

FitGaaf!

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: FitGaaf!

Postadres: Ooster Badstraat 35, 9726CK Groningen

E-mail: info@fitgaaf.nl

Telefoon: 050-8500691

Website (van de interventie): www.fitgaaf.nl/gezonde-school-of-gezonde-wijk

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Tom Steffens

E-mail : tomsteffens@fitgaaf.nl

Telefoon : 06-22470742

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Tom Steffens

Titel interventie: Preventieve interventie FitGaaf!

Databank(en):

Plaats, instituut: Groningen, FitGaaf!

Datum: 16-10-2019

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling.

De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Dit werkblad wordt na erkenning, inclusief contactgegevens gepubliceerd op Loketgezondleven.nl en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep.....	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak	9
2. Uitvoering	12
3. Onderbouwing	16
4. Onderzoek	20
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	20
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	21
5. Samenvatting Werkzame elementen	22
6. Aangehaalde literatuur	23
7. Praktijkvoorbeeld	26

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

Met preventieve interventie FitGaaf! versterken kinderen tussen 4-12 jaar kennis, motivatie en zelfvertrouwen met betrekking tot gezond gedrag, op een wijze die uitgaat van didactische principes zoals ervaringsleren, intuïtief leren en reflectie. Na educatieve uitleg op school wordt thuis vier weken stickers geplakt op een kalender, voor dagelijks gezond eten (ontbijt, voldoende groente en fruit), water drinken, (matig intensief en intensief) bewegen en slapen. Zo is er inzicht in huidig (on)gezond gedrag en leren kinderen structuur in dagelijks gezond gedrag aan. De stickers vormen daarbij als kleine beloning steeds een vorm van positieve bekrachtiging om gezonde keuzes te maken. Eén van de ouders/verzorgers kan actief meeplakken en krijgt ondersteunende mailings, met aanvullende tips om kinderen te ondersteunen, faciliteren en stimuleren. Leerkrachten besteden wekelijks in de klas aandacht aan FitGaaf!, aan de hand van een klassenposter. De afsluiting is wederom op school. De preventieve interventie is laagdrempelig en toegankelijk voor kinderen en ouders/verzorgers ongeacht afkomst of sociaaleconomische status.

Doelgroep – max 50 woorden

Kinderen in Nederland tussen 4-12 jaar, ongeacht of er op het moment van uitvoer sprake is van ongezond gewicht. Intermediaire doelgroepen zijn ouders/verzorgers en groepsleerkrachten. Doelgroep wordt via verschillende vormen basisscholen bereikt en de preventieve interventie sluit goed aan op de doelgroep in wijken met lage sociaaleconomische status (SES).

Doel – max 50 woorden

Kinderen tussen 4 en 12 jaar zijn zich beter bewust van hun eet-, drink-, beweeg- en slaappatroon en weten hoe ze dit patroon kunnen verbeteren. Het actief betrekken van ouders en groepsleerkrachten vergroot de kans dat kinderen op de langere termijn een gezondere leefstijl ontwikkelen.

Aanpak – max 50 woorden

Na een educatieve start op school worden kinderen, door thuis stickers te plakken, gestimuleerd tot gezond gedrag. De stickers bieden kind, ouder/verzorger en groepsleerkracht inzicht in huidig gedrag, versterkt bewustzijn en een actieve leerervaring over ontbijt, fruit en groente eten, water drinken, voldoende matig intensief en intensief bewegen en slapen.

Materiaal – max 50 woorden

- Kalenderposter (A2-formaat) en stickerboekje met 9 verschillende stickervellen
- Klassenkalender met stickers voor groepsleerkrachten
- Handboek voor uitvoerders
- Webpagina's met extra onderbouwing en tips; Eén voor in de klas en één voor thuis
- 14 ondersteunende e-mails voor ouders/verzorgers
- Digitale flyer (werving)
- Templates voor effectmeting en evaluatie

Onderbouwing – max 150 woorden

Preventieve interventie FitGaaf! versterkt kennis, motivatie en zelfvertrouwen met betrekking tot gezond gedrag volgens didactische principes zoals ervaringsleren, intuïtief leren en reflectie. Theoretische fundering voor het stimuleren van gedrag en gedragsverandering komt uit het Stages of Change-model (Prochaska en Di Clemente, 1983), sociaal cognitieve leertheorie (Bandura, 2010) en

literatuur uit gedragspsychologie over beloning, intrinsieke en extrinsieke motivatie en overrechtvaardiging (van Duijvenvoorde et al., 2008). (Cerasoli et al., 2014).

Uit wetenschappelijk en blijkt tastbare beloning in de vorm van stickers effectief om kinderen iets nieuws te laten proeven (Cooke, Chambers, Anez, & Wardle, 2011) en voor het maken van de gezonde keuzes (Samek, 2016).

Gebaseerd op dynamische systeemtheorie (Saunders,1993) Carriere, 2009) wordt met preventieve interventie FitGaaf!, door het actief betrekken van ouders en leerkrachten, ook beoogd om de belangrijkste contextuele factoren uit de omgeving van het kind positief te veranderen. Zo worden kansen vergroot dat het kind een stabiel interventie-effect op langere termijn kan realiseren.

Onderzoek – max 100 woorden

Theoretische onderbouwing, proces en effecten van FitGaaf! als preventieve interventie zijn recent opnieuw geëvalueerd. Hierbij is specifieke aandacht besteed aan de aansluiting op de lage-SES doelgroep. Bij drie FitGaaf!-basisschoolprojecten zijn studies uitgevoerd. Aangevuld met een verdiepende literatuurstudie naar theoretische onderbouwing, kan uit deze studie worden geconcludeerd dat de FitGaaf!-methode als preventieve interventie ook goed aansluit bij kinderen uit kwetsbare lage-SES doelgroep. Geïdentificeerde succesfactoren zijn: bereik en actieve deelname van kinderen, eerste positieve signalen actieve deelname van ouder, deelname van leerkrachten en eerste positieve signalen van effect op zelfervaren fitheid van het kind en waardering door kind en ouder.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.

Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

Preventieve interventie FitGaaf! is primair gericht op in Nederland woonachtige kinderen tussen 4-12 jaar, ongeacht of er op het moment van uitvoer sprake is van ongezond gewicht en ongeacht etnische afkomst (personen met een Nederlandse of een migratieachtergrond).

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

Ja, ouders/verzorgers en groepsleerkrachten, als belangrijke actoren in het systeem rond het kind:

1) Ouders/verzorgers

Na uitleg op school nemen de kinderen de FitGaaf!-materialen (kalender en stickers) mee naar huis met de opdracht een van de ouders/verzorgers te vragen samen 4 weken gezonde stickers te plakken (op een apart deel voor kind en apart deel voor ouder), ondersteund door mailings en website.

2) Groepsleerkrachten basisschool:

Van leerkrachten wordt verwacht om minimaal 1x per week 10 minuten in de klas aandacht aan het project te besteden, aan de hand van een klassenposter.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

De doelgroep wordt bereikt via basisscholen. Preventieve interventie FitGaaf! is geschikt voor alle kinderen van 4-12 jaar in Nederland, ongeacht of er op het moment van uitvoer sprake is van ongezond gewicht en ongeacht etnische afkomst (Nederlandse of een migratieachtergrond).

Deelnemende basisschool of basisscholen bepalen zelf welke klassen er aan de interventie meedoen, voornamelijk op basis van beschikbare tijd en ruimte naast andere onderwijsactiviteiten. Wanneer ouders/verzorgers bezwaar hebben tegen deelname van het eigen kind aan de preventieve interventie, kunnen zij dit kenbaar maken aan de directie van deelnemende school. Van elke groepsleerkracht wordt verwacht wekelijks minimaal 10 minuten aandacht te besteden aan FitGaaf! Wanneer een groepsleerkracht hier bezwaar tegen heeft kan dit kenbaar worden gemaakt aan schooldirectie. In overleg kan worden besloten de uitvoer van de preventieve interventie alleen thuis plaats te laten vinden of klassikale uitvoer door vakleerkracht lichamelijke opvoeding in de gymles op te laten pakken.

In de meeste gevallen vragen basisscholen de preventieve interventie rechtstreeks bij interventie-eigenaar FitGaaf! aan. Basisscholen kunnen via verschillende kanalen kennis nemen van FitGaaf! Een andere veelvoorkomende route loopt via regionale buurtsportcoaches die FitGaaf! in eigen aanbod aan gezondheidsactiviteiten of -projecten opnemen. Bij bredere interventies, gericht op gezond gedrag, zoals B-fit van de Gelderse Sport Federatie, staat FitGaaf! als keuzemogelijkheid op een menukaart.

