

HEPS

supports school health policy



HEPS-handleiding voor inventarisatie

Een handleiding om de kwaliteit van schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen in kaart te brengen

Dutch language

■ COLOFON

Titel

HEPS-handleiding voor inventarisatie

Een handleiding om de kwaliteit van schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen in kaart te brengen

Auteurs

Kevin Dadaczynski, Peter Paulus, Nanne de Vries, Silvia de Ruiter, Goof Buijs

Met dank aan

S. Bowker (Welsh Assembly Government, Wales), E. Flaschberger (Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, Oostenrijk), S. Nic Gabhainn (National University of Ireland, Galway, Ierland), A. Jociute (Valstybinis Aplinkos Sveikatos Centras, Litouwen), A. Lee (NHS Health Scotland, Schotland), D. Piette (Université Libre de Bruxelles, België), V. Simovska (Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet, Kopenhagen, Denemarken), K. Sokou (Institute of Child Health, Griekenland), N.G. Viig (Universitetet i Bergen, Noorwegen), N. de Vries (Universiteit Maastricht, Nederland), B. Woynarowska (Warsaw University, Polen).
Met dank aan de HEPS-onderwijscommissie voor het meedenken en geven van feedback.

Datum van uitgave

Mei 2010

NIGZ-code: OJ072131

ISBN: 9789069282763

Adres: Klantenservice NIGZ, Postbus 500, 3440 AM Woerden

Deze brochure is gratis te downloaden op de HEPS-website: www.hepseurope.eu

Financiering

Deze uitgave maakt deel uit van het HEPS-project, dat in het kader van het EU-programma voor de volksgezondheid financiële steun heeft ontvangen van de Europese Unie.

Het HEPS-project heeft tevens financiële steun ontvangen van ZonMw.



Ministerium für Wirtschaft, Energie,
Bauen, Wohnen und Verkehr
des Landes Nordrhein-Westfalen



provincie limburg



interreg



Province
de Liège



Vertaald door Wilkens C.S. Medical Translations. Deze vertaling is niet terugvertaald om accuraatheid te waarborgen. Zowel NIGZ als de HEPS-projectpartners kunnen niet verantwoordelijk worden gehouden voor onnauwkeurigheden.

© NIGZ, 2010. Niets uit deze uitgave mag zonder schriftelijke toestemming worden overgenomen, noch ten behoeve van folio-uitgaven, noch ten behoeve van digitale uitgaven. Verzoeken tot overname van beeld of tekst kunnen worden gericht aan: Uitgeverij NIGZ, Postbus 500, 3440 AM Woerden, e-mailadres: uitgeverij@nigz.nl

HEPS-handleiding voor inventarisatie

Een handleiding om de kwaliteit van schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen in kaart te brengen

Kevin Dadaczynski, M.Sc. ¹⁾

Peter Paulus, Ph.D ¹⁾

Nanne de Vries, Ph.D ²⁾

Silvia de Ruiter, M.Sc. ³⁾

Goof Buijs, M.Sc. ³⁾

¹⁾ Leuphana Universität Lüneburg

²⁾ Universität Maastricht, Nederlande

³⁾ Niderl ndisches Institut für Gesundheitsförderung NIGZ

■ INHOUDSOPGAVE

Inleiding	5
1 Het belang van kwaliteit bij gezondheidsbevordering	9
1.1 Ontwikkeling en belangrijke definities	9
1.2 Wat wordt precies verstaan onder 'kwaliteit'?	11
1.3 Het HEPS-kwaliteitsmodel	12
2 De HEPS-handleiding voor inventarisatie	13
2.1 Het HEPS inventarisatieproces	13
2.1.1 Stap 1: stel een werkgroep samen	13
2.1.2 Stap 2: bepaal de inclusie- en exclusiecriteria	13
2.1.3 Stap 3: selecteer de relevante interventies en verzamel relevante informatie	14
2.1.4 Stap 4: analyseer en beschrijf de interventies	16
2.1.5 Stap 5: laat de gegevens nakijken en geef feedback	16
2.1.6 Stap 6: maak de resultaten bekend	16
2.1.7 Stap 7: zorg ervoor dat de gegevens geregeld worden bijgewerkt	17
2.2 De HEPS kwaliteitchecklist	17
2.2.1 Het beoordelen van de interventies – algemene procedure	17
2.2.2 Het scoren en interpreteren van de indicatoren en kwaliteitsdimensies	18
2.2.3 Moeilijkheden en oplossingen	19
3 De HEPS-handleiding voor inventarisatie in de praktijk	
– twee voorbeelden	21
3.1 Het 'Children's Health Interventional Trial'-programma (CHILT-programma) uit Duitsland ...	21
3.2 Het 'Growing through adolescence'-programma uit Schotland	26
Bijlage 1 HEPS kwaliteitchecklist	29
Bijlage 2 Verklarende woordenlijst	47
Referenties	51

■ INLEIDING

We willen allemaal het beste voor onze kinderen, zij zijn immers de toekomst van Europa. Op dit moment heeft echter één op de vier kinderen last van overgewicht. Om dit probleem op een positieve en duurzame manier aan te pakken, helpt het HEPS-project Europese landen bij het bevorderen van gezond eten en bewegen op school. Aan de hand de Gezonde School benadering wil HEPS bewerkstelligen dat scholen een goed gezondheidsbeleid gaan ontwikkelen. Voor het Europese HEPS-project wordt samengewerkt met het Schools for Health in Europe-netwerk (het SHE-netwerk). Het project heeft twee hoofddoelen:

1. Het ontwikkelen, implementeren en evalueren van een effectief landelijk beleid en duurzame praktijkinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen in scholen in alle EU-lidstaten.
2. Het steunen van de ontwikkeling en implementatie in de lidstaten van uitgebreide, duurzame en wetenschappelijk onderbouwde schoolprogramma's om gezond eten en bewegen te bevorderen, gebaseerd op de Gezonde School benadering.

In verschillende EU-lidstaten wordt al door middel van vele initiatieven geprobeerd om het aantal kinderen dat overgewicht heeft terug te dringen. Deze initiatieven richten zich doorgaans hoofdzakelijk op het ontwikkelen van specifieke initiatieven, programma's of onderwijsmethodes. In geen van de EU-lidstaten is echter al een effectief nationaal schoolbeleid ingevoerd. HEPS wil dit gat opvullen met haar project gericht op beleidsontwikkeling dat door heel Europa op nationaal niveau kan worden toegepast. HEPS helpt om deze programma's op een duurzame manier in te voeren op schoolniveau.

→ De HEPS-schoolkit

1. HEPS-richtlijnen (HEPS Guidelines): een reeks uitgangspunten gericht op het bevorderen van gezond eten en bewegen in scholen, bestemd voor organisaties die in Europa op landelijk niveau werkzaam zijn.
2. HEPS-wegwijzer voor belangenbehartigers (HEPS Advocacy Guide): een hulpmiddel voor belangenbehartigers die partijen willen overtuigen van de noodzaak van een nationaal schoolbeleid om gezond eten en bewegen te

- bevorderen.
- 3. HEPS-handleiding voor inventarisatie (HEPS Inventory Tool): een verzameling kwalitatieve criteria voor schoolprogramma's ter bevordering van gezond eten en bewegen.
- 4. HEPS-handleiding voor scholen (HEPS Tool for Schools): een leidraad om scholen in de EU-lidstaten te helpen bij het introduceren en invoeren van een schoolprogramma gericht op het bevorderen van gezond eten en bewegen.
- 5. HEPS-trainingsmodule (HEPS Teacher Training resource): een studieprogramma om leerkrachten te leren hoe zij gezond eten en bewegen op hun school kunnen bevorderen.
- 6. HEPS-handleiding voor evaluatie (HEPS Monitoring Tool): een hulpmiddel om in kaart te brengen hoe goed de HEPS-schoolkit in de afzonderlijke lidstaten wordt geïmplementeerd.

DE HEPS-HANDLEIDING VOOR INVENTARISATIE

Deze handleiding helpt om op gestructureerde wijze te kunnen inventariseren welke interventies op het gebied van gezond eten en bewegen op dit moment al worden toegepast in scholen, zowel op landelijk als op regionaal niveau. Daarnaast maakt het hulpmiddel duidelijk wat op dit gebied gezien kan worden als kwalitatief hoogwaardige schoolinterventies. In hoofdstuk 2 en bijlage 1 worden namelijk kwaliteitsindicatoren beschreven, waarmee de EU-lidstaten de kwaliteit van bestaande schoolinterventies in kaart kunnen brengen en duurzame kwaliteitsontwikkeling kunnen bevorderen.

In dit document wordt met de term 'interventie' bedoeld: "geplande ingrepen die hun oorsprong vinden in de gezondheidswetenschap en gericht zijn op het realiseren van systematische en duurzame veranderingen in het gedrag van personen en/of omgevingsomstandigheden. Gezondheidsinterventies kunnen gericht zijn op het bevorderen van de gezondheid/het welzijn (gezondheidsbevordering) of op het voorkomen van aandoeningen (preventie)" (1).

De HEPS-handleiding voor inventarisatie heeft om twee redenen een complementair karakter. Ten eerste biedt het zowel hulp bij inventariseren van de bestaan-

de schoolinterventies als een verzameling kwaliteitssindicatoren die door de afzonderlijke EU-lidstaten kan worden aangevuld op basis van hun eigen ervaringen en ontwikkelingen. Ten tweede is de HEPS-handleiding voor inventarisatie als onderdeel van de HEPS-schoolkit een aanvulling op de andere HEPS-onderdelen, die er ook op gericht zijn om gezondheidsbevordering in scholen op verschillende niveaus te stimuleren.

DOEL EN DOELGROEP VAN DE HANDLEIDING VOOR INVENTARISATIE

Het doel van de HEPS-handleiding voor inventarisatie is om belanghebbenden die zich beroepsmatig inzetten voor gezondheidsbevordering op school op een gestructureerde manier te helpen bij het verbeteren van de kwaliteit en transparantie van schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen. Het belangrijkste onderdeel van de HEPS-handleiding voor inventarisatie is de HEPS-kwaliteitchecklist. Deze bevat indicatoren aan de hand waarvan de gebruikers de kwaliteit van dergelijke bestaande schoolinterventies in kaart kunnen brengen. De handleiding zorgt ervoor dat bij het in kaart brengen van de kwaliteit van gezondheidsbevordering in scholen rekening wordt gehouden met gezondheidsgerelateerde én educatiegerelateerde aspecten. Aan de hand van de gestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren en een vastomlijnd kader voor het beschrijven van de schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen, kunnen de gebruikers eenvoudig inventariseren welke interventies op dit gebied al worden toegepast. Vervolgens kunnen deze interventies worden gerangschikt op basis van kwaliteit en kunnen er aanbevelingen worden gedaan ten aanzien van veelbelovende schoolinterventies.

De voornaamste doelgroep van de HEPS-handleiding voor inventarisatie bestaat uit nationale en regionale belanghebbenden, zoals overheidsorganisaties (bijv. ministeries en gemeenten), publieke organisaties (bijv. zorgverzekeraars) en niet-gouvernementele of particuliere organisaties (bijv. stichtingen en verenigingen) die actief zijn op het gebied van gezondheidsbevordering en preventie, en dan met name op het gebied van gezondheidsbevordering in scholen. Dit document zal hen helpen bij het inventariseren van bestaande schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen, zowel op nationaal als op regionaal niveau. Het HEPS-handleiding voor inventarisatie is niet in eerste instantie voor scholen bestemd. Wel kunnen de

resultaten van de kwaliteitsbeoordeling en een inventarisatie scholen helpen om interventies te kiezen die aan de kwaliteitseisen en de individuele wensen van de betreffende school voldoen. Ook voor partijen die de bestaande interventies hebben ontwikkeld of partijen die nieuwe interventies willen ontwikkelen kan de HEPS-handleiding voor inventarisatie nuttig zijn, aangezien het hen meer inzicht kan verschaffen in de kwaliteitsaspecten van een interventie en dus tips kan geven om de kwaliteit van hun interventies te optimaliseren.

WAAROM EN HOE WORDT DE HEPS-HANDLEIDING VOOR INVENTARISATIE GEBRUIKT?

Omdat het aantal Europese schoolkinderen met overgewicht nog steeds toeneemt, is er in de meeste EU-lidstaten op dit moment veel aandacht voor het ontwikkelen van schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen. Hoewel dankzij internationaal onderzoek indicatoren van goede schoolinitiatieven op dit gebied in kaart zijn gebracht, maken de meeste EU-lidstaten momenteel nog geen gebruik van kwaliteitsmaatstaven die speciaal gericht zijn op schoolinterventies. Er bestaat dus een gat tussen de kennis die bij onderzoek is opgedaan en de daadwerkelijke toepassing in de praktijk (2). Uitgaand van het principe van de gezonde school benadering, bouwt de HEPS-handleiding voor inventarisatie voort op de internationale kennis en ervaring op het gebied van gezond eten en bewegen. Door uniforme kwaliteitsindicatoren op te stellen wordt gehoopt dat deze handleiding het bovengenoemde gat zal verkleinen. Het heeft tot doel om in alle EU-lidstaten onder de belanghebbenden op regionaal en nationaal niveau meer aandacht te vragen voor kwaliteitszorg en kwaliteitsontwikkeling.

In de HEPS-handleiding voor inventarisatie worden specifieke methodes en strategieën vermeld waarmee de schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen in kaart kunnen worden gebracht. Hierbij wordt extra aandacht geschonken aan het belang van kwaliteitscontrole en kwaliteitsontwikkeling.

De handleiding biedt:

- Een stapsgewijze methode om op nationaal of regionaal niveau de bestaande schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen te inventariseren;
- Uitgebreide informatie over kwaliteit en de rol daarvan bij gezondheidsbevordering door scholen;

- Specifieke kwaliteitsindicatoren waarmee de kwaliteit van de bestaande schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen uitgebreid kan worden gecontroleerd.

Alle onderdelen van de HEPS-handleiding voor inventarisatie zijn erop gericht om de gebruikers te inspireren en hen op weg te helpen bij het ontwikkelen en verbeteren van de kwaliteit. Aangezien er tussen verschillende EU-lidstaten flinke verschillen bestaan wat betreft de staat van ontwikkeling en de praktijksituatie, is de HEPS-handleiding voor inventarisatie dusdanig opgesteld dat het kan worden aangepast aan de behoeften van afzonderlijke lidstaten.

■ HOOFDSTUK 1

HET BELANG VAN KWALITEIT BIJ GEZONDHEIDSBEVORDERING

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kwaliteit van gezondheidsbevordering in het algemeen en de kwaliteit van gezondheidsbevordering in scholen in het bijzonder. Er wordt uitleg gegeven over de historische ontwikkeling van en de kennis over kwaliteit en aanverwante zaken en tevens worden enkele belangrijke definities gegeven. Ook wordt het verschil in kwaliteit tussen verschillende schoolniveaus beschreven en wordt kennisgemaakt met het HEPS-kwaliteitsmodel.

1.1 ONTWIKKELINGEN EN BELANGRIJKE DEFINITIES

In de afgelopen tien jaar zijn termen als kwaliteit, kwaliteitsontwikkeling en kwaliteitsbeoordeling een steeds grotere rol gaan spelen. Inmiddels is kwaliteit een onmisbaar onderdeel geworden van de gezondheidsbevordering. In tegenstelling tot vroeger, ten tijde van het Ottawa-handvest (3), verwachten we tegenwoordig dat gezondheidsbevorderende interventies aan bepaalde normen voldoen. Inmiddels moeten alle aanbieders van interventies kunnen garanderen dat hun initiatieven aan de kwaliteitseisen voldoen en ervoor zullen zorgen dat de doelstellingen worden behaald. Deze veranderingen in de afgelopen periode zijn het gevolg van ontwikkelingen als de toegenomen professionalisering en van het feit dat men heeft moeten bewijzen dat gezondheidsbevordering een nuttige aanvulling is op het medische model dat zich al lange tijd bewezen heeft (3). Doordat er steeds minder middelen beschikbaar zijn voor dergelijke projecten, is meetbaarheid van de kwaliteit een vereiste geworden voor financiering en het toekennen van middelen.

De bovengenoemde punten hebben ervoor gezorgd dat er steeds meer belang wordt gehecht aan de ontwikkeling van kwaliteitsconcepten en instrumenten die de kwaliteit van onderzoek en de praktijk omtrent gezondheidsbevordering moeten verbeteren. Veel van de huidige ontwikkelingen zijn gebaseerd op methodes en concepten die binnen de medische sector al gemeengoed zijn (zoals ‘evidence-based medicine’). Het feit dat dergelijke methodes en concepten met succes worden ingezet in de medische sector, wil niet zeggen dat het altijd mogelijk is deze toe te passen binnen het vakgebied van de gezondheidsbevordering (3, 4). De

gezondheidsbevordering, en dus ook de gezondheidsbevordering in scholen, is immers gefundeerd op andere waarden en pijlers. Door het SHE-netwerk zijn vijf kernwaarden en pijlers vastgesteld voor gezondheidsbevordering in Europese scholen: gelijkheid, empowerment, ondernemendheid, democratie en participatie (5). Deze onderliggende waarden en principes dienen ook te worden weerspiegeld in de kwaliteit van de gezondheidsbevordering in scholen.

Hoewel ‘kwaliteit’ en daarmee samenhangende termen als ‘kwaliteitszorg’ door de jaren heen steeds vaker gebruikt worden binnen het vakgebied van de gezondheidsbevordering, bestaan er op dit moment nog geen algemeen geaccepteerde definities van dergelijke termen. Een veelgenoemde reden hiervoor is dat de betekenis van kwaliteit voor een groot deel afhangt van de interesses, beeldvorming, bewustwordingsprocessen en interpretaties die overheersen bij een bepaalde persoon of instelling (bijv. wat is ‘gezond’ en wat is ‘ziek’ volgens de betreffende partij). Om met dergelijke verschillen rekening te kunnen houden, is onderscheid gemaakt tussen drie verschillende kwaliteitsperspectieven, namelijk het perspectief van deskundigen, consumenten en het management (6, 7). Het **deskundigenperspectief** heeft betrekking op mensen die zich beroepsmatig inzetten voor de gezondheidsbevordering, en houdt zich bezig met de vraag of de interventie op kennis is gefundeerd en een vorm heeft die voldoet aan de wensen van de deskundige. Dit perspectief zou ook omschreven kunnen worden met de term ‘technische kwaliteit’. Het **consumentenperspectief** heeft daarentegen juist betrekking op de persoon voor wie de interventie bedoeld is. Dit perspectief houdt zich bezig met de vraag of de interventie of maatregel de behoeften van de doelgroep vervult (consumenten tevredenheid, etc.). Ten slotte, het **managementperspectief** heeft weer een heel andere invalshoek, en is erop gericht vast te stellen of de middelen op efficiënte wijze worden ingezet.

Uit deze drie verschillende perspectieven op kwaliteit blijkt wel hoe lastig het is om een allesomvattende definitie van kwaliteit te geven. Een veelgebruikte omschrijving van kwaliteit is afkomstig van het American Institute of Medicine en luidt: “de mate waarin gezondheidsdiensten voor individuen en groepen perso-

Tabel 1: Kwaliteitsbeoordeling op schoolniveau (selectie)

Hulpmiddelen voor kwaliteitsbeoordeling op setting-/schoolniveau	Land
Audit voor Gezonde Scholen	DE
Referentiekader voor gezondheidsbevordering in scholen	DE
Hulpmiddel voor beoordeling van Gezonde Scholen	UK
INDI9 – Hulpmiddel voor zelfevaluatie voor Tsjechische gezondheidsbevorderende scholen	CZ
Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen (IQES)	DE
Landelijke audit voor Gezonde Scholen	UK
Kwaliteitscriteria voor gezondheidsbevorderende scholen/Sterdiagram	CH
School Mental Health Quality Assessment Questionnaire (SMHQAQ)	US
Landelijk certificaat gezondheidsbevorderende school	PL

Tabel 2: Hulpmiddelen voor kwaliteitsbeoordeling van gezondheidsinterventies (selectie)

Hulpmiddelen voor kwaliteitsbeoordeling van gezondheidsinterventies	Land
Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten	DE
European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP)	EU
Preffi	NL
Qualität in der Prävention (QiP)	DE
Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen	DE
Quint essenz	CH
SchoolBeat-checklist	NL
Hulpmiddel voor geslaagde gezondheidsbevorderingsprojecten	SE
Program Plan Index (PPI)	US

nen in staat zijn de kans op realisatie van gewenste gezondheidsuitkomsten te verhogen en in overeenstemming zijn met de stand van de professionele kennis op dat moment” (8).

