

SMARTsize

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie 2021

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: VU Universiteit – afdeling Gezondheidswetenschappen
Postadres: De Boelelaan 1085,1081 HV Amsterdam
E-mail: smartsiz@vu.nl
Telefoon: 020 59 87102

Website (van de interventie): www.smartsizeme.nl; www.smartsizeprofessionals.nl

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.
Naam : Lies ter Beek, Ingrid Steenhuis, Willemieke Kroeze
E-mail : l.ter.beek@vu.nl
Telefoon : 020 59 87102

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Ingrid Steenhuis, Willemieke Kroeze, Hanne Sponselee, Lies ter Beek
Titel interventie: SMARTsize
Databank(en): Loket Gezond Leven
Plaats, instituut: Amsterdam Vrije Universiteit
Datum: 10-02-2022

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	8
2. Uitvoering	12
3. Onderbouwing	15
4. Onderzoek	18
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	18
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	20
5. Samenvatting Werkzame elementen	22
6. Aangehaalde literatuur	23
7. Praktijkvoorbeeld	25

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

De SMARTsize interventie is gericht op het verminderen van de energie-inname door verkleining van portiegrootte dmv portiecontrolestrategieën, het bereiden van maaltijden/producten met een lage energiedichtheid, het goed omgaan met omgevingsinvloeden die aanzetten tot overeten, het voorkomen van terugval en het integreren van beweging in het dagelijks leven. SMARTsize bestaat uit een interactieve website, een homescreener, kookworkshops en individuele consulten (incl Beweegcirkel) met een diëtist, leefstijlcoach of praktijkondersteuner huisartsenpraktijk. In de verschillende programmaonderdelen worden de volgende gedrag veranderingsstrategieën toegepast: bewustwording van eigen gedrag en persoonlijke risicofactoren, zelf-regulatie (implementatie-intenties, copingplannen), trainen van vaardigheden, terugvalpreventie en het aanpassen van de fysieke thuisomgeving. In het programma staan zelfregulatievaardigheden centraal. In het programma SMARTsize krijgt de deelnemer de verschillende onderdelen gedurende een periode van 6 maanden gefaseerd aangeboden. Tijdens deze periode zijn er 3 kookworkshops waarin ontmoetingen met 'peers' en de professional centraal staan.

Doelgroep – max 50 woorden

SMARTsize richt zich op volwassenen met overgewicht of obesitas en is ook geschikt voor mensen met minder gezondheidsvaardigheden en/of co-morbiditeit(en), zoals diabetes mellitus. De zorgprofessional bepaalt of het programma geschikt is voor de potentiële deelnemer. SMARTsize is niet geschikt voor mensen met een eetstoornis of ondergewicht.

Doel – max 50 woorden

SMARTsize richt zich op het verbeteren van eet- en beweeggedrag van mensen met overgewicht/obesitas. Deelnemers leren om adequate porties te consumeren en om te gaan met omgevingsinvloeden. Daarnaast richt het zich op verbeteren van beweeggedrag. Het doel is om minimaal 5% gewichtsverlies in een periode van 24 weken te realiseren.

Aanpak – max 50 woorden

SMARTsize bestaat uit een interactieve website, een homescreener, kookworkshops en individuele consulten. De deelnemer krijgt de verschillende onderdelen gedurende een periode van 24 weken aangeboden met tussenkomst van de zorgprofessional. Tijdens deze periode vinden ook de 3 kookworkshops plaats met 'peers' en een professional.

Materiaal – max 50 woorden

Interventiemateriaal deelnemer: website SMARTsize Me inclusief videoclips SMARTsize Me, Homescreener, werkbladen, materiaal voor de kookworkshop, Beweegcirkel
Implementatietools voor de zorgprofessional: voorbeelden van persberichten en informatiefolders, de website voor zorgprofessionals: www.smartsizeprofessionals.nl E-learning+licentie, Handboek SMARTsize, draaiboek en rekentool kookworkshop, blauwdruk voor implementatie