FitGaaf! kan als universele preventie worden gezien en zowel bij primaire en secundaire preventie worden ingezet. Hoewel FitGaaf! wordt ingezet via een variëteit aan basisscholen, vindt uitvoer vaak plaats via basisscholen in wijken met een lage sociaaleconomische status.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

Bij vormgeving en samenstelling van de FitGaaf!-materialen is samen gewerkt met orthopedagogen en buurtsportcoaches/-medewerkers. Daarnaast is van 2014 tot begin 2015 een pilot uitgevoerd. Hierin is de primaire doelgroep (kinderen) en intermediaire doelgroep (ouders, leerkrachten) via interviews, vragenlijsten en evaluatieformulieren gevraagd naar bevindingen en verbeterpunten. Op basis van deze resultaten is het huidige ontwerp van de FitGaaf!-kalender voor inzet als preventieve interventie (een 4-weken versie met een apart deel voor het kind en een apart deel voor de ouder/verzorger) tot stand gekomen. Betrekken van de (intermediaire) doelgroepen is daarnaast een doorlopend proces. Zo is recent een uitgebreide effectstudie en procesevaluatie (Steffens, 2018) uitgevoerd, ook met het doel om eventuele gewenste punten van doorontwikkeling te identificeren.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Kinderen tussen 4 en 12 jaar vergroten hun kennis over gezond eten, drinken, bewegen en slapen en zijn zich beter bewust van hun eet-, drink-, beweeg- en slaappatroon. Motivatie en zelfvertrouwen, om deze patronen te kunnen verbeteren, wordt versterkt. In een periode van 4 weken, met uitvoer in school- en thuisomgeving, wordt een aanjagend en ondersteunend effect beoogd, bijvoorbeeld als onderdeel binnen integrale preventie aanpak of bredere interventie gericht op gezond gedrag en gewicht. Het actief betrekken van ouders en groepsleerkrachten vergroot de kans dat kinderen op de langere termijn een gezondere leefstijl ontwikkelen.

Subdoelen – max 350 woorden

Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?

Voor de directe doelgroep (kinderen tussen 4-12 jaar) zijn de volgende subdoelen, aan de hand van de leerniveaus uit de Taxonomie van Bloom (Dong, F.M. 2014) geformuleerd:

a) kinderen tussen 4-12 jaar;

1. Kunnen na de preventieve interventie vertellen wat de in Nederland geldende normen voor kinderen zijn rond gezond eten, drinken, bewegen en slapen (*onthouden en begrijpen*).
2. Hebben na de preventie interventie versterkt inzicht in wat er in de eigen dagelijkse en wekelijkse patronen momenteel goed en minder goed gaat bij dagelijks gezond eten, drinken, bewegen en slapen (*analyseren*).
3. Geven na de preventieve interventie aan minimaal twee concrete verbeteringen in dagelijks gezond eet-, drink-, beweeg en/of slaapedrag te hebben toegepast (*toepassen en evalueren*)

Voor de intermediaire doelgroepen zijn de volgende subdoelen van toepassing:

b) Ouders/verzorgers;

1. Bij minimaal de helft van deelnemende kinderen doet één van de ouders/verzorgers minimaal 1 week actief mee middels het zelf plakken van stickers voor eigen gezond gedrag.
2. Hebben, ongeacht eigen actieve deelname, na de preventieve interventie versterkt inzicht in wat er momenteel bij het eigen kind goed en minder goed gaat bij dagelijks gezond eten, drinken, bewegen en slapen volgens de in Nederland geldende normen;
3. Hebben na de preventieve interventie een versterkt bewustzijn over het belang van het faciliteren van dagelijks gezond eten, drinken, bewegen en slapen voor het gezond opgroeien van het kind.
4. Geven na de preventieve interventie minimaal aan te 'overwegen'* om onderdelen van de leefstijl van het gezin aan te passen.

*(fase *contemplate* uit stages-of-change-model)

c) Groepsleerkrachten basisonderwijs*

1. Besteden minimaal 1x per week 10 minuten, aan de hand van de klassenposter, in de klas aandacht aan de preventieve interventie.

2. Hebben na de preventieve interventie een versterkt bewustzijn over het belang van het op school aandacht besteden aan dagelijks gezond eten, drinken, bewegen en slapen door het kind.

* Wanneer situatie op een deelnemende basisschool daarom vraagt, kan aan de vakleerkracht Lichamelijke Opvoeding worden gevraagd FitGaaf! wekelijks in de gymles te behandelen.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

1. Werving en voorbereiding: Afstemming met uitvoerder en deelnemende basisschool over visie, belang, plan, competenties middelen en praktische zaken. Draagvlak realiseren onder leerkrachten en ouders, via briefing en/of ouderavond en/of teammeeting. Indicatie aantal contactmomenten: 3. Indicatie duur: 10 uur.
2. Educatieve kick-off van 20-30 minuten per klas: Materialen (kalender, stickervellen en klassenkalender) worden op school gepresenteerd en uitgedeeld tijdens een educatieve les over gezond eten, drinken, bewegen en slapen. De stickers dienen daarbij als kapstok aan onderwerpen voor interactie met de kinderen. Er wordt een korte nulmeting uitgevoerd naar zelfervaren fitheid. Indicatie totale duur per school: 5 uur
3. Uitvoer thuis en op school: kinderen plakken vier weken thuis stickers voor dagelijks gezond eten, drinken, bewegen en slapen. Op de kalender zelf staat de opzet uitgelegd voor de ouder/verzorger. Via www.fitgaaf.nl en ondersteunende mailings worden daarnaast alle stickers verdiepend uitgelegd. Ook is er wekelijks minimaal 1x in de week in de klas/groep kort (5 minuten) aandacht voor het project, aan de hand van een klassenposter en ondersteunende webpagina voor op digibord.
4. Educatieve en evaluerende afsluiting van 20-30 minuten per klas: Project wordt met alle kinderen in de eigen klas geëvalueerd en afgesloten. Indicatie duur per school: 5 uur.

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.

Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.

Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

Bij preventieve interventie FitGaaf! worden de volgende concrete activiteiten in onderstaande volgorde uitgevoerd.

1. Werving en voorbereiding:

1a. Werving: Kinderen en ouders/verzorgers doen mee aan FitGaaf! via basisscholen. Basisscholen kunnen zich via verschillende kanalen aanmelden voor de preventieve interventie FitGaaf!, maar meest voorkomende route verloopt via regionale buurtsportcoaches die FitGaaf! in eigen lokale aanbod aan gezondheidsprojecten hebben opgenomen. De preventieve interventie is geschikt voor kinderen in de leeftijd tussen 4 en 12 jaar. Er kan zodoende voor worden gekozen om de hele school mee te laten doen. Mochten er omstandigheden zijn die deelname van bepaalde klasse bemoeilijkt (beperkte tijd door aanstaande CITO-toetsen bijvoorbeeld), kan ook voor een selectie van klassen worden gekozen. Bij het akkoord geven op een formele opdrachtbevestiging is aanmelding voor de preventieve interventie door de school bevestigd.

1b. Overleg met directie van de basisschool: over visie, belang, plan, competenties en middelen, specifieke wensen, datum, dagdeel, locatie en het inlichten van de groepsleerkrachten en ouders. Er wordt intern per school een contactpersoon aangewezen met wie praktische zaken (toegang tot faciliteiten als gymzaal, plein, aula) en beoogde planning van de plenaire kick-off en afsluiting zal worden afgestemd.

1c. Informeren ouders/verzorgers: Uiterlijk een week voor de start van FitGaaf! worden ouders/verzorgers van de deelnemende kinderen over de interventie geïnformeerd via een uitgebreide uitlegbrief, die door de school via nieuwsbrief of digitaal ouderportaal gecommuniceerd wordt. Afhankelijk van de wensen van de deelnemende school kan een informatieve presentatie worden verzorgd tijdens een ouderavond. Wanneer ouders/verzorgers bezwaar hebben tegen deelname van het eigen kind aan de preventieve interventie, kunnen zij dit kenbaar maken aan de schooldirectie.

1d. Informeren leerkrachten: Uiterlijk een week voor de start van de preventieve interventie, worden de leerkrachten van de deelnemende klassen geïnformeerd. Dit gaat via een uitgebreide brief, verstuurd per e-mail, met de volgende inhoud: onderbouwing, belang en visie achter de interventie, uitleg van de stappen, tijdsschema en draaiboek voor de kick-off en uitleg in de klassen, alsmede verwachte inspanning (minimaal 1x per week aandacht aan het project in de klas).