Ondanks dat deze definitie betrekking heeft op professionele kennis (het deskundigenperspectief) en gezondheidsuitkomsten, leent deze definitie zich goed om het onderscheid tussen twee verschillende kwaliteitsmodellen te beschrijven (9). Er bestaat een kwaliteitsmodel waarmee men de kwaliteit op een bepaald moment beoordeelt aan de hand van vastgelegde normen en criteria (het ‘compliance-paradigma’). Er is sprake van kwaliteit wanneer interventies voldoen aan deze normen en criteria. Er bestaat echter ook een dynamischer model, namelijk het ‘optimaliseringsmodel’. Bij dit model beoordeelt men niet alleen of al dan niet aan bepaalde criteria wordt voldaan, maar richt

men zich ook op de voortdurende, systematische verbetering van de kwaliteit van de interventies. Gezien het complexe karakter van de gezondheidsbevordering in scholen en het feit dat deze vorm van gezondheidsbevordering plaatsvindt in een omgeving die voortdurend aan verandering onderhevig is, dient de kwaliteitscontrole met betrekking tot scholen hoofdzakelijk gebaseerd te zijn op het optimaliseringsmodel. De HEPS-handleiding voor inventarisatie moet daarom niet alleen gericht zijn op kwaliteitscontrole van de afzonderlijke schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen, maar ook in kaart brengen hoe de kwaliteit kan worden verbeterd.

‘Kwaliteitszorg’ is een andere belangrijke term, en past goed binnen het optimalisatiemodel. In de praktijk wordt deze term op verschillende manieren geïnter-

preteerd, maar men is het er wel over eens dat kwaliteitszorg verwijst naar een voortdurend, dynamisch proces waarbij bepaalde kwaliteitsniveaus beoordeeld worden en, indien nodig, kwaliteitsverbeterende maatregelen genomen worden (10,11). Kwaliteitszorg bestaat onder andere uit het vaststellen van kwaliteitsnormen, het meten van de prestaties, het doorvoeren van kwaliteitsverbeterende maatregelen en het geregeld uitvoeren van herbeoordelingen (11).

De HEPS-handleiding voor inventarisatie is gericht op het realiseren van kwaliteitszorg, en vormt een goede basis voor het doorvoeren van kwaliteitsverhogende maatregelen. Bij de inventarisatie worden gebieden aan het licht gebracht waar de kwaliteit niet optimaal is en dus verbeterd moet worden. Aangezien het een voortdurend, dynamisch proces betreft, kan kwaliteitszorg gezien worden als een continue beoordelings- en verbeteringscyclus. Hierin verschilt kwaliteitszorg van evaluatieprocessen die gericht zijn op het beoordelen van uitkomsten op een specifiek moment.

1.2 WAT WORDT PRECIËS VERSTAAN ONDER 'KWALITEIT'?

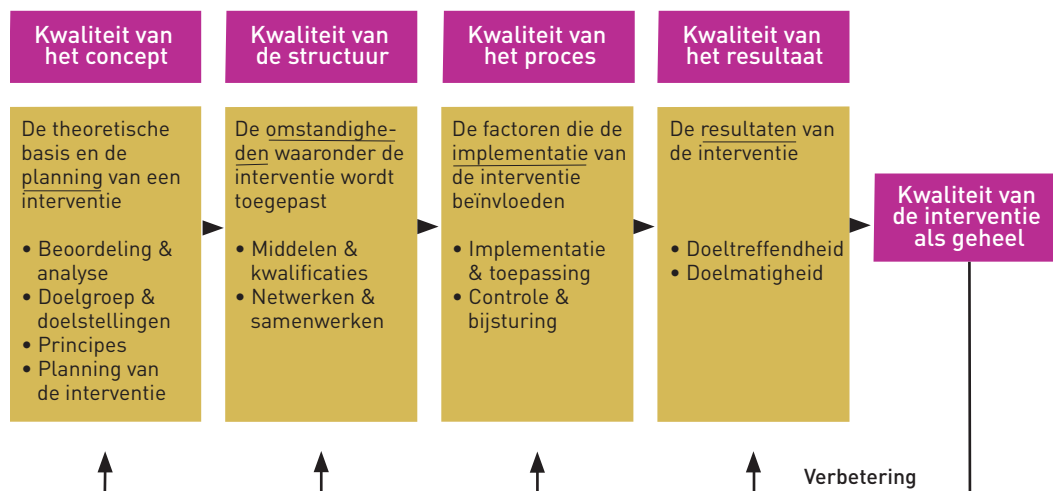
Wanneer het begrip 'kwaliteit' wordt gebruikt, is het niet altijd duidelijk binnen welk referentiekader de term wordt gebruikt, waardoor het moeilijk kan zijn om het begrip juist te interpreteren. Met betrekking tot gezondheidsbevordering in scholen kunnen in ieder geval twee verschillende kwaliteitsniveaus worden onderscheiden (12).

a) Kwaliteit ten aanzien van settings en organisaties

Dit kwaliteitsniveau heeft zowel betrekking op de school als setting waarbinnen de gezondheidsbevordering plaatsvindt als op de school als organisatie. Voor het beoordelen van de settinggerelateerde kwaliteit zijn vele verschillende manieren ontwikkeld. In de meeste gevallen ligt de kwaliteit besloten in het beleid en de strategie. Bij dit kwaliteitsniveau kan het succes van een school beoordeeld worden aan de hand van hulpmiddelen voor zelfevaluatie en interne en/of externe audits. Hierbij kunnen hulpmiddelen worden gebruikt aan de hand waarvan onderwijsgerelateerde kwaliteit-sindicatoren rechtstreeks kunnen worden vergeleken met gezondheidsgerelateerde kwaliteitsindicatoren (zoals bij de IQES - instrument voor kwaliteitsontwikkeling, of het evaluatie-instrument SEIS ['Selbstevaluatie in Scholen'] van het Anschub-project). In tabel 1 worden enkele voorbeelden van dergelijke hulpmiddelen weergegeven.

b) Kwaliteit ten aanzien van gezondheidsinterventies binnen de schoolsetting

Bij dit kwaliteitsniveau wordt meer de nadruk gelegd op specifieke gezondheidsinterventies, die in veel gevallen worden aangeboden door externe gezondheidsdiensten. Om te kunnen nagaan of de interventies aan de kwaliteitseisen voldoen, zullen er specifieke criteria en indicatoren nodig zijn. Hoewel er al duidelijk stappen in de goede richting zijn gemaakt, zijn de meeste kwaliteitsinstrumenten die de laatste jaren ontwikkeld zijn voornamelijk gericht op gezondheidsbevor-



Afbeelding 1: Het circulaire HEPS-kwaliteitsmodel

derende interventies in het algemeen, en niet specifiek toegespitst op specifieke settings als de schoolsetting. In tabel 2 staan enkele voorbeelden van dit soort kwaliteitsinstrumenten.

Bij kwaliteitsbeoordeling is het erg belangrijk te weten binnen welk referentiekader de beoordeling plaatsvindt. Omdat er nog maar weinig kwaliteitsinstrumenten zijn die specifiek betrekking hebben op scholen, bestaat het referentiekader van de HEPS-handleiding voor inventarisatie uit schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen.

1.3 HET HEPS-KWALITEITSMODEL

Zoals al eerder werd aangegeven, is kwaliteit een zeer breed begrip dat vanuit verschillende perspectieven kan worden benaderd. Om een volledige beoordeling te kunnen maken van de kwaliteit van schoolinterventies, moeten we alle relevante aspecten van een interventie bekijken, en ons niet alleen richten op één bepaald aspect, zoals de gerealiseerde uitkomsten. Volgens Donebedian zijn er drie dimensies voor kwaliteitsbeoordeling, namelijk structuurkwaliteit, proceskwaliteit en uitkomstkwaliteit (13). De **kwaliteit van de structuur** heeft hoofdzakelijk betrekking op de omstandigheden waaronder een interventie wordt aangeboden. Hierbij valt te denken aan de organisatiestructuur, instrumentele middelen (bijv. materiaal), financiële middelen en personele middelen (bijv. bevoegd personeel). Onder de **kwaliteit van het proces** vallen de activiteiten die gepaard gaan met het toepassen van de interventie, zoals de ondersteuning, controle, haalbaarheid en de acceptatie door de doelgroep. Bij de uitkomst- of **kwaliteit van het resultaat** gaat het onder andere om de gewenste en ongewenste veranderingen die plaatsvinden binnen de doelgroep en de setting. Dergelijke veranderingen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op doeltreffendheids- en doelmatigheidsaspecten.

De bovenstaande dimensies worden ook vaak toegepast bij gezondheidsbevordering en preventie. Voor het beoordelen van de kwaliteit van een interventie is geopperd om ook te kijken naar aspecten als analyse en planning (9, 14). Aangezien deze aspecten allebei betrekking hebben op dezelfde fase in het interventieproces, wordt voor deze extra dimensie de term **kwaliteit van het concept** gebruikt. Bij deze dimensie gaat het erom wat de conceptuele basis van de interventie is. Hierbij valt te denken aan het inventariseren van de

behoefte, het bepalen van de doelgroepen en doelstellingen en de ontwikkeling van interventiemethodes.

Het HEPS-kwaliteitsmodel (zie afbeelding 1) is gebaseerd op de vier bovengenoemde kwaliteitsdimensies. De dimensies sluiten op elkaar aan en vormen samen een holistisch overzicht van het concept kwaliteit. Om de kwaliteit van gezondheidsgerelateerde interventies te beoordelen, zal elke afzonderlijke kwaliteitsdimensie bekeken moeten worden. Zoals in het overzicht te zien is, wordt elke dimensie door de voorgaande dimensie beïnvloed. Zo zullen fouten en tekortkomingen in de planningsfase bijvoorbeeld resulteren in discrepanties en uitvoeringsproblemen tijdens de proces- en evaluatiefase. En als er tijdens de planningsfase geen of uitsluitend onvoldoende specifieke doelstellingen zijn geformuleerd, zal tijdens de evaluatiefase niet kunnen worden beoordeeld of de doelstellingen zijn behaald. In overeenstemming met het optimaliseringsmodel heeft het HEPS-kwaliteitsmodel een circulair karakter gekregen, zodat de uitkomsten van de uitgebreide kwaliteitsbeoordeling als input kunnen worden gebruikt voor het doorlopende kwaliteitsverbeteringsproces.

■ HOOFDSTUK 2

DE HEPS-HANDLEIDING VOOR INVENTARISATIE

Met de HEPS-handleiding voor inventarisatie kunnen bestaande schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen op nationaal of regionaal niveau in kaart worden gebracht. Er wordt eerst een stapsgewijze aanpak beschreven voor het inventariseren van de interventies. Vervolgens wordt in het tweede deel van dit hoofdstuk de HEPS-kwaliteitchecklist beschreven; deze checklist vormt het belangrijkste onderdeel van de handleiding voor inventarisatie.

2.1 HET HEPS-INVENTARISATIEPROCES

Door de verschillende schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen in kaart te brengen, wordt een duidelijk overzicht verkregen van de al bestaande interventies. Aan de hand van dit overzicht kunnen scholen de interventies selecteren die goed aansluiten op hun behoeften en verwachtingen. Het realiseren van een landelijke of regionale inventarisatie zal de belanghebbenden kostbare tijd en manuren kosten. Een duidelijk gestructureerde aanpak zal dan ook welkom zijn, aangezien dit de benodigde tijd aanzienlijk zal kunnen inkorten. Er wordt geadviseerd om bij het inventarisatieproces de volgende zeven stappen aan te houden:

1. Stel een werkgroep samen
2. Bepaal de inclusie- en exclusiecriteria
3. Selecteer de relevante interventies en verzamel relevante informatie
4. Analyseer en beschrijf de interventies
5. Laat de gegevens nakijken en geef feedback
6. Maak de resultaten bekend
7. Zorg ervoor dat de gegevens geregeld worden bijgewerkt

In de onderstaande subparagrafen worden de afzonderlijke stappen kort beschreven.

2.1.1 Stap 1: Stel een werkgroep samen

De eerste stap bestaat uit het vormen van een werkgroep die tot doel heeft de bestaande schoolinterventies op het gebied van gezonde voeding en bewegen te inventariseren. De leden van de werkgroep liggen niet vast, maar dienen wel allemaal over ervaring te beschikken

op het gebied van gezondheidsbevordering in scholen, gezond eten of bewegen. De leden kunnen afkomstig zijn van een enkele organisatie of van meerdere organisaties, al heeft het de voorkeur om zowel leden uit de sector van de gezondheidsbevordering als leden uit de onderwijssector in de werkgroep te hebben. Aangezien een landelijke inventarisatie tijds- en arbeidsintensiever zal zijn, dient een werkgroep voor een landelijke inventarisatie te bestaan uit leden die verschillende belanghebbenden (bijv. ministeries, universiteiten en stichtingen) vertegenwoordigen. Voor elk lid moet vanaf de aanvang van het werkproces duidelijk zijn wat zijn of haar rol en verantwoordelijkheid is, zodat er geen verarring ontstaat met betrekking tot de verschillende taken binnen de werkgroep.

2.1.2 Stap 2: Bepaal de inclusie- en exclusiecriteria

Voordat met de inventarisatie van de bestaande interventies begonnen kan worden, moet duidelijk zijn wat het hoofddoel van de inventarisatie is en onder welke omstandigheden een interventie wordt opgenomen in de inventarisatie. Hoe specifieker de inclusiecriteria omschreven worden, des te beter het zoekproces zal verlopen. De volgende vragen kunnen helpen bij het bepalen van vastomlijnde inclusiecriteria: *Voor welke doelgroep moet de interventie bestemd zijn? Wat moet de reikwijdte van de interventie zijn? Op welk geografisch niveau moet de interventie zich richten? Op welke onderwerpen moet de interventie zich richten?*

In het kader van het principe van de Gezonde School benadering kunnen de volgende inclusiecriteria van pas komen:

- De interventie wordt met name toegepast binnen de schoolsetting, bijv. in het basis- en voortgezet onderwijs.
- De interventie is gericht op kinderen van zes tot achttien jaar en/of op het onderwijzende en niet-onderwijzende schoolpersoneel.
- De interventie is gericht op gezondheidsbevordering en preventie; interventies gericht op behandeling of rehabilitatie worden niet in de inventarisatie opgenomen.
- De interventie is gericht op gezond eten en bewegen,

en op de geestelijke gezondheid als een daarmee samenhangend aspect.

- De interventie bestaat al en wordt op het moment van inventarisatie nog steeds op landelijk (of regionaal) niveau toegepast.
- Er is voldoende informatie over de interventie bekend.

2.1.3 Stap 3: Selecteer de relevante interventies en verzamel relevante informatie

Na het vaststellen van de inclusiecriteria kan de werkgroep beginnen met het zoeken naar interventies die voor de inventarisatie in aanmerking komen en het verzamelen van informatie over de betreffende interventies. Wel-

ke informatie nodig is, zal afhangen van de inclusiecriteria die bij de vorige stap zijn vastgelegd, de categorieën die deel uitmaken van de beschrijvingsopzet (zie stap 4) en de kwaliteitsindicatoren waarvoor informatie nodig is (zie paragraaf 2.2). Er kunnen verschillende bronnen gebruikt worden om relevante interventies te vinden, bijv. online databanken, gedrukte publicaties of enquêtes. Veel van de EU-lidstaten hebben landelijke databanken gecreëerd, die met behulp van een zoekmachine doorzocht kunnen worden. Duitsland heeft bijvoorbeeld een databank met gegevens over eten en bewegen (peb) en een databank met gegevens over gezondheidsbevordering voor mensen met een maatschappelijke achterstand, Nederland heeft de I-database (Interventiedatabase) en Oostenrijk heeft een databank met gegevens over Gezonde Scholen (zie de rubriek ‘Relevante internetpagina’s’ aan het eind van deze brochure).

Tabel 3: Opzet voor het beschrijven van schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen

Categorie	Beschrijving
1. Naam	De naam van de interventie.
2. Aanbieder	Een korte omschrijving van de partij die de interventie aanbiedt, inclusief informatie over het soort organisatie en de contactgegevens.
3. Doelgroep	Informatie over de doelgroep van de interventie, waaronder gegevens over leeftijd, klas, geslacht, sociaaleconomische achtergrond of een indeling naar primaire en de secundaire doelgroep (bijv. respectievelijk leerlingen en ouders).
4. Doelstellingen	Een nauwkeurige beschrijving van de doelstellingen van de interventie. Is er sprake van korte- en/of langetermijndoelstellingen? Heeft de interventie tot doel om specifiek gedrag te voorkomen dat een gezondheidsrisico met zich meebrengt of heeft de interventie tot doel bepaalde vaardigheden of omstandigheden te bevorderen die gezond eten en/of bewegen stimuleren?
5. Reikwijdte	Informatie over de reikwijdte van de interventie. Hieronder valt informatie over het niveau waarop de interventie wordt toegepast (in de klas, schoolbreed of in de gehele omgeving van de school)
6. Inhoud	Een algemene beschrijving van de inhoud en een meer gedetailleerde beschrijving van de verschillende aspecten van de interventie. Deze interventieaspecten kunnen bijvoorbeeld worden onderverdeeld in persoonsgerichte en settinggerichte aspecten of in klasgerichte en omgevingsgerichte aspecten.

7. Methodes & didactiek	Een beschrijving van de methodes en didactische principes die bij de interventie worden toegepast, zoals kennisoverdracht, oefeningen gericht op de dynamiek binnen de groep en trainingen. Ook informatie over de te gebruiken materialen (zoals brochures en dvd's) valt onder deze categorie..
8. Duur	Informatie met betrekking tot de looptijd van de interventie, waaronder bijvoorbeeld het totale tijdsbestek van de interventie, de benodigde tijd voor de afzonderlijke componenten/onderdelen/sessies (en het aantal sessies per week).
9. Toepassing van het programma	Informatie over de benodigde competenties van degenen die het programma gaan toepassen. Zo moet vermeld worden wat de benodigde kwalificaties zijn en of er speciale training nodig is om de interventie te mogen implementeren. Als op verschillende onderdelen verschillende kwalificatie- en functie-eisen van toepassing zijn, dient dit te worden toegelicht.
10. Training/ handboek	In deze categorie wordt informatie gegeven over de eventuele noodzaak en/of beschikbaarheid van training voor onderwijzers of anderen die het programma ten uitvoer brengen. Wat zijn de voorwaarden, wie moet eraan deelnemen en hoe vaak? Is er een handboek van het programma beschikbaar?
11. Kosten	Gegevens over alle kosten die gemaakt moeten worden in het kader van de toepassing van de interventie, met speciale aandacht voor de kosten voor scholen. Hierbij valt te denken aan een beschrijving van de kosten met betrekking tot personeel, training, materialen en voorbereidingstijd.
12. Evaluatie	In deze categorie wordt informatie gegeven over de evaluatie ten aanzien van de proces- en uitkomstkwaliteit van de interventie. Wat voor soort evaluatie is toegepast (bijv. procesbeoordeling, effectbeoordeling of rendabiliteitsbeoordeling)? Zijn er effecten vastgelegd wat betreft de bevordering van gezond eten en bewegen?
13. Kwaliteitsbeoordeling	Deze categorie heeft betrekking op de beoordeling van de kwaliteit van de interventie, die plaatsvindt aan de hand van de HEPS-kwaliteitchecklist. Het gaat hierbij niet alleen om de uitkomsten van de beoordeling van de vier kwaliteitsdimensies; er wordt namelijk ook gekeken naar de totale kwaliteit van de interventie en naar de sterke en zwakke punten ervan. De interventie kan worden aanbevolen als deze kan worden aangemerkt als een voorbeeld van 'good practice'.
14. Overige	In deze categorie kan informatie worden opgenomen die niet onder een van de overige categorieën valt, maar wel belangrijk is om een goed beeld van de interventie te kunnen vormen. Te denken valt aan informatie uit literatuurbronnen.

Wetenschappelijke databanken kunnen een handig hulpmiddel zijn bij het opzetten van een systematisch literatuuronderzoek. Andere handige bronnen zijn de landelijke en regionale netwerken voor gezondheidsbevordering in scholen, en de landelijke SHE-coördinatoren, die tot de werkgroep kunnen behoren of geraadpleegd kunnen worden over bestaande interventies. Een andere mogelijkheid is om organisaties op het gebied van gezond eten en bewegen in scholen te benaderen en door middel van een enquête te vragen met welke schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen zij bekend zijn. Nadat een interventie geïdentificeerd is, is het handig om rechtstreeks contact op te nemen met de partij die de interventie beschikbaar heeft gesteld, en te vragen om een beschrijving en eventuele aanvullende informatie, zoals evaluatiegegevens.

2.1.4 Stap 4: Analyseer en beschrijf de interventies

Als de relevante interventies zijn gevonden, moeten de gegevens van elke interventie systematisch worden vastgelegd en worden geanalyseerd. Voor het systematisch vastleggen van de gegevens moeten relevante en niet-relevante gegevens gescheiden worden en moet de relevante informatie worden samengevat tot een duidelijke, bondige beschrijving van de interventie. De analyse maakt deel uit van de kwaliteitsbeoordeling, en de uitkomsten moeten worden opgenomen in de beschrijving van de interventie. In paragraaf 2.2 wordt uitvoerig beschreven hoe de kwaliteit van een schoolinterventie op het gebied van gezond eten en bewegen kan worden beoordeeld. De kwaliteitsbeoordeling en de beschrijving van de interventie dienen door minstens twee personen te worden uitgevoerd. Zo kunnen de resultaten van de kwaliteitsbeoordeling en de beschrijving worden vergeleken en eventuele verschillen worden besproken. Om de geïnventariseerde interventies onderling rechtstreeks te kunnen vergelijken, moeten de beschrijvingen volgens een gestandaardiseerd beschrijvingssysteem worden opgesteld. Op basis van een inventarisatie van bestaande beschrijvingssystemen (15-17) is de volgende beschrijvingsopzet tot stand gekomen. Hierin worden verschillende categorieën gebruikt die doorgaans relevant zijn voor scholen en belanghebbenden. In hoofdstuk 3 worden praktijkvoorbeelden beschreven aan de hand van deze beschrijvingsopzet.

2.1.5 Stap 5: Laat de gegevens nakijken en geef feedback

De aanbieders van de interventies dienen ervan op de hoogte te worden gebracht dat hun interventies in de inventarisatie zijn opgenomen. Men dient hen te vragen de beschrijving te controleren en eventuele aanpassingen of aanvullingen door te geven. Door deze stap neemt de kans op fouten af en wordt ervoor gezorgd dat de aanbieder bij het ontwikkelingsproces wordt betrokken.

Elke aanbieder waarvan een interventie in de inventarisatie is opgenomen dient feedback te ontvangen over de uitkomst van de kwaliteitsbeoordeling. Zoals in hoofdstuk 1 al werd benadrukt, is de HEPS-handleiding voor inventarisatie een kwaliteitszorginstrument (zie paragraaf 1.3). Er moeten dan ook acties plaatsvinden die tot doel hebben de kwaliteit te verbeteren (11), en een van deze acties bestaat uit concrete terugkoppeling naar de aanbieder van de interventie. De feedback moet in ieder geval bestaan uit de belangrijkste beoordelingsuitkomsten ten aanzien van de afzonderlijke kwaliteitsdimensies en uit een beschrijving van de sterke en zwakke punten van de interventie. Hoe gedetailleerder deze punten, met name de zwakke, worden beschreven, des te beter de aanbieder in staat zal zijn om veranderingen door te voeren om de interventie te verbeteren. Een goede manier om de uitkomsten van de kwaliteitsbeoordeling van een interventie inzichtelijk te maken is om deze te vergelijken met de uitkomsten van alle interventies die op hetzelfde moment beoordeeld werden. Dergelijke benchmarks kunnen gebruikt worden voor alle kwaliteitsdimensies (concept-, structuur-, proces- en resultaatkwaliteit) of, als gedetailleerdere gegevens gewenst zijn, voor alle punten van de HEPS-kwaliteitchecklist (zie paragraaf 2.2). Wanneer feedback over zwakke punten wordt gegeven, kan ook gelijk informatie worden verstrekt over de benodigde acties.

2.1.6 Stap 6: Maak de resultaten bekend

Nadat elke interventie door de aanbieder gecontroleerd is, kan de inventarisatie gepubliceerd worden. De inventarisatie moet zo toegankelijk mogelijk worden gemaakt voor de verschillende partijen die er voordeel van kunnen hebben (zoals scholen en externe belanghebbenden). De uiteindelijke inventarisatie zou bij-

voorbeeld gratis of zeer goedkoop kunnen worden aangeboden. Daarnaast wordt geprobeerd een zo groot mogelijk publiek te bereiken, door de afzonderlijke doelgroepen te benaderen op een manier die voor de betreffende groep het meest geschikt is. Zo zou de inventarisatie bijvoorbeeld tijdens een speciale conferentie kunnen worden gepresenteerd en verspreid. Een andere manier is om exemplaren op te sturen naar regionale of landelijke belanghebbenden die zich beroepsmatig bezighouden met gezondheidsbevordering op scholen en/of scholen ondersteunen bij het bevorderen van gezond eten en bewegen. De belanghebbenden zijn zelf een van de doelgroepen, maar kunnen tevens een rol spelen bij de verspreiding van de inventarisatie. Internet vormt ook een goed medium om de resultaten te verspreiden, aangezien vrijwel alle personen en organisaties toegang tot internet hebben. De inventarisatie zou op verschillende onderwijs- en gezondheidsgerelateerde internetpagina's kunnen worden geplaatst die veel door scholen en belanghebbenden geraadpleegd worden. De inventarisatie kan ook via relevante nieuwsbrieven onder de aandacht worden gebracht. Tevens kunnen de resultaten van de inventarisatie worden opgenomen in bestaande databanken op het gebied van gezondheidsbevordering (zie stap 3). Als er nog geen regionale of landelijke databank op dit gebied bestaat, zou de inventarisatie van de schoolinterventies een mooie aanleiding kunnen zijn om er een te creëren.

2.1.7 Stap 7: Zorg ervoor dat de gegevens geregeld worden bijgewerkt

Zoals blijkt uit het circulaire karakter van de kwaliteitszorg, is kwaliteitsontwikkeling een doorlopend proces van beoordeling en verbetering. Hieruit volgt dat de situatie na enige tijd opnieuw moet worden beoordeeld. Zo is het mogelijk om de kwaliteit van een bepaalde interventie op verschillende tijdstippen te vergelijken, en te bepalen of de kwaliteit van de interventie zich in positieve zin ontwikkeld heeft. Gezien het feit dat er steeds meer aandacht komt voor gezond eten en bewegen, is het te verwachten dat het aantal schoolinterventies op dit gebied de komende jaren zal gaan toenemen. Het wordt dan ook aangeraden om de inventarisatie van schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen regelmatig bij te werken.

2.2 DE HEPS-KWALITEITCHECKLIST

De HEPS-kwaliteitchecklist vormt een belangrijk onderdeel van de HEPS-handleiding voor inventarisatie, en bestaat uit een verzameling criteria en indicatoren waarmee de kwaliteit van bestaande schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen kan worden beoordeeld door de gebruikers. Daarnaast kan de checklist worden gebruikt om nieuw te ontwikkelen schoolinterventies op dit gebied op te funderen. De criteria en indicatoren zijn voortgekomen uit uitgebreid onderzoek naar bestaande kwaliteitsinstrumenten ten aanzien van gezondheidsbevordering en preventie (18-24), en uit wetenschappelijke gegevens en ervaringen met betrekking tot gezond eten en bewegen in scholen (25-37). Met het in paragraaf 1.3 beschreven HEPS-kwaliteitsmodel als basis, zijn voor elke kwaliteitsdimensie verschillende criteria vastgesteld, die op hun beurt weer bestaan uit een verzameling verwante indicatoren. Een indicator wordt gezien als "een speciaal geselecteerde maat aan de hand waarvan goede of slechte kwaliteit aan het licht kan worden gebracht" (10). In het kader van een testprocedure is de HEPS-kwaliteitchecklist in bepaalde EU-lidstaten al gebruikt door regionale en landelijke belanghebbenden uit de gezondheidsbevorderings- en onderwijssector. De HEPS-kwaliteitchecklist is te vinden in bijlage 1. In de onderstaande paragrafen wordt uitgelegd hoe de checklist moet worden gebruikt.

2.2.1 Het beoordelen van de interventies – algemene procedure

De HEPS-kwaliteitchecklist bestaat uit 37 indicatoren. Deze indicatoren zijn verspreid over in totaal tien criteria en vier kwaliteitsdimensies. De gebruikte indicatoren zijn voor zowel de gezondheidsbevorderingssector als de onderwijssector relevant. Met het kwaliteitsmodel (zie paragraaf 1.3) als basis, wordt ervoor gezorgd dat voor alle relevante stadia van een interventie (planning, implementatie en evaluatie) een uitvoerige kwaliteitsbeoordeling plaatsvindt.

De kwaliteitsbeoordeling heeft over het algemeen puur betrekking op de eigenlijke schoolinterventie (bijv. de manier waarop de interventie door de aanbieder is gepland en georganiseerd), en niet zozeer op de manier waarop de interventie binnen een bepaalde school is geïmplementeerd. Aangezien de kwaliteitchecklist een

evaluatiemiddel is, moet de beoordeling gebaseerd zijn op al dan niet gepubliceerde gegevens van de aanbieder, en niet op de ervaringen van een school.

Te gebruiken informatiebronnen voor de beoordeling

Middelen die goed gebruikt kunnen worden zijn onder andere gepubliceerd materiaal als boeken, handboeken, en wetenschappelijke artikelen die betrekking hebben op de evaluatie of op het theoretische model dat voor een bepaalde interventie is gebruikt. Het is ook mogelijk om gegevens uit andere externe evaluaties op te nemen in de kwaliteitsbeoordeling. In het geval dat er gegevens ontbreken, kan men de aanbieder om aanvullende informatie vragen, bijvoorbeeld in de vorm van niet-uitgebrachte rapporten, casestudy's of handboeken. Niet-schriftelijke informatie dient echter niet te worden meegenomen in de beoordeling (zie paragraaf 2.2.3).

De beoordelaar

Zoals al aangegeven in paragraaf 2.1.4, is het aan te raden om minstens twee beoordelaars onafhankelijk van elkaar alle afzonderlijke kwaliteitsbeoordelingen te laten verrichten. Het voordeel hiervan is dat de uitkomsten van de beoordelingen dan vergeleken kunnen worden, en eventuele afwijkingen kunnen worden besproken en opgehelderd, indien nodig. Het heeft de voorkeur dat alle beoordelaars kennis hebben op het gebied van gezondheidsbevordering en preventie in het algemeen en gezondheidsbevordering op school in het bijzonder. Aangezien de kwaliteitchecklist is toegespitst op de onderwijssetting, zou het het beste zijn als alle schoolinterventies zouden worden beoordeeld door één deskundige uit de onderwijssector en één deskundige uit de gezondheidsbevorderingssector (18). Op deze manier is het zeker dat er ook voldoende aandacht wordt geschonken aan de onderwijsgerelateerde aspecten. Daarnaast wordt geadviseerd om onervaren beoordelaars eerst door ervaren beoordelaars te laten begeleiden en hen niet direct zelf een beoordeling te laten uitvoeren.

Hulp bij de beoordeling

Om het gebruiksgemak te verhogen en te garanderen dat de indicatoren van de HEPS-kwaliteitchecklist door iedereen op de juiste wijze worden geïnterpreteerd, wordt van elke indicator een uitgebreide beschrijving gegeven (zie bijlage 1). Deze beschrijvingen dienen goed te worden doorgelezen alvorens tot een oordeel te ko-

men, zodat de beoordelaar goed begrijpt wat er precies met elke indicator wordt bedoeld en wanneer aan de eisen wordt voldaan. In de kwaliteitchecklist wordt achter elke kwaliteitsindicator een paginanummer weergegeven. Dit paginanummer verwijst naar de pagina waar een uitgebreide beschrijving van de betreffende indicator te vinden is. Ook is er een verklarende woordenlijst opgesteld, waarin de belangrijkste termen uit de checklist beschreven worden (zie bijlage 2).

De benodigde tijd voor de beoordeling

Hoeveel tijd nodig is om voor een bepaalde interventie de kwaliteitchecklist te doorlopen zal afhangen van punten als de reikwijdte van de interventies, de beschikbaarheid van gegevens en de mate van deskundigheid van de beoordelaar. De testprocedure heeft aangetoond dat de gemiddeld benodigde tijd van interventie tot interventie verschilt. De benodigde tijd voor de beoordeling zal afnemen naarmate de beoordelaar meer ervaring heeft op dit gebied en vaker met de HEPS-kwaliteitchecklist heeft gewerkt.

2.2.2 Het toekennen van punten aan en interpreteren van de indicatoren en kwaliteitsdimensies

De HEPS-kwaliteitchecklist bevat een scoreformulier waarmee per indicator inzichtelijk kan worden gemaakt in hoeverre er sprake is van sterke of zwakke punten. Aan elke indicator wordt een van de onderstaande drie waarderings (ja, gedeeltelijk, nee) toegekend, waaraan een score (een bepaald aantal punten) verbonden is:

Ja (2 punten):	er wordt “volledig” voldaan aan de indicator.
Gedeeltelijk (1 punt):	er wordt “gedeeltelijk wel en gedeeltelijk niet” voldaan aan de indicator.
Nee (0 punten):	er wordt “niet” voldaan aan de indicator.

Als er te weinig informatie beschikbaar is om een bepaalde indicator te beoordelen, kan deze indicator de waardering “nee” (niet voldaan, 0 punten) krijgen. Per dimensie wordt aan het einde bekeken hoeveel punten er zijn behaald, en het totale aantal punten voor deze dimensie wordt vervolgens genoteerd in het veld “totaalscore”. Nadat de totaalscore berekend is, kan deze uitkomst aan de hand van de beoordelingstabel wor-

den vergeleken en geïnterpreteerd. Een dergelijke beoordelingstabel wordt na elke dimensie weergegeven en maakt het mogelijk om per dimensie te bekijken of er sprake is van hoge kwaliteit (2 punten), gemiddelde kwaliteit (1 punt) of lage kwaliteit (0 punten) (zie de rechterkolom “eindscore”).

Nadat de afzonderlijke kwaliteitsdimensies beoordeeld en geïnterpreteerd zijn, kan de totaalbeoordeling van de kwaliteit van de interventie worden bepaald. Hiervoor worden de eindscores van de afzonderlijke dimensies opgeteld (rechterkolom) en wordt de uitkomst wederom vergeleken met de gegevens in de beoordelingstabel aan het eind van de checklist. Op basis van deze tabel wordt bepaald of er sprake is van hoge interventiekwaliteit, gemiddelde interventiekwaliteit of lage interventiekwaliteit.

Om de kwaliteit van een schoolinterventie op het gebied van gezond eten en bewegen goed te kunnen interpreteren, wordt men aangeraden zich niet puur te baseren op de totaalbeoordeling van de interventie als geheel, maar ook goed te kijken naar de beoordelingsresultaten van de afzonderlijke dimensies. Zo wordt een beter beeld verkregen van de kwaliteit en de sterke en zwakke punten van de interventie.

Zoals in paragraaf 2.1.5 al werd vermeld, kunnen de resultaten (scores) van een interventie ook vergeleken worden met de resultaten van andere interventies. Dit is een aanvullende en flexibelere manier om de uitkomsten van de kwaliteitsbeoordeling inzichtelijk te maken. Een dergelijke vorm van benchmarking leent zich ook goed om gebieden in kaart te brengen waar verbeteringen welkom zijn. Wanneer voor alle schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen een kwaliteitsbeoordeling heeft plaatsgevonden, kunnen de behaalde scores worden opgenomen in een databank. Nadat voor alle kwaliteitscriteria en dimensies van de interventies een gemiddelde is bepaald, kan worden nagegaan of een bepaalde interventie onder of boven het gemiddelde valt. Voor een dergelijke beoordeling is het wel belangrijk dat de interventies onderling te vergelijken zijn, dus dat omstandigheden als het soort school, de reikwijdte en het toepassingsniveau overeenkomen.

2.2.3 Moeilijkheden en oplossingen

Het doel van de HEPS-kwaliteitchecklist is om het de gebruikers makkelijker te maken om de kwaliteit van schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen te beoordelen. Toch kunnen zich moeilijkheden voordoen bij het gebruik van deze checklist. In deze paragraaf worden verschillende potentiële problemen aangekaart en oplossingen aangedragen.

Het verzamelen van informatie

Er is veel informatie nodig om een schoolinterventie te kunnen beoordelen. Hierbij valt te denken aan gepubliceerde materialen en boeken, maar ook aan niet-gepubliceerde informatie, die ook wel ‘grijze literatuur’ wordt genoemd. Voor bepaalde indicatoren kan het lastig zijn om informatie te vinden op basis waarvan de betreffende indicatoren beoordeeld kunnen worden. Mogelijk is er helemaal geen informatie beschikbaar of bestaan er alleen niet-gepubliceerde materialen, die niet zomaar toegankelijk zijn. Om er zeker van te zijn dat alle beschikbare informatie in de beoordeling wordt meegenomen, is het verstandig om in een zo vroeg mogelijk stadium de aanbieder van de interventie bij het proces te betrekken. Niet-schriftelijke informatie mag echter niet gebruikt worden. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om informatie die de aanbieder mondeling heeft gegeven. Aangezien dergelijke informatie ook niet beschikbaar is voor degene die de interventie moet toepassen, wordt deze niet meegenomen in de beoordeling. Een gebrek aan schriftelijke informatie kan gezien worden als een gebrek aan kwaliteit.

De kwalificatie van de beoordelaars

Een ander mogelijk probleem heeft te maken met de beoordelaar, dus met degene die de HEPS-kwaliteitchecklist toepast. De kennis en ervaring waarover deze persoon moet beschikken om de checklist goed te gebruiken moet niet worden onderschat. Om de betrouwbaarheid van de kwaliteitsbeoordeling zeker te stellen, is het belangrijk dat beoordelaars die weinig ervaring op dit gebied hebben, eerst goed worden opgeleid. Ook belangrijk is dat de checklist zo objectief mogelijk wordt toegepast; de beoordelaar mag dus niet beïnvloed worden door omstandigheden die het objectieve karakter van de kwaliteitsbeoordeling zouden kunnen aantasten. Een beoordelaar mag dus bijvoorbeeld niet persoonlijk betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van de te beoordelen interventie.

Wanneer moet welke interventie worden toegepast?

Er wordt vanuit gegaan dat alle indicatoren die in de HEPS-kwaliteitchecklist zijn opgenomen voor alle bestaande schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen van belang zijn. Door onderlinge verschillen kan het echter wel zijn dat voor bepaalde interventies de ene indicator relevanter is dan de andere. Er kunnen verschillende soorten gezondheidsbevorderende interventies worden onderscheiden (19, 22), maar in het kader van de HEPS-kwaliteitchecklist zijn slechts twee soorten gezondheidsbevorderende interventies relevant. Dat zijn de interventies die al wel ontwikkeld en ingevoerd maar nog niet beoordeeld zijn, en interventies die al ontwikkeld en ingevoerd en ook al beoordeeld zijn. Bij interventies die al beoordeeld zijn, kunnen alle indicatoren op de normale wijze worden toegepast. Bij nog niet beoordeelde interventies is het echter lastig om de indicatoren behorend tot de vierde dimensie (kwaliteit van het resultaat) toe te passen. Dit betekent echter niet dat nog niet beoordeelde interventies automatisch een lage kwaliteit hebben. Voor dit soort interventies kan in eerste instantie worden volstaan met het beoordelen van de eerste drie kwaliteitsdimensies. Het bovenstaande is vooral relevant voor regionale interventies, aangezien deze doorgaans minder omvangrijk zijn, en er voor deze interventies vaak maar weinig informatiebronnen beschikbaar zijn, wat het lastig kan maken om deze interventies grondig en snel te beoordelen. Desondanks moet wel benadrukt worden dat elke afzonderlijke dimensie van grote invloed is op de totale kwaliteit van een interventie. Als er gedurende langere tijd geen beoordeling heeft plaatsgevonden, dient dit te worden beschouwd als een kwaliteitsverlagende factor. Interventies die zich nog in het ontwikkelingsstadium bevinden, zijn niet geschikt om de HEPS-kwaliteitchecklist op toe te passen.

Toepassing op verschillende niveaus

De doelgroep van de HEPS-handleiding voor inventarisatie bestaat uit nationale en regionale belanghebbenden. Hoewel de HEPS-checklist zich met name goed leent voor interventies op landelijk niveau, heeft de testprocedure uitgewezen dat een groot deel van de respondenten de HEPS-kwaliteitchecklist ook geschikt vindt voor gebruik op regionaal niveau. Aangezien lokale interventies vaak kleinschalig zijn en de reikwijdte en beschikbare middelen doorgaans beperkt zijn, verwachten we dat het bij dergelijke interventies lastig kan zijn om bepaalde indicatoren van de HEPS-kwali-

teitchecklist toe te passen. Een van de uitdagingen om aan te gaan werken is dan ook het dusdanig aanpassen van de HEPS-kwaliteitchecklist dat deze goed aansluit op de regionale behoeften.

Informatieve waarde en contextuele afhankelijkheid

De HEPS-kwaliteitchecklist is gefundeerd op empirisch bewijs en praktijkervaring op het gebied van gezond eten en bewegen in de schoolsetting. Met de diverse criteria en indicatoren lijkt de HEPS-kwaliteitchecklist puur betrekking te hebben op normatieve eisen en normen bezien vanuit een deskundigenperspectief (zie paragraaf 1.1), maar eigenlijk dienen de kwaliteitchecklist en de resultaten ervan voornamelijk gezien te worden als uitgangspunt en inspiratiebron ten aanzien van kwaliteit en kwaliteitsontwikkeling. Dit wil niet zeggen dat een kwalitatief hoogwaardige interventie ook automatisch voor een school van grote waarde zal zijn of dat een interventie met een lage kwaliteit geen waarde zal hebben voor een school. In hoeverre een interventie waardevol is voor een bepaalde school, zal afhankelijk zijn van de omstandigheden en de specifieke behoeften van die school. Om scholen de kans te geven interventies te selecteren die goed aansluiten op hun specifieke behoeften, wordt geadviseerd om in de inventarisatie zowel kwalitatief hoogwaardige interventies als interventies van lage en gemiddelde kwaliteit op te nemen.

■ HOOFDSTUK 3

DE HEPS-HANDLEIDING VOOR INVENTARISATIE IN DE PRAKTIJK – TWEE VOORBEELDEN

Dit hoofdstuk gaat over het gebruik van de handleiding voor inventarisatie bij twee schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen. De interventies die aan bod komen zijn het Duitse “Children’s Health Interventional Trial”-programma (CHILT-programma) en het Schotse “Growing Through Adolescence”-programma. Beide interventies zijn beoordeeld aan de hand van de HEPS-kwaliteitchecklist en beschreven volgens de in paragraaf 2.1.4 voorgestelde opzet. In de onderstaande paragrafen worden de resultaten van deze twee interventies uiteengezet.

3.1 HET ‘CHILDREN’S HEALTH INTERVENTIONAL TRIAL’-PROGRAMMA (CHILT-PROGRAMMA) UIT DUITSLAND

Het “Children’s Health Interventional Trial”- of CHILT-programma is een Duitse interventie die zich door middel van verschillende deelinterventies richt op verschillende niveaus, van globale preventie/gezondheidsbevordering (CHILT I – gezond eten en bewegen) tot selectieve vormen van preventie (CHILT III – preventie/behandeling van obesitas). Bij het in dit hoofdstuk

gebruikte voorbeeld ligt de nadruk op CHILT I, aangezien die interventie gericht is op gezondheidsbevordering en de doelgroep bestaat uit alle basisschoolleerlingen. CHILT III daarentegen wordt niet toegepast binnen de schoolsetting en is gericht op kinderen en adolescenten met obesitas. De CHILT I-interventie werd tijdens de inventarisatie gevonden door te zoeken op internet en in de literatuur. Voor de beoordeling van deze interventie werd gebruik gemaakt van boeken, handboeken en artikelen die op internet geraadpleegd konden worden, en van verscheidene literatuurdata-banken. Na een eerste beoordeling werd een beschrijving van de CHILT I-interventie opgesteld, aan de hand van de gestandaardiseerde HEPS-opzet (zie paragraaf 2.1.4). De aanbieder van de CHILT-interventie werd op de hoogte gebracht en gevraagd naar eventuele extra materialen die zouden kunnen helpen bij de kwaliteitsbeoordeling.^{a)} Naar aanleiding van de reactie van de aanbieder werd de interventie opnieuw beoordeeld en werd de beschrijving ervan aangepast. Aan het eind van dit proces werd de aanbieder opnieuw verzocht om de beschrijving van de interventie te controleren. In tabel 4 staan het resultaat van deze beoordeling en de uiteindelijke beschrijving.

Tabel 4: Beschrijving van het programma Children’s Health Interventional Trial I (CHILT I)

Naam	CHILT-programma – Children’s Health Interventional Trial
Aanbieder	Deutsche Sporthochschule Köln Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft Abteilung III – Bewegungs- und Gesundheitsförderung Am Sportpark Müngersdorf 6 50933 Köln E-mail: chilt@dshs-koeln.de Website: http://www.chilt.de
Doelgroep	Het CHILT-I-programma is hoofdzakelijk gericht op basisschoolleerlingen (klas 1 tot en met 4). Afhankelijk van het onderdeel van het CHILT-programma kunnen er drie verschillende doelgroepen worden onderscheiden. ^{b)} CHILT I is

a) Met dank aan dr. Christine Graf (Deutsche Sporthochschule Köln, Duitsland) voor haar zeer gewaardeerde steun.

b) Deze interventiebeschrijving heeft betrekking op CHILT-I

	<p>gericht op globale preventie; deze doelgroep bestaat dus uit alle basisschoolleerlingen (dus ook leerlingen die geen verhoogd risico op overgewicht hebben). CHILT II is gericht op kinderen die een verhoogd risico op overgewicht hebben en wiens BMI zich boven het 90^e percentiel bevindt. CHILT III is een doelgerichte preventieve vorm van interventie voor kinderen en adolescenten met obesitas (≥ 97^e percentiel). CHILT III wordt niet toegepast binnen de schoolsetting.</p>
Doelstellingen	<p>Het algemene doel van het CHILT I-project is om basisschoolleerlingen te leren dat gezondheid en bewegen leuk kunnen zijn. In het bijzonder heeft het CHILT I-project tot doel om kinderen tijdens de lessen en pauzes door middel van lichamelijke activiteit meer energie te laten verbruiken, de lessen lichamelijke opvoeding te verbeteren en de leerlingen meer over gezondheid te leren. Het project heeft ook tot doel om het aantal kinderen dat in een later stadium overgewicht krijgt terug te dringen.</p>
Reikwijdte	<p>Het CHILT I-project wordt binnen de schoolsetting als geheel, maar hoofdzakelijk op klasniveau uitgevoerd, in de vorm van gezondheidsvoorlichtingslessen die gegeven worden door de onderwijzers. Daarnaast worden de leerlingen door het gebruik van bijvoorbeeld speeltoestellen en speelgoed zoals ballen en springtouwen gestimuleerd om tijdens pauzes en andere vrije momenten meer te bewegen.</p>
Inhoud	<p><u>Programma-inhoud m.b.t. klasniveau:</u> bewegingspauzes en lessen waarin voorlichting wordt gegeven over gezond eten en bewegen. <i>Programma-inhoud m.b.t. de schoolsetting als geheel:</i> het stimuleren van bewegen tijdens pauzes en andere vrije momenten.</p> <p>Leerkrachten worden verzocht om eenmaal per week een gezondheidsvoorlichtingsles (van circa dertig minuten) te verzorgen, en elke ochtend tussen de lessen een bewegingspauze (van vijf minuten) in te lassen. Ook dienen de leerkrachten ervoor te zorgen dat de schoolpauzes een zogeheten 'bewegingsvriendelijk' karakter krijgen. Na een basistraining krijgen de leerkrachten instructiematerialen voor het verzorgen van de gezondheidsvoorlichtingslessen en het stimuleren van bewegen gedurende de schooldag. In het gezondheidsvoorlichtingsmateriaal komen verschillende onderwerpen aan bod, waaronder het biologische theoretische kader (31 lessen), voedingsleer (13 lessen), psychosociale aspecten (16 lessen), hygiëne (9 lessen) en koken (6 lessen). Het voorlichtingsmateriaal bevat informatie voor in totaal 106 lessen.</p> <p>Om leerlingen de kans te geven tijdens de lessen, pauzes en andere vrije momenten, en als onderdeel van de lessen lichamelijke opvoeding meer te bewegen, is er extra voorlichtingsmateriaal ontwikkeld voor de leerkrachten. Hierin staan aanbevelingen voor rugoefeningen (12 oefeningen), voor lessen lichamelijke opvoeding (6 oefeningen gericht op de coördinatie, 6 gericht op spierkracht, 7 gericht op het uithoudingsvermogen, 2 gericht op acrobatiek, 3 gericht op ritme en dans, 3 gericht op zwemmen, 4 gericht op samenwerking en wedstrijdjes, en 20 renspletjes), voor bewegingspauzes (32 ontspannings- en 26 bewegingsoefeningen, onderverdeeld naar de benodigde ruimte) en voor het aanleggen van een bewegingsvriendelijk schoolplein. In het voorlichtingsmateriaal is tevens een handleiding opgenomen voor het testen van de motorische</p>

	<p>vaardigheid. De aanbevelingen voor de aanleg van een bewegingsvriendelijk schoolplein zijn weergegeven in een stapsgewijze procedure. Er is aandacht voor potentiële externe partners en financiers, en er worden 13 spelletjes beschreven die kunnen worden aangepast op grond van de beschikbare faciliteiten op de school. Alle materialen lenen zich goed voor interdisciplinair gebruik.</p>
Methodes & didactiek	<p>De methodes en didactische principes die gebruikt worden zijn dynamisch van aard en variëren van bijvoorbeeld gespreksrondes en spelletjes tot kooklessen en klassikale oefeningen. Voor elke individuele gezondheidsvoorlichtingsles is een modelwerkblad beschikbaar. Deze werkbladen hebben allemaal dezelfde opzet en bevatten informatie over de doelstellingen, de benodigde materialen/voorbereiding, de sociale vorm (bijv. een kring), de realisatie/voortgang, de benodigde tijd, de doelgroep, tips op methodologisch en didactisch vlak en verwijzingen naar andere oefeningen en werkbladen uit het programma. Alle benodigde materialen voor het CHILT I-project zijn te vinden in twee boekwerken, die geleverd worden met een cd-rom met daarop alle benodigde modelwerkbladen. De materialen kunnen redelijk naar eigen inzicht worden gebruikt, waardoor leerkrachten de lessen kunnen afstemmen op hun leerlingen en de wensen van de school. Ook kunnen ze ter aanvulling andere materialen over hetzelfde onderwerp gebruiken bij hun lessen. Er wordt in de documentatie geregeld verwezen naar al bestaande materialen. Er wordt met name gewezen op kruisverwijzingen tussen de twee boeken van het project en deze lenen zich goed voor een interactieve manier van werken.</p>
Duur	<p>Alle materialen kunnen meerdere jaren achter elkaar gebruikt worden. Tijdens de proef werd de interventie bijna vier jaar lang toegepast, met wekelijkse gezondheidsvoorlichtingslessen van twintig tot dertig minuten. Als onderdeel van dit programma dienen elke ochtend de lessen te worden onderbroken door een bewegingspauze van vijf minuten.</p>
Toepassing van het programma	<p>De CHILT I-interventie wordt hoofdzakelijk door basisschoolleerkrachten toegepast. Om dit goed te kunnen doen, dienen zij een basistraining te volgen. Er zijn geen gegevens gevonden over de kwalificaties die nodig zijn om het programma te mogen uitvoeren.</p>
Training/handboek	<p>De aanbieder van de CHILT I-interventie biedt een basistraining aan die de leerkrachten kunnen volgen voordat zij de interventie gaan toepassen. De training heeft drie hoofddoelen: 1) de leerkrachten meer bewust maken van het belang van een gezonde leefstijl; 2) de leerkrachten helpen bij het creëren en implementeren van gezondheidsvoorlichting en bewegingsmomenten tijdens de schooldag; en 3) de leerkrachten leren hoe ze de leerlingen kunnen stimuleren om meer te bewegen, zodat de leerlingen actiever worden en nieuwe vaardigheden aanleren. Naast de basistraining worden er ook aanvullende workshops over specifieke onderwerpen aangeboden waaraan op vrijwillige basis kan worden meegedaan. De leerkracht wordt voorzien van alle benodigde materialen voor het uitvoeren van de interventie.</p>

<p>Kosten</p>	<p>Aan het programma zijn kosten verbonden, met name ten aanzien van de training voor de leerkrachten en de benodigde materialen. De basistraining kost circa EUR 200 per leerkracht en de twee boeken met daarin alle benodigde materialen kosten EUR 35 per stuk. Er is niets bekend over eventuele aanvullende kosten.</p>
<p>Evaluatie</p>	<p>De intensiteit waarmee de bij de interventie behorende voorlichtingslessen werden toegepast varieerde van eens per semester tot tweemaal per week, gedurende een periode van vier jaar. Ook het aantal bewegingspauzes tussen de lessen verschilde van school tot school, variërend van twee per week tot drie per ochtend. Het effect van het CHILT I-programma op het ontstaan van obesitas en de lichamelijke prestaties werd na een periode van vier jaar beoordeeld. De resultaten van twaalf basisscholen die het programma hadden gevolgd werden vergeleken met een controlegroep bestaande uit vijf scholen die het programma niet hadden gebruikt. Het toepassen van het programma bleek geen invloed te hebben op het percentage kinderen dat last kreeg van overgewicht of obesitas. Wel werd bij de scholen die de interventie gebruikten een kleinere BMI-stijging waargenomen, wat erop duidt het programma zeer toegewijd is gevolgd. Bij leerlingen van scholen die het programma volgden nam het uithoudingsvermogen iets sterker toe dan bij de controlegroep, maar dit verschil was niet significant. Ook wat betreft het coördinatievermogen werd in de interventiegroep enkel een niet-significante verbetering waargenomen. Wel significant was de verbetering in deze groep ten aanzien van de motorische vaardigheden (zoals zijwaarts heen en weer springen en achterwaarts balanceren). Er is niet bekeken in hoeverre de kennis over gezondheid of gezondheidsbevorderend gedrag van invloed is geweest op uitkomsten met betrekking tot gezond eten, bewegen of leerprestaties.</p>
<p>Kwaliteitsbeoordeling^{c)}</p>	<p>Bij kwaliteitsbeoordeling volgens de HEPS-kwaliteitchecklist werden aan de CHILT I-interventie 50 van de in totaal te verkrijgen 74 punten toegekend. Volgens de driepuntsschaal voor kwaliteit (hoge, gemiddelde of lage kwaliteit) komt dit resultaat overeen met een hoge kwaliteit. Als de beoordeling wordt uitgesplitst in de vier kwaliteitsdimensies van de HEPS-kwaliteitchecklist, verschijnt het volgende beeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kwaliteit van het concept: 28/34 punten (hoge kwaliteit); - kwaliteit van de structuur: 10/14 punten (hoge kwaliteit); - kwaliteit van het proces: 6/12 punten (gemiddelde kwaliteit); - kwaliteit van het resultaat: 6/14 punten (gemiddelde kwaliteit). <p>Uit deze deelresultaten blijkt dat het CHILT I-programma vooral sterk is op het gebied van de kwaliteit van het concept en structuur en enige zwaktes vertoont op het gebied van de kwaliteit van het proces en resultaat. Wat de kwaliteit van het concept betreft kan vermeld worden dat het CHILT I-programma gebaseerd is op een evaluatie van de behoeften en gefundeerd is op de wetenschappelijke theorie. De doelgroep en doelstellingen zijn duidelijk afgebakend. Het program-</p>

^{c)} De kwaliteitsbeoordeling is gebaseerd op een strenge evaluatie van de interventie. Als er onvoldoende informatie beschikbaar was om een bepaalde indicator te evalueren, werd dit beschouwd als een gebrek aan kwaliteit.

	<p>ma wordt toegepast op verschillende schoolniveaus (de klas en de schoolsetting als geheel) en richt zich op gezondheid in de ruime zin van het woord. Bij CHILT I wordt vrijwel geen beroep gedaan op participatie van de familie van het kind. Ook educatieve doelen spelen bij deze interventie maar een heel kleine rol. Wat de kwaliteit van de structuur betreft zijn de volgende aspecten relevant: er is een hoogwaardig, uitgebreid handboek beschikbaar, waarin enorm veel verschillende oefeningen beschreven worden, en er wordt ook een trainingsprogramma aangeboden. Er wordt echter niet duidelijk vermeld welke elementen exact volgens plan moeten worden uitgevoerd. Ook wordt er weinig informatie gegeven over mogelijke strategieën om op een duurzame manier externe partners bij het programma te betrekken. Daarnaast wordt er niet beschreven hoe degene die de interventie toepast kan controleren of de implementatiefase goed verloopt. Wat de resultaatkwaliteit betreft kan vermeld worden dat de evaluatiemethodes gebaseerd zijn op algemeen aanvaarde normen. Er is slechts weinig bekend over het effect op de leerprestaties en over de doelmatigheid van de interventie.</p>
Overige	<p><u>Gepubliceerde materialen voor het CHILT I-programma:</u> Graf, C., Koch, B. & Dordel, S. (2008). CHILT-G. Gesundheitsförderung. Dortmund: Verlag modernes Lernen.</p> <p>Dordel, S., Koch, B. & Graf, C. (2008). CHILT-B. Bewegungsförderung. Dortmund: Verlag modernes Lernen.</p> <p><u>Wetenschappelijke publicaties (selectie):</u> Graf, C., Koch, B., Falkowski, G., Jouck, S., Christ, H., Stauenmaier, S., Tokarski, W., Gerber, A., Predel, H.-G. & Dordel, S. (2008). School-based prevention: Effects on obesity and physical performance after 4 years. <i>Journal of Sports Sciences</i>, 10, 987-994.</p> <p>Graf, C., Tokarski, W., Predel, H.-G., Koch, B. & Dordel, S. (2006). Overweight and obesity in childhood – how can physical activity help? <i>Physical Education and Sport</i>, 50, 54-59.</p> <p>Graf, C., Koch, B., Falkowski, G., Jouck, S., Christ, H., Stauenmaier, S., Bjarnason-Wehrens, B., Tokarski, W., Dordel, S. & Predel, H.-G. (2005). Effect of a school-based intervention on BMI and motor abilities in childhood (mid point data of the CHILT-Project). <i>Journal of Sport Science and Medicine</i>, 4, 291-299.</p>

3.2 HET 'GROWING THROUGH ADOLESCENCE'-PROGRAMMA UIT SCHOTLAND

Tabel 5: Beschrijving van het programma Growing Through Adolescence

Naam	Growing Through Adolescence
Aanbieder	NHS Health Scotland Elphinstone House Glasgow G2 2AF
Doelgroep	Dit naslagwerk is ontwikkeld voor trainers die de training verzorgen voor leerkrachten van leerlingen uit de bovenbouw van de basisschool en de onderbouw van het voortgezet onderwijs. Er zijn twee verschillende doelgroepen te onderscheiden. In eerste instantie is het naslagwerk ontwikkeld ten behoeve van de continue professionele ontwikkeling van leerkrachten, maar de uiteindelijke begunstigen zijn de leerlingen van deze leerkrachten. De ervaring leert overigens dat de training ook door de rest van het schoolpersoneel en door partners (zoals specialisten op het gebied van beweging en het cateringpersoneel) zeer gewaardeerd wordt.
Doelstellingen	Growing Through Adolescence (GTA) is ontwikkeld omdat er vraag was naar een uitgebreid naslagwerk ten behoeve van de continue professionele ontwikkeling van leerkrachten en andere partijen die zich bezighouden met gezond eten en bewegen. Het doel is om 'trainers handvatten te bieden om de vaardigheden en kennis van leerkrachten uit te breiden en deze leerkrachten beter in staat te stellen om in het kader van de Gezonde School benadering diverse aspecten aan te kaarten met betrekking tot hun leerlingen en de voedingskeuzes die zij maken'. Elke trainingssessie of activiteit heeft vastomlijnde doelstellingen, die voor ervaren trainers haalbaar en realistisch zijn.
Reikwijdte	Het naslagwerk maakt gebruik van een psychosociaal gezondheidsmodel en een schoolbrede benadering van gezond eten. Het biedt een uitgebreid en goed onderbouwd overzicht van informatie over jongeren en gezond eten, met aandacht voor de lichamelijke, sociale, mentale en emotionele aspecten die bij dit onderwerp betrokken zijn. Het naslagwerk kan schoolbreed of op regionaal niveau worden gebruikt, maar is niet bestemd voor gebruik in de klas.
Inhoud	Boek 1 betreft Onderbouwing en Overzicht. Boek 2 betreft Trainingmateriaal Activiteiten Informatiebladen Het is belangrijk om te weten dat in de Europese versie van het GTA-naslagwerk de bovenstaande boeken zijn samengevoegd.
Methodes & didactiek	In boek 1 worden actuele feiten vermeld met betrekking tot voeding en de energiebalans, gebaseerd op de situatie in het Verenigd Koninkrijk. Boek 2 bevat verscheidene leuke, interactieve activiteiten, die ervoor zorgen dat de informatie tijdens de training op een aantrekkelijke manier wordt overgebracht. Alle informatiebladen hebben dezelfde opzet en zijn erg handig voor het geven van een training. Aangezien planning en voorbereiding zeer belangrijke onder-

	<p>delen van het trainingsproces zijn, wordt daar een apart deel van het naslagwerk aan gewijd. De twee afzonderlijke boeken lenen zich goed voor het gebruik van kruisverwijzingen bij het voorbereiden en geven van de training. De methodologische basis van het naslagwerk komt ook naar boven in het onderdeel dat gericht is op het plannen en geven van de training.</p>
Duur	<p>Het naslagwerk schrijft geen bepaalde combinatie van te gebruiken activiteiten voor, maar geeft bijvoorbeeld suggesties voor trainingssessies die zich goed lenen voor een eendaagse cursus. Het naslagwerk biedt echter een grote mate van vrijheid; met de verschillende trainingssessies kunnen bijvoorbeeld eendaagse of zelfs driedaagse cursussen worden samengesteld.</p>
Toepassing van het programma	<p>Het naslagwerk is bestemd voor trainingen of continue professionele ontwikkeling en is opgesteld voor trainers die werkzaam zijn binnen de gezondheids- of onderwijssector. Een bepaald onderdeel van het naslagwerk richt zich specifiek op het plannen en organiseren van de training.</p>
Training/handboek	<p>Alvorens het naslagwerk wordt uitgereikt, worden er op landelijk niveau zogeheten training-voor-trainers cursussen gegeven. Dit soort cursussen hebben zich in het verleden al bewezen en zijn vervolgens ook op regionaal niveau ingezet, zodat partnerorganisaties uit de gezondheids- en onderwijssector samen worden gebracht en aandacht kan worden besteed aan plaatselijke bronnen die kunnen bijdragen aan de interventie.</p>
Kosten	<p>Aan deelnemers van de training wordt het handboek kosteloos verstrekt. Geïnteresseerden buiten Schotland moeten rekenen op een prijs van ongeveer GBP 50. De training wordt kosteloos aangeboden door NHS Health Scotland.</p>
Evaluatie	<p>Er heeft een evaluatie plaatsgevonden, waarvan de uitkomsten hieronder worden weergegeven. De evaluatie had betrekking op de manier waarop de training gegeven wordt, het naslagwerk zelf en mogelijke verbeterpunten voor de toekomst.</p> <p>Van september tot december 2007 heeft een procesevaluatie van het GTA-programma plaatsgevonden. De evaluatie was gebaseerd op gesprekken met belanghebbenden en organisatoren/gespreksleiders van de training-voor-trainers-cursussen, observatie van/deelname aan en besprekingen tijdens de training-voor-trainers cursussen, enquêtes onder deelnemers van de training-voor-trainers cursussen, enquêtes onder de plaatselijke deelnemers, casestudy's en gesprekken met landelijke strategische partners.</p> <p>De belangrijkste punten die bij de evaluatie naar boven kwamen waren dat GTA een nuttig, innovatief programma en naslagwerk is, dat er op lokaal niveau door trainers slechts beperkt gebruik wordt gemaakt van het GTA-programma, dat er onduidelijkheid bestaat over de rol van de trainers en de functie van het GTA-naslagwerk, dat lokale partnerschappen/netwerken onmisbaar zijn voor een succesvolle toepassing van de GTA-training, en dat de training moet worden gekoppeld aan de educatieve middelen die in de klas gebruikt worden.</p>

	<p>De belangrijkste punten uit de evaluatie zullen gebruikt gaan worden bij het verdere gebruik van het GTA-programma.</p> <p>http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx</p>
<p>Kwaliteitsbeoordeling</p>	<p>Bij kwaliteitsbeoordeling volgens de HEPS-kwaliteitchecklist werden aan de GTA-interventie 51 van de in totaal te verkrijgen 74 punten toegekend. Volgens de driepuntsschaal voor kwaliteit (hoge, gemiddelde of lage kwaliteit) komt dit resultaat overeen met een hoge kwaliteit. Als de beoordeling wordt uitgesplitst in de vier kwaliteitsdimensies van de HEPS-kwaliteitchecklist, verschijnt het volgende beeld:</p> <p>Kwaliteit van het concept: 31/34 punten - hoge kwaliteit Kwaliteit van de structuur: 10/14 punten - hoge kwaliteit Kwaliteit van het proces: 4/12 punten - lage kwaliteit Kwaliteit van het resultaat: 6/14 punten - gemiddelde kwaliteit</p> <p>Opmerkingen Het programma Growing Through Adolescence kreeg volgens de HEPS-kwaliteitchecklist 51 van de 74 punten, wat duidt op een hoge kwaliteit. Growing Through Adolescence is echter geen interventie of programma dat op school- of leerlingniveau wordt toegepast, maar een hulpmiddel/naslagwerk voor continue professionele ontwikkeling. De vragen van de HEPS-kwaliteitchecklist over de kwaliteit van het proces en resultaat waren daardoor niet relevant, wat bij de beoordeling resulteerde in de score laag/gemiddeld voor deze dimensies. Als naslagwerk voor continue professionele ontwikkeling en ten aanzien van de kwaliteit van het concept en de structuur, kan Growing Through Adolescence echter als een voorbeeld van 'good practice' worden gezien.</p>
<p>Overige</p>	<p>De publicatie van het naslagwerk is het resultaat van uitvoerig onderzoek, proefgebruik en vooraf uitgevoerde toetsen. Naast de Schotse versie is er ook een Europese versie uitgebracht.</p> <p>http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx</p> <p>NHS Health Scotland (2005). <i>Growing through Adolescence</i>. NHS Health Scotland, Edinburgh; www.euro.who.int/document/e87579.pdf</p> <p>NHS Health Scotland (2007). <i>Evaluation of Growing Through Adolescence Resource and Associated Training for Trainers Course</i>. NHS Health Scotland, Edinburgh; http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx</p> <p>www.healthscotland.com</p>

■ BIJLAGE 1

HEPS-KWALITEITCHECKLIST

Checklist voor het beoordelen van de kwaliteit van schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen

Lees voorafgaand aan het beoordelen van een schoolinterventie op het gebied van gezond eten en bewegen de aanwijzingen voor de gebruiker goed door (paragraaf 2.2). Voor aanvullende informatie wordt u verwezen naar de indicatorbeschrijvingen in deze bijlage en de woordenlijst in bijlage 2.

Naam van de
interventie:
Beoordelaar

Naam:

Organisatie:

E-mailadres:

Beoordelingsdatum:

Kwaliteitsdimensie 1: Kwaliteit van het concept (ja = 2 punten; gedeeltelijk = 1 punt; nee = 0 punten)

1.	Beoordeling & analyse	Pagina	Score
1.1	Is de interventie gebaseerd op een inventarisatie van de behoeften (bijv. op grond van gegevens over epidemiologische of educatieve uitkomsten)??	36	
1.2	Wordt bij de interventie uitgegaan van de omstandigheden van de specifieke school waarbinnen de interventie moet worden toegepast?	36	
2.	Doelgroep & doelstellingen		
2.1	Is de doelgroep duidelijk en vastomlijnd gedefinieerd?	36	
2.2	Zijn de doelstellingen duidelijk en vastomlijnd gedefinieerd?	36	
3.	Principes & aanpak in het kader van de Gezonde School benadering		
3.1	Is de interventie gebaseerd op een positieve en brede benadering van gezondheid, die gericht is op optimalisering van de middelen en vaardigheden om gezond eten en bewegen te bevorderen?	37	
3.2	Stimuleert de interventie actieve participatie van alle leerlingen van de school?	37	
3.3	Is de interventie zowel gericht op individueel/groepsgedrag als op de schoolgerelateerde omstandigheden die een rol spelen bij gezond eten en bewegen?	37	
3.4	Betrekt de interventie verschillende schoolniveaus (bijv. klas, school en de omgeving van de school) bij het bevorderen van gezond eten en bewegen?	38	
4.	Planning van de interventie		
4.1	Is de interventie gebaseerd op wetenschappelijk bewijs?	38	
4.2	Worden ouders/familieleden bij de interventie betrokken?	38	
4.3	Is de interventie gericht op meerdere componenten (d.w.z. combineert deze aspecten ten aanzien van gezond eten en aspecten ten aanzien van beweging)?	38	
4.4	Is de interventie ook gericht op aspecten ten aanzien van de geestelijke gezondheid (zoals lichaamsbeeld, eigenwaarde, copingstrategieën) die een rol spelen bij het bevorderen van gezond eten en bewegen?	38	
4.5	Is de interventie gekoppeld aan onderwijsdoelen van de school?	39	
4.6	Zijn leerkrachten of andere professionals uit de onderwijssector betrokken geweest bij het ontwikkelen van de interventie?	39	

4.7	Is de duur en de mate van intensiteit van de interventie gebaseerd op wetenschappelijke kennis en ervaring?	39	
4.8	Passen de interventiegerelateerde methodes binnen het principe van de Gezonde School benadering?	40	
4.9	Sluiten de interventiegerelateerde methodes en de inhoud van de interventie goed aan op de doelgroepcriteria (zoals leeftijd, geslacht, culturele achtergrond)?	40	

Totaalscore		
Score	Beoordeling	Eindscore
34 - 24	Hoge kwaliteit van het concept	2
23 - 12	Gemiddelde kwaliteit van het concept	1
11 - 0	Lage kwaliteit van het concept	0

Omcirkel in de rechter kolom de eindscore die past bij de daadwerkelijk behaalde score uit de linker kolom.

Kwaliteitsdimensie 2: Kwaliteit van de structuur (ja = 2 punten; gedeeltelijk = 1 punt; nee = 0 punten)

5. Hulpmiddelen & kwalificaties		Pagina	Score
5.1	Is er een duidelijke beschrijving gegeven van de kosten van de volledige interventie voor de school?	40	
5.2	Zijn de financiële en overige middelen redelijk ten opzichte van de doelen van de interventie?	40	
5.3	Is er een duidelijke beschrijving gegeven van de benodigde competenties (zoals kwalificaties en vaardigheden) voor het realiseren van de interventie?	41	
5.4	Wordt er een trainingsprogramma aangeboden voor het verbeteren van de vaardigheden die nodig zijn voor het toepassen van de interventie?	41	
5.5	Wordt er een handboek voor het toepassen van de interventie aangeboden?	41	
6. Netwerken & samenwerken			
6.1	Worden er strategieën beschreven om relevante partners van buiten de school te betrekken bij de interventie?	41	
6.2	Wordt duurzame samenwerking met organisaties, groepen of mensen van buiten de schoolsetting door de interventie aangemoedigd?	41	

Totaalscore		
Score	Beoordeling	Eindscore
14 – 10	Hoge kwaliteit van de structuur	2
9 – 5	Gemiddelde kwaliteit van de structuur	1
4 – 0	Lage kwaliteit van de structuur	0

Omcirkel in de rechter kolom de eindscore die past bij de daadwerkelijk behaalde score uit de linker kolom.

Kwaliteitsdimensie 3: Kwaliteit van het proces (ja = 2 punten; gedeeltelijk 1 punt; nee = 0 punten)

7. Implementatie en toepassing		Pagina	Score
7.1	Worden leerkrachten en leerlingen betrokken bij de manier waarop de interventie wordt toegepast?	42	
7.2	Sluit de implementatie van de interventie goed aan op de dagelijkse gang van zaken en de omstandigheden op school?	42	
7.3	Is er een beschrijving gegeven van de onderdelen van de interventie die essentieel zijn voor de betrouwbaarheid van de interventie?	42	
7.4	Is er blijvende ondersteuning (zoals counseling/begeleiding) beschikbaar voor degenen die de interventie toepassen (bijv. leerkrachten)?	43	
8. Monitoring & controle			
8.1	Is er een beschrijving gegeven van de methodes die gebruikt gaan worden bij de evaluatie van het interventieproces (bijv. implementatiegetrouwheid, tevredenheid, aanvaardbaarheid)?	43	
8.2	Zijn er strategieën bedacht om op basis van de procesevaluatie de interventie te verbeteren en zo ja, is er een beschrijving gegeven van deze strategieën?	43	

Totaalscore		
Score	Beoordeling	Eindscore
12 – 9	Hoge kwaliteit van het proces	2
8 – 4	Gemiddelde kwaliteit van het proces	1
3 – 0	Lage kwaliteit van het proces	0

Omcirkel in de rechter kolom de eindscore die past bij de daadwerkelijk behaalde score uit de linker kolom.

Kwaliteitsdimensie 4: Kwaliteit van het resultaat (ja = 2 punten; gedeeltelijk = 1 punt; nee = 0 punten)

9. Doeltreffendheid		Pagina	Score
9.1	Heeft de interventie de doelstellingen behaald die tijdens de planningsfase van de interventie waren vastgesteld?	43	
9.2	Wijzen de resultaten van de interventie op een gunstig effect op de gezondheid wat gezond eten en bewegen betreft?	44	
9.3	Zijn er tekenen dat het gunstige effect op de gezondheidsgerelateerde uitkomsten gedurende minstens zes maanden aanhoudt?	44	
9.4	Zijn de evaluatiemethodes en -procedures gebaseerd op algemeen aanvaarde wetenschappelijke normen?	44	
9.5	Wijst de interventie op een gunstig effect op de educatieve uitkomsten (zoals leerplezier, leerprestaties, schoolklimaat en ziekteverzuim)?	44	
10. Doelmatigheid			
10.1	Zijn de totale inspanningen (bijv. ten aanzien van kosten en tijd) in evenwicht met de mate van doeltreffendheid van de interventie?	45	
10.2	Zijn de kosten (bijv. met betrekking tot voorbereidingstijd en personeel) voor de school/leerkrachten in evenwicht met de baten van de interventie?	45	

Totaalscore		
Score	Beoordeling	Eindscore
14 – 10	Hoge kwaliteit van het resultaat	2
9 – 5	Gemiddelde kwaliteit van het resultaat	1
4 – 0	Lage kwaliteit van het resultaat	0

Omcirkel in de rechter kolom de eindscore die past bij de daadwerkelijk behaalde score uit de linker kolom.

Samenvatting

In de onderstaande tabel kunt u de verschillende deelscores van de interventie noteren. De middelste kolom is bestemd voor de behaalde scores voor de verschillende kwaliteitsdimensies en de laatste kolom is bestemd voor de eindscores die zijn afgeleid van de totaalscores voor de verschillende dimensies (zie bovenstaande tabellen). Door de verschillende eindscores op te tellen wordt een totaalwaarde voor de algemene interventiekwaliteit verkregen, en deze waarde kan vervolgens worden beoordeeld aan de hand van de tabel voor de totaalbeoordeling.

Kwaliteitsdimensie	Behaalde score	Eindscore
Kwaliteit van het concept	_____ /34	
Kwaliteit van de structuur	_____ /14	
Kwaliteit van het proces	_____ /12	
Kwaliteit van het resultaat	_____ /14	
Totaal		

Totaalscore	Totaalbeoordeling van de kwaliteit van de interventie
8-6	Hoge kwaliteit van de interventie
5-4	Gemiddelde kwaliteit van de interventie
0-3	Lage kwaliteit van de interventie

Indicatorbeschrijvingen

Op de volgende pagina's wordt als achtergrondinformatie voor het gebruik van de HEPS-kwaliteitchecklist een korte beschrijving gegeven van de afzonderlijke indicatoren. Lees de beschrijvingen goed door alvorens de betreffende indicator te beoordelen. De betekenis van cursief weergegeven termen is te vinden in de verklarende woordenlijst.

1. Kwaliteit van het concept

1.1 Is de interventie gebaseerd op een inventarisatie van de behoeften (bijv. op grond van gegevens over epidemiologische of educatieve uitkomsten)?

Het uitgangspunt voor elke interventie bestaat uit een uitgebreide en systematische analyse van het gezondheidsprobleem en de reikwijdte en gevolgen daarvan [9, 18, 19, 21, 39]. Hierbij valt te denken aan het verzamelen van epidemiologische gegevens over de prevalentie en/of incidentie van overgewicht, gebrek aan bewegen en de daarmee verband houdende gezondheidsproblemen bij kinderen en jongeren. Ook zouden er gegevens bekend moeten zijn over de spreiding van het probleem binnen de populatie, zoals gegevens over de prevalentie bij verschillende geslachten, leeftijden en sociaaleconomische achtergronden. Uit literatuurbronnen moet kunnen worden opgemaakt welke individuele en maatschappelijke gevolgen (zoals respectievelijk ziekten en kosten) het probleem veroorzaakt.

1.2 Wordt bij de interventie uitgegaan van de omstandigheden van de specifieke school waarbinnen de interventie moet worden toegepast?

Op basis van de uitkomsten van de behoefteninventarisatie (1.1), dient in kaart te worden gebracht binnen wat voor school de interventie zal worden toegepast [19]. Van belang kunnen zijn gegevens over het soort school en/of de klas waarvoor de interventie bedoeld is, en gegevens over specifieke toegangswegen (zoals via het schoolhoofd), barrières (zoals leerkrachten die geen interesse in de interventie hebben) en bijdragende factoren (zoals een gemotiveerd schoolhoofd, toestemming van de ouders) die invloed kunnen hebben op de implementatie van de interventie. Ook gegevens over de subjectieve vraag, de mate waarin men klaar is voor de implementatie, en de wensen van leerlingen en leerkrachten kunnen nuttig zijn. Dergelijke informatie kan verkregen worden aan de hand van persoonlijke gesprekken, van te voren af te nemen enquêtes of door middel van een evaluatie van al ingevoerde interventies.

2.1 Is de doelgroep duidelijk en concreet gedefinieerd?

Het moet duidelijk zijn voor welke doelgroep de interventie is ontwikkeld [10, 18, 19, 20, 21], en hoe specifieker dit wordt aangegeven, des te beter. Alleen dan kan immers worden nagegaan of de doelgroep ook daadwerkelijk bereikt is. Er dienen inclusiecriteria voor de doelgroep te worden bepaald, bijvoorbeeld met betrekking tot leeftijd, geslacht, het soort school, de klas en de BMI (de doelgroep kan bijvoorbeeld beschreven worden als 'jongens en meisjes die op de basisschool zitten, met speciale aandacht voor kinderen van tien tot twaalf jaar'). Als een interventie voor verschillende doelgroepen wordt gebruikt, dienen deze groepen afzonderlijk te worden gespecificeerd. Ook kunnen er exclusiecriteria met betrekking tot bijvoorbeeld de BMI of het soort school worden vastgelegd. De HEPS-kwaliteitchecklist is niet bedoeld voor interventies gericht op behandeling van jongeren met obesitas of andere *secundaire aandoeningen* of ziekten. De checklist is puur gericht op het bevorderen van de gezondheid op schoolniveau.

2.2 Zijn de doelstellingen duidelijk en concreet gedefinieerd?

Het is zeer belangrijk om duidelijk voor ogen te hebben wat de bedoeling van de interventie is [10, 18, 19, 20, 21]. Het succes van een interventie staat of valt met duidelijke, concrete doelstellingen. Een doelstelling moet duidelijk en concreet gedefinieerd worden en weinig ruimte voor interpretatie laten. Met 'concreet' wordt bedoeld dat de doelstelling gedefinieerd moet worden aan de hand van meetbare variabelen die door

de interventie zouden moeten worden gewijzigd. Een doelstelling zou kunnen zijn het realiseren van een toename in het aantal uren dat jongens en meisjes van acht tot tien jaar per week op het schoolplein aan bewegen doen.

Alleen als er concrete, meetbare doelstellingen vastgesteld zijn, kan worden nagegaan in hoeverre het bedoelde resultaat behaald is. Als de doelstellingen vaag en onduidelijk zijn, is een goede evaluatie niet mogelijk en is er meer kans dat elke willekeurige verandering zou kunnen worden toegeschreven aan de interventie. De doelstellingen dienen realistisch en zinnig te zijn. Hoewel het bijvoorbeeld gewenst zou zijn om het aantal jongeren met overgewicht met 100% terug te dringen, is dit een erg onrealistisch doel en zouden daarvoor zeer veel verschillende factoren moeten worden aangepakt, die niet allemaal binnen de schoolsetting vallen.

3.1 Is de interventie gebaseerd op een positieve en brede benadering van gezondheid, die gericht is op optimalisering van de middelen en vaardigheden om gezond eten en bewegen te bevorderen?

Bij een positieve benadering van gezondheid richt men zich op de middelen, vaardigheden en mogelijkheden die mensen in staat stellen om goed om te gaan met de eisen van alledag en gezonde keuzes te maken [19, 21, 40]. Interventies die gebruikmaken van een dergelijke positieve benadering van gezondheidsbevordering verbeteren de gezondheid door de vaardigheden en capaciteiten van mensen te verbeteren, zodat deze mensen meer eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen en meer controle krijgen over hun leven en hun gezondheid, bijvoorbeeld op het gebied van gezond eten en bewegen. Interventies die puur gericht zijn op het verminderen van risico's en klachten en mensen dus voornamelijk als patiënt zien, zijn daarentegen niet gebaseerd op een positieve benadering van gezondheid.

3.2 Stimuleert de interventie actieve participatie van de leerlingen van de school?

Het is belangrijk dat de leerlingen, die immers de voornaamste doelgroep vormen van schoolinterventies, het gevoel wordt gegeven niet slechts passieve ontvangers van de interventie te zijn, maar echte deelnemers, die een actieve bijdrage aan het gehele interventieproces kunnen leveren [41, 42]. Met 'actief' wordt aangegeven dat het woord 'participatie' geen lege term is waaraan voldaan wordt zodra de leerlingen aanwezig zijn bij besluitvormingsprocessen en informatie over de resultaten krijgen. Van actieve deelname is pas sprake als de leerlingen de macht hebben om samen met de volwassenen het besluitvormingsproces te sturen en te beïnvloeden. De mate van actieve participatie zal afhankelijk zijn van de leeftijd van de leerlingen; bij oudere leerlingen speelt participatie een belangrijkere rol.

Voorbeelden van verschillende gradaties van participatie: de beslissingen worden genomen zonder inbreng van leerlingen (geen participatie); leerlingen kunnen deelnemen aan het besluitvormingsproces, maar hebben geen beslissingsbevoegdheid (gedeeltelijke participatie); leerlingen hebben de macht om het besluitvormingsproces te sturen of het besluitvormingsproces en interventies te beïnvloeden (actieve participatie).

3.3 Is de interventie zowel gericht op individueel/groepsgedrag als op de schoolgerelateerde omstandigheden die een rol spelen bij gezond eten en bewegen?

Interventies hebben meer kans van slagen als ze zowel gericht zijn op de factoren die van invloed zijn op individueel gedrag als op de schoolgerelateerde omstandigheden. Op deze manier wordt aandacht geschonken aan gezondheidsgerelateerd gedrag, zoals het voedingspatroon en bewegen, en de aanpassing daarvan, maar ook aan gezondheidsgerelateerde aspecten als het omgaan met stress, eigenwaarde en zelfredzaamheid. Deze punten hebben rechtstreeks betrekking op de individuele leerlingen.

De bovengenoemde schoolgerelateerde omstandigheden hebben met name betrekking op fysieke, economische en sociale aspecten binnen de schoolsetting die van invloed zijn op de gezondheid van individuele leerlingen. Dit zijn bijvoorbeeld omstandigheden met betrekking tot gezond eten en bewegen. Maatregelen die zich op dergelijke omstandigheden richten kunnen bijvoorbeeld bestaan uit het plaatsen van speeltoestel-

len, de aanleg van een schoolplein, het gebruik van een kantine of het terugdringen van het aantal verkoopautomaten op school.

3.4 Betrekt de interventie verschillende schoolniveaus (bijv. klas, school en de omgeving van de school) bij het bevorderen van gezond eten en bewegen?

Deze indicator heeft betrekking op de *schoolbrede benadering van gezondheid* en op het belang dat interventies rekening moeten houden met meerdere niveaus, zowel binnen als buiten de school [43, 44]. De klas is overduidelijk een van de toepassingsniveaus, maar het woord ‘school’ heeft betrekking op het gehele gebouw en dekt een grotere lading dan enkel de klaslokalen. Het kan bijvoorbeeld ook verwijzen naar de kantine, de gangen en de recreatieruimte. De aanduiding ‘omgeving van de school’ heeft een nog groter bereik, en heeft ook betrekking op de omgeving buiten het schoolgebouw, zoals speelterreinen en het schoolplein. De term ‘buurt’ heeft een nog grotere reikwijdte; hieronder vallen de externe organisaties als sportclubs, counselors en gezondheidsdiensten.

Een interventie hoeft zich niet op al deze niveaus te richten, maar het is wel de bedoeling dat een interventie meer dan een niveau bereikt.

4.1 Is de interventie gebaseerd op wetenschappelijk bewijs?

Aan elke interventie dienen wetenschappelijk verantwoorde theorieën en onderzoeken ten grondslag te liggen [10, 32]. Een theoretische basis zorgt voor begrip ten aanzien van de bepalende *factoren met betrekking tot gezondheidsgerelateerde aspecten* en maakt duidelijk wat het onderlinge verband is tussen de verschillende factoren. Daarnaast zorgt een theoretische basis voor *wetenschappelijk onderbouwde informatie* over de manier waarop georganiseerd, professioneel ingrijpen bepaalde factoren kan beïnvloeden. Elke interventie dient gepaard te gaan met uitgebreide informatie over de onderliggende theoretische basis, en dan met name ten aanzien van de inhoud en de gebruikte methode. Als de theoretische basis onderbouwd kan worden met wetenschappelijk bewijs uit empirisch onderzoek, dienen deze gegevens ook te worden vermeld.

4.2 Worden ouders/familieleden bij de interventie betrokken?

Gezond eten en bewegen zijn aspecten die niet alleen beïnvloed worden door de school, maar ook door de familie en de sociale achtergrond van de leerling [25, 29, 28, 38]. Door ook de ouders/voogd of andere familieleden bij de interventie te betrekken, wordt ervoor gezorgd dat de in gang gezette houdings- en gedragsveranderingen ook binnen de gezinssituatie worden geïntroduceerd, gestimuleerd en in stand gehouden. Ook kan dit een gunstig effect hebben op de bereidheid tot medewerking en de consistentie van de aanpak. De mate waarin ouders/familieleden bij de interventie betrokken worden zal afhangen van de leeftijd van de leerlingen [20]. Vooral bij jonge kinderen is de betrokkenheid van ouders/familieleden heel belangrijk, aangezien op deze leeftijd het eetgedrag en de hoeveelheid beweging in grote mate wordt bepaald door de thuissituatie. De betrokkenheid kan bestaan uit het volgen van specifieke trainingen door de ouders, het bijwonen van enkele bijeenkomsten met ouders en leerkrachten of het meedoen aan gemeenschappelijke activiteiten op school. Bij oudere leerlingen (met name vanaf het begin van de puberteit) hoeven ouders/familieleden minder intensief bij de interventie te worden betrokken. Een zekere minimale betrokkenheid blijft echter gewenst; hierbij valt te denken aan het bijwonen van een bijeenkomst met ouders en leerkrachten of het gebruik van informatiebrochures bij aanvang van de interventie.

4.3 Is de interventie gericht op meerdere componenten (d.w.z. combineert deze aspecten ten aanzien van gezond eten en aspecten ten aanzien van beweging)?

Naar verluid is een gecombineerde aanpak die zowel op gezond eten als op bewegen is gericht de effectiefste interventievorm [20, 29, 27, 28]. Een voorbeeld van een dergelijke aanpak is een interventie die bestaat uit klassikale voorlichting gericht op het verbeteren van het voedingspatroon en de conditie, het geregeld samen ontbijten en het realiseren van een bewegingsvriendelijk schoolplein.

4.4 Is de interventie gericht op aspecten ten aanzien van de geestelijke gezondheid (zoals lichaamsbeeld, eigenwaarde, copingstrategieën) die een rol spelen bij het bevorderen van gezond eten en bewegen?

Gezond eten en bewegen zijn elementen die samenhangen met verschillende factoren ten aanzien van de geestelijke gezondheid. Kinderen met overgewicht of obesitas hebben vaker dan normaal last van psychosomatische klachten en stoornissen [45]. Daarnaast wordt een gebrek aan bewegen onder kinderen en jongeren in verband gebracht met een verminderde mate van zelfredzaamheid [46]. Bij interventies gericht op het bevorderen van gezond eten en bewegen dienen aspecten ten aanzien van de geestelijke gezondheid niet te worden genegeerd. De geestelijke gezondheid dient inzichtelijk te worden gemaakt; de interventie dient dus aspecten ten aanzien van de geestelijke gezondheid te bevatten. De interventie kan bijvoorbeeld gericht zijn op het ontwikkelen van een positief lichaamsbeeld of het verbeteren van copingstrategieën, om probleemgedrag in stressvolle situaties te voorkomen. Ook kunnen dergelijke interventies gericht zijn op het verbeteren van de eigenwaarde, zelfredzaamheid of andere persoonlijke aspecten.

4.5 Is de interventie gekoppeld aan onderwijsdoelen van de school?

De voornaamste taak die scholen hebben heeft betrekking op de educatieve verantwoordelijkheden ten opzichte van de leerlingen. Gezondheidsgerelateerde schoolinterventies zullen eerder worden toegepast en eerder het gewenste effect behalen wanneer binnen de interventie uitgebreid rekening wordt gehouden met de educatieve verantwoordelijkheid van de school [47]. Uit onderzoeksgegevens is gebleken dat factoren als een gebrek aan bewegen en kinderen met overgewicht verband houden met minder goede schoolprestaties [48]. Hoe meer men tijdens de planningsfase van interventies rekening houdt met de educatieve indicatoren en de invloed die de gezondheid daarop heeft, des te beter. Educatieve indicatoren bestaan onder meer uit de leerprestaties, het leergemak, het sociale klimaat op school en het ziekteverzuim. Als binnen de interventie uitdrukkelijk rekening wordt gehouden met educatieve aspecten, kan worden aangegeven dat deze indicator voldoet aan de kwaliteitseisen.

4.6 Zijn leerkrachten of andere professionals uit de onderwijssector betrokken geweest bij het ontwikkelen van de interventie?

Tijdens de planningsfase van een interventie vormen leerkrachten, schoolhoofden of andere professionals uit de onderwijssector (zoals schoolpsychologen of schoolmaatschappelijk werkers) een belangrijke doelgroep. Aangezien zij werkzaam zijn binnen de schoolomgeving, hebben zij uitermate veel inzicht in wat wel en wat niet zal werken. Zij dienen dan ook altijd betrokken te worden bij het plannen van een schoolinterventie, vooral als zij degenen zullen zijn die de interventie gaan toepassen [18]. Ze kunnen tijdens de planningsfase waardevolle informatie en feedback verschaffen ten aanzien van de inhoud en de methodiek. Door hen in dit stadium actief bij de interventie te betrekken, zullen ze gemotiveerder worden en meer inzicht krijgen in de interventie. Tevens wordt op deze manier voorkomen dat er een discrepantie zal ontstaan tussen de geplande en de daadwerkelijke implementatie van de interventie. Deze indicator voldoet aan de kwaliteitseisen als leerkrachten en andere professionals uit de onderwijssector op systematische wijze actief worden betrokken bij de planning van de interventie.

4.7 Is de duur en de mate van intensiteit van de interventie gebaseerd op wetenschappelijke kennis en ervaring?

Gebleken is dat interventies die gedurende langere tijd (bijv. zes maanden) worden toegepast effectiever zijn dan kortlopende interventies [29]. Dit wil niet automatisch zeggen dat interventies met een looptijd van minimaal zes maanden van hoge kwaliteit zijn en dat korter durende interventies een lage kwaliteit hebben. Er moet goed onderbouwd worden waarom bij een specifieke interventie voor de betreffende looptijd (de duur van de totale interventie) en de betreffende intensiteit (de frequentie, bijv. driemaal per week) is gekozen. Deze onderbouwing dient gebaseerd te zijn op wetenschappelijke kennis.

4.8 Passen de interventiegerelateerde methodes binnen het principe van de Gezonde School benadering?

Het principe van de Gezonde School benadering (zie 3.1 t/m 3.4) maakt gebruik van methodes en strategieën die gebaseerd zijn op democratie, participatie en gelijkheid. Zo worden er verschillende groepen (zoals leerkrachten en leerlingen en hun familie) actief bij de gezondheidsbevorderende aanpak betrokken en is de toegankelijkheid voor iedereen gelijk. Methodes die het principe van de Gezonde School benadering volgen hebben geen moraliserend karakter, maar zijn gericht op empowerment van de leerlingen en helpen de leerlingen om hun actiecompetentie te verbeteren [49]. Bij deze methodes wordt daarom onder andere gebruik gemaakt van groepswork, kringgesprekken, gezamenlijke activiteiten, spelletjes en simulaties [50]. Methodes die dit principe volgen dragen een positieve boodschap uit, die leerlingen motiveert en hen een gevoel geeft van eigen verantwoordelijkheid voor en controle op hun gezondheidsgerelateerde gedrag, waaronder ook gezond eten en bewegen vallen.

4.9 Sluiten de interventiegerelateerde methodes en de inhoud van de interventie goed aan op de doelgroepcriteria (zoals leeftijd, geslacht, culturele achtergrond)?

Van elke interventie moet worden aangetoond dat de inhoud en de gebruikte methodes geschikt zijn voor de te bereiken doelgroep, die bijvoorbeeld gedefinieerd kan zijn op basis van geslacht, leeftijd, sociaaleconomische achtergrond of multiculturele achtergrond. Wat leeftijd betreft, dienen de methodes aan te sluiten bij het betreffende lichamelijke en cognitieve ontwikkelingsstadium van de doelgroep. Zo hebben jonge kinderen andere interesses op sportgebied en andere lichamelijke vaardigheden dan jongvolwassenen. Daarnaast speelt bij jonge kinderen de betrokkenheid van de familie een grotere rol dan bij jongvolwassenen. Het lichaamsbeeld is vooral onder meisjes een belangrijk aspect, terwijl pesten en videospelletjes (sedentair gedrag) juist onder jongens een grotere rol speelt. Multiculturele aspecten dienen bij een interventie ook te worden meegenomen. Eetgewoonten en eetgedrag worden namelijk vaak beïnvloed door de normen en waarden die binnen een bepaalde cultuur heersen. Deze indicator voldoet aan de kwaliteitseisen als tijdens de planningsfase van een interventie uitvoerig en systematisch wordt stilgestaan bij de kenmerken van de doelgroep.

2. Kwaliteit van de structuur

5.1 Is er een duidelijke beschrijving gegeven van de kosten van de volledige interventie voor de school?

Uit de beschrijvingen moet kunnen worden opgemaakt wat de school precies aan middelen beschikbaar moet stellen voor de interventie [19, 21], zodat scholen kunnen inschatten welke inspanningen nodig zijn voor de implementatie van de interventie. Onduidelijkheid over de kosten voor scholen kunnen bij de implementatiefase problemen en frustratie opleveren en het succes van de interventie verminderen. De middelen die de school nodig zal hebben bestaan onder andere uit de tijd die nodig is voor het realiseren van de interventie en uit personele, materiële en financiële middelen. Deze indicator voldoet aan de kwaliteitseisen als de interventie uitgebreide informatie verschaft over deze benodigde middelen. Ook gewenst is dat bij de interventie vermeld wordt hoe de benodigde middelen kunnen worden verkregen, bijvoorbeeld door sponsoring of fondsenwerving.

5.2 Zijn de financiële en overige middelen redelijk ten opzichte van de doelen van de interventie?

De (niet alleen schoolgerelateerde) middelen die nodig zijn voor de volledige interventie dienen in evenwicht te zijn met de doelen van de interventie [10, 18]. Met name in een periode waarin de beschikbare middelen beperkt zijn is dit een legitieme vraag. Het antwoord kan worden afgeleid uit de vaststaande gegevens met betrekking tot de benodigde financiële middelen aan de ene kant en de doelen en doelstellingen van de interventie aan de andere kant. Bij het beantwoorden van deze vraag kunnen ook resultaten van andere externe beoordelingen van pas komen.

5.3 Is er een duidelijke beschrijving gegeven van de benodigde competenties (zoals kwalificaties en vaardigheden) voor het realiseren van de interventie?

Het is belangrijk om te weten welke competenties en vaardigheden nodig zijn voor het uitvoeren van een interventie [10, 18, 19, 20, 21]. Voor sommige interventies zal een diploma op het gebied van gezins- en consumentenwetenschap en voedingsleer, sportwetenschappen of gezondheidswetenschappen nodig zijn, terwijl andere interventies vragen om ervaring en vaardigheden op het gebied van de psychologie. Ook als voor het implementeren van een interventie geen speciale competenties of vaardigheden nodig zijn, dient er informatie te zijn gegeven. Zonder achtergrondinformatie is het onduidelijk door wie een interventie precies moet worden uitgevoerd. Als niemand als algemeen verantwoordelijke voor de implementatie van de interventie is aangewezen, kan deze functie niet goed beoordeeld worden. Dit zou zeer contra-productief blijken te zijn en de kans van slagen van de interventie doen afnemen.

5.4 Wordt er een trainingsprogramma aangeboden voor het verbeteren van de vaardigheden die nodig zijn voor het implementeren van de interventie?

Als er voor de implementatie van de interventie speciale competenties worden vereist, dient er een trainingsprogramma te bestaan waarmee leerkrachten of andere personen op het toepassen van de interventie worden voorbereid [18, 19, 20]. Als er wel specifieke competenties en vaardigheden nodig zijn, maar er geen trainingsprogramma wordt aangeboden, kan dat worden aangemerkt als een gebrek aan kwaliteit van de structuur, wat tijdens de implementatiefase voor problemen kan zorgen. Naast de beschikbaarheid van een trainingsprogramma is het ook gewenst dat de interventie informatie verschaft over de frequentie van de trainingen, de kosten en het minimale aantal deelnemers.

5.5 Wordt er een handboek voor het toepassen van de interventie aangeboden?

Er is een uitgebreid handboek nodig met aanwijzingen en ondersteunende informatie ten aanzien van het uitvoeren van de verschillende onderdelen van de interventie [20]. Een dergelijk handboek dient een overzicht te geven van de processen en de inhoud van de volledige interventie. Er dient niet alleen een uitgebreide beschrijving in te staan van de interventie en de afzonderlijke interventieonderdelen, maar ook een uitvoerige lijst met benodigde materialen en informatie over problemen en probleemoplossing. Het handboek dient ter ondersteuning van een kwalitatief hoogwaardige implementatiefase. Het handboek zorgt er tevens voor dat de interventie wordt toegepast zoals tijdens de planningsfase bepaald is.

6.1 Worden er strategieën beschreven om relevante partners van buiten de school te betrekken bij de interventie?

Interventies gericht op gezond eten en bewegen die zich ook op de wijde omgeving van de school richten, hebben meer kans van slagen dan interventies die op slechts één schoolniveau (zoals de klas) gericht zijn. Mogelijke relevante externe partners zijn de plaatselijke sportclubs, jongerenverenigingen, gezondheidsautoriteiten, zorgverzekeraars, counselors en restaurants, maar ook bijvoorbeeld ouders en familieleden. Het kan handig zijn om informatie en suggesties op te nemen met betrekking tot externe partners, bijvoorbeeld in de vorm van een lijst met relevante plaatselijke partners en organisaties die zich bezighouden met gezond eten en bewegen. Ook kan het nuttig zijn om een globale strategie te ontwikkelen om de externe partners duidelijk te maken hoe zij in praktische zin een rol kunnen spelen bij de interventie. Het betrekken van externe organisaties of personen bij de interventie kan resulteren in vruchtbare samenwerkingsverbanden [19, 21].

6.2 Wordt duurzame samenwerking met organisaties, groepen of mensen van buiten de schoolsetting door de interventie aangemoedigd?

Het is belangrijk dat het netwerk dat gevormd wordt door de school en haar omgeving ook na de implementatiefase blijft voortbestaan. Een interventie heeft een hoge kwaliteit als bij deze interventie wordt aangegeven hoe duurzame netwerken/samenwerkingsverbanden tot stand kunnen worden gebracht. Als

het goed is, zullen de ontwikkelde methodes en strategieën voor het samenwerken met relevante partners deel gaan uitmaken van de dagelijkse gang van zaken op school, met als doel het bevorderen van gezond eten en bewegen.

3. Kwaliteit van het proces

7.1 Worden leerkrachten en leerlingen betrokken bij de manier waarop de interventie wordt toegepast?

Bij deze indicator wordt beoordeeld in hoeverre leerkrachten en leerlingen bij de interventie betrokken worden tijdens de implementatiefase. Participatie en betrokkenheid horen een integraal onderdeel te vormen van de gehele interventie, dus van de plannings- tot de implementatiefase [10, 18, 19, 21, 41, 42]. Hebben leerkrachten en leerlingen inbreng in de manier waarop de interventie wordt toegepast? Bij betrokkenheid tijdens de implementatiefase valt bijvoorbeeld te denken aan leerkrachten en leerlingen die invloed kunnen uitoefenen op de aanleg van een schoolplein en het plaatsen van speeltoestellen, wat voor eten op school te krijgen is of op de gezondheidsgerelateerde onderwerpen die in de klas besproken worden. In de HEPS-richtlijnen zijn nog meer voorbeelden te vinden [51]. De interventie dient duidelijk te vermelden hoe ervoor gezorgd wordt dat er tijdens de implementatiefase sprake is van actieve betrokkenheid.

7.2 Sluit de implementatie van de interventie goed aan op de dagelijkse gang van zaken en de omstandigheden op school?

De dagelijkse gang van zaken en de omstandigheden op school verwijzen naar de organisatorische aspecten binnen de school. Hiertoe behoren de administratieve structuur, het lesrooster, het onderwijsprogramma en werkzaamheden die buiten het onderwijsprogramma vallen, zoals vergaderingen. Bij kwalitatief hoogwaardige interventies dient men zich er bijvoorbeeld van te verzekeren dat de interventie voldoende en op de juiste manier is ingebed in de schoolspecifieke setting, dat de verschillende onderdelen van de interventie worden geïmplementeerd tijdens de schooluren en zonder dat de gewone lesstof in het gedrang komt, dat klassikale lessen over gezond eten en bewegen binnen de reguliere schooluren plaatsvinden, of dat een eventuele externe partij die de interventie toepast met de leerkrachten heeft overlegd over de implementatie van de interventie. Deze indicator voldoet aan de kwaliteitseisen als er tijdens de planningsfase van de interventie rekening is gehouden met hoe de implementatie systematisch kan worden ingepast in dagelijkse gang van zaken en de omstandigheden op school.

7.3 Is er een beschrijving gegeven van de onderdelen van de interventie die essentieel zijn voor de het vertrouwen in de interventie?

Vertrouwen in de interventie geeft aan of de gehele interventie of de afzonderlijke onderdelen van de interventie in de schoolsetting zijn toegepast op de manier die tijdens de planningsfase was vastgelegd. Er wordt dus gekeken in hoeverre de implementatiefase consistent is met de planningsfase. Als deze gegevens niet bekend zijn, kan niet beoordeeld worden of eventuele slechte resultaten het gevolg zijn van een niet goed functionerende interventie of van een niet goed uitgevoerde interventie [37]. Een manier om het vertrouwen in de interventie te verbeteren is om duidelijk aan te geven welke interventieonderdelen exact moeten worden uitgevoerd zoals gepland, dus zonder enige aanpassingen, en bij welke onderdelen de scholen vrij zijn om deze enigszins aan te passen. Als deze informatie niet bekend is, is dat ongunstig voor het vertrouwen in de interventie en kan dat betekenen dat de interventie onvoldoende doeltreffend is. Het is dus belangrijk dat uit de beschikbare literatuur en de beschrijving van de interventie kan worden opgemaakt welke onderdelen essentieel zijn voor het slagen van de interventie. Er dient te worden aangegeven welke onderdelen mogen worden aangepast, en wat er bij deze onderdelen precies mag worden aangepast.

7.4 Is er blijvende ondersteuning (zoals counseling/begeleiding) beschikbaar voor degenen die de interventie toepassen (bijv. leerkrachten)?

Men dient zich ervan te vergewissen dat er voor degenen die de interventie zullen gaan uitvoeren ondersteuning beschikbaar is, zodat zij eventuele problemen en moeilijkheden kunnen bespreken die bij de implementatie naar voren komen [18, 21]. Met ‘blijvende ondersteuning’ wordt bedoeld dat de aanbieder van de interventie ook na de basistraining ondersteuning blijft aanbieden. Hierbij valt te denken aan een helpdesk die telefonisch of per e-mail kan worden geraadpleegd, of regelmatige bijeenkomsten, counsellingsessies of begeleiding door een ervaren professional. De interventie dient duidelijk te maken hoe vaak er ondersteuning beschikbaar is en de kosten die ermee gemoeid zijn.

8.1 Is er een beschrijving gegeven van de methodes die gebruikt gaan worden bij de evaluatie van het interventieproces (bijv. vertrouwen in de implementatie, tevredenheid, aanvaardbaarheid)?

Beoordeling en monitoring van de implementatiefase van de interventie zijn van groot belang [9, 19, 21, 37, 52]. Als zich in dit stadium problemen voordoen, zal dat resulteren in een verminderde doeltreffendheid van de interventie. Als problemen vroegtijdig worden opgemerkt, kunnen er maatregelen worden genomen om deze problemen op te lossen. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van controle-indicatoren, zoals beoordeling van de mate van gereedheid voor de implementatie, tevredenheid met de geplande implementatie en de aanvaardbaarheid van de gekozen interventie. De mate van vertrouwen in de interventie (zie indicator 7.3) kan beoordeeld worden door te controleren of de interventie in de praktijk even vaak, even lang en in dezelfde mate wordt toegepast als in de planningsfase was bepaald. Uit de literatuur of de beschrijving van de interventie moet kunnen worden opgemaakt hoe gegarandeerd wordt dat er controle zal plaatsvinden. In de beschrijving moet ook vermeld worden welke materialen en methodes bij de procesbeoordeling gebruikt zullen gaan worden.

8.2 Is er een beschrijving gegeven van de strategieën die gebruikt gaan worden om op basis van de procesevaluatie de implementatie van de interventie te verbeteren?

Er dienen strategieën en aanbevelingen te zijn weergegeven over de manier waarop moeilijkheden en problemen kunnen worden opgelost die bij de procesevaluatie naar boven komen. Het is de bedoeling dat er een beschrijving wordt gegeven van probleemsituaties die zich gemakkelijk kunnen voordoen bij de implementatie, en dat er oplossingen worden aangedragen die kunnen worden toegepast door degenen die verantwoordelijk zijn voor de implementatie. Deze oplossingen kunnen bestaan uit strategieën om de mate van gereedheid voor de interventie en de motivatie te verbeteren, of uit aanbevelingen om het gebruik van de beschikbare middelen (zoals tijd en personeel) te optimaliseren.

4. Kwaliteit van het resultaat

9.1 Heeft de interventie de doelstellingen behaald die tijdens de planningsfase van de interventie waren vastgesteld?

Het behalen van de onderliggende doelstellingen van de interventie is een fundamentele indicator voor het beoordelen van de doeltreffendheid en het succes van de interventie [18, 19, 21]. Hierbij gaat het erom of er bewijs is dat de tijdens de planningsfase vastgestelde interventiedoelstellingen ook daadwerkelijk behaald zijn. Om te kunnen beoordelen of en in hoeverre de doelstellingen behaald zijn, dienen de doelen bij aanvang van het interventieproces duidelijk te zijn gedefinieerd (zie indicator 2.2). Er dient te worden vermeld of de doelstellingen voor de gehele doelgroep zijn behaald of alleen voor bepaalde subdoelgroepen of leerlingen van bijvoorbeeld een bepaalde leeftijd of een bepaald geslacht. Als de doelstellingen niet of slechts gedeeltelijk zijn behaald, dient kritisch bekeken te zijn waarom de doelstellingen niet volledig zijn behaald.

9.2 Wijzen de resultaten van de interventie op een gunstig effect op de gezondheid ten aanzien van gezond eten en bewegen?

Bij een geslaagde, doeltreffende interventie dient sprake te zijn van gezondheidsgerelateerde parameters ten aanzien van gezond eten en bewegen die een verandering in positieve zin te hebben doorgemaakt. Of een interventie doeltreffend is kan uit veel verschillende indicatoren worden afgeleid [10, 53]. Of er sprake is van een gunstig effect op het eerste uitkomstniveau wordt nagegaan aan de hand van de structuur en de praktijken op school, gevolgd door de kennis op het gebied van gezond eten en bewegen of de houding of het gedrag ten aanzien hiervan. Uitkomsten op het tussenniveau kunnen bijvoorbeeld bestaan uit veranderd gezondheidsgerelateerd gedrag, zoals een toename van het aantal uren per week dat aan intensieve beweging wordt gedaan, of een toename van de hoeveelheid groente en fruit die gegeten wordt. Tussenniveau-uitkomsten kunnen ook betrekking hebben op de schoolsetting, zoals een opgestarte gezonde kantine, ingevoerde bewegingsvriendelijke voorzieningen of een teruggedrongen aantal verkoopautomaten. Moeilijker meetbaar zijn gezondheidsuitkomsten als een afname van het aantal kinderen met overgewicht. Dit is lastiger omdat dit niet gelijk kan worden waargenomen, maar pas na langere tijd kan worden vastgesteld, en omdat dit het eindresultaat is van een hele kettingreactie aan uitkomsten. Deze indicator voldoet aan de kwaliteitseisen als een interventie ten aanzien van gezond eten en bewegen een aantoonbaar gunstig effect heeft op het eerste en het tussentijdse uitkomstniveau.

9.3 Zijn er tekenen dat het gunstige effect op de gezondheidsgerelateerde parameters gedurende minstens zes maanden aanhoudt?

Om de beoordeling 'hoge kwaliteit' te krijgen moeten interventies aantonen dat het gunstige effect ook na minimaal zes maanden nog blijft aanhouden. Hoe langer een gunstig effect, zoals verbeterd gezondheidsgerelateerd gedrag, aanhoudt, hoe groter de kans is dat de leerling deze positieve verandering volhoudt. Om het langetermijneffect te beoordelen zal follow-up onderzoek moeten worden verricht. Deze indicator voldoet aan de kwaliteitseisen als een interventie bewezen heeft dat na zes maanden minstens een van de gunstige effecten nog steeds aanhoudt.

9.4 Zijn de evaluatiemethodes en -procedures gebaseerd op algemeen aanvaard wetenschappelijk onderzoek?

Uit de informatie die over de interventie beschikbaar is moet blijken dat de toegepaste methodes en procedures hun oorsprong hebben in wetenschappelijk verantwoorde theorieën en onderzoeken [18, 19]. Er moet onder andere uitgebreide informatie beschikbaar zijn over de onderzoeksopzet, de onderliggende onderzoeksvragen die tijdens de planningsfase van de interventie naar boven kwamen, de indicatoren en variabelen, en de methodes die gebruikt zijn bij de gegevensverzameling en de statistische analyse. Uit de onderzoeksopzet en de onderzoeksmethodes moet blijken of de waargenomen effecten ook daadwerkelijk door de interventie zijn veroorzaakt.

9.5 Wijst de interventie op een gunstig effect op de educatieve uitkomsten (zoals leerplezier, leerprestaties, schoolklimaat en ziekteverzuim)?

Elke interventie die binnen de schoolsetting wordt toegepast dient ook rekening te houden met de educatieve uitkomsten [18, 44]. Voorbeelden van school- en onderwijsgerelateerde indicatoren zijn leerplezier, schoolklimaat, saamhorigheidsgevoel binnen de school, leerprestaties en ziekteverzuim. Bij educatieve uitkomsten dient een onderscheid te worden gemaakt tussen directe, tussentijdse en langetermijnuitkomsten. Positieve veranderingen in de leerhouding, het leerplezier en het schoolklimaat behoren tot de directe en tussentijdse uitkomsten. Veranderingen in de leerprestaties en het ziekteverzuim zijn daarentegen eerder langetermijnuitkomsten. Deze indicator voldoet aan de kwaliteitseisen als de interventie een gunstig effect heeft op een of meer educatieve uitkomsten.

10.1 Zijn de totale inspanningen (bijv. ten aanzien van kosten en tijd) in evenwicht met de mate van doeltreffendheid van de interventie?

Het feit dat een interventie een gunstig effect heeft, wil niet automatisch zeggen dat de interventie ook doelmatig is geweest. Wanneer de kosteneffectiviteit wordt geanalyseerd, worden alle kosten uitgezet tegen de uitkomsten van de interventie. De kosten met betrekking tot een interventie kunnen bijvoorbeeld bestaan uit kosten voor personeel, materiaal en tijd. De uitkomsten worden gewaardeerd als niet-geldelijke effecten en kunnen worden afgeleid uit de beoordeling van de doeltreffendheid van de interventie. Een interventie kan als doelmatig worden aangemerkt als de kosteneffectiviteit beoordeeld is, de methodes en procedures duidelijk beschreven zijn, en de resultaten een positieve balans laten zien. In het meest ideale geval heeft de aanbieder van de interventie de kosteneffectiviteitsuitkomsten van haar interventie vergeleken met die van andere schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen. Een dergelijke vergelijking is echter alleen relevant als op de interventies die in de vergelijking zijn gebruikt vergelijkbare omstandigheden en kenmerken van toepassing zijn.

10.2 Zijn de kosten (bijv. met betrekking tot voorbereidingstijd en personeel) voor de school/leerkrachten in evenwicht met de baten van de interventie?

Bij het analyseren van de kosteneffectiviteit moet ook rekening worden gehouden met het perspectief van de scholen die de interventie implementeren [18]. De kosten die de school moet maken hebben onder andere betrekking op de voorbereidingstijd en het schoolpersoneel. De relevante uitkomsten voor de school hebben in eerste instantie betrekking op het onderwijs van de leerlingen en in tweede instantie op de gezondheid van de leerlingen. Op schoolniveau kan de subjectieve indruk van leerkrachten, schoolhoofden en andere professionals uit de onderwijssector ook van invloed zijn op de doelmatigheid van een interventie. Een interventie kan als doelmatig worden aangemerkt als de kosteneffectiviteit beoordeeld is, de methodes en procedures duidelijk beschreven zijn, en de resultaten een positieve balans laten zien. In het meest ideale geval heeft de aanbieder van de interventie de kosteneffectiviteitsuitkomsten van haar interventie vergeleken met die van andere schoolinterventies op het gebied van gezond eten en bewegen. Een dergelijke vergelijking is echter alleen relevant als op de interventies die in de vergelijking zijn gebruikt vergelijkbare omstandigheden en kenmerken van toepassing zijn.

Verklarende woordenlijst

Term	Omschrijving
Actiecompetentie	Actiecompetentie is het vermogen om tot actie over te gaan en een positieve verandering op gezondheidsgebied te bewerkstelligen (49)
Benchmarking	Benchmarking kan gedefinieerd worden als het gebruik van vergelijkende gegevens uit bijvoorbeeld vergelijkbare interventies of activiteiten, met als doel om een referentiewaarde voor beste praktijken vast te stellen en aan de hand daarvan succes te kunnen meten en specifieke verbeterpunten te kunnen identificeren.
Bepalende factoren met betrekking tot de gezondheid	Bepalende factoren met betrekking tot de gezondheid zijn verscheidene factoren die de gezondheidstoestand van personen, groepen of de populatie als geheel beïnvloeden. Hieronder vallen het sociale en het economische milieu, het fysieke milieu en de persoonsgebonden eigenschappen en gedragingen (40).
BMI	BMI staat voor 'Body Mass Index' en is de gangbare index waarmee wordt aangegeven wanneer sprake is van overgewicht of obesitas. Hierbij wordt de lichaamslengte uitgezet tegen het lichaamsgewicht; de BMI wordt berekend door het gewicht in kilo's te delen door de lengte in meters in het kwadraat (kg/m ²) (54).
Copingstrategieën	Coping is de manier waarop een persoon cognitief en gedragstechnisch probeert om te gaan met de interne en externe vraag die bij de wisselwerking tussen de persoon en zijn of haar omgeving de beschikbare capaciteit van de persoon zwaar op de proef stelt of overschrijdt, door deze vraag te verminderen, minimaliseren, bedwingen of verdragen (55).
Doeltreffendheid	De mate waarin een interventie het beoogde effect behaalt (56).
Doelmatigheid	Het verband tussen een resultaat en de ingezette middelen om dit resultaat te behalen (56).
Duurzaamheid	Van duurzaamheid is sprake wanneer het bedoelde effect van een project langer aanhoudt dan de looptijd van het project (56).
Eigenwaarde	Eigenwaarde geeft weer in hoeverre personen zichzelf waarderen, op prijs stellen of leuk vinden. Hieruit blijkt of de persoon een positief of negatief zelfbeeld heeft (60).
Empowerment	Op het gebied van gezondheidsbevordering verwijst empowerment naar een proces waarbij mensen zelf de controle nemen over beslissingen en handelingen die hun gezondheid beïnvloeden (40).
Gezondheidsinterventie	Gezondheidsinterventies kunnen omschreven worden als activiteiten die hun oorsprong vinden in de gezondheidswetenschap en gericht zijn

	op het realiseren van systematische en duurzame veranderingen ten aanzien van het gedrag van personen en/of omgevingsomstandigheden. Hierbij kunnen twee verschillende toepassingen worden onderscheiden: gezondheidsinterventies die gericht zijn op het bevorderen van de gezondheid/het welzijn (gezondheidsbevordering) en interventies die gericht zijn op het voorkomen van ziekte (preventie) (1).
Gezondheidsbevordering	Gezondheidsbevordering is het proces dat erop gericht is om mensen in staat te stellen meer controle over hun gezondheid te verkrijgen en hun gezondheid te verbeteren (40).
Gezondheidsrisico	Sociaal, economisch of biologisch bepaald(e) toestand, gedrag of milieu dat leidt tot (een verhoogd risico van) een bepaalde aandoening, slechte gezondheid of letsel (40).
Incidentie	De incidentie verwijst naar het aantal nieuwe gevallen binnen een bepaalde populatie in een bepaalde periode (57).
Implementatie	Implementatie verwijst naar de manier waarop een voorgenomen interventie of programma in de praktijk wordt gebracht (52). Voor het beoordelen van de implementatie zijn verschillende onderdelen van belang: vertrouwen in de implementatie, frequentie en duur van de interventie, toepassingskwaliteit en de mate van reactie van de participerende partijen (37).
Kosteneffectiviteit	Kosteneffectiviteit duidt op het verband tussen financiële kosten aan de ene kant en het resultaat (het effect) van de interventie aan de andere kant. Bij een gunstige kosteneffectiviteit overtreft het resultaat de financiële kosten van de interventie.
Kwaliteitsindicator	Een speciaal gekozen maat waarmee kan worden aangetoond of er sprake is van goede of slechte kwaliteit (10).
Monitoring	Continue of periodieke systematische verzameling van gegevens, aan de hand waarvan de processen en resultaten gecontroleerd kunnen worden (31).
Overgewicht	Hoewel er geen algemeen aanvaarde definitie bestaat voor overgewicht bij kinderen en jongvolwassenen, wordt meestal uitgegaan van een bepaald leeftijds- en geslachtsafhankelijk percentiel (een waarde waar onder zich een bepaald percentage van de waarnemingen bevindt). Binnen Europa wordt bij een BMI boven het 85e percentiel gesproken van overgewicht, en bij een BMI boven het 95e percentiel van obesitas (36).
Participatie	Participatie kent verschillende gradaties en kan variëren van een gevoel ergens bij betrokken te zijn tot een gevoel ergens deel van uit te maken. In het laatste geval wordt geïmpliceerd dat er sprake is van gedeelde macht bij het besluitvormingsproces ten aanzien van contextuele aangelegenheden (zoals school). Dit roept een beeld op van autonomie, eige-

	naarschap en empowerment ten aanzien van het opdoen van gezondheidsgerelateerde kennis (20, 40).
Preventie	Waar gezondheidsbevordering gericht is op het verbeteren van de gezondheid door middel van optimalisering van middelen en vaardigheden, is preventie gericht op het behoud van de gezondheid door middel van het voorkomen van risico's en ziekten. Afhankelijk van het moment van ingrijpen kan een onderscheid worden gemaakt tussen primaire preventie (voorkomen van het ontstaan van ziekten), secundaire preventie (vroegtijdig diagnosticeren van ziekten) en tertiaire preventie (voorkomen van terugval).
Prevalentie	Het aantal gevallen binnen een bepaalde populatie op een bepaald moment (56).
Principe van de Gezonde School benadering	Een Gezonde School benadering is een school die zich voortdurend inzet om een nog gezondere leef-, leer- en werkomgeving te vormen. Bij een Gezonde School benadering zetten professionals op het gebied van onderwijs en gezondheid, leerkrachten, leerlingen, ouders en invloedrijke partijen uit de omgeving zich in om de gezondheid te bevorderen. De school pakt alle beschikbare maatregelen aan om de gezondheid en het onderwijs te verbeteren en wil een positieve gezondheidsgerichte omgeving vormen en verscheidene voorlichtings- en promotie-initiatieven op het gebied van gezondheid aanbieden. Een Gezonde School benadering maakt gebruik van principes, praktijken en andere maatregelen die gericht zijn op het behoud van de eigenwaarde van de leerlingen en het vergroten van de kans op succes, en die zowel de goede bedoelingen en intenties als de persoonlijke prestaties van de leerlingen op waarde weten te schatten. Naast de gezondheid van de leerlingen heeft een dergelijke school ook tot doel om de gezondheid van het schoolpersoneel, de familieleden van de leerlingen en mensen in de omgeving van de school te verbeteren. Om uit te vinden hoe de omgeving kan bijdragen aan de gezondheid en het onderwijs, werkt de school samen met invloedrijke partijen uit de omgeving van de school (40).
Puntprevalentie	Bij puntprevalentie gaat het om het aantal gevallen op een specifiek moment, en bij periodeprevalentie gaat het om het aantal gevallen in een bepaalde periode (bijv. een maand of twaalf maanden).
Psychosomatische klachten	Psychosomatische klachten en aandoeningen worden gekenmerkt door fysieke symptomen die niet volledig verklaard kunnen worden door een neurologische of ggeneraliseerde medische ('organische') aandoening (58).
Schoolbrede benadering van gezondheid	Een schoolbrede benadering van gezondheid wordt gekenmerkt door: <ul style="list-style-type: none"> · een op participatie en actie gerichte benadering van gezondheidsvoorlichting binnen het onderwijsprogramma · aandacht voor het beeld dat leerlingen zelf hebben van gezondheid · de ontwikkeling van beleid gericht op het creëren van een gezonde school

	<ul style="list-style-type: none"> · de ontwikkeling van de fysieke en sociale omgeving van de school · de ontwikkeling van levensvaardigheden · een goede koppeling met de thuissituatie en de omgevingsituatie · goede benutting van de gezondheidsdiensten (5) <p>Bij een schoolbrede benadering richt men zich niet uitsluitend op de gezondheid van de leerlingen, maar ook op de gezondheid van de leerkrachten en het niet-onderwijzende personeel. Daarnaast richt deze benadering zich op het bevorderen van de onderwijskwaliteit, door gebruik te maken van gezondheidsmaatregelen als het principe van de goede en gezonde school (47).</p>
Schoolklimaat	Het schoolklimaat kan gezien worden als de kwaliteit en frequentie van de interactie tussen volwassenen en leerlingen (59).
Secundaire aandoeningen	Secundaire aandoeningen zijn aandoeningen die het gevolg zijn van een eerdere aandoening of een eerder voorval. Zo zijn diabetes type 2, hoge bloeddruk en hartaanval secundaire aandoeningen die het gevolg kunnen zijn van obesitas.
Sedentair gedrag	Sedentair gedrag verwijst naar een gedragspatroon met weinig of geen lichamelijke activiteit. Voorbeelden hiervan zijn tv-kijken, computeren en videospelletjes spelen.
Sociaaleconomische status	De sociaaleconomische status geeft weer wat de economische en sociale toestand van een persoon of familie is ten opzichte van die van anderen. Over het algemeen wordt dit bepaald aan de hand van het inkomen.
Stress	Stress komt voort uit de wisselwerking tussen een persoon en zijn of haar omgeving, en dan in het bijzonder een omgeving die voor het gevoel de beschikbare capaciteit van de persoon zwaar op de proef stelt of overschrijdt en dus het welzijn in gevaar brengt (55).
Vertrouwen in de interventie	Het vertrouwen in de interventie geeft aan of en in hoeverre de gehele interventie of onderdelen van de interventie precies zoals gepland op schoolniveau is/zijn toegepast (37). Hieruit blijkt in hoeverre de implementatie en de planning overeenkomen.
Wetenschappelijk onderbouwde gezondheidsbevordering	Het gebruik van informatie die afkomstig is uit formeel en systematisch uitgevoerd onderzoek om de oorzaken van en bijdragende factoren voor gezondheidsproblemen en de effectiefste gezondheidsbevorderende maatregelen om deze aan te pakken, binnen een bepaalde context en een bepaalde populatie in kaart te brengen (39).
Zelfredzaamheid	Zelfredzaamheid is het beeld dat personen hebben van de mate waarin zij met hun eigen handelingen in staat zijn hun leven te beïnvloeden (39).

■ REFERENTIES

1. Michaelsen-Gärtner, B., Witteriede, H. & Paulus, P. (2009). Gesundheitserziehung in Schulen. [Health Education in Schools]. In B. Wulfhorst & Hurrelmann, K. (Ed.). *Handbuch Gesundheitserziehung [Handbook of Health Education]* (160-170). Bern, Hans Huber.
2. Aro, A. A., Van den Broucke, S. & Rätty, S. (2005). Toward European consensus tools for reviewing the evidence and enhancing the quality of health promotion practice. *Promotion & Education, Suppl. 1*, 10-14.
3. WHO (2009). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved from the World Wide Web on November 11th 2009, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
4. Stewart-Brown, S. (2001). Evaluating health promotion in schools: reflections. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion. Principles and Perspectives* (271-284). Copenhagen, WHO.
5. Buijs, G. (2009). SHE strategic plan 2008-2012. Woerden, NIGZ.
6. Christiansen, G. (1999). Evaluation as a Quality Assurance Tool in Health Promotion. Köln, BZgA.
7. Øvretveit, J. (1996). Quality in health promotion. *Health Promotion International*, 11, 55-62.
8. Lohr, K. M. (Ed.) (1990). *Medicare – A strategy for quality assurance*. Washington, DC, Institute of Medicine.
9. Ruckstuhl, B., Kolip, P. & Gutzweiler, F. (2001). Qualitätsparameter in der Prävention [quality parameter in prevention]. In BZgA (Ed.). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention [Quality management in health promotion and prevention]* (38-50). Köln, BZgA.
10. Ader, M., Berensson, K., Carlsson, P., Granath, M. & Urwitz, V. (2001). Quality indicators for health promotion programmes. *Health Promotion International*, 16, 187-195.
11. Parish, R. (2001). Health promotion. Towards a quality assurance framework. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion. Principles and Perspectives* (171-184). Copenhagen, WHO.
12. Ruckstuhl, B., Studer, H. & Somaini, B. (1998). Eine Qualitätskultur für die Gesundheitsförderung! [A quality culture for health promotion]. *Soz.-Präventivmedizin*, 43, 221-228.
13. Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York, Oxford University Press.
14. Trojan, A. (2001). Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung [Quality development in health promotion]. In BZgA (Ed.). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention [Quality management in health promotion and prevention]* (51-72). Köln, BZgA.
15. Buijs, G. & Ruiter de, S. (2008). Summary Dutch toolkit overweight in schools. Woerden, NIGZ.
16. Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005). Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland [Health promotion through life skill programmes in Germany]. Köln, BZgA.
17. Kaluza, G. & Lohaus, A. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie [Mental health promotion programmes for childhood and adolescence]*. *Gesundheitspsychologie*, 3, 119-143.
18. Peters, L. W. H., Leurs, M. T. W., Keijsers, J. F. E. M. & Schaalma, H. P. (2008). Development of the schoolBeat quality checklist for healthy school interventions. In Leurs, M. (Ed.) *A collaborative approach to tailored whole-school health promotion* (69-81). Enschede: Ipskamp.
19. GEP, NIGZ, VIG (2005). European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIPH). Retrieved from the World Wide Web on April 15th, from [http://ws5.e-
vision.nl/system3/images/Annexe%2010%20EQUIHP.pdf](http://ws5.e-
vision.nl/system3/images/Annexe%2010%20EQUIHP.pdf)
20. BZgA (2006). Quality criteria for programmes to prevent and treat overweight and obesity in children and adolescents. Cologne, BZgA.
21. quint-essenz (2009). Quality criteria for projects version 5.0. Retrieved from the World Wide Web on April 15th, from <http://www.quint-essenz.ch/en/files/Quality—criteria—50.pdf>
22. Molleman, G., Peters, L., Hommels, L. & Ploeg, M. (2003). Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0. Retrieved from the World Wide Web on April 15th, from <http://www.nigz.nl/index—en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=54>.
23. BZgA. (2005). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten [Criteria of good practice in health promotion for social disadvantaged]. Köln, BZgA.

24. Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Koch, U. & Lehmann, H. (2004). Die Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Anforderungen und Lösungen [The assessment of structural, process and outcome quality of health promotion and prevention. Demands and solutions]. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 47, 125-132.
25. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H & Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.
26. Dietz, W. H. & Gortmaker, S. L. (2001). Preventing Obesity in Children and Adolescents. *Annu. Rev. Public Health*, 22, 337-353.
27. CDC (2005). Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR*, 54(No. RR-10).
28. Katz, D. L., O'Connell, M., Njiki, V. Y., Yeh, M.-C. & Nawaz, H. (2008). Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 32, 1780-1789.
29. Bautista-Castaño, I., Doreste, J. & Serra-Majem, L. (2004). Effectiveness of interventions in the prevention of childhood obesity. *European Journal of Epidemiology*, 19, 617-622.
30. Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N. & Merchant, A. T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*, 4:24.
31. Shaya, F. T., Flores, D., Gbarayor, C. M. & Wang, J. (2008). School-Based Obesity Interventions: A Literature Review. *Journal of School Health*, 78, 189-196.
32. Lissau, I. (2007). Prevention of overweight in the school arena. *Acta Pædiatrica*, 96, 12-18.
33. Roe, L., Hunt, P., Bradshaw, H. & Rayner, M. (1997). Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population – a review. London, Health Education Authority.
34. Sluijs van, E. M. F., McMinn, A. M. & Griffin, S. J. (2007). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *BMJ*, 335, 703.
35. Wechsler, H., Devereaux, R. S., Davis, A. B. M. & Collins, J. (2000). Using the School Environment to Promote Physical Activity and Healthy Eating. *Preventive Medicine*, 31, 121-137.
36. Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T. & Campbell, K. J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 20, 1-73.
37. Barry, M. M., Domitrovich, C. & Lara, M. A. (2005). The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion & Education. Supp.2*, 30-36.
38. Müller, M.; Danielzik, S. & Pust, S. (2005). School- and family-based interventions to prevent overweight in children. *Proceedings of the Nutrition Society*, 64, 249-254.
39. Smith, B.J., Tang, K.C. & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21(4), 340-345.
40. WHO (1998). Health promotion glossary. Geneva, WHO.
41. Simovska, V. (2007). The changing meaning of participation in school based health-education and health promotion: the participants' voices. *Health Education Research*, 22, 864-878.
42. Simovska, V. & Jensen, B.B. (2009). Conceptualizing participation – the health of children and young people. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
43. 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 promotion schools approach. Copenhagen, WHO.
44. Paulus, P. (2007). 20 Years of Health Promotion Research in and on Settings in Europe - the case of School Health Promotion, *Italian Journal of Public Health*, 4(4), 248-254.
45. Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., Dudey, S. & Schürholz, T. (2009). Physician Diagnosed Obesity in German 6- to 12- Year-Olds. Prevalence and Comorbidity of Internalising Disorders, Externalising Disorders, and Sleep Disorders. *Obesity Facts*, 2, 67-73.
46. Valois, R. F. Umstadtd, M. R., Zullig, K.J. & Paxton, R.J. (2008). Physical Activity Behaviors and Emotional Self-Efficacy: Is There a Relationship for Adolescents? *Journal of School Health*, 78(6), 321-327.

47. Paulus, P. (2009). Anshub.de. Ein Programm zur Förderung der guten gesunde Schule. [Anshub.de – a programme for the promotion of the good healthy school] Münster: Waxmann.
48. Taras, H. (2005). Physical Activity and Student Performance at School. *Journal of School Health*, 75, 214-218.
49. Jensen, B. B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research*, 12, 419-428.
50. Gray, G., Young, I. & Barnekow, V. (2006). Developing a health-promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools. ENHPS.
51. Boonen, A., Vries de, N., Ruiter de, S., Bowker, S. & Buijs, G. (2009). HEPS Guidelines. Guidelines on promoting healthy eating and physical activity in schools. Woerden, NIGZ.
52. Durlak, J. A. (1998). Why Program Implementation is Important. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 17, 5-18.
53. Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13, 27-44.
54. WHO (2006). Obesity and Overweight. Fact sheet N° 311. Retrieved from the World Wide Web on August 11th, 2009 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
55. Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
56. Quint-Essenz (2008). Glossary. Retrieved from the World Wide Web on August 11th, 2009 from <http://www.quint-essenz.ch/en/resources>.
57. Bonita, R., Beaglehole, R. & Kiehlström, T. (2006). *Basic epidemiology* (2nd edition). Geneva, WHO.
58. Oatis, M. D. (2002). Psychosomatic Illness in Children and Adolescents. *NYU Child Study Letter*, 6(3).
59. Kuperminc, G. P., Leadbeater, B. J. & Blatt, S. J. (2001). School Social Climate and Individual Differences in Vulnerability to Psychopathology among Middle School Students. *Journal of School Psychology*, 39, 141-159.
60. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ, Princeton University Press.

Relevante internetpagina's

1. **Kwaliteitsinstrumenten voor gezondheidsinterventies (selectie)**
 - Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
<http://www.bzga.de>
 - European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP)
<http://subsites.nigz.nl/system3/site2>
 - Preffi
<http://www.preffi.nl>
 - Qualität in der Prävention (QIP)
<http://www.uke.de/extern/qip>
 - Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen
<http://www.bzga.de>
 - Quint essenz
<http://www.quint-essenz.ch>
2. **Databanken met gegevens over gezond eten en bewegen (selectie)**
 - Platform Ernährung und Bewegung e.V.
<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de>
 - Platform Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

- I-database
<http://www.loketgezondleven.nl/i-database>
- Gesunde Schule Datenbank
<http://gs.bmgfj.gv.at>

3. **Andere relevante internetpagina's**

- Schools for Health in Europe (SHE) network
<http://www.schoolsforhealth.eu>
- HEPS supports school health policy
<http://www.hepseurope.eu>

HEPS-PARTNERS

Het gezondheidsinstituut NIGZ coördineert het HEPS-project en werkt hierbij samen met:

1. Université Libre de Bruxelles, België
2. Welsh Assembly Government, Wales
3. Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet, Kopenhagen, Denemarken
4. Ινστιτούτο Ψυχιασ του Παιδιου, Griekenland
5. Universiteit Maastricht, Nederland
6. NHS Health Scotland, Schotland
7. Uniwersytet Warszawski, Polen
8. Universitetet i Bergen, Noorwegen
9. Leuphana Universität Lüneburg, Duitsland
10. National University of Ireland, Galway, Ierland
11. Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR), Oostenrijk
12. Valstybinis Aplinkos Sveikatos Centras, Litouwen