

# Gezond Kopen, Gezond Koken

## Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad Erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



## Colofon

### **Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie**

Naam organisatie: **GGD Amsterdam, cluster EDG**  
Postadres: Nieuwe achtergracht 100, 1081WT Amsterdam  
E-mail: mschonenberger@ggd.amsterdam.nl  
Telefoon: 0205555686

### **Website** (van de interventie):

<http://www.ggd.amsterdam.nl/beleid-onderzoek/beweging-voeding/voedingsinterventie/>

### **Contactpersoon**

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Rianca Scheffel  
E-mail : rscheffel@ggd.amsterdam.nl  
Telefoon : 0622557944

### **Referentie in verband met publicatie**

Naam auteur interventiebeschrijving: Lisanne Dennesen, Rianca Scheffel, Michaela Schönenberger  
Titel interventie: Gezond Kopen, Gezond Koken  
Databank(en): RIVM loket gezond leven  
Plaats, instituut: Amsterdam, GGD Amsterdam  
Datum: september 2018

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.

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

# Inhoud

|  |           |
|--|-----------|
| Colofon .....  | 2         |
| Inhoud .....   | 3         |
| <b>Samenvatting Eén A-4tje, Totaal max 600 woorden .....</b> | <b>4</b>  |
| Doelgroep .....  | 4         |
| Doel .....   | 4         |
| Aanpak .....   | 4         |
| Materiaal .....  | 4         |
| Onderbouwing .....   | 4         |
| Onderzoek .....  | 5         |
| <b>1. Uitgebreide beschrijving .....</b>                     | <b>6</b>  |
| Beschrijving interventie .....                               | 6         |
| 1.1 Doelgroep .....  | 6         |
| 1.2 Doel .....   | 7         |
| 1.3 Aanpak .....   | 8         |
| <b>2. Uitvoering .....</b>                                   | <b>12</b> |
| <b>3. Onderbouwing .....</b>                                 | <b>15</b> |
| <b>4. Onderzoek .....</b>                                    | <b>18</b> |
| 4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....                       | 18        |
| 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....                | 19        |
| <b>5. Samenvatting Werkzame elementen .....</b>              | <b>20</b> |
| <b>6. Aangehaalde literatuur .....</b>                       | <b>21</b> |
| <b>7. Praktijkvoorbeeld .....</b>                            | <b>23</b> |

## **Samenvatting** Eén A-4tje, Totaal max 600 woorden

### *Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden*

De cursus Gezond Kopen, Gezond Koken (GKGK) wordt uitgevoerd ter preventie van overgewicht en het stimuleren van gezonder eten en drinken. GKGK is bedoeld voor mensen met een lage sociaaleconomische status (SES). De cursus bestaat uit vier bijeenkomsten van 2,5 uur o.l.v. een diëtiste. De deelnemers leren hoe ze lekker en goedkoop gezond eten kunnen kopen en bereiden. In de eerste bijeenkomst staat de doelgroep raadpleging centraal. Hierdoor wordt inzicht verkregen in het huidige voedingsgedrag en de wensen van de doelgroep. Tijdens de tweede bijeenkomst krijgen de deelnemers een supermarktrondleiding. Er wordt uitleg gegeven over het lezen van etiketten. In de derde bijeenkomst staan smaaktesten en het samenstellen van een gezonde maaltijd centraal. Tijdens de vierde bijeenkomst wordt er samen gekookt en gegeten om ervaring op te doen met een gezonde bereidingswijze.

### **Doelgroep** – max 50 woorden

GKGK wordt gegeven aan mensen met een lage SES die gebaat zijn bij een gezond voedingspatroon. Hierbij gaat het vaak om mensen die zelf (een risico op) overgewicht hebben of kinderen hebben die hiermee kampen. GKGK is uitermate geschikt voor mensen met een niet-westerse migratieachtergrond.

### **Doel** – max 50 woorden

Het doel is een bijdrage leveren aan de verandering van twee hoofdgedragingen die aan voedingsgedrag gekoppeld zijn:

1. Gezonde productkeuze: “Deelnemers leren gezonde producten te kiezen en te consumeren”
2. Tegengaan van overconsumptie: “Deelnemers leren normale hoeveelheden calorieën te gebruiken”

Dit gebeurt op drie deelgedragingen kopen, koken en eten.

### **Aanpak** – max 50 woorden

GKGK bestaat uit vier voorlichtingsbijeenkomsten in groepsverband van 2,5 uur. Een projectcoördinator brengt het aanbod onder de aandacht bij diverse organisaties, zoals gezondheidszorg, welzijn, zelforganisaties en onderwijs. Contactpersonen van deze instellingen werven deelnemers voor de cursus. De cursus wordt uitgevoerd door een hiervoor getrainde diëtist.

### **Materiaal** – max 50 woorden

- Materialentas met: Kaartset 1 en 2, praatplaten, werkbladen, weegschaal, deelnemersmappen, diëtistenmap en incentives voor deelnemers
- Diëtisten Draaiboek
- Train de Trainer Draaiboek inclusief PowerPoint presentatie
- Coördinatie Draaiboek, inclusief flyers voor werving
- Implementatie document
- Eindrapportage theoretische onderbouwing en procesevaluatie interventie

### **Onderbouwing** – max 150 woorden

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

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij? Het theoretisch kader van GKGK is gebaseerd op het Attitude-Social influence-self-Efficacy model, het Elaboration Likelihood Model (ELM) en het Transtheoretisch Model (TTM) met de stages of change. Met deze modellen zijn de voor voedingsgedrag relevante determinanten benoemd en veranderingsfasen aangewezen die de basis vormen voor het programma van

GKGK. De subdoelen van de interventie zijn gekoppeld aan de gekozen determinanten waarbij vervolgens de in te zetten methoden zijn gekozen. GKGK focust zich op het vergroten van de gedragsintentie tot een gezond voedingsgedrag van de deelnemers.

**Onderzoek** – max 100 woorden

De procesevaluatie 2018 laat zien dat de diëtisten GKGK om meerdere redenen geslaagd vinden: de uitgebreide visuele ondersteuning, het actief leren en de sterkere activering in meedenken van de deelnemers verhoogt de betrokkenheid. Wel geven ze aan dat GKGK aandachtige deelname en een basis niveau Nederlands vereist en intensief is voor zowel henzelf als de deelnemers. Verder wordt aangegeven dat de deelnemers bij regelmatige aanwezigheid veel leren van de cursus. Uit evaluatieverslagen blijkt dat deelnemers in het algemeen zeer tevreden zijn met de cursus. De meerderheid van de deelnemers geeft aan het koop-, kook- en eetgedrag te willen veranderen.

# 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?*

GKGK wordt gegeven aan mensen met een lage SES die gebaat zijn bij een gezond voedingspatroon. Hierbij gaat het vaak om mensen die zelf (een risico op) overgewicht hebben of kinderen hebben die hiermee kampen. De ervaring leert dat GKGK uitermate geschikt is voor mensen met een niet-westerse migratieachtergrond. Bij voorkeur wordt de cursus gegeven aan mensen die in het huishouden verantwoordelijk zijn voor het doen van de boodschappen en het koken van de maaltijden.

**Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

*Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?*

Diëtisten worden middels een Train de Trainer cursus getraind, zodat zij daarna zelfstandig de cursus kunnen geven.

**Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

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

De doelgroep van de interventie wordt geselecteerd door contactpersonen bijvoorbeeld;

- Klantmanagers van Werk, Participatie en Inkomen (WPI) van de gemeente Amsterdam. Deze selecteren deelnemers die in aanmerking komen voor de interventie die vervolgens als groep worden voorgedragen aan de coördinator.
- Buurtmanagers van de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht selecteren bestaande groepen die worden voorgedragen aan de coördinator.
- Welzijnsorganisaties en netwerken in de wijk selecteren bestaande groepen die worden voorgedragen aan de coördinator.
- De groep volgt een andere interventie op het gebied van een gezonde leefstijl en stroomt door naar GKGK. Dit is vooraf afgestemd met de coördinator.

De contactpersoon is verantwoordelijk voor de werving en de daarbij behorende selectiecriteria.

Contra-indicaties:

- Deelnemers zijn niet gemotiveerd en bereid om alle bijeenkomsten bij te wonen
- De deelnemers bezitten geen basis niveau Nederlands (B1)

De diëtisten die de Train de Trainer volgen, moeten aan de volgende eisen voldoen:

- De diëtisten zijn gecertificeerde diëtisten.
- De diëtisten hebben ervaring met het werken met groepen.
- De diëtisten hebben ervaring met doelgroepen uit verschillende culturen.
- De diëtisten hebben ervaring in voorlichting geven aan mensen met een lage sociaaleconomische status en mensen met kennis van de Nederlandse taal (minimaal niveau B1).

## Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

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

In 2010 werd besloten om de kwaliteit en uitvoering van GKGK te verbeteren met behulp van een theoretische onderbouwing van GKGK op basis van Intervention Mapping en een procesevaluatie voor het in kaart brengen van de uiteindelijke factoren die een rol spelen bij het succes van GKGK. Naast semigestructureerde interviews met diëtisten en projectcoördinatoren van de GGD Amsterdam, waren observaties en focusgroepgesprekken met deelnemers belangrijke bronnen van informatie. Op basis van deze verbeteringslag werd de nieuwe interventie 'Gezond kopen, gezond koken 2.0' ontwikkeld. Vijf jaar later is opnieuw een procesevaluatie uitgevoerd om in kaart te brengen welke factoren een rol spelen bij een succesvolle uitvoering van GKGK. Weer zijn semigestructureerde interviews met diëtisten en projectcoördinatoren van de GGD gehouden. Inbreng voor de doorontwikkeling van GKGK, ook van de doelgroep zelf, is opgehaald door middel van een vragenlijst na afloop van de cursussen gedurende de maanden november 2017 en maart 2018.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie?*

Het doel van de interventie GKGK is een bijdrage leveren aan de verandering van twee hoofdgedragingen die aan voedingsgedrag gekoppeld zijn:

1. Gezonde productkeuze: "Deelnemers leren gezonde producten te kiezen en te consumeren"
2. Tegengaan van overconsumptie: "Deelnemers leren normale hoeveelheden calorieën te gebruiken".

### 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 twee hoofdgedragsdoelen zijn subgedragingen benoemd en gekozen m.b.t. de voeding gerelateerde deelgedragingen koopgedrag, kookgedrag en eetgedrag:

- a. Kopen (productkeuze, suiker en vet);
- b. Koken (portiegroottes, bereidingswijze)
- c. Eten (regelmaat van eetmomenten als ontbijt, lunch, avondeten, tussendoortjes en dranken)

Binnen deze drie subdoelen wordt er zowel ingezet op het weten, willen en kunnen. Bijvoorbeeld weten wat je moet kopen, het willen kopen en het kunnen kopen. Deze hangen samen met de determinanten kennis, bewustzijn, attitude en eigen effectiviteit. Op deze manier is de hoop dat dit een bijdrage levert aan de intentie om het gedrag te veranderen.

Bij hoofddoel 1 Gezonde productkeuze: "Deelnemers leren gezonde producten te kiezen en te consumeren" behoren de subdoelen:

- Kopen van voeding en drank met een lage energiedichtheid (kopen)
- Bereiden van voeding op een energiearme gezonde wijze (koken)
- Eten van voeding en drank met een lage energiedichtheid (eten)

Bij hoofddoel 2 Tegengaan van overconsumptie: "Deelnemers leren normale hoeveelheden calorieën te gebruiken" behoren de subdoelen:

- Kopen van benodigde hoeveelheid voeding (kopen)
- Bereiden van benodigde hoeveelheid voeding (koken)
- Neemt dagelijks een normale hoeveelheid calorieën in portiegrootte (eten)

De diëtisten, de intermediaire doelgroep, zijn na het volgen van de Train de Trainer in staat zelfstandig de cursus GKGK te geven.

### 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)?*

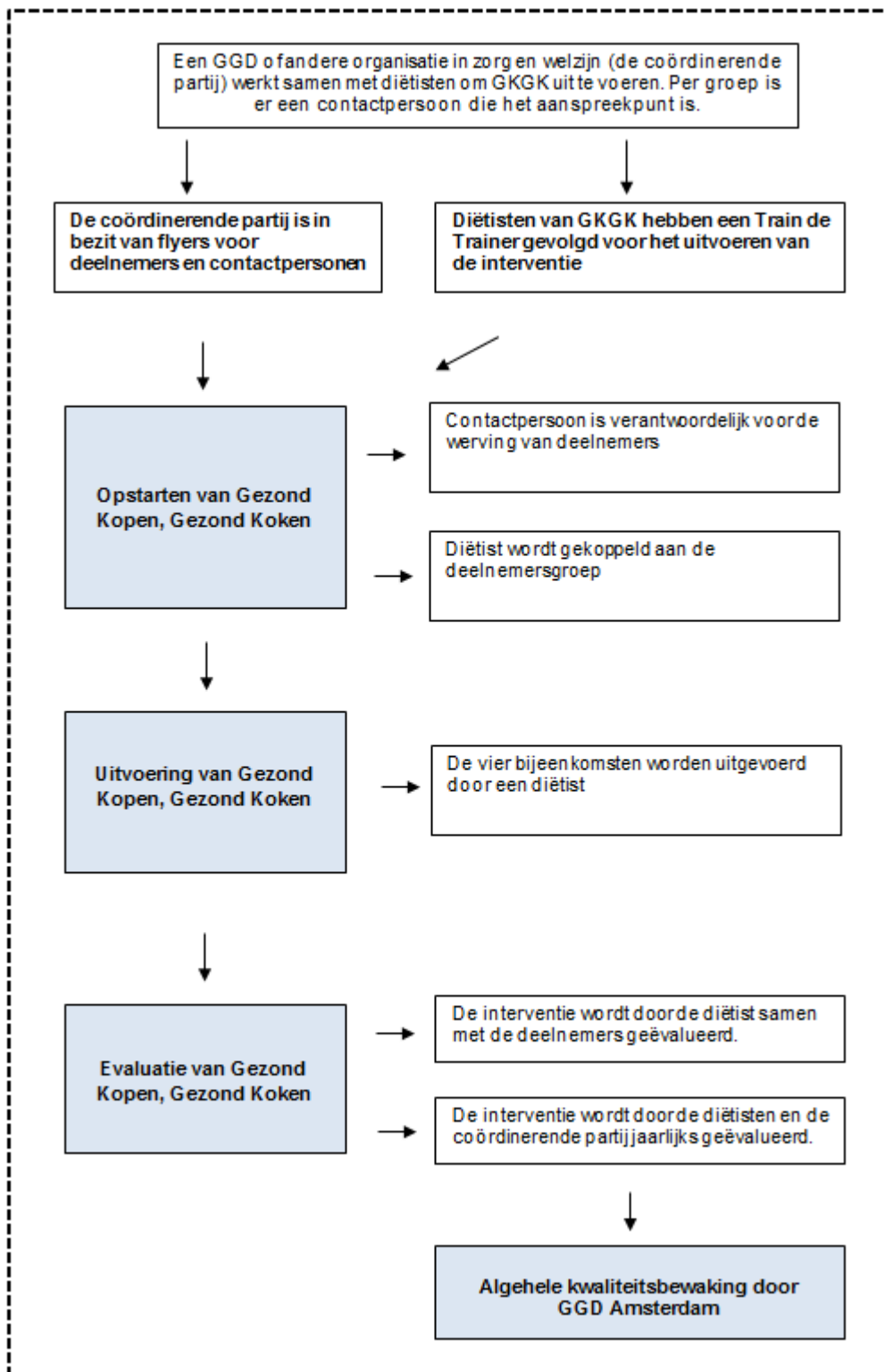
Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

Gezond Kopen, Gezond Koken kan in verschillende regio's worden uitgevoerd. De GGD Amsterdam is en blijft de interventieontwikkelaar en heeft in die hoedanigheid een aantal verantwoordelijkheden. Zo blijft de GGD Amsterdam verantwoordelijk voor de algehele kwaliteitsbewaking. De GGD Amsterdam is verantwoordelijk voor het up-to-date houden van de interventie en de materialen en het uitvoeren van een jaarlijkse evaluatie. Daarnaast biedt de GGD Amsterdam Train de Trainer cursussen aan voor diëtisten en coördinatoren. Op deze manier wordt gewaarborgd dat de interventie overal wordt uitgevoerd zoals bedoeld.

Bij de uitvoer van GKGK werken per regio tenminste een GGD of andere organisatie in zorg en welzijn (de coördinerende partij) en diëtisten samen. De coördinerende partij is verantwoordelijk voor de lokale coördinatie. De cursus wordt uitgevoerd door hiervoor getrainde diëtisten. De coördinerende partij heeft hier met diëtisten de afspraken over gemaakt. Per groep waar GKGK aan wordt gegeven, is er een contactpersoon die het aanspreekpunt is en voor een aantal zaken verantwoordelijk is.

Wat de verhoudingen en verantwoordelijkheden van GGD Amsterdam, de coördinerende partij, de diëtist en contactpersoon zijn, wordt weergegeven in onderstaand schema.





### 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.

### Train de Trainer

Diëtisten worden middels een Train de Trainer getraind, zodat zij daarna zelfstandig de cursus kunnen geven. Voor de uitvoer van de Train de Trainer is een draaiboek beschikbaar. De training wordt gegeven door een diëtist die veel ervaring heeft met de uitvoering van GKGK. Ook is de coördinator van GKGK van de GGD Amsterdam aanwezig. Deelnemers van de Train de Trainer zijn diëtisten die GKGK willen gaan uitvoeren en personen van de coördinerende partij die GKGK lokaal gaan implementeren en coördineren. De deelnemende diëtisten zijn gecertificeerde diëtisten, die ervaring hebben met het werken met groepen en met doelgroepen uit verschillende culturen.

*Voor een uitgebreide beschrijving zie Train de Trainer Draaiboek.*

### **Opstarten van GKGK**

De coördinerende partij brengt GKGK onder de aandacht en onderhoudt contact met geïnteresseerde organisaties en groepen. Als blijkt dat een organisatie of groep voldoende geïnteresseerd is, wordt door de coördinerende partij uitleg gegeven over de verantwoordelijkheden van de contactpersoon van de groep. Ook wordt nagevraagd of de deelnemers ook daadwerkelijk behoren tot de doelgroep van GKGK. Vervolgens worden afspraken gemaakt over de locatie, data en tijden van de cursus. De cursus wordt uitgevoerd op een locatie bij de deelnemers in de buurt op een dagdeel dat voor hen handig is. De contactpersoon van de groep doet hiervoor een voorstel. Dit voorstel wordt door de coördinerende partij afgestemd met de coördinator van de diëtisten. Die vervolgens op zoek gaat naar een diëtist die de cursus kan geven en de uitkomsten hiervan doorgeeft aan de coördinerende partij.

Uiteindelijk bevestigt de coördinerende partij de cursus met alle bijbehorende informatie aan zowel de contactpersoon van de groep als aan de diëtist. De contactpersoon is verantwoordelijk voor het reserveren van de benodigde instructieruimte en keuken en het werven en informeren van deelnemers (8-12 deelnemers). Deze persoon heeft direct contact met de doelgroep en kan daarom goed inschatten welke personen wel en niet geschikt zijn om GKGK te volgen. Naast het selecteren van de deelnemers, is het ook van belang om de deelnemers te voorzien van de juiste informatie. Dit zorgt ervoor dat deelnemers weten wat ze kunnen verwachten en voorkomt dat deelnemers na de eerste bijeenkomst zich afmelden. Uiterlijk twee weken voor de start van de cursus ontvangt de coördinerende partij van de contactpersoon de ingevulde deelnemerslijst.

*Voor een uitgebreide beschrijving zie Coördinatie Draaiboek.*

### **Uitvoering van GKGK**

Een overzicht van de bijeenkomsten (*voor een uitgebreide beschrijving zie Diëtisten Draaiboek*):

#### **Bijeenkomst 1**

- Doelgroepraadpleging: Een manier van kennismaken en inventariseren van het eetgedrag van de deelnemers. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een kaartspel. Elke deelnemer moet een kaart kiezen en zichzelf voorstellen aan de hand van die kaart. Door de verschillende kaarten met afbeeldingen van koop-, kook- en eetgedrag te koppelen aan het gedrag van de deelnemers zal duidelijk worden waar deelnemers iets zouden kunnen veranderen of meer vaardigheden en kennis kunnen gebruiken.
- Interactieve voorlichting: De deelnemers leren over de Schijf van Vijf en de Energiebalans, nemen hun eigen eetmomenten onder de loep met behulp van een daartoe ontwikkeld werkblad en krijgen feedback op de voor hen gebruikelijke portiegroottes. Het betreft hier zelf opgeschepte porties rijst en groente, hoeveelheid olie en hoeveelheid boter op boterhammen. De deelnemers krijgen meer kennis over energiearme, gezonde voeding, worden zich bewuster van het eigen eetpatroon en leren vaardigheden wat betreft het schatten van portiegroottes.
- Huiswerkopdracht: De diëtist vraagt de deelnemers om volgende week ieder twee lege verpakkingen van veelgebruikte producten van thuis mee te nemen.

#### **Bijeenkomst 2**

- Productbespreking: De meegenomen producten worden door de deelnemers ingedeeld in de Schijf van Vijf. Daarna leren ze productetiketten lezen met behulp van de voorbeeldetiketten. Dit zijn platen op A4-formaat waar een productetiket vergroot op is afgebeeld.
- Supermarktrondleiding: Tijdens deze rondleiding staat het lezen van productverpakkingen centraal. Er wordt aandacht besteed aan calorieën, vet, suiker, vezels. Er wordt ook aandacht besteed aan alternatieve gezondere producten uit verschillende productgroepen in plaats van de gewoonlijk gebruikte producten.
- Huiswerkopdracht: De deelnemers wordt gevraagd om ieder twee gezonde producten te kopen of die een lage energiedichtheid hebben, als gezonder alternatief voor wat er gewoonlijk wordt gekocht en deze mee te nemen naar de volgende bijeenkomst.

### **Bijeenkomst 3**

- Bespreking van ervaringen en huiswerkopdracht: Ervaringen worden gedeeld, successen en barrières worden besproken en strategieën en tips worden gegeven. Dit wordt gedaan met behulp van een tweede kaartspel met afbeeldingen van barrières en verleidingen die een gezond eetpatroon in de weg staan.
- Smaakttest: Hierbij is het de bedoeling dat de opvatting 'gezond is minder lekker' weerlegd wordt door producten en de gezondere alternatieven ervan blind te proeven.
- Samenstellen recept: De deelnemers gaan in groepjes een gezonde warme maaltijd samenstellen en daarvoor een boodschappenlijstje maken, als voorbereiding op de kooksessie tijdens de vierde en laatste bijeenkomst. Hierbij wordt een plaat gebruikt met gezonde bereidingswijzen.
- Huiswerkopdracht: Er wordt aan de deelnemers gevraagd om een of twee aspecten te benoemen die ze concreet gaan veranderen in de warme maaltijd thuis.

### **Bijeenkomst 4**

- Bespreking huiswerkopdracht 3: Ervaringen worden gedeeld, successen en barrières worden besproken en strategieën en tips worden gegeven.
- Kooksessie: Er worden twee gezonde maaltijden bereid. Vervolgens wordt de kooksessie nabesproken, worden gerechten geproefd en conclusies getrokken.
- Individueel plan van aanpak: Aan het eind van de cursus is er aandacht voor een individueel plan van aanpak. De doelen voor de toekomst worden op een kaartje geschreven als herinnering. Bij de afsluiting van de cursus volgt een evaluatie en de deelnemers krijgen de incentives uitgereikt.

### **Evaluatie van GKGK**

De diëtist verzorgt de evaluatie per bijeenkomst en over de totale cursus na afloop van de cursus. Deze worden samen met de definitieve deelnemerslijst binnen 2 weken na het beëindigen van de cursus teruggekoppeld naar de coördinerende partij. De coördinerende partij verwerkt de gegevens van de evaluatieformulieren en de deelnemerslijsten. Aan het einde van het jaar worden deze gegevens samengevat en met de diëtisten doorgenomen tijdens een bijeenkomst. Waar nodig worden dan kleine veranderingen of aanpassingen doorgevoerd.

### **Algehele kwaliteitsbewaking door GGD Amsterdam**

De implementatie van GKGK bestaat uit verschillende fases, namelijk oriëntatie, adaptie, invoering en borging. De coördinerende partij waar GKGK wordt uitgevoerd, ziet erop toe dat GKGK wordt uitgevoerd zoals de interventie is ontwikkeld. Daarnaast wordt de uitvoering van GKGK geëvalueerd zoals beschreven. Jaarlijks worden de uitkomsten hiervan teruggekoppeld naar de GGD Amsterdam. Als urgente zaken zich voordoen, kan deze terugkoppeling op een eerder moment plaatsvinden. Waar nodig kunnen dan eventueel kleine aanpassingen worden gedaan.

*Voor een uitgebreide beschrijving van het verloop van de implementatie GKGK zie het implementatie document.*

## 2. Uitvoering

### Materialen – max 200 woorden

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

- Materialentas met: Kaartset 1 en 2, praatplaten, werkbladen, weegschaal, deelnemersmappen, diëtistenmap en incentives voor deelnemers
- Diëtisten Draaiboek
- Coördinatie Draaiboek, inclusief flyers voor werving
- Train de Trainer Draaiboek inclusief PowerPoint presentatie
- Implementatie document
- Eindrapportage theoretische onderbouwing en procesevaluatie interventie

### 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 organisaties die samenwerken om de uitvoering van GKGK te realiseren, zijn ten minste een GGD, diëtisten die middels de Train de Trainer getraind zijn om GKGK te geven en professionals/vrijwilligers die contact hebben met de einddoelgroep. Andere optionele partijen waar aan gedacht kan worden zijn een gemeente, organisaties op het gebied van zorg en welzijn en bewonersinitiatieven.

GKGK wordt uitgevoerd op locaties in de nabije omgeving van de doelgroep. De locatie moet beschikken over een geschikte lesruimte en keuken. Voor een keuken kan men eventueel ook uitwijken naar een andere locatie in de buurt. De cursus kan bijvoorbeeld plaatsvinden in een buurthuis. De contactpersoon van de groep is verantwoordelijk voor de werving van de deelnemers. Ervaring leert dat aansluiten bij bestaande groepen de werving vergemakkelijkt.

De uitvoering kan bijvoorbeeld worden aangeboden aan:

- Deelnemers bewegingsstimuleringsprogramma's
- Welzijnsinstellingen
- Bewoners initiatieven
- Ouders van leerlingen op school aandacht besteden aan gezonde leefstijl
- Uitkeringsgerechtigden

### Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

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

De kwaliteitseisen voor uitvoerende professionals van de interventie:

- Vooropleiding: voedingskunde, diëtetiek
- BIG geregistreerd (i.v.m. mogelijke financiering vanuit zorgverzekeringswet)
- Kennis van en vaardigheden in het hanteren van gedragsverandering- en gedragsverklaringsmodellen (ASE model, stages of change), zodat de onderbouwing en het belang van de verschillende onderdelen van de cursus voor het behalen van de doelen GKGK duidelijk zijn. Dit gaat om de deelgedragingen koop-, kook- en eetgedrag die door middel van de verschillende onderdelen van de cursus bijdragen aan een intentieverandering.
- Vaardigheid in het werken met groepen/groepsdynamica
- Vaardigheid in toepassen van interactieve voorlichtingsmethoden
- Training in het werken met het geprotocolleerd programma van de interventie aan de hand van het draaiboek. Nieuwe medewerkers worden getraind middels de Train de Trainer in het werken met het draaiboek.

Het is wenselijk dat de coördinatie en organisatie van de cursus uitgevoerd worden door een coördinator. Kwaliteitseisen voor de functie van coördinator:

- Planningsvaardigheden
- Lobby en pleitbezorging, acquisitievevaardigheden
- Communicatieve vaardigheden
- Organisatorische en administratieve vaardigheden

Op locatie worden een aantal zaken geregeld door de contactpersoon van de groep.

Competenties van de contactpersoon:

- Betrokkenheid bij de doelgroep en interventie

- Wervingsvaardigheden
- Organisatievaardigheden
- Communicatievaardigheden

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

De kwaliteit van de uitvoering van GKGK wordt bewaakt door een Train de Trainer training die alle diëtisten ontvangen, voordat ze een cursus kunnen en mogen geven. Deze training zorgt ervoor dat alle diëtisten bekend zijn met de theoretische onderbouwing van de cursus en de cursus zoveel mogelijk op dezelfde manier uitvoeren. Ook het uitgebreide Diëtisten Draaiboek zorgt ervoor dat de interventie door de diëtisten wordt uitgevoerd zoals ontwikkeld.

Daarnaast bewaakt de betrokken GGD de kwaliteit van GKGK en rapporteert deze naar mogelijke opdrachtgevers en/of samenwerkingspartners. De diëtist registreert de aanwezigheid van deelnemers van alle bijeenkomsten en vult per bijeenkomst een evaluatieformulier in. De evaluatieformulieren geven inzicht in de resultaten en ervaringen per bijeenkomst/cursus. Daarnaast houdt de GGD hiermee zicht op de uitvoering van de interventie en of deze verloopt zoals bedoeld. De evaluatieformulieren worden gebundeld en in jaarlijks overleg tussen de samenwerkingspartners besproken. Aan de hand van deze evaluatie formulieren kan de cursus eventueel worden aangepast op het gebied van uitvoering, coördinatie of bijvoorbeeld implementatie.

### **Randvoorwaarden** – max 200 woorden

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

In het Coördinatie Draaiboek en het Diëtisten Draaiboek zijn verschillende randvoorwaarden voor GKGK beschreven, waarvan de belangrijkste hieronder worden genoemd.

#### **Organisatorische randvoorwaarden**

- GGD coördinator die voldoende tijd en middelen heeft voor de uitvoering
- Diëtisten die middels de Train de Trainer getraind zijn en over de juiste vaardigheden beschikken
- Betrokken contactpersoon die bereikbaar is voor de deelnemers, diëtist en de GGD en bij voorkeur aanwezig is bij iedere bijeenkomst, maar minimaal bij de eerste bijeenkomst.
- Geschikte instructieruimte en keuken (inclusief keukengerei) in de directe omgeving van de doelgroep.

#### **Contextuele randvoorwaarden**

- Samenwerkingsafspraken tussen GGD en diëtisten
- Beschikbaarheid van financiering
- Bekendheid van het aanbod bij relevantie organisaties en bewonersinitiatieven

### **Implementatie** – max 200 woorden

*Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.*

#### **Oriëntatie**

Partijen kunnen op verschillende manieren kennismaken met GKGK, bijvoorbeeld via de GGD Amsterdam website. De GGD kan de geïnteresseerde partij van meer informatie voorzien en folders verstrekken.

#### **Adoptie**

De voorwaarden voor het gebruik van GKGK worden vastgelegd in een productovereenkomst. Daarna worden alle documenten die nodig zijn voor de invoering van GKGK beschikbaar gesteld door de GGD Amsterdam. De implementerende partij gaat vervolgens aan de slag met de voorbereidingen voor de invoering. Vervolgens worden de diëtisten getraind volgens het de Train de Trainer Draaiboek. Ook worden de materialen die nodig zijn voor de uitvoering gereproduceerd.

#### **Invoering**

GKGK wordt uitgevoerd op de manier waarop de interventie is ontwikkeld. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de verschillende draaiboeken waarin beschreven staat wie welke taken uitvoert. De partijen die samenwerken om de uitvoering te realiseren, zijn ten minste een GGD, diëtisten die middels de Train de Trainer getraind zijn om GKGK te geven en professionals/vrijwilligers die contact hebben met de einddoelgroep.

#### **Borging**

De implementerende partij ziet erop toe dat GKGK wordt uitgevoerd zoals de interventie is ontwikkeld. Daarnaast wordt de uitvoering van GKGK geëvalueerd zoals beschreven. Jaarlijks worden de uitkomsten hiervan teruggekoppeld naar de GGD Amsterdam.

Voor een uitgebreide beschrijving zie implementatie document.

#### **Kosten** – max 200 woorden

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

#### **Personele kosten**

##### **Algemeen**

Projectcoördinator GGD 8 uur per week voor het coördineren van ongeveer 20 cursussen per jaar

*vb. De activiteiten die hierbij horen zijn o.a.: geïnteresseerde partijen benaderen, cursussen plannen, contact met diëtisten, evalueren*

Overlegkosten voor diëtisten 2 uur per jaar

*vb. In Amsterdam komt dit neer op €62,00 excl. 21% BTW per uur, per diëtist*

##### **Per cursus**

Vorbereiding en uitvoering diëtist 20 uur per cursus

*vb. In Amsterdam komt dit neer op €1.338,84 excl. 21% BTW*

#### **Materiële kosten**

##### **Per cursus**

|  |        |
|--|--------|
| Huur locatie (keuken, voorlichtingsruimte)     | €200,- |
| Voedingsmiddelen                               | €120,- |
| Cursusmateriaal (mappen, printjes, incentives) | €100,- |
| Administratie en transport materiaal           | €80,-  |

Per cursus zijn de totale kosten ongeveer €2000,- (kosten diëtist en materiele kosten)

In dit overzicht zijn niet de extra kosten opgenomen die worden gemaakt bij de implementatie van de cursus. Deze kosten bestaan o.a. uit de kosten voor het reproduceren van de materialen en de kosten van de Train de Trainer. Hierbij geldt dat deze kosten in verhouding goedkoper worden naarmate er meer cursussen worden uitgevoerd.

### 3. Onderbouwing

**Probleem** – max 400 woorden

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

#### **Aard**

Overgewicht zorgt na roken voor het meeste verlies van gezondheid (van Kreijl et al., 2004) en verhoogt de kans op een aantal chronische aandoeningen zoals coronaire hartziekten, hypertensie, diabetes mellitus type 2, galblaasaandoeningen en verschillende vormen van kanker. Aan obesitas gerelateerd zijn ook vaak psychische en sociale problemen en een verminderde kwaliteit van leven (Gezondheidsraad, 2003).

#### **Ernst**

In Nederland is het aantal personen met ernstig overgewicht de afgelopen 20 jaar verdubbeld (cbs Statline 2018). In de gemeente Amsterdam heeft ruim 40% van de volwassenen matig overgewicht of obesitas (rond 225.000, 19 jaar en ouder) (Gezondheid in Beeld, 2016).

#### **Spreiding**

Overgewicht is ongelijk over de populatie verdeeld. Laagopgeleiden hebben vaker overgewicht en obesitas dan hoogopgeleiden m.u.v. de leeftijdscategorie 25-34 jaar. Overgewicht blijkt zich verder vooral voor te doen bij huisvrouwen en huismannen, bij arbeidsongeschikten en bij personen met een AOW-uitkering of VUT-regeling. Verder is de prevalentie van overgewicht en obesitas onder allochtone groepen hoger dan onder autochtonen. Overgewicht is vooral hoog onder eerste generatie migranten (Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen) en minder het geval onder tweede generatie migranten (Dagevos & Dagevos, 2008, Hosper et al., 2007).

#### **Gevolgen**

Obesitas - en in mindere mate overgewicht - heeft naast de gevolgen voor het individu ook belangrijke consequenties voor de maatschappij: de (multi)morbiditeit leidt tot veel (medicamenteuze) behandelingen en resulteert in meer arbeidsongeschiktheid en verhoogde kosten van de gezondheidszorg. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en de Erasmus Universiteit hebben in 1999 een schatting van de directe kosten voor de gezondheidszorg die samenhangen met overgewicht en obesitas voor Nederland van € 505 miljoen gemaakt (Gezondheidsraad, 2003). De indirecte kosten wederom worden door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg geschat op € 2 miljard per jaar (Gezondheidsraad, 2003). Een boeking van gezondheidswinst met betrekking tot gezond gewicht is daarom ook vanuit financieel oogpunt hoogst wenselijk. Een gezond lichaamsgewicht van alle Nederlanders zou het aantal gevallen van hart- en vaatziekten, diabetes en kanker met 40.000 per jaar verminderen en het aantal sterfgevallen met 7% laten dalen (AGM 2008).

**Oorzaken** – max 400 woorden

*Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico? Waarom kook/eet/koop gedrag? Waarom kies je voor die doelen?*

Er zijn verschillende risicofactoren voor overgewicht en obesitas aan te wijzen. Mensen met een lage sociaaleconomische status hebben een verhoogd risico op overgewicht of obesitas (Dijkshoorn et al., 2016). Een onderzoek onder in Nederland wonende gezinnen toonde aan dat lekker eten en gezelligheid bij het nuttigen van voedsel van groot belang was bij respondenten met een lage SES. Gezondheid speelt bij de voedselkeuze een meer ondergeschikte rol. Er is gering belang voor gezonde voeding, beperkte steun in sociale omgeving, beperkte kennis, gepercipieerde hoge prijs van gezonde voeding, stress, negatieve emoties; Meeusen et al., 2010).

Voedingsgewoonten worden ook sterk beïnvloed door etniciteit, cultuur en geboorteplaats. Sociale en culturele factoren leiden vooral bij mensen met een Surinaamse, Turkse of Marokkaanse achtergrond tot een van de Nederlandse voedingsnorm afwijkend consumptiegedrag met name in portiegrootte en frequentie (belang van gastvrijheid, gebod eten niet te verspillen; van 't Riet, 2005 & Romeike et al, 2016).

Het koopgedrag wordt in gezinnen met een lage SES en met een migratie achtergrond vooral beïnvloed door de gepercipieerde (hoge/lage) prijs. Enerzijds eten deze families gezond (consumptie van groenten en fruit) anderzijds worden er gezien het beperkte budget goedkopere producten gekocht die vaak suikerrijk en vet zijn (van den Berg, 2010).

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

#### **Aan te pakken factoren** – max 200 woorden

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

GKKG focust zich op het vergroten van de gedragsintentie tot een gezond voedingsgedrag van de deelnemers. Gedragsintentie is immers de grootste voorspeller voor gedrag. Hierbij spelen *weten*, *willen* en *kunnen* een centrale rol (ASE-model):

**Weten:** Het verstrekken van de juiste kennis over bijvoorbeeld gezondheidsrisico's bij overgewicht, voedingsstoffen en aanbevolen hoeveelheden zijn een basisvoorwaarde voor bewustzijn en evaluatie van eigen eetgedrag en leren van vaardigheden (Thomas, 2002; van Kreijl et al., 2004). Veel mensen hebben een te positief beeld van hun eigen gedrag (Brug et al., 2008). Zonder bewustzijn zal een persoon niet snel gemotiveerd zijn om gedrag te veranderen (Jansen et al., 2002; van Kreijl et al., 2004).

**Willen:** Bij eetgedrag wordt de houding/attitude ten opzichte van voedingskeuzes en -bereiding vaker gevormd door smaak en hedonistische overwegingen dan door cognitieve overwegingen (Broer, 1999). Daarin speelt de sociale omgeving een belangrijke rol. Vooral m.b.t. voedingsgedrag van niet-westerse Nederlanders (gastvrijheid, beleefdheid) zijn deze invloeden van belang en behoren tot de sleuteldeterminanten voor het aanpassen van het voedingspatroon (Thomas, 1999).

**Kunnen:** Gedrag is ook afhankelijk van de inschatting of iemand zichzelf in staat acht om bepaald gedrag uit te kunnen voeren (Bandura, 1986; Marks et al, 2005). Deze eigen-effectiviteitsverwachting kan zowel intern zijn (vaardigheden, kennis, emotionele stabiliteit) als extern (omgeving, barrières of afhankelijkheid van anderen; Brug et al., 2008). Door het overwinnen van barrières wordt de eigen-effectiviteit groter (Connor & Norman, 2005). Met name bij niet-westerse Nederlanders leeft de veronderstelling dat gezonde voeding niet zo goed smaakt als ongezonde en dat familieleden een verandering in het voedingspatroon afkeuren (Thomas 2002).

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

#### **Verantwoording** – max 1000 woorden

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

De verschillende determinanten komen conform het TTM model gefaseerd aan bod tijdens de cursus. In het begin wordt er voornamelijk aandacht besteed aan kennis van gezonde voeding en bewustwording van het eigen voedingsgedrag. Vanaf bijeenkomst 2 wordt gewerkt aan eigen-effectiviteit en vaardigheden voor het leren lezen van etiketten en een supermarktrondleiding. In bijeenkomst 3 wordt gewerkt aan attitude door een proefsessie en wordt een recept samengesteld voor de kookbijeenkomst op de vierde dag. Na afloop van iedere bijeenkomst krijgen de deelnemers huiswerkopdrachten mee, die in de daaropvolgende bijeenkomst worden besproken. Hierbij bespreekt de diëtist steeds met de deelnemers waarom de opdrachten wel of niet gelukt zijn. De deelnemers gaan gezamenlijk op zoek naar strategieën om het gewenste gedrag wel uit te kunnen voeren.

Voor het effectief stimuleren van een informatieverwerking (ELM) van de verschillende gezondheidsboodschappen over kopen, koken en eten, wordt naast het geven van informatie en argumenten ook ingespeeld op een positieve attitude ten opzichte van gezonde voeding en bijbehorende gedragingen. Ook wordt aangesloten bij de belevingswereld van de deelnemers door het gebruik van visuele materialen, die in samenwerking met de doelgroep zijn ontwikkeld. De interventie en huiswerkopdrachten sluiten zo veel mogelijk aan bij het koop-, kook- en eetgedrag van de deelnemers. Zo wordt deelnemers bijvoorbeeld gevraagd om verpakkingen van veelgebruikte producten van thuis mee te nemen. Aan de hand van deze verpakkingen leren de deelnemers o.a. de etiketten lezen.



Voor een uitgebreid overzicht en voorbeelden uit de interventie zie de programmamatrix - gebaseerd op Intervention Mapping - in de bijlage. Hieronder worden een aantal centraal aan te pakken factoren verder toegelicht. Deze factoren komen terugkerend aan bod in de verschillende bijeenkomsten.

### **Kennis**

De determinant kennis wordt in voorlichtingsinterventies nog vaak als hoofddeterminant gezien. Uit onderzoek blijkt echter dat voldoende kennis niet automatisch leidt tot gezonder gedrag (Brug et al., 2008). In GKGK blijft de beïnvloeding van kennis van belang en is conform het TTM vooral terug te vinden in de eerste bijeenkomsten. Middels een uitgebreide doelgroeppraadpleging wordt uitgevraagd welke thema's de deelnemers relevant vinden en of ze open staan voor de kennisoverdracht.

### **Bewustzijn**

Bewustzijn is eigenlijk kennis en inzicht in het eigen (ongezonde) voedingsgedrag. Bewustzijn is een belangrijke determinant voor gedragsverandering (Jansen et al., 2002), omdat men zonder bewustzijn niet snel de motivatie zal hebben om het gedrag aan te pakken (van Kreijl et al., 2004). Het wordt vaak omschreven als een belangrijke eerste stap naar gedragsverandering. In GKGK wordt dit inzicht in het eigen voedingsgedrag geboden bij de start van het programma (doelgroeppraadpleging, interactieve voorlichting).

### **Attitude**

Onderzoeken naar de Theorie van Gepland Gedrag laten zien dat attitude de beste voorspeller van gedragsintentie is (Conner & Norman, 2005). Vaak bestaat er een positieve attitude ten aanzien van calorierijke producten met veel suiker en/of vet (van Kreijl et al., 2004). Deze attitudes zijn gevormd door eerdere leerervaringen: het ervaren van een lekkere smaak leidt tot een positieve attitude ten opzichte van suiker en vet (Brug et al., 2008). Ook wordt de attitude beïnvloed door verwachtingen: deze zal positiever zijn als het product goedkoop is, als het makkelijk te bereiden is en als er een gewoonte is ontstaan (Glanz et al., 1989). In GKGK komt attitude o.a. terug tijdens het onderdeel 'Proeven' van bijvoorbeeld vetarme kaas/yoghurt vs. kaas/yoghurt die rijk is aan vetten. De houding tegenover gezonde voeding is bepalend voor het voedingsgedrag van de deelnemers. Smaak is daar een groot onderdeel van: vaak heerst de opvatting dat veel groenten niet lekker zijn en dat volvette producten smaakvoller zijn.

### **Sociale invloeden**

In GKGK komen de verschillende sociale invloeden aan bod tijdens het bespreken van de verschillende huiswerkopdrachten. De diëtist vraagt dan aan de deelnemers waarom een bepaald voornemen niet gerealiseerd kon worden. En er wordt samen met de andere deelnemers gezocht naar mogelijke strategieën om de sociale normen te beïnvloeden.

### **Eigen-effectiviteit**

Voorbeelden van uitspraken van de verschillende dimensies van eigen-effectiviteitsverwachting zijn: "ik wil wel gezonder gaan eten maar ik kan het gewoon niet; het lukte vorige keer ook niet"; "ik heb het momenteel erg druk en veel stress en in deze feestmaand lukt het sowieso niet om gezonder te eten"; "mijn man doet altijd de boodschappen en hij kiest wat we eten". In GKGK wordt op verschillende manieren de eigen-effectiviteit vergroot, o.a. tijdens de kooksessie in de laatste bijeenkomst.

### **Barrières**

Tijdens GKGK wordt aandacht besteed aan de sociaal-culturele omgeving (onregelmatig eetpatroon, druk van kinderen en echtgenoot), de fysieke omgeving (groot voedingsaanbod, ongezonde producten op ooghoogte in supermarkt) en de economische omgeving (reclame, aanbiedingen) en met name aan de daarbij behorende barrières. Bij de benadering van barrières gaat het in eerste instantie om kennisvermeerdering, verhoging van eigen-effectiviteit en bewustwording van sociale en fysieke omgevingsinvloeden en het ontwikkelen van bijbehorende coping-strategieën. In GKGK komen de barrières die deelnemers ervaren terug tijdens de bespreking van de verschillende huiswerkopdrachten.

## 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. Dennesen, L. (2018). Formulating embedded success for the “Gezond kopen, Gezond koken” intervention – process evaluation research. (zie bijlage)
- B. De GGD Amsterdam heeft een procesevaluatie uitgevoerd. Er zijn semigestructureerde interviews gehouden met de betrokken diëtisten, GGD medewerkers en contactpersonen van WPI. Daarnaast zijn er vragenlijsten afgenomen bij de deelnemers van de cursus. In totaal hebben 68 deelnemers de vragenlijsten ingevuld en zijn er 6 diëtisten, 5 betrokken GGD medewerkers en 2 contactpersonen van WPI geïnterviewd.
- C. De belangrijkste uitkomsten van dit onderzoek zijn de volgende:
- In totaal zijn in de periode januari 2017 tot en met april 2018 in Amsterdam 25 cursussen uitgevoerd.
  - De antwoorden van de deelnemers op vragenlijsten zijn positief. De deelnemers zijn heel tevreden over het programma van de cursus en geven het gemiddeld een 8,7. De diëtisten die de cursus geven, worden gemiddeld beoordeeld met een 9. Ook geven de deelnemers aan na de cursus meer te weten over gezonde voeding dan voor de start van de cursus. Op de vraag of ze iets gaan veranderen in hun gedrag, geven veel deelnemers kleine veranderingen aan. Voorbeelden hiervan zijn: het gebruiken van minder zout, suiker en olie en het gebruiken van meer volkoren producten.
  - Ook de diëtisten zijn tevreden over GKGK. Ze geven aan dat in het draaiboek de bijeenkomsten gedetailleerd beschreven zijn en dat ze er goed mee kunnen werken. Het vele beeldmateriaal waar ze mee kunnen werken, wordt ook positief beoordeeld. Ook zien de diëtisten al tijdens de cursus kleine veranderingen bij de deelnemers, bijvoorbeeld het gebruik van minder olie of geen extra zout toevoegen.
  - De verwachtingen van de deelnemers kloppen niet altijd met de werkelijke inhoud van de cursus. Dit wordt veroorzaakt door een gebrek aan informatie over de inhoud van de cursus. De beoogde doelgroep van de interventie wordt bereikt, maar bij de werving is het van belang dat de contactpersoon (verantwoordelijk voor de werving) de juiste deelnemers selecteert. Dit is van belang omdat het wel een talige en intensieve cursus is waarbij actieve participatie van belang is.
  - Een aantal materialen die worden gebruikt in de cursus zijn gebaseerd op de verouderde Schijf van Vijf.
  - Er is behoefte aan meer informatie over de coördinatie van de interventie en de taken en verantwoordelijkheden van de betrokkenen.
  - Een document voor implementatie van GKGK in een andere regio ontbreekt net zoals een beschrijving van de uitvoering van de Train de Trainer.

Een aantal materialen van GKGK zijn naar aanleiding van deze uitkomsten aangepast. Ook zijn documenten opgesteld voor implementatie, coördinatie en het uitvoeren van de Train de Trainer.

## 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.

**Niet van toepassing**

*Let op: dit onderdeel (4.2) hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op de niveaus 'Goed beschreven' en 'Goed onderbouwd'.*

## 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

GKGK is bedoeld voor mensen met een lage SES. De cursus bestaat uit vier bijeenkomsten van 2,5 uur en wordt uitgevoerd door een getrainde diëtiste. De deelnemers leren hoe ze lekker en goedkoop gezond eten kunnen kopen en bereiden.

Inhoudelijke elementen:

- Destijds mede ontwikkeld met de doelgroep.
- Met behulp van Intervention Mapping theoretisch onderbouwd en gestructureerd.
- Theoretisch kader is gebaseerd op een gedragsverklaringsmodel, het Attitude-Social influence-self-Efficacy model, een theoretisch model voor kennisoverdracht, het Elaboration Likelihood Model (ELM), en een fasenmodel voor gedragsverandering, het Transtheoretisch Model (TTM) met de stages of change.
- Met de modellen zijn de voor voedingsgedrag relevante determinanten benoemd en veranderingsfasen aangewezen die de basis vormen voor programma van GKGK.
- De subdoelen van de interventie zijn gekoppeld aan de gekozen determinanten waarbij vervolgens de in te zetten methoden zijn gekozen. GKGK focust zich op het vergroten van de gedragsintentie tot een gezond voedingsgedrag van de deelnemers.
- Doelen richten zich op gezonde productkeuze en het tegengaan van overconsumptie.
- Drie deelgedragingen van het voedingsgedrag kopen, koken en eten.
- Op basis van 2 procesevaluaties verder verbeterd.

Praktische elementen:

- Uitvoering op een locatie bij doelgroep in de buurt
- Werving door contactpersoon van de groep
- Uitvoering door diëtisten die middels de Train de Trainer zijn getraind
- Samenwerkingsafspraken tussen GGD en diëtisten
- Algehele kwaliteitsbewaking door GGD Amsterdam

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

## 6. Aangehaalde literatuur

*Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).*

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Broer, J. (1999). *Oversterfte aan coronaire hartziekten in Groningen. Achtergronden en interventiemogelijkheden*. Proefschrift. Rijksuniversiteit Groningen.

Brug, J., Van Assema, P. & Lechner, L. (2008). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

CBS Statline (2018). Centraal Bureau voor de statistiek. *Gezondheidsmonitor*.

Conner, M. & Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour*. New York: Open University Press McGraw-Hill Education.

Dagevos, J. & Dagevos, H. (2008). *Minderheden meer gewicht. Overgewicht bij Turken, Marokkanen, Antillianen en Surinamers en het belang van integratiefactoren*.

Dennesen, L. (2018). *Formulating embedded success for the “Gezond kopen, Gezond koken” intervention – process evaluation research*. (Interne, niet gepubliceerde publicatie)

Dijkshoorn, H., Ujcic-Voortman, J., Uitenbroek, D. et al. *Tijdschr Gezondheidswet* (2016) 94: 227. <https://doi-org.vu-nl.idm.oclc.org/10.1007/s12508-016-0081-7>

*Gezondheid in Beeld* (2016). GGD Amsterdam; Amsterdamse Gezondheidsmonitor. Afdeling Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorginnovatie

Gezondheidsraad (2003). *Overgewicht en obesitas. Aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, aanbieding advies over Overgewicht en obesitas*. Nr 2003/07. Den Haag.

Glanz, K., Basil, M., Maibach, E., Goldberg, J. & Snyder, D. (1998). *Why Americans eat what they do: taste, nutrition, cost, convenience and weight control concerns as influences on food consumption*. *Journal of the American Dietetic Association*. 98. 1118–1126.

Hosper, K., Nicolaou, M. & Spronks, K. (2007). *Een ander schoonheidsideaal: meer overgewicht bij allochtone Nederlanders*. In: *Steeds dikker: obesitas - een hardnekkige aandoening*. pp. 54-60.

Jansen, J., Schuit, A.J. & van der Lucht, F. (2002). *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. RIVM rapport 270555004. Bilthoven.

Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C.M. (2005). *Health Psychology. Theory, Research and Practice*. London.

Meeusen, M.J.G., van Wijk, E.E.C., Hoogendam, K., Ronteltap, A. & van t' Riet, H. (2010). *Eetgewoonten van laagopgeleiden*. Den Haag.

Romeike, K., Abidi, L., Lechner, L., Vries, H., & Oenema, A. (2016). *Similarities and differences in underlying beliefs of socio-cognitive factors related to diet and physical activity in lower-educated Dutch, Turkish, and Moroccan adults in the Netherlands: a focus group study*. *BMC public health*, 16(1), 813.

Thomas, J. (2002). Nutrition intervention in ethnic minority groups. *Proceedings of the Nutrition Society*. 61. 559-567.

Van 't Riet, H., Dijkshoorn, H., Corstjens, R. & Berkouwer, L. (2005). Gezonde leefgewoonten Westerpark. Kwalitatief interventieonderzoek naar overgewicht bij Turkse en Marokkaanse vrouwen van 25 tot 45 jaar. Probleemanalyse. GGD Amsterdam.

Van den Berg, M. & Schoemaker, C.G. (2010). Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010. Van gezond naar beter. RIVM rapport 270061007. Bilthoven.

Van Kreijl, J., Knaap, A.G.A.C., Busch, M.C.M., Havelaar, A.H., Kramers, P.G.N., Kromhout, D., & Van Leeuwen, F.E. (2004). Ons eten gemeten: gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland. RIVM rapport 270555007. Bilthoven

## 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?*

### **Een kijkje in de keuken bij bijeenkomst 3 van GKGK**

#### *Situatie voor de start van de interventie*

Deze GKGK cursus wordt uitgevoerd in een buurthuis in het centrum van Amsterdam. Een fijne locatie met een ruime keuken en een afgesloten lesruimte. De diëtiste zit al klaar en heeft het cursusmateriaal uitgesteld op tafel. Ook de contactpersoon van de groep, een klantmanager van WPI, is aanwezig. De deelnemers aan deze cursus zijn door de klantmanager bij elkaar gebracht. Ondertussen komt iemand van het buurthuis binnen met kannen koffie en thee. De deelnemers druppelen allemaal op de valreep binnen of zijn iets te laat. De bijeenkomst start dan ook 10 minuten later dan gepland.

#### *Tijdens de cursus*

De presentielijst wordt gecontroleerd door de diëtiste. De groep bestaat uit twee mannen en acht vrouwen, maar vandaag komen twee vrouwen niet. Ze hebben zich allebei afgemeld bij de contactpersoon van de groep. De diëtiste begint met de evaluatie van de vorige bijeenkomst en laat de deelnemers zoveel mogelijk aan het woord. Daarna start de diëtiste met de bespreking van de huiswerkopdracht en de bijbehorende voorlichting. Tijdens de voorlichting staan de meningen en opvatting van de deelnemers over gezonde voeding centraal. De diëtiste stuurt het gesprek in de juiste richting en beantwoordt vragen.

In deze bijeenkomst gaan de deelnemers ook producten proeven. De diëtiste heeft een aantal producten uitgesteld en het proeven kan beginnen. Sommige deelnemers zijn een beetje huiverig om nieuwe dingen te proberen, maar vaak halen de andere deelnemers of de diëtiste die deelnemers over de streep om toch even te proeven. De meeste deelnemers zijn verrast dat magere kwark bijna hetzelfde smaakt als volle kwark en dat 20+ kaas in smaak eigenlijk niet zoveel verschilt van 48+ kaas. Dit zorgt ervoor dat sommige deelnemers van plan zijn om de volgende keer de gezondere producten te kopen.

Nadat de deelnemers alle producten hebben geproefd, is het tijd om het recept voor de laatste bijeenkomst samen te stellen. De deelnemers gaan in gesprek over de gezonde warme maaltijd die ze volgende week willen koken en welke boodschappen daarvoor nodig zijn. Hier en daar geeft de diëtiste tips over gezondere alternatieven. Uiteindelijk wordt het definitieve gerecht en bijbehorende boodschappen vastgesteld. Het wordt durum pasta met vegetarisch gehakt, groenten en 20+ kaas. Ook wordt bepaald wie van de deelnemers die boodschappen gaat doen.

Vervolgens neemt de diëtiste de huiswerkopdracht met de deelnemers door. Ze vraagt hen om een of twee aspecten te benoemen die ze concreet gaan veranderen in de warme maaltijd thuis. Er is een deelnemer die aangeeft geen pakjes roomboter meer te gaan gebruiken, maar olie. Een andere deelnemer wil volkoren producten gaan gebruiken. Iemand anders geeft aan sausjes zelf te willen maken in plaats van kant en klare te gebruiken.

Tot slot evalueert en vat de diëtiste nog even de belangrijkste dingen van de bijeenkomst samen met de deelnemers. Daarna legt ze uit wat de volgende keer op het programma staat. Ook spreekt ze uit dat ze hoopt om iedereen dan weer te zien en dat de deelnemers een kleinigheid krijgen bij het afronden van de cursus.

#### *Na afloop van de cursus*

De deelnemers helpen de diëtiste met het opruimen en terugzetten van de spullen. De deelnemers nemen afscheid en de contactpersoon blijft nog even om te praten over het verloop van deze bijeenkomst. Dan neemt ook zij afscheid en de diëtiste blijft zitten om de evaluatie formulieren in te vullen van bijeenkomst 3.