Onderbouwing – max 150 woorden

In SMARTsize staan portiecontrolestrategieën centraal. Uit onderzoek blijkt dat porties steeds groter zijn geworden en mensen deze grotere porties als normaal beschouwen. Consumptie van te grote porties resulteert in een verhoogde energie-inname, en wordt versterkt door omgevingsfactoren. Maar 20% van de mensen die proberen af te vallen, kan dit nieuwe gewicht op de lange termijn behouden (Varkevisser et al., 2019). Het aanpassen van portiegrootte en het omgaan met verleidingen in de omgeving zou kunnen leiden

tot duurzame veranderingen in energie-inname, waardoor in combinatie met meer bewegen het gewichtsverlies beklijft. Zorgprofessionals gebruiken daarom de Beweegcirkel: deelnemers krijgen inzicht in hun beweeggedrag, en maken een plan om meer te bewegen en dit vol te houden. SMARTsize is opgebouwd uit evidence-based strategieën die ingebed zijn in theorieën/modellen van gedragsverandering. In het programma wordt gebruik gemaakt van onderbouwde methoden zoals: actief leren, overtuigende communicatie, zelftest, feedback, implementatie-intenties, copingplannen en training van vaardigheden.

Onderzoek – max 100 woorden

De eerste versie van SMARTsize is geëvalueerd onder 278 mensen met overgewicht/obesitas (RCT: interventiegroep N=139, controle groep N=139) . (Poelman et al 2015) Deelname aan het programma leidde na drie maanden tot significant meer gewichtsverlies dan in de controle groep. De BMI van de deelnemers daalde met 6%, wat beschouwd wordt als klinisch relevant. Dit effect werd gemedieerd door portiecontrolestrategieën. De evaluatie van de tweede versie van SMARTsize (2019) toonde na 9 maanden een daling in BMI aan van 2,2 kg/m². Deelnemers waardeerden de interventieonderdelen met cijfers tussen 7,2-8,0. Deze evaluatie laat zien dat SMARTsize goed geïmplementeerd kan worden.

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?

SMARTsize richt zich op volwassenen met overgewicht of obesitas en is ook geschikt voor mensen met minder gezondheidsvaardigheden en/of co-morbiditeit(en) zoals diabetes mellitus. De zorgprofessional bepaalt of het programma geschikt is voor de potentiële deelnemer. SMARTsize is niet geschikt voor mensen met een eetstoornis of ondergewicht. Omdat het programma bestaat uit o.a. een website is het belangrijk dat men de Nederlandse taal voldoende machtig is om de informatie te begrijpen en te verwerken. Alle materialen (voor werving, website e.d.) zijn geschreven op B1 taalniveau.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

Het programma SMARTsize kan aan de doelgroep worden aangeboden door gekwalificeerde zorgprofessionals die mensen met overgewicht of obesitas begeleiden ten einde gewicht te verliezen of gewichtsstijging te voorkomen. Tot deze intermediaire doelgroep behoren diëtisten in verschillende settings (zorg, bedrijf), leefstijlcoaches en praktijkondersteuners.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

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

Via de website www.smartsizeprofessionals.nl kunnen zorgprofessionals een verzoek indienen om het programma te gebruiken. Alleen gekwalificeerde (geregistreerd in het kwaliteitsregister paramedici en/of lid van betreffende beroepsvereniging) zorgprofessionals met minimaal hbo (bijvoorbeeld (bedrijfs)diëtisten, leefstijlcoaches, praktijkondersteuners) krijgen toegang tot de materialen. Zij volgen de verplichte E-learning om een licentie te verkrijgen. De zorgprofessionals benaderen de uiteindelijke doelgroep. SMARTsize is niet geschikt voor mensen met een eetstoornis of ondergewicht. De zorgprofessional bepaalt of het programma geschikt is voor de potentiële deelnemer door middel van voedingskundige screening en/of nutritional assessment gecombineerd met een intakegesprek waarbij factoren die een mogelijk risico vormen worden uitgesloten, zoals bijvoorbeeld onverklaard gewichtsverlies of overmatig alcoholgebruik. Het niveau van gezondheidsvaardigheden is geen selectie criterium omdat het programma geschikt is voor zowel mensen met een laag als een niet-laag niveau van gezondheidsvaardigheden.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

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

De intermediaire doelgroep heeft door deelname aan de evaluatie in 2015 meegewerkt aan de ontwikkeling van de interventie. Vervolgens heeft de deze doelgroep door deelname aan zowel een kwantitatieve als kwalitatieve evaluatie meegewerkt aan de verdere ontwikkeling van de interventie, de resultaten hiervan zijn gepubliceerd in 2018 en 2019. Hieruit bleek dat diëtisten de interventie minder geschikt achtten voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden en dat er vaak 2 in plaats van 3 kookworkshops werden gegeven vanwege het organisatie- en kostenaspect. Daarnaast gaf men aan dat de individuele begeleiding beter eerder in het traject gegeven kon worden en niet na het doorlopen van de zelfstandige onderdelen en de kookworkshops. De diëtisten gaven verder aan dat beschikbare implementatie materialen, zoals bijvoorbeeld het handboek en de training terugvalpreventie, behulpzaam waren bij de uitvoer van SMARTsize evenals sociale steun van collega's. Deelnemers werden betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie door o.a. tijdens de ontwikkeling van de website feedback te geven op de vorm en inhoud. De homescreener en kookworkshops hebben zij getest en daarnaast hebben zij middels interviews en door materialen met hen te pretesten bijgedragen. Op basis hiervan is het programma meer visueel gemaakt en zijn teksten naar B1 taalniveau hertaald.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Een klinisch relevant gewichtsverlies van minimaal 5%. SMARTsize richt zich op het verbeteren van vaardigheden en mogelijkheden van mensen met overgewicht/obesitas om adequate porties en voedsel met een lage energiedichtheid te bereiden, selecteren en consumeren. Daarnaast richt het zich op bewustwording van en omgaan met omgevingsinvloeden die verleiden tot overeten. Tenslotte leren mensen om bewegen als een extra nieuwe gewoonte te integreren in hun dagelijks leven.

Subdoelen – max 350 woorden

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

Het hoofddoel van het programma kan bereikt worden via het behalen van de volgende subdoelen door de deelnemer: 1) kennis en bewustwording van portiegrootte, 2) het verbeteren van zelfregulatie vaardigheden ten aanzien van portiecontrole, 3) het verbeteren van vaardigheden ten aanzien van het bereiden van gewenste porties en producten/maaltijden met een lage energiedichtheid, 4) het creëren van een portiegrootte vriendelijke thuisomgeving 5) het integreren van meer bewegen in het dagelijks leven door inzicht in beweeggedrag, vinden van passende bewegingsvormen (sport of in dagelijks leven), het plannen van beweegmomenten, omgaan met tegenzin/beloning en evaluatie/nieuwe plannen 6) het omgaan met verleidingen en moeilijke momenten.

Subdoel(en) voor de intermediaire doelgroep: het verkrijgen van kennis en vaardigheden om SMARTsize adequaat en effectief aan te bieden aan de uiteindelijke doelgroep.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 300 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.

SMARTsize duurt 6 maanden en bestaat uit 4 onderdelen:

- 1) een website
- 2) homescreener
- 3) kookworkshops
- 4) individuele consulten (incl Beweegcirkel)

Het programma is een combinatie van persoonlijke begeleiding, het aanleren van vaardigheden en bewustwording van eigen gedrag. Deze elementen zijn belangrijk voor gedragsverandering, evenals de programmaduur van 6 maanden. Tijdens de consulten zal minimaal een uur besteed worden aan terugvalpreventie, dit is belangrijk voor het voorkomen van terugval.

De programma onderdelen zijn zodanig ingedeeld dat ze afwisselen en aanvullen. De consulten en kookworkshops worden nu geleidelijk aangeboden waardoor kruisbestuiving ontstaat. Tijdens de kookworkshop introduceert men bijvoorbeeld het thema waarover de deelnemer voor het volgende consult zelfstandig gaat leren via de website. De deelnemer doorloopt de modules en bekijkt bijbehorende filmpjes. Door de kookworkshops, individuele consulten en zelfstandig te volgen onderdelen met elkaar af te wisselen wordt gepoogd deelname aan de onderdelen te verhogen. In de individuele consulten wordt bijvoorbeeld aandacht besteed aan het volgende zelfstandig te volgen onderdeel, en in een kookworkshop wordt hier weer op teruggekomen. Door websitemodules geleidelijk te introduceren en dit te bespreken in de kookworkshops en individuele consulten worden deelnemers gemotiveerd daadwerkelijk de modules te doorlopen.

De duur van de consulten sluit aan bij de werkwijze van de zorgprofessional. Dit betekent dat het eerste consult langer duurt (een uur), en dat volgende consulten korter zijn (een half uur). De kookworkshops duren 2 uur. De websitemodules kosten ca. 20 minuten, en drie kwartier om de homescreener te doorlopen en een actieplan te maken.



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.

Vorbereiding

Het is belangrijk dat de zorgprofessional kennis heeft genomen van de inhoud en de principes van het programma SMARTsize. Deze komen voor in de E-learning. Daarnaast is er een handboek en implementatie-blauwdruk voor de professional.