2. Kick-off: Uitleg en uitdelen op school

De kick-off van de preventieve interventie vindt op school plaats. In de deelnemende klassen krijgen de kinderen uitleg over FitGaaf! en worden de FitGaaf!-materialen (kalender en stickervellen) uitgelegd en uitgedeeld. De wijze van uitleg wordt afgestemd op de leeftijd en het niveau van betreffende leeftijdsgroep. Er wordt in interactie met de kinderen, gesproken over het belang van gezond eten, drinken, bewegen en slapen. Eerst kort in algemene zin, daarna per thema van elk FitGaaf!-stickertje. Daarbij wordt een groot uitlegborg met de FitGaaf!-stickers op groot formaat gebruikt. Belangrijke randvoorwaarde is dat er voldoende tijd voor de uitleg (minimaal 20 minuten) wordt gereserveerd en dat het aantal leerlingen per groep zich beperkt tot maximaal 40 kinderen. Uitleg aan een grotere groep kan ten koste gaan van de mogelijkheden tot interactie met de kinderen en de tijd/rust om inhoudelijk de diepte in te gaan. Afhankelijk van mogelijkheden in tijd, geld en ruimte en van de wensen van deelnemende scholen kan deze start extra feestelijk worden gemaakt met bijvoorbeeld een sportief pleinfest. Afhankelijk van de wensen van de deelnemende school of scholen kunnen ouders/verzorgers bij deze plenaire opening aanwezig zijn.

3. Uitvoer: Vier weken gezonde stickers plakken

3a. Thuis

Na de kick-off op school nemen de deelnemende kinderen de FitGaaf!-materialen (kalender en stickervellen) in een grote envelop mee naar huis. Tijdens de uitleg in de klas hebben zij de opdracht gekregen om de FitGaaf!-kalender thuis op te hangen. Op die kalender mogen ze vervolgens elke keer een sticker plakken, wanneer de bijbehorende gezonde acties van de betreffende sticker met succes uitgevoerd is.

De geldende richtlijnen staan uitgelegd op de kalender, het stickerboekje, in de hierboven genoemde brief aan ouder en op de begeleidende website www.fitgaaf.nl. Elke sticker op de FitGaaf!-kalender staat voor een gezonde actie, waarbij de in Nederland algemeen geldende normen voor kinderen, bepaald door bijvoorbeeld het Voedingscentrum en de hersenstichting. De betreffende richtlijnen en dus de voorwaarden om een sticker te mogen plakken, staan kort bij elk stickervel in het stickerboekje beschreven. Bij drie stickers betreft dit een eenmalige actie (slapen, ontbijt, sporten) bij de andere vier stickers is er sprake van het optellen van stuks (2 stuks fruit, 5-6 glazen water), tijd (60 minuten matig intensief bewegen) of gram (200-250 gram groente) verdeeld over de dag. Zo ontstaan op een dag 2 tot 3 momenten waarop de stickers geplakt worden: 1. 's Ochtends de stickers voor slapen en ontbijt 2. Bij thuiskomst na school (indien bijvoorbeeld reeds 2 stuks fruit gegeten is) en 3. Voor het naar bed gaan (optellen van alle cumulatieve acties). Met 7 dagen in de week en een duur van 4 weken zijn er daarmee minimaal $2 \times 7 \times 4 = 56$ reflectiemomenten op gezond gedrag van het kind. Geredeneerd vanuit het totaal aantal stickers dat verdiend kan worden, gaat het zelfs om meer dan 168 reflectiemomenten. Dat is een actieve leerervaring

Tijdens de uitleg in de klas hebben de kinderen tevens de opdracht meegekregen om thuis één van de ouders/verzorgers te vragen om zelf ook vier weken lang stickers te plakken voor gezond eten, drinken, bewegen en slapen. Het kind kan in deze zin als 'change-agent' worden gezien. Hiervoor is een apart blok voor ouders/verzorgers vormgegeven op de kalenderposter en het stickerboekje bevat voldoende exemplaren van elk type voor zowel kind als ouder/verzorger.

Ouders/verzorgers beslissen echter zelf of zij zelf actief mee zullen doen, middels het zelf plakken van stickers voor eigen gezond gedrag.

3b. Op school

Van de groepsleerkrachten* van elke deelnemende klas wordt tijdens de 4 weken van het project verwacht een klassenkalender bij te houden om zo ook in elke deelnemende klas wekelijks 10 minuten aandacht aan het project te besteden. Het kind is immers een groot deel van de tijd in een week op school en zodoende zijn klasgenoten en groepsleerkrachten, naast het gezin thuis, belangrijke actoren in het systeem rond het kind. Door de preventieve interventie zowel op school als thuis plaats te laten vinden, worden contextuele factoren positief beïnvloed. Zo wordt beoogd de kans te vergroten dat kinderen ook een stabiel, langere termijn interventie-effect kunnen realiseren.

*Wanneer de situatie op een deelnemende basisschool daarom vraagt, kan ook worden afgesproken om deze verantwoordelijkheid bij de vakleerkracht Lichamelijke Opvoeding neer te leggen en de klassenkalender wekelijks in de gymles te bespreken.

4. Afsluiting op school: Na vier weken wordt het FitGaaf!-project weer op school, in de eigen klas van de deelnemende kinderen afgesloten. Ook de afsluiting kan naar wens extra feestelijk worden gemaakt en worden aangevuld met activiteiten rond gezond eten, drinken en bewegen. Net als bij de plenaire kickoff, worden uiterlijk een week voorafgaand aan de plenaire afsluiting tevens afspraken gemaakt over het draaiboek en planning van afsluitingen per klas. Ook worden weer teksten aangeleverd ter briefing van leerkrachten en ouders/verzorgers. Wederom afhankelijk van wensen, behoeften, beschikbare tijd, budget en randvoorwaarden wordt een plenaire afsluiting in de meeste gevallen per klas georganiseerd. Hierbij wordt de aard en invulling van de afsluiting aangepast aan de betreffende leeftijd, maar er wordt altijd naar een combinatie tussen bewegen, spelen en leren gestreefd. Nameting en evaluatie wordt zo natuurlijk mogelijk ingepast tijdens deze plenaire afsluiting en wordt ook afgestemd op betreffende leeftijd.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

Voor uitvoering:

- Kalenderposter (A2-formaat) met twee aparte vlakken, waar kind en ouder de eigen stickers kunnen plakken. Bevat tevens een uitleg over doel, spelregels en legenda per sticker.
- Stickerboekje met 9 stickervellen voor: ontbijt, fruit, groente, voldoende water drinken, voldoende slaap, voldoende matig intensief en intensief bewegen, een sticker voor af en toe smokkelen en een fitcheck-sticker voor wekelijks evaluatiemoment tussen kind en ouder.
- Digitaal handboek voor uitvoerders
- Klassenkalender met fitcheck-stickers om ook wekelijks in de klas aandacht te besteden aan FitGaaf!
- Uitlegbord met uitvergroete voorbeeldweek en stickers
- Speciale webpagina (<https://www.fitgaaf.nl/gezond-op-school/>) voor in de klas met extra opdrachten en informatie per gezond thema.
- 14 ondersteunende mailings voor ouders/verzorgers (in lijn met AVG-wetgeving via opt-in) met afwisselend meer informatie per gezond thema (eten, drinken, bewegen en slapen), concrete gezonde recepten die kind en ouder samen kunnen maken en informatie over hoe ouders gezond gedrag van het kind positief kunnen bekrachtigen en faciliteren en 5 filmpjes met extra challenges voor kind en ouder.

Voor werving:

- speciale webpagina en digitale flyer met informatie voor uitvoerders en basisscholen

Voor evaluatie:

- excel-templates voor dataverzameling en –analyse voor-en nameting zelfervarenfitheid, evaluatie kennis-en gedragsverandering en actieve deelname

Locatie en type organisatie – max 200 woorden

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?

De uitvoer van preventieve interventie FitGaaf! vindt op school en thuis plaats. Op school worden de materialen (kalender en stickers) uitgedeeld en de doelen en werking van de preventieve interventie worden uitgelegd. Afhankelijk van grootte van de school kan dit klassikaal of schoolbreed plaatsvinden en in klaslokaal, aula of gymzaal georganiseerd worden. Het kan via elke soort basisschool worden ingezet, maar sluit specifiek goed aan op scholen in wijken met een lage sociaaleconomische status. Op het moment van schrijven heeft de preventieve interventie FitGaaf! op 72 scholen in Nederland plaatsgevonden.

Organisaties die de uitvoer van de interventie kunnen organiseren zijn basisscholen zelf of regionale organisaties of collectieven van buurtsportcoaches, die FitGaaf! binnen eigen regionale aanbod aan gezondheidsactiviteiten of -projecten inzetten. Bij erkende bredere interventies gericht op gezond gedrag, zoals B-fit van de Gelderse Sport Federatie, staat FitGaaf! als keuzemogelijkheid op een menukaart. Binnen deze interventies biedt FitGaaf! specifieke aanvulling op de onderwerpen motivatie tot gedragsverandering, (self-)monitoring en ouderparticipatie.

Ook zorgprofessionals zoals GGD-medewerkers of zorgverleners zoals diëtisten hebben de preventieve interventie FitGaaf! georganiseerd. Ook kunnen coaches van interventie-eigenaar FitGaaf! ingeschakeld worden om te ondersteunen bij de organisatie van de preventieve interventie of deze volledig te organiseren.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

In de meeste gevallen wordt organisatie van preventieve interventie FitGaaf! uitgevoerd door regionale buurtsportcoaches die FitGaaf! binnen eigen regionale aanbod aan gezondheidsactiviteiten of -projecten inzetten. (Soortgelijke functietitels, afhankelijk van desbetreffende regio zijn: buurtsportwerker, combinatiefunctionaris of sportmakelaar). Voor deze functies is ALO-opleiding of sport-en bewegen opleiding op VMBO-niveau afgerond en deze opleidingen kwalificeren ook voor het uit kunnen voeren van FitGaaf! Bij de samenwerking met leefstijlinterventie B-Fit is FitGaaf! ingebed in het trainingsprogramma voor B-fit coaches.

Daarnaast kunnen ook andere zorgprofessionals zoals GGD-medewerkers, diëtisten of fysiotherapeuten de uitvoer van FitGaaf! organiseren. Genoten opleiding HBO diëtiëk, HBO fysiotherapie, gezondheidswetenschappen of aanverwant kwalificeren in dit geval ook voor het uit kunnen voeren van preventieve interventie FitGaaf!

Voor alle uitvoerders zijn de volgende competenties belangrijk voor het succesvol uitvoeren van de preventieve interventie:

- affiniteit met doelgroep kinderen en betrokkenheid bij het welzijn van de kinderen
- goede verstandhouding met zowel de leerlingen als leerkrachten
- basiskennis over gezond sporten, bewegen en voeding
- enthousiasme in verbale en non-verbale communicatie
- basisvaardigheden in presenteren voor een groep
- het geven van het goede voorbeeld tijdens de contactmomenten met de kinderen en leerkrachten (zelf gezond lunchen, niet roken, niet snoepen bijvoorbeeld).

Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden *Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?*

Kwaliteit en consistentie van de uitvoer van de preventieve interventie worden ten eerste bewaakt via concrete richtlijnen voor uitvoer, beschreven in een uitgebreid handboek voor uitvoerders. Voor ouders en leerkrachten is er een uitgebreide briefing en geanimeerd uitlegfilmpje. Daarnaast is vóór uitvoer een persoonlijke kennismaking tussen interventie-eigenaar FitGaaf!, uitvoerder(s) en deelnemende schooldirectie, waarin visie, belang, onderbouwing en plan van de preventieve interventie, alsmede aanleiding voor en context bij de inzet van FitGaaf! op de desbetreffende school/scholen worden besproken. Na afloop van de uitvoer wordt met uitvoerders en school geëvalueerd of uitvoer volgens plan is verlopen.

Kwaliteit wordt daarnaast bewaakt middels evaluatie met deelnemende kinderen tijdens de afsluiting. Met intermediaire doelgroepen 'ouders/verzorgers' en 'leerkrachten' wordt geëvalueerd middels online vragenlijsten, waartoe zij in afsluitende communicatie (bijv. nieuwsbrief van school) worden uitgenodigd. Naast gesloten vragen is er ruimte voor open opmerkingen, feedback en verbeterpunten.

Waar nodig en realistisch wordt input uit bovenstaande gebruikt om kernmaterialen en ondersteunende materialen aan te passen.

Kwaliteitsbewaking is er tevens via samenwerking met onderwijs-/onderzoeksinstanties Hanze Hogeschool Groningen en Rijksuniversiteit Groningen. Dit uit zich in ondersteuning bij studies naar

effecten van de preventieve interventie en regelmatige toetsing van theoretische onderbouwing aan de huidige stand van literatuur in (sociale) psychologie.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

Planning

Belangrijke randvoorwaarde is een goede afstemming met deelnemende scholen, over contextuele zaken (toegang tot faciliteiten als gymzaal, plein, aula) en beoogde planning van de plenaire kick-off en afsluiting. Het is hiertoe belangrijk om binnen de school een contactpersoon aan te wijzen.

Draagvlak

De sociale omgeving van het kind speelt een grote rol bij gedragsverandering. Voor het realiseren van voldoende raakvlak onder ouders en groepsleerkrachten, wordt in de voorbereiding een uitgebreide briefing voor leerkrachten, inclusief basisuitleg en verwachtingen, verzorgd.

Beperkt aantal kinderen per uitleg tijdens kick-off en afsluiting

Belangrijke randvoorwaarde is dat er voldoende tijd voor de uitleg (minimaal 20 minuten) wordt gereserveerd en dat het aantal leerlingen per groep zich beperkt tot maximaal 40 kinderen. Uitleg aan een grotere groep kan ten koste gaan van de mogelijkheden tot interactie met de kinderen en de tijd/rust om inhoudelijk de diepte in te gaan.

Wanneer wensen, beschikbare tijd en budget het toelaten kan FitGaaf! op deelnemende scholen extra feestelijk en sportief worden afgetrapt. Belangrijke omgevingsvariabele hierbij is het weer. Aanbevolen wordt een back-up plan (binnenlocatie's en eventueel aangepaste planning) af te stemmen wanneer het weer het niet toelaat dit buiten plaats te laten vinden.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting

Om de kans te vergroten dat beoogde doelen van preventieve interventie FitGaaf! worden gerealiseerd, moet er aan basisvoorwaarden worden voldaan op alle vijf elementen uit het Knostermodel (Knoster, 1991): visie, belang, (actie)plan, competenties en middelen.

Met schooldirectie en ouderraad wordt een gezamenlijk gedragen **visie** afgestemd, specifiek het bewustzijn dat school- en thuisomgeving beiden gezond gedrag van kinderen beïnvloeden. Daarnaast dient het **belang** van het aanleren van gezondheidsvaardigheden en stimuleren van gezond gedrag van kinderen, door schooldirectie onderkend te worden als intrinsieke motivatie tot uitvoering van FitGaaf! Samen met schooldirectie wordt getoetst of de groepsleerkrachten visie en belang ook voldoende delen.

Het **(actie-)plan** wordt beschreven in het handboek voor uitvoerders (met uitgebreide uitleg per fase van uitvoer). Leerkrachten ontvangen een briefing met kernpunten uit het handboek, een draaiboek en tijdschema voor kick-off en afsluiting in elke klas.

Met ouders/verzorgers worden visie, belang en plan gedeeld middels briefing in nieuwsbrief, presentatie tijdens ouderavond en een animatie-instructiefilmpje. Ouders/verzorgers die niet wensen deel te nemen, kunnen dit aangeven bij de schooldirectie.

Competenties van uitvoerders zijn beschreven in paragraaf 'opleiding en competenties van uitvoerders'. Vóór uitvoer van FitGaaf! zijn voldoende financiële **middelen** (door school of scholenorganisatie zelf gefinancierd en/of via externe subsidies) en tijd gereserveerd.

Kosten – max 200 woorden

Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

Er zijn drie basismogelijkheden, met de volgende indicatie van de kosten per leerling op basis van 150 leerlingen. Per opdracht worden daadwerkelijke kosten afgestemd.

Optie 1: organisatie en uitvoer door uitvoerder, zonder personele inzet vanuit interventie-eigenaar FitGaaf!

- Materiële kosten: Eén set per leerling à €4,- per set (ex. BTW). Per set een 4 weken-kalender en stickerboekje met 9 stickervellen.
- Indicatie personele kosten (in aantallen uren) voor uitvoerder: 20 uur

Optie 2: organisatie en uitvoer in samenwerking tussen interventie-eigenaar FitGaaf! en uitvoerder.

- Materiële kosten: zelfde als bij optie 1.
- Personele kosten in aantallen uren: afhankelijk van afgestemde verdeling van activiteiten tussen uitvoerder en interventie-eigenaar FitGaaf! Voor inzet van een FitGaaf!-coach wordt een uurtarief van € 40,99 (ex. BTW) per uur gehanteerd.
- Indicatie: €7,- per kind.

Optie 3: organisatie en uitvoer volledig door interventie-eigenaar, aangevuld met extra feestelijke kick-off en afsluiting.

- Materiële kosten: zelfde als bij optie 1 en 2.
- Personele kosten in aantallen uren: geen. Interventie-eigenaar FitGaaf! verzorgt volledige uitvoer. Voor inzet van een FitGaaf!-coach wordt een uurtarief van € 40,99 (ex. BTW) per uur gehanteerd.
- Indicatie: €11,- per kind.

Aanvullende opties materiaal: klassenposter a €4,- ex btw en groot uitlegbord a €50,-.

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

Vergeleken met in Nederland geldende wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor kinderen en jongeren rond gezond eten (ontbijten, voldoende fruit en groente eten), drinken, fysieke activiteit en slaap, bepaald door respectievelijk het Voedingscentrum, Kenniscentrum Sport, Gezondheidsraad en de hersenstichting, blijkt dat onder andere dat:

- Ruim 6 op de 10 kinderen in de leeftijd van 1 tot 12 jaar in de periode 2014/2016 dagelijks onvoldoende fruit, en bijna 6 op de 10 onvoldoende groente tot zich neemt. Bij de leeftijdsgroep daar net boven (12-tot 16-jarigen), voldoet slechts 13% aan de richtlijn voor fruit en 20% aan de richtlijn voor groente (CBS, RIVM, 2016)
- 11% van de kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar niet dagelijks ontbijt (Nationaal Schoolontbijt, 2015)
- 45% van de kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar in 2017 niet voldeed aan de Beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad (CBS, RIVM, 2016)
- Kinderen in de periode 2012-2016 gemiddeld 620 ml suikerhoudende dranken per dag dronken (RIVM, 2016)
- 10% van jongeren (14+) en volwassenen in Nederland korter dan de aanbevolen slaapduur slaapt (CBS, 2019).

Regelmatig bewegen, beperkte inname van vet en suikers (in voeding en dranken) en voldoende groente en fruit eten dragen bij aan een goede energiebalans en kunnen zodoende overgewicht voorkomen (WHO, 2015). Ook verbanden tussen ontbijt overslaan en overgewicht zijn in meermaals wetenschappelijk onderzocht (Monzani et al., 2019), bijvoorbeeld in. Zo werd in een studie door Kesztyüs et al. (2017) onder 6 tot 8-jarigen een verband gevonden tussen het overslaan van het ontbijt en de consumptie van frisdranken en het gebruik van schermmedia, welke obesogene gedragingen zijn. Tegelijkertijd werd aangetoond dat ontbijten verband houdt met hogere lichamelijke activiteitsniveaus (Kesztyüs et al., 2017). Verschillende wetenschappelijke onderzoeken tonen daarnaast verbanden tussen slaapduur en met overgewicht bij kinderen aan, bijvoorbeeld het verband tussen verminderde slaapduur en verhoogde calorie- en suikerinname (Wu et al., 2017).

In 2016 had 11,9% van de kinderen tussen 4 en 11 jaar in Nederland last van overgewicht (CBS, 2016). Overgewicht op jonge leeftijd vergroot de kans dat op latere leeftijd medische klachten als gewichtsproblemen, diabetes en hart-en vaatziekten zich profileren (Laekeman, G. 2004). Overgewicht verhoogt ook risico's op een verminderd psychisch welbevinden (Bloks, H. 2008).

In bredere maatschappelijke zin, gaan de lichamelijke en psychische klachten van overgewicht gepaard met materiële schade in termen van verhoogde ziektekosten en verlaagde arbeidsparticipatie (in 't Panhuis-Plasmans et al., 2012).

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Overgewicht wordt veroorzaakt door een disbalans tussen het gebruik van energie (Hallal et al., 2012) en opname van energie (Silverthorn, 2012). Naast deze logische verklaring voor overgewicht, zijn

beïnvloedende (interacties tussen) genetische, milieugerelateerde, culturele, metabole en sociaal-economische en gedragsmatige factoren van invloed op energieverbruik en energie-inname van individuen (Morrill & Chinn, 2004).

Zowel vanuit behavioristisch perspectief (sociaal cognitieve leertheorie van Bandura) en contextueel perspectief (dynamische systeemtheorie) wordt geredeneerd dat thuis- en schoolomgeving van grote invloed zijn op gedrag van kinderen (Bandura, 2010)(Saunders, 1993). Lang niet alle ouders vinden het echter nodig dat hun kind(eren) gezonder gaan eten of meer gaan bewegen of gezonder gaat eten (Van der Klauw et al., 2011). Tegelijkertijd is werkdruk in het primair onderwijs de laatste jaren toegenomen, terwijl scholen al eerder een gebrek aan tijd en geld hebben geïdentificeerd als belangrijke belemmeringen rond gezondheidsbevordering op school (Bos, V. 2010)

Vanuit sociaal-economisch perspectief kan een lagere sociaal economische status (SES) worden gezien als een extra risicofactor. In Nederland valt ongeveer 30% van de mensen in de categorie lage SES en vooral in steden en het noorden van Nederland zijn veel huishoudens met lage SES (RIVM, 2017). In totaal groeiden ruim 277 duizend minderjarige kinderen in 2017 op in een huishouden met een laag inkomen (CBS, 2018).

Een lagere SES wordt enerzijds geassocieerd met een hogere inname van vet en lagere inname van plantaardig eiwit, vezels en de meeste micronutriënten (Hulshof et al., 2003). Ook blijkt dat mensen met een weinig inkomen, een lage opleiding of een migratieachtergrond het minste profiteren van interventies die gericht zijn op het verbeteren van hun gezondheid (Been et al, 2018)

Een lagere SES wordt ook geassocieerd met lagere gezondheidsvaardigheden (Adler, N.E et al.,1994). Mensen met lage gezondheidsvaardigheden hebben vaker obesitas en begrijpen het risico hiervan op de gezondheid minder goed (Heijmans et al., 2006). Bijna een derde van de Nederlanders van 15 jaar en ouder heeft beperkte (of: lage) gezondheidsvaardigheden. De mate waarin zij gezondheidsinformatie kunnen vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen is 'problematisch' (27%). (Sørensen, K. et al. HLS-EU studie, 2015). Het aantal Nederlanders met beperkte gezondheidsvaardigheden is nog hoger wanneer men uitgaat van de brede definitie: Eén op de twee Nederlanders (48%) heeft moeite om zelf de regie te voeren over gezondheid, ziekte en zorg, omdat zij voldoende kennis, motivatie en zelfvertrouwen missen (Rademakers, 2014)

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

1. Vergroten van kennis en bewustzijn van kinderen rond gezond eten, drinken, bewegen en slapen.

Kinderen leren actief en gestructureerd over aanbevolen richtlijnen voor dagelijks gezond eten, drinken, bewegen en slapen (kennis), over het belang van gezonde gedragspatronen (motivatie) en krijgen inzicht in wat er al goed gaat (zelfvertrouwen) en wat beter kan. Sluit aan bij in paragraaf 1.2 genoemde subdoel a1 en a2

2. Versterken van motivatie en zelfvertrouwen tot het verbeteren en vasthouden van een gezond eet- (ontbijt, fruit en groente), drink- (water) ,beweeg- en slaappatroon van kinderen via positieve bekrachtiging.

Stickertjes plakken, als bewust gekozen bescheiden vorm van extrinsieke motivatie, gaat over in versterkte intrinsieke motivatie door evaluatie van effecten van veranderingen in eigen gedrag op de eigen fitheid. Sluit aan bij in paragraaf 1.2 genoemde subdoel a3.

3. Positief beïnvloeden van contextuele factoren in het systeem rond het kind

Door ouders/verzorgers en leerkrachten gezamenlijk actief bij de preventieve interventie te betrekken, is er versterkt bewustzijn over het belang van het zowel in thuis- en schoolomgeving ondersteunen en faciliteren van dagelijks gezond eten, drinken, bewegen en slapen voor het gezond opgroeien van het kind. Sluit aan bij in paragraaf 1.2 genoemde subdoelen b1 t/m c2.

Verantwoording – max 1000 woorden

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

Preventieve interventie FitGaaf! heeft tot doel kennis, motivatie en zelfvertrouwen met betrekking tot gezond gedrag van kinderen tussen 4-12 jaar te vergroten, volgens didactische principes zoals ervaringsleren, intuïtief leren en reflectie. In onderstaande onderbouwing wordt tussen haakjes verwezen naar relevante termen uit de taxonomie van werkzame elementen voor gezondheidspromotie (Michie, S. et al. 2013).

Kennis, motivatie en zelfvertrouwen van kinderen vergroten

Na educatieve uitleg in de klas, nemen deelnemende kinderen de bijbehorende kernmaterialen (kalender en stickers) mee naar huis en plakken daar vier weken stickers voor dagelijks ontbijten, voldoende groente en fruit eten, voldoende water drinken, matig intensief en intensief bewegen en slapen. Elke sticker staat voor een gezonde actie, waarbij de in Nederland door Voedingscentrum, Kenniscentrum Sport en de hersenstichting gestelde richtlijnen (*credible source*) voor kinderen worden gehanteerd. Deze voorwaarden om een sticker te mogen plakken (*goal-setting*), staan bij elk stickervel in het stickerboekje beschreven. In lijn met de cumulatief geformuleerde normen in aantal minuten (bewegen), uren (slapen), stuks (fruit), glazen (water) of gram (groente), mogen de stickers worden geplakt bij het behalen van een einddoel op de dag. De ontbijtsticker is een uitzondering, deze kan meteen na het ontbijten worden geplakt. Voor elke sticker worden aanvullende informatie en onderbouwing per richtlijnen uitgebreider toegelicht op website fitgaaf.nl en in ondersteunende mails. In dat samenspel wordt een kapstok geboden om kennis, motivatie en zelfvertrouwen van kind en ouder rond gezond eten, drinken, bewegen en slapen overzichtelijk en gefaseerd te vergroten (*shaping knowledge*).

Gezond gedrag stimuleren

Gezonde gedragspatronen in dagelijks gezond eten (ontbijten, voldoende fruit en groente eten), drinken (water in plaats van suikerhoudende dranken), bewegen (matig intensief en intensief) en slapen worden gestimuleerd. Het Stages of Change model (Prochaska en Di Clemente, 1983) vormt hierbij theoretische fundering: “[...] beoordeelt de bereidheid van een individu om gezonder gedrag te vertonen, en biedt strategieën of veranderingsprocessen om het individu naar gedragsverandering te begeleiden” (Loket Gezond Leven, 2018). Vijf fasen worden onderscheiden:

- Precontemplatie: persoon overweegt gedragsverandering (nog) niet.
- Contemplatie: persoon overweegt gedragsverandering (binnen zes maanden).
- Voorbereiding: persoon plant en bereidt gedragsverandering voor.
- Actie: persoon voert gedragsverandering uit.
- Behoud: persoon houdt gedragsverandering ten minste al zes maanden vol.

Via het plakken van stickers wordt inzicht verschaft in wat er thuis al goed gaat rond gezond eten, drinken, bewegen en slapen, maar ook wat er beter kan (*self-monitoring of behaviour*). Daarmee wordt ‘overwegen’ en ‘voorbereiden’ van gedragsverandering gestimuleerd. De stickers zorgen tevens voor positieve bekrachtiging van de uitvoer van gezond gedrag in de ‘actie’-fase.

Met betrekking tot ‘behoud’ wordt in toelichting op het Stages-of-change model gesteld dat daadwerkelijk bestendigen van gedragsverandering 12 tot 24 weken duurt (Prochaska en Di Clemente, 1983). Preventieve interventie FitGaaf! duurt 4 weken maar, waar gewenst door kind en ouder/verzorger, is een 12-weken FitGaaf!-programma en materiaal beschikbaar voor vervolgondersteuning.

Positief bekrachtigen van gezond gedrag

Positief bekrachtigen (*positive reinforcement*) is een cruciaal werkzaam element bij FitGaaf. Kinderen onder de twaalf jaar leren meer van positieve bekrachtiging dan van het straffen van ongewenst gedrag (van Duijvenvoorde et al., 2008). Op basis van verschillende wetenschappelijke onderzoeken naar motivatie en beloning bij gedrag en gedragsverandering, blijkt FitGaaf! belonen correct toe te passen. Enerzijds doordat er balans tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie is; het plakken van stickers is een beloning die niet te groot is en daarmee worden risico's van overrechtvaardiging beperkt (van Duijvenvoorde et al., 2008). Wanneer beloning te groot is, bestaat de kans dat het kind alleen gezonde keuzes maakt en gezond gedrag vertoont, wanneer daar een beloning tegenover staat. Aanvullende onderbouwing komt uit een meta-analyse van 40 jaar onderzoek naar verbanden tussen intrinsieke motivatie, externe prikkels en prestaties (Cerasoli et al., 2014). De voorspellende waarde van intrinsieke motivatie op prestaties was sterker wanneer externe prikkels indirect waren gekoppeld aan prestaties, in vergelijking met wanneer ze rechtstreeks aan de prestaties waren gekoppeld. Oftewel, externe beloning en de intrinsieke beloning moeten niet op basis van exact hetzelfde gedrag worden verkregen (Cerasoli et al., 2014). Extrinsieke motivatie om deel te nemen aan FitGaaf! wordt gestimuleerd door te worden beloond via het plakken van stickers, maar intrinsieke motivatie om gedrag door te zetten wordt gepromoot door een fitter en gezonder gevoel.

Positieve bekrachtiging via stickers

Stickers als vorm van beloning voor gewenst gedrag komen in verschillende wetenschappelijke studies voor, ook specifiek op het thema gezond eten. Zo is het effectief gebleken om tastbare beloning in de vorm van stickers te gebruiken om kinderen iets nieuws te laten proeven (Cooke, Chambers, Anez, & Wardle, 2011). Uit recent onderzoek is gebleken dat bij de groep kinderen dat stickers kreeg voor het maken van de gezonde keuzes, de kans op het maken van de gezonde keuze het hoogste was (Samek, 2016). Tijdens FitGaaf! zijn er per kind dagelijks 3 momenten waarop de stickers geplakt worden: 1. 's Ochtends de stickers voor slaap en ontbijt 2. Bij thuiskomst na school (indien bijvoorbeeld reeds 2 stuks fruit gegeten is) en 3. Voor het naar bed gaan (optellen van alle cumulatieve acties). Daarmee zijn er minimaal 2 (plakmomenten) x 7 (weekdagen) x 4 (weken)=56 momenten van reflectie en positieve bekrachtiging van gezond gedrag. Geredeneerd vanuit het totaal aantal stickers dat verdiend kan worden, gaat het zelfs om meer dan 168 momenten.

Beïnvloeding systeem rondom het kind

Gebaseerd op dynamische systeemtheorie (Saunders, 1993; Carriere, 2009) wordt met preventieve interventie FitGaaf!, door het actief betrekken van ouders en leerkrachten, ook beoogd om de belangrijkste contextuele factoren uit de omgeving van het kind positief te veranderen. Zo worden kansen vergroot dat het kind een stabiel interventie-effect op langere termijn kan realiseren. Op het kernmateriaal (de FitGaaf!-kalender) is een aparte sectie waar ouders zelf actief dezelfde stickers kunnen plakken. In combinatie met ondersteunende mailings versterkt dit kennis van ouders/verzorgers over gezond eten, drinken, bewegen en slapen, worden concrete richtlijnen tot ondersteunen en faciliteren van gezond gedrag van kinderen gegeven (*Providing information about and practising parenting skills*) en wordt concrete stimulans geboden om het goede voorbeeld te geven (*modelling*). Voor groepsleerkrachten worden soortgelijke effecten beoogd met een aparte klassenkalender en ondersteunende website.

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)
 - b) Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek
 - c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en - indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.
- a) Procesevaluatie FitGaaf!, Steffens T. (met ondersteuning van Castermans, E. afstudeerder biomedische wetenschappen Rijksuniversiteit Groningen), FitGaaf!, 2019 (niet formeel gepubliceerd)
 - b) Procesevaluatie met kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden waarin theoretische onderbouwing, het proces en effectiviteit van FitGaaf! als preventieve interventie opnieuw is geëvalueerd. Hierbij is specifieke aandacht besteed aan de aansluiting op de lage-SES doelgroep. Bij drie FitGaaf!-basisschoolprojecten in lage SES-regio's in Appingedam, Hoogeveen en Groningen zijn studies uitgevoerd. In totaal namen daarbij 8 basisscholen deel.
 - c) Ter samenvatting worden hieronder de meest relevante uitkomsten uit procesevaluatie op drie scholen in Hoogeveen gepresenteerd. Volledige procesevaluatie met resultaten uit dit project en de andere projecten is bij het indienen van het werkblad meegestuurd.

Bereik en actieve deelname kind en ouder

In de periode eind januari t/m februari 2018 hebben, verdeeld over drie basisscholen van Vereniging voor Christelijk Primair Onderwijs Hoogeveen (PricoH), in totaal ongeveer 650 kinderen deelgenomen aan het FitGaaf!-project in Hoogeveen. Op alle scholen is het project aangeboden aan groepen 1 t/m 8. Van alle leerlingen die de evaluatie hebben ingevuld heeft 75% deelgenomen (n=411), waarbij 50% van de leerlingen 3-4 weken actief stickers heeft geplakt en 33% van de leerlingen 1-2 weken (n=411). Bij 43% van de leerlingen heeft ook een ouder meegedaan (n=411).

Effect op zelf-ervaren fitheid kind (groep 5 t/m 8)

Gekeken naar de resultaten over alle drie deelnemende scholen bleek na afloop van het FitGaaf! project de zelf-ervaren fitheid bij 50% van de leerlingen verbeterd. 33% gaf aan dat zelf-ervaren fitheid gelijk was gebleven en bij 17% was de zelf-ervaren fitheid achteruit gegaan (n=402). De zelf-ervaren fitheid score was verbeterd bij de leerlingen die 3-4 weken mee hebben gedaan (+0,33) en de leerlingen die 1-2 weken mee hebben gedaan (+0,44). Deze verbetering was significant bij beide groepen apart (resp. $p=0,022$ en $p=0,019$ bij $\alpha=0,05$) en alle deelnemende leerlingen samen (+0,38) ($p=0,000$ bij $\alpha=0,05$). De zelf-ervaren fitheid lijkt achteruit gegaan bij de leerlingen die niet meegedaan hebben (-0,15), maar deze achteruitgang is niet significant ($p=0,449$ bij $\alpha=0,05$) (n=402).

Gedragverandering kind (groep 3 en 4)

Er is getracht inzicht te krijgen in effecten op gedrag van deelnemende kinderen, via een evaluatie-spel, waarin kinderen een aantal vragen beantwoordden, door naar één van vier matten in de gymzaal te hinkelen. Bij 164 kinderen is een volledige evaluatie geregistreerd. Belangrijkste resultaten: 1) 39 % van de kinderen geeft aan 'heel veel' en 21% 'best veel' geleerd te hebben over gezond eten, drinken en bewegen. 2) 41% geeft aan 'veel gezonder' te zijn gaan eten (ontbijten, fruit en groente) en 26% geeft aan 'iets gezonder' te zijn gaan eten. 3) 57% van de kinderen geeft aan meer water te zijn gaan drinken 4) op de vraag of het kind meer is gaan bewegen antwoordt 48% met 'heel veel meer' en 18% met 'best veel meer' (n=164).

Waardering door kind

Op de Sprong, het Palet en de Jan Ligthartschool werd het FitGaaf! project respectievelijk met een 2.5, 3.1 en 3.0 beoordeeld uit 4 (n=154; n=33; n=71), waarbij 1= helemaal niet leuk 2 = niet leuk, 3 =leuk en 4=heel erg leuk.

Bewustwording en gedragsverandering ouders

Door 6 ouders is een volledige survey ingevuld. Daarvan gaven 5 ouders aan 'redelijk gezond' en 1 ouder 'heel gezond' te hebben geleefd tijdens het FitGaaf! project (n=6). Van diezelfde 6 ouders geven 5 ouders aan na FitGaaf! onderdelen van de leefstijl van het gezin actief te 'willen' aanpassen.

Ondersteunende deelname leerkrachten

Leerkrachten is gevraagd naar de mate van actief gebruik van de klassenkalender. Onder 17 leerkrachten van wie een volledige evaluatie is terugontvangen, hebben 11 leerkrachten minimaal 3 weken lang de klassenkalender gebruikt (waarvan 6 leerkrachten 4 weken lang).

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.

Max 250 woorden

- **Actieve leervorm met ervaringsleren, intuïtief leren en reflectie:** preventieve interventie FitGaaf! biedt kind, ouders en leerkrachten via kernmateriaal (kalender met stickers) en ondersteunende mails en website, een kapstok om kennis, motivatie en zelfvertrouwen van kind en ouder rond gezond eten, drinken, bewegen en slapen overzichtelijk en gefaseerd te vergroten (*shaping knowledge*). Via het plakken van stickers is er tevens registratie van gezond gedrag (*self-monitoring of behaviour*)
- **Postieve bekrachtiging van gezond gedrag:** gezond gedrag van kinderen wordt in de vorm van stickers plakken beloond (*positive reinforcement*), in een juiste balans tussen extrinsieke en intrinsieke motivatie.
- **Doelen op basis van geloofwaardige bronnen:** voorwaarden om stickers te mogen plakken (*goal-setting*) zijn gebaseerd op in Nederland door Voedingscentrum, Kenniscentrum Sport en de hersenstichting gestelde richtlijnen (*credible source*).
- **Uitvoer in thuis-en schoolomgeving:** Er is gezamenlijke belasting tussen ouders/verzorgers en leerkrachten. Ouders/verzorgers krijgen concrete richtlijnen tot ondersteunen en faciliteren van gezond gedrag van kinderen (*Providing information about and practising parenting skills*) en worden via het zelf actief stickers plakken gestimuleerd om het goede voorbeeld te geven (*modelling*). Voor groepsleerkrachten worden soortgelijke effecten beoogd met een klassenkalender en ondersteunende website.
- **Eenvoudige, laagdrempelige communicatie:** Preventieve interventie FitGaaf! is toegankelijk voor een brede doelgroep, zo ook voor kinderen en ouders/verzorgers met migratieachtergrond en/of lagere sociaaleconomische status. In lijn met randvoorwaarden (Nagelhout, G.E., et al., 2018) en aanbevelingen rond passende communicatie (de Been, 2018) wordt in kernmaterialen en ondersteunende middelen tekst beperkt en worden beeld, film, foto's, tekeningen en animaties met voice-over (voorlezen) gecombineerd.

6. Aangehaalde literatuur

Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A., Cohen, S., Folkman, S., et al. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1) : 15-24.

Bandura, A. (2010). Social foundations of thought and action. In J. Brug, P. van Assema, & L. Lechner, *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak* (p. 83). Assen: Van Gorcum.

Been, M. de., Muijsenbergh, M. v/d., Duijnhoven, T. (2018) Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen: Wat maakt het verschil? Pharos, Expertisecentrum gezondheidsverschillen. Geraadpleegd op 01-05-2019 van <https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/>

Bloks, H. (2008). *Eetstoornissen en overgewicht: herkenning, behandeling, beheersing*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Bos, V., de Jongh, D.M., Paulussen, T.G.W.M. (2010). *Gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs*. Bilthoven: RIVM>

Carriere, R.M. (2009). The transition to early education: a dynamic theoretical framework. Ongepubliceerde dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen, Nederland.

Castermans, E. (2018). *Improving the effectiveness of the FitGaaf! Program in the prevention of diabetes mellitus type 2 among children*. Afstudeerscriptie Biomedische Wetenschappen Rijksuniversiteit Groningen.

CBS, GGD, RIVM. (2016). Gezondheidsmonitor; bevolking 19 jaar of ouder. Binnengehaald 7 februari 2018 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=83674ned>.

CBS, RIVM (2016). Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor. Binnengehaald 7 februari 2018 van <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Leefstijlmonitor>

CBS (2018) Laag en langdurig laag inkomen van huishoudens; huishoudenskenmerken. Geraadpleegd op 14 april 2018 via <https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/>

CBS (2019) Slaapproblemen 12 jaar of ouder. Geraadpleegd op 18 april 2018 via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005NED/table?dl=22CEC>

Cooke, L. J., Chambers, L. C., Anez, E. V., & Wardle, J. (2011). Facilitating or undermining? The effects of reward on food acceptance. A narrative review. *Appetite*, 57, 493–497

Dong, F.M. (2014). Teaching Learning Strategies: Connections to Bloom's Taxonomy. *Journal of Food Science Education*, 13: 59-60.

Duijvenvoorde, van, A. C., Zanoli, K., Rombouts, S. A., Raijmakers, M. E., & Crone, E. A. (2008). Evaluating the negative or valuing the positive? Neural Mechanisms supporting feedback- based learning across development. *The Journal of Neuroscience*, 9495-9503.

Hallal, P.C., Andersen, L.B., Bull, F.C., Guthold, R., Haskell, W., et al. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*. 380(9838): 247-257.

Heijmans, M., Zwikker, H., Heide van der, I., Rademakers, J. (2016). Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden?. Nivel Kennisvraag 2016: Zorg op maat.

Hendriks, M., Plass, A.M., Heijmans, M., Rademakers, J (2013). Minder zelfmanagement-vaardigheden, dus meer zorggebruik? De relatie tussen patiënt activatie van mensen met diabetes en hun zorggebruik, zorgkosten, ervaringen met de zorg en diabetes-gerelateerde klachten.

Hulshof, K.F.A.M., Brussaard, J.H., Kruizinga, A.G., Telman, J., Löwik, M.R.H. (2003). Socio-economic status, dietary intake and 10 y trends: the Dutch

Karatzis, K., Mosechonis, G., Barouti, A.A., Lionis, C., Chrousos, G.P., et al. (2014). Dietary patterns and breakfast consumption in relation to insulin resistance in children. The Healthy Growth Study. *Public Health Nutrition*. 17(12): 2790-2797.

Van der Klauw, M., Van Keulen, H. M., & Verheijden, M. W. (2011). *Monitor Convenant Gezond Gewicht: Beweeg en eetgedrag van kinderen (4-11 jaar), jongeren (12-17 jaar) en volwassenen (18+ jaar) in 2010 en 2011*. Leiden: TNO.

Knoster, T. (1991) Presentation in TASH Conference. Washington, D.C. Adapted by Knoster from Enterprise Group, Ltd.

Laekeman, G. (2004). *Geneesmiddelen: wat de bijsluiter niet vertelt*. Leuven: Uitgeverij Acco.

Loket Gezond Leven (2018). Geraadpleegd op 10-09-2018 van <https://www.loketgezondleven.nl/vraagstukken/bevorderen-gezond-gedrag/greep-theorie/modellen-theorieen>

Nagelhout, G.E., Verhagen, D., Loos, V., De Vries, H. (2018). Belangrijke randvoorwaarden bij de ontwikkeling van leefstijlinterventies voor mensen met een lage sociaaleconomische status: Een Delphi-onderzoek. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. 96: 37-45.

In 't Panhuis-Plasmans, M., Luijben, G., Hoogenveen, R. (2012). *Zorgkosten van ongezond gedrag*. Bilthoven: RIVM.

Het Nationaal Schoolontbijt (2015). *Resultaten Ontbijtonderzoek 2015*

Michie, S, Van Stralen, M.M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6:42 <http://www.implementationscience.com/content/6/1/42> (23 April 2011).

Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W, ... & Wood, C.E. (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques. Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46, 81–95.

Monzani, A., Ricotti, R., Caputo, M., Solito, A., Archero, F., Bellone, S., Prodam, F. A Systematic Review of the Association of Skipping Breakfast with Weight and Cardiometabolic Risk Factors in Children and Adolescents. What Should We Better Investigate in the Future? *Nutrients*. 2019 Feb 13;11(2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30781797>

Morrill, A.C., Chinn, C.D. (2004). The obesity epidemic in the United States. *Journal of Public Health Policy*. 25: 353-366.

O'Dea, J. A. (2003). Why do kids eat healthful food? Perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 497-501.

Prochaska, J. and DiClemente, C. (1983) Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390–395.

RIVM (2017). Lagere Sociaaleconomische Status. Geraadpleegd op 14 februari via: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status/regionaal-internationaal/regionaal#node-sociaaleconomische-status>

Samek, A. S. (2016). Gifts and goals: Behavioral nudges to improve child food choice at school. *CESR-Schaeffer Working Paper*, (2016-007).

Saunders, P.T. (1993). The organism as a dynamical system. In F. Varela & W. Stein (Eds), *Thinking about Psychology* (pp. 41-63). London: SFI Studies in the science of complexity.

Silverthorn, D.U. (2007). *Human physiology: An integrated approach*, 6th edition. USA, San Francisco: Pearson/Benjamin Cummings.

Sørensen, K. et al. (2015) Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Opgehaald op 16 april 2018 van: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/pdf/ckv043.pdf>

Steffens, T. (2018); FitGaaf!-Basisschoolprojecten; Handboek voor uitvoerders

Steffens, T.(2018). Procesevaluatie FitGaaf!

Sleddens, E. (2014). Wat is de rol van ouders? Overgewicht bij kinderen. *De Psycholoog*, 9-20.

Vonk, R. (2009). *Sociale Psychologie*. Groningen/ Houten: Noordhoff.

Wu, Y., Gong, Q., Zou, Z., Li, H., Zhang, X. (2017). Short sleep duration and obesity among children: a systematicreview and meta-analysis of prospective studies. *Obesity Research & Clinical Practice*. 11(2): 140-150.

Zwiers, C., van der Niet, M., van der Sligte, F., Tesselaar, C. (2013) Onderzoeksrapport FitGaaf! Toegepaste Psychologie Hanze Hogeschool Groningen.

Zwiers, C. (2014). *Ouders, kinderen en professionals: Samenwerken om ouderbetrokkenheid te verbeteren*. Afstudeerscriptie Toegepaste Psychologie Hanze Hogeschool Groningen.

Zimbardo, P.G., Johnson,R.L & McCann, V. (2009). *Psychologie een inleiding*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.

7. Praktijkvoorbeeld

Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

Tussen januari t/m februari 2018 is in Hoogeveen op drie basisscholen van Vereniging voor Christelijk Primair Onderwijs Hoogeveen (PricoH) het FitGaaf!-project georganiseerd. Deelnemende scholen waren De Sprong (+/- 375 leerlingen), Het Palet (+/- 115 leerlingen) en de Juliana van Stolbergschool (+/- 185 leerlingen). Dit project is aangevraagd door overkoepelende onderwijsorganisatie PricoH en is georganiseerd en uitgevoerd door FitGaaf! zelf. Besluitvorming over het project op de drie deelnemende scholen vond plaats middels direct mail- of telefonisch contact met een aangewezen contactpersoon per school. Bovenschoolse beslissingen zoals het afstemmen van een persbericht is met een projectcoördinator vanuit de overkoepelende onderwijsvereniging PricoH georganiseerd. Middels de uitgebreide briefing van groepsleerkrachten was er voldoende draagvlak voor de uitvoer van het project. Inzet van middelen werd door FitGaaf! zelf georganiseerd en toegang tot faciliteiten (gymzaal, plein, aula) is afgestemd met betreffende contactpersoon per school. Voor de feestelijke opening en afsluiting van het project is Eric Herber van Projump ingeschakeld. Zie www.fitgaaf.nl voor filmpjes van kick-off en afsluiting. Belangrijke omgevingsvariabele voor de plenaire opening en afsluiting van het project was dat het weer op de betreffende momenten dermate goed was dat deze evenementen buiten op het plein plaats konden vinden. Er was een back-up plan beschikbaar wanneer dit niet het geval zou zijn, maar het was niet nodig deze in werking te zetten. Uit de verschillende persoonlijke reacties en mailwisselingen met genoemde projectleider vanuit PricoH en contactpersonen per school, is dit naar tevredenheid gegaan

Er is in kaart gebracht wat de positie van de wijk waarin de betreffende scholen staan, is op de Nederlandse rangschikking van SES (sociaal-economische status).

School	ZIP-code	SES score	Position in Dutch SES ranking list (low to high)
Het Palet	7901	-2,31	171 / 3565
De Sprong	7906	-2,57	124 / 3565
Juliana van Stolbergschool	7902	-3,26	58 / 3565

Tabel: Sociaal-economische status postcodes deelnemende scholen aan FitGaaf! in Hoogeveen (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2017)

De uiteindelijke deelnamecijfers van het FitGaaf! project in Hoogeveen waren als volgt: 70% van de leerlingen van de Sprong (n=155), 85% van de leerlingen van het Palet (n=33) en 71% van de leerlingen van de Juliana van Stolbergschool (n=59) namen deel voor 1 of meer weken. Daarnaast nam bij respectievelijk 38% (n=155), 46% (n=33) en 43% (n=59) van deze leerlingen ook een ouder deel. Ook effect op zelf-ervaren fitheid is geëvalueerd bij leerlingen uit groepen 5 t/m 8. Daarbij is verdiepende statistische analyse op verzamelde gegevens uitgevoerd. Gekeken naar de resultaten over alle drie deelnemende scholen bleek na afloop van het FitGaaf! project de zelf-ervaren fitheid bij 50% van de leerlingen verbeterd. 33% gaf aan dat zelf-ervaren fitheid gelijk was gebleven en bij 17% was de zelf-ervaren fitheid achteruit gegaan (n=402). De zelf-ervaren fitheid score was verbeterd bij de leerlingen die 3-4 weken mee hebben gedaan (+0,33) en de leerlingen die 1-2 weken mee hebben gedaan (+0,44). Deze verbetering was significant bij beide groepen apart (resp. $p=0,022$ en $p=0,019$ bij $\alpha=0,05$) en alle deelnemende leerlingen samen (+0,38) ($p=0,000$ bij $\alpha=0,05$). De zelf-ervaren fitheid lijkt achteruit gegaan bij de leerlingen die niet meegedaan hebben (-0,15), maar deze achteruitgang is niet significant ($p=0,449$ bij $\alpha=0,05$) (n=402).