. Als er geen media-aandacht is, of als een gezonde levensstijl thuis niet wordt gedragen, is het volgens de leerkrachten een druppel op een hete plaat. *De gids bevat leuke initiatieven om ruchtbaarheid te geven aan de interventies en om derden te betrekken.*

Derden, maar ook de intermediair zelf moet de noodzaak voelen om aan gezondheidspromotie te doen. Als er geen motivatie is worden projecten niet of half uitgevoerd, leert de ervaring. *De gids reikt handvatten aan om actoren te enthousiasmeren en gemotiveerd te houden.* Leerlingen kunnen op leuke manieren worden beloond, ouders en leerkrachten zien graag resultaten van hun werk. Die kunnen soms in een klein hoekje verscholen zijn en dienen goed te worden gecommuniceerd.

Ook het inbouwen van de interventie in (vakinhoudelijke en vakoverschrijdende les)doelstelling en in de curricula van de leerlingen faciliteert implementatie en bevordert de duurzaamheid. *We bieden een raamwerk aan waarmee men gaten in het huidige beleid kan identificeren en aansluitende interventies opsporen.*

Ten slotte moeten er systemen zijn die intermediairs helpen informatie, methodes, successen en minder geslaagde ervaringen uit te wisselen met elkaar. Ook moeten er afspraken zijn omtrent verantwoordelijkheden en een duidelijke taakverdeling. Er moet worden gestreefd naar consensus over de haalbaarheid van de interventie bij de intermediairs. Een goede voortrekker en ondersteuning van het bestuur zijn hierbij elementair.



FASE IV: IMPLEMENTATIEGIDS

Op basis van de resultaten van de vorige onderzoeksfases maakten we een eerste versie van de implementatiegids. Deze stuurden we uit naar gezondheidsteams, voortrekkers van het gezondheidsbeleid op scholen en andere leerkrachten van vijftien verschillende scholen. Ze toonden interesse om de gids door te nemen, te bespreken in het gezondheidsoverleg en ons de feedback te bezorgen. Vooral bij de bruikbaarheid van de gids werden vraagtekens geplaatst. Daarnaast kwam het innovatieve karakter van de gids ter sprake. Met deze specifieke focus doken we opnieuw de onderzoeksdata in. Uit alle vorige onderzoeksfases haalden we relevante ideeën die de gids naar een hoger niveau tilden. We willen van de gids een praktisch gebruiksinstrument maken. Daarvoor geven we bruikbare methodieken die we aan de hand van praktische voorbeelden aanbrengen. We includeren ook handige tools in de gids of verwijzen door naar waar die te vinden zijn.

We helpen de leerkrachten eerst en vooral met kiezen van projecten. We willen helpen kiezen voor de meest beloftevolle interventies, maar ook praktisch haalbare interventies op maat van intermediair en doelgroep. Bij elk van de besproken componenten in de gids, schuiven pakketten naar voor die daaraan voldoen; bijvoorbeeld projecten waarbij ouders zijn betrokken, leerpakketten met een goede mix van didactische methodes, leerpakketten die kort zijn, of leerpakketten die meerdere lessen bestrijken. We zetten deze actieve componenten zelfs in een checklist. Zo kan de leerkracht of verantwoordelijke aanvinken wat het pakket aanbiedt en of het aan de noden en wensen voldoet.

Daarnaast bieden we een kader aan om de integratie van de interventie in het instituut te vergroten en de duurzaamheid te waarborgen. We gaan bijvoorbeeld in op het concept van *booster sessies*. Het zijn korte herhalingen met kleine variaties die de effectiviteit op lange termijn ten goede komen. Ook horizontale booster sessies zijn wenselijk. Dan haalt een andere leerkracht (SO) dezelfde thematiek aan maar vanuit het perspectief van zijn of haar vakgebied. Denken we aan ecologie, chemie, aardrijkskunde, wiskunde, biologie, talen vakken, etc. We geven ook ideeën om naast de ouders eens naar andere actoren te kijken die we kunnen betrekken. Denk maar aan broers of zussen, grootouders, de manager van de buurtwinkel, etc. Daarbij moeten we ook creatief aan verschillende vormen van betrokkenheid denken.

Verder is een goede planning essentieel voor een kwaliteitsvolle implementatie. Een taakverdeling en verdeling van de verantwoordelijkheid zijn belangrijk. Ook budgetplanning hoort hierbij. We geven ideeën om zelf fondsen te werven of samenwerking te stimuleren om prijzen te drukken.

Ten slotte is evaluatie belangrijk voor de integratie van projecten op lange termijn. We kijken uiteraard naar indicatoren die aangeven of doelstellingen worden bereikt, maar mogen niet blind zijn voor andere belangrijke indicatoren. Te-

vredenheid van leerkrachten, dynamiek in de klas of betrokkenheid van ouders, maar ook enthousiasme van leerkracht en leerlingen, of het hebben van een leuk lesuur. Als die doelstellingen SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) zijn opgesteld en worden bereikt, kan dat een enorme voldoening geven aan de leerkracht. Die voldoening zorgt ervoor dat hij de volgende keer nog naar een betere implementatie zal streven. Op die manier komen we in een positieve spiraal terecht.



CONCLUSIES

De wegwijzer of de implementatiegids is het resultaat van drie jaar onderzoek. Kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethodes werden aangewend om de vraag: “Wat remt en faciliteert nu een kwaliteitsvolle implementatie van gezondheidsprojecten op school?” te beantwoorden. HoGent stelt nu deze gids beschikbaar aan alle scholen die kwaliteitsvol met gezonde voeding en fysieke activiteit aan de slag willen op school. We zijn ervan overtuigd dat deze gids een ondersteuning biedt op beleidsniveau op school en in de praktijk in de klas. De gids kan gratis worden gedownload op pure.hogent.be en worden aangevraagd op het contactadres.

BIBLIOGRAFIE

Birnbaum, A. S., Lytle, L. A., Story, M., Perry, C. L., & Murray, D. M. (2002). Are differences in exposure to a multicomponent school-based intervention associated with varying dietary outcomes in adolescents? [Article]. *Health Education & Behavior*, 29(4), 427-443.

Brown, T., & Summerbell, C. (2008). Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. [Review]. *Obesity Reviews*, 10(1), 110-141. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00515.x

Brug, J., Velde, S. J. T., Chinapaw, M. J. M., Bere, E., de Bourdeaudhuij, I., Moore, H., . . . Singh, A. S. (2010). Evidence-based development of school-based and family-involved prevention of overweight across Europe: The ENERGY-project's design and conceptual framework. [Article]. *BMC Public Health*, 10. doi: 10.1186/1471-2458-10-276

Buytaert, B., Moens, O., Tambuyzer, J., Wouters, E., & Vanhauwaert, E. (2010). Verslag van de indicatorenmeting 2009 van het gezondheidsbeleid (tabak, voeding, beweging) in Vlaamse scholen. In R. Evers (Ed.). Brussel: VIGeZ.

De Bourdeaudhuij, I., Van Cauwenberghe, E., Spittaels, H., Oppert, J. M., Rostami, C., Brug, J., . . . Maes, L. (2011). School-based interventions promoting both physical activity and healthy eating in Europe: a systematic review within the HOPE project. [Article]. *Obesity Reviews*, 12(3), 205-216. doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00711.x

De Henauw, S., Gottrand, F., De Bourdeaudhuij, I., Gonzalez-Gross, M., Lecerq, C., Kafatos, A., . . . Moreno, L. (2007). Nutritional status and lifestyles of adolescents from a public health perspective. The HELENA Project – Healthy Lifestyle in Europe by nutrition in adolescence. *Journal of Public Health*, 15, 187-197.

De Meester, F., van Lenthe, F. J., Spittaels, H., Lien, N., & De Bourdeaudhuij, I. (2009). Interventions for promoting physical activity among European teenagers: a systematic review. [Review]. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 11. doi: 10.1186/1479-5868-6-82

Delgado-Noguera, M., Tort, S., Martinez-Zapata, M. J., & Bonfill, X. (2011). Primary school interventions to promote fruit and vegetable consumption: A systematic review and meta-analysis. [Review]. *Preventive Medicine*, 53(1-2), 3-9. doi: 10.1016/j.ypmed.2011.04.016

Derzon, J. H., Sale, E., Springer, J. F., & Brounstein, P. (2005). Estimating Intervention Effectiveness: Synthetic Projection of Field Evaluation Results. *The Journal of Primary Prevention*, 26(4), 321-343. doi: 10.1007/s10935-005-5391-5

Dobbins, M., De Corby, K., Robeson, P., Husson, H., & Tirisli, D. (2009). School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. [Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), 108. doi: Cd007651 10.1002/14651858.cd007651

Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. [Review]. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0.

Dusenbury, L., Brannigan, R., Hansen, W. B., Walsh, J., & Falco, M. (2005). Quality of implementation: Developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. *Health Education Research*, 20(3), 308-313.

Evans, C. E. L., Greenwood, D. C., & Thomas, J. D. (2010). A cross-sectional survey of children's packed lunches in the UK: food- and nutrient-based results. (vol 64, pg 977, 2010). [Correction]. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(12), 1105-1105. doi: 10.1136/jech.2008.085977corr1

European Commission (2006). Diabetes + obesity = diabetes. RTD Info, magazine on medical research (Vol. 51, pp. 29 - 33): European Commission. Accessed 1st of September 2010, http://ec.europa.eu/research/rtdinfo/51/article_5129_en.html

Ferreira, I., Van Der Horst, K., Wendel-Vos, W., Kremers, S., Van Lenthe, F. J., & Brug, J. (2007). Environmental correlates of physical activity in youth – a review and update. *Obesity Reviews*, 8(2), 129-154. doi: 10.1111/j.1467-789X.2006.00264.x

Harachi, T. W., Abbott, R. D., Catalano, R. F., Haggerty, K. P., & Fleming, C. B. (1999). Opening the black box: Using process evaluation measures to assess implementation and theory building. [Article]. *American Journal of Community Psychology*, 27(5), 711-731.

Haystead, M., & Marzano, R. (2009). *Meta-Analytic Synthesis of Studies Conducted at Marzano Research Laboratory on Instructional Strategies*. USA: Englewood, CO.

Moens, O., Stevens, V., Tambuyzer, J., Van Hoecke, L., Voorspoels, W. (2007) Effectevaluatie van het schoolfruitprogramma Tutti Frutti in Vlaanderen. VIG vzw. Retrieved from <http://www.fruit-op-school.be/home/nieuwtjes>.

Peters, L., Kok, G., Ten Dam, G., Buijs, G., & Paulussen, T. (2009). Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 9(1), 182.

Rogers, E. M. (2002). Diffusion of preventive innovations. [Article; Proceedings Paper]. *Addictive Behaviors*, 27(6), 989-993. doi: 10.1016/s0306-4603(02)00300-3

Seghers, J., & Claessens, A. (2008). Overweight and obesity in preadolescents and its relationship with lifestyle factors. *International Journal of Body Composition Research*, 6(2), 51-58.

Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? In W. R. O. f. Europe (Ed.), *Health Evidence Network report*. Copenhagen: Health Evidence Network.

Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. N. (2006). A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: The skinny on interventions that work. [Review]. *Psychological Bulletin*, 132(5), 667-691. doi: 10.1037/0033-2909.132.5.667

Tones, K., & S, T. (1994). *Health education: effectiveness, efficiency and equity* (2 ed.). London: Chapman & Hall.

VAD. (2010). Evidence-based werken in de alcohol- en drugsector. Retrieved from <http://www.vad.be/media/64265/evidence-basedwerkenindeadsector.pdf>

Van Cauwenberghe, E., Maes, L., Spittaels, H., van Lenthe, F. J., Brug, J., Opper, J. M., & De Bourdeaudhuij, I. (2010). Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. [Review]. *British Journal of Nutrition*, 103(6), 781-797. doi: 10.1017/s0007114509993370

van Sluijs, E. M. F., McMinn, A. M., & Griffin, S. (2007). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. [Review]. *British Medical Journal*, 335(7622), 703-707. doi: 10.1136/bmj.39320.843947.BE

World Health Organization (2014). *Obesity: data and statistics*. Accessed 7th of January 2014, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>

World Health Organization (2009). *Interventions on diet and physical activity: what works: summary report*. Geneva,. Accessed February 2012, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf>

World Health Organization (2008). *European action plan for food and nutrition policy 2007-2012*. Retrieved from http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf.

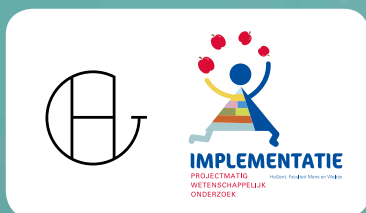
World Health Organization (2007). *Second WHO action plan for food and nutrition policy 2007 – 2012*.

CONTACT

Peer van der Kreeft, promotor,
Hogeschool Gent Vakgroep Sociaal Werk,
Valentin Vaerwyckweg 1,
9000 Gent
09-243 26 51,
peer.vanderkreeft@hogent.be

Download documenten op pure.hogent.be

Beknopt rapport en aanbevelingen van
het PWO projectmatig wetenschappelijk
onderzoeksproject 'Implementatie', HoGent,
Faculteit Mens en Welzijn, 2010-2014



www.hogent.be