SMARTsize kan uitgevoerd worden met mensen met overgewicht of obesitas, ook wanneer zij reeds begeleid werden door bijvoorbeeld een diëtist of leefstijlcoach. Daarnaast kunnen nieuwe deelnemers worden geworven. Deze werving (zie hieronder) en de kookworkshops kosten voorbereidingstijd.

Uitgebreide tips en informatie voor de voorbereiding van de kookworkshop zijn te vinden in het handboek voor de zorgprofessional. Ter voorbereiding op de kookworkshop is het nodig om een geschikte locatie te vinden en de kooklessen te plannen. Voor iedere kookworkshop moet er kennis genomen worden van de opzet van de les en de doelen en moeten er boodschappen gedaan worden. Daarnaast moeten de hulpmiddelen voor de kookworkshop worden geprint (recepten, informatie en tips, etc.).

Werving

Het programma SMARTsize kan gebruikt worden als onderdeel van de behandeling van overgewicht/obesitas door de zorgprofessional of het kan georganiseerd worden als een apart programma. Deelnemers kunnen cliënten zijn die zich bij de zorgprofessional aanmelden voor begeleiding bij afvallen. Daarnaast kunnen deelnemers actief geworven worden via folders in huisartspraktijken, gerichte benadering van de doelgroep binnen de huisartspraktijk, advertenties en persberichten in lokale bladen of via sociale media. Voorbeelden van wervingsstrategieën zijn te vinden op de website voor de zorgprofessionals. Nadat een deelnemer zich heeft aangemeld voor deelname aan SMARTsize volgt een individuele intake. Tijdens deze intake bepaalt de zorgprofessional of SMARTsize geschikt is voor de deelnemer door middel van voedingskundige screening en/of nutritional assessment gecombineerd met een intakegesprek waarbij factoren die een mogelijk risico vormen worden uitgesloten, zoals bijvoorbeeld onverklaard gewichtsverlies of overmatig alcoholgebruik. Het al dan niet hebben van lage gezondheidsvaardigheden is geen selectie criterium omdat het programma ook geschikt is voor deze doelgroep. SMARTsize kan ook via bedrijven aangeboden worden en er is materiaal beschikbaar is voor SMARTsize@Work.

Uitvoer van het programma

De zorgprofessional geeft de deelnemer toegang tot de website www.smartsizeme.nl. De deelnemer ontvangt via email een persoonlijk account inclusief wachtwoord. Na inloggen kan de deelnemer de verschillende tools op de interactieve website zelfstandig doorlopen.

Het programma is flexibel uit te voeren. Een suggestie is dat er in week 5, 10 en 15 een kookworkshop plaatsvindt. De kookworkshop is bedoeld voor circa 7-10 deelnemers die SMARTsize volgen. De kookworkshop wordt gegeven door de zorgprofessional zelf of het kan samen met iemand (bijv een docent-kok) die affiniteit met koken en het begeleiden van groepen heeft. Een kookworkshop duurt circa 2 uur, exclusief de voorbereiding. Tijdens de kooklessen kunnen de deelnemers ervaringen uitwisselen met elkaar en met de zorgprofessional. In week 11-12 geeft de zorgprofessional de deelnemer toegang tot de homescreener. Met behulp van deze homescreener gaat de deelnemer zelfstandig aan de slag bij het ontdekken van verleidingen in de thuisomgeving en het aanpassen van deze factoren.

Inhoud van de onderdelen van SMARTsize

De SMARTsize methode bestaat uit verschillende onderdelen (een interactieve website, een homescreener, kookworkshops en individuele consulten) waarin aandacht wordt besteed aan bewustwording, zelfregulatie, gedragsverandering (actie), trainen van vaardigheden en het aanpassen van thuisomgeving om uiteindelijk gedragsverandering (mbt zowel eten als bewegen en gewichtsverlies te bereiken en te behouden op langere termijn. In het programma staan zelfregulatievaardigheden centraal (Poelman et al., 2014). Hieronder een korte beschrijving van de onderdelen:

De consulten en website zijn complementair en maken de deelnemer bewust van de relatie tussen portiegrootte en energie-inname, de aanbevolen portiegrootte, factoren die je onbewust verleiden tot het kiezen en eten van grote porties, beweeggedrag en omgaan met terugval. Er zijn verschillende modules waarin o.a. aandacht wordt besteed aan portiegroottes met behulp van de interactieve portiemeter, een zelftest over onbewust overeten, verpakkingen en energiedichtheid.

Het onderdeel dat is gericht op het ontwikkelen zelfregulatie op het gebied van portiegrootte bestaat uit de volgende onderwerpen: Boodschappen doen, Aan tafel, Voorraadbeheer, Bewust eten.

Naast informatie en voorlichting over portiegrootte, factoren die dit beïnvloeden en de (onbewuste) verleidingen in de omgeving, bevat het programma ook opdrachten gericht op zelfregulatie. Hierbij valt te denken aan opdrachten gericht op het maken van actieplannen, coping plannen en zelfmonitoring. Deze strategieën zijn effectief gebleken in het bereiken van gedragsverandering. Door het ontwikkelen van deze strategieën voor zelfregulering kan initieel en langdurige handhaving van portiecontrole gedrag bewerkstelligd worden. De Homescreener is een praktisch hulpmiddel dat gebruikt kan worden om in kaart te brengen welke factoren in de thuisomgeving invloed hebben op de hoeveelheid die wordt gegeten. De screener geeft de gebruiker concrete feedback op de persoonlijke situatie en tips om de thuisomgeving te verbeteren. Het zijn 20 vragen de hoeveelheid over hoeveelheid eten dat aanwezig in huis, de zichtbaarheid en beschikbaarheid, verleidingen, omvang serviesgoed, etc. Het instrument heeft als doel de hoeveelheid eten te verminderen (snacks, zoetigheden, suiker en suikerhoudende dranken). Met het screenen van de aanwezigheid van deze factoren komen ze erachter in hoeverre de omgeving meer en minder ondersteunend is bij het verminderen van teveel eten. Na screening krijgen de deelnemers feedback en moeten ze actieplannen maken om de omgeving aan te passen. Zorgprofessionals gebruiken de Bewegingcirkel van het Kenniscentrum Sport en Bewegen om bewegen bespreekbaar te maken tijdens consulten. In vijf stappen krijgen deelnemers inzicht in hun huidige beweeggedrag, en maken zij een plan om meer te bewegen en om dit vol te houden. Bij de terugvalpreventie worden moeilijke momenten geïdentificeerd en wordt daar een copingplan voor gemaakt (met behulp van het werkblad 'Aanvalsplan voor moeilijke momenten'). Andere onderdelen die hierin besproken worden zijn het bespreken van factoren die ervoor zorgen dat iemand op gewicht blijft (met behulp van het werkblad 'Op gewicht blijven'), het analyseren van risicovolle situaties die hebben plaatsgevonden (met werkblad Gevaarlijke situaties analyseren), het bespreken van emoties en het (ongewenste) gedrag dat deze veroorzaken evenals een copingplan voor het omgaan met deze emoties (met het werkblad 'Gevoelsoel'), en het vervangen van negatieve gedachten die terugval in de hand werken door positieve gedachten (met bijbehorend werkblad). De deelnemer oefent actief met het vergroten van gezondheidsvaardigheden (gericht op portiecontrole en beweging) door middel van het maken van oefeningen op de website over bijvoorbeeld portiegrootte en energiedichtheid, en door het samen bespreken van werkbladen over onder andere gezondheidsdoelen tijdens de consulten met de zorgprofessional. De zorgprofessional speelt door middel van het aanbieden van SMARTsize dus een actieve rol in het begeleiding van deelnemers met lage gezondheidsvaardigheden op het gebied van portiecontrole en beweging en de deelnemer gaat actief met deze vaardigheden aan de slag. De drie kookworkshops zijn bedoeld voor het ontwikkelen van technieken om maaltijden met een lagere energiedichtheid te bereiden en om meer inzicht te verschaffen in de aanbevolen hoeveelheden voedingsmiddelen. Daarnaast kunnen deelnemers met elkaar ervaringen uitwisselen.

De genoemde onderdelen moeten in combinatie worden aangeboden, aangezien het wetenschappelijk bewijs voor dit programma over het volledige pakket gaat.

Echter, voor de kookworkshop is naast de standaardvariant 'live op locatie' een online variant uitgevoerd om doorgang tijdens de COVID19 pandemie te laten plaatsvinden. Er zijn twee aparte draaiboeken gemaakt voor een variant met en zonder keuken, afhankelijk van de situatie waarin de kookworkshops worden gegeven. Beiden staan op www.smartsizeprofessionals.nl.

Evaluatie

Tot nu toe is de SMARTsize interventie het vaakst uitgevoerd terwijl er gelijktijdig ook gegevens werden verzameld voor onderzoek (effectstudie, dan wel procesevaluatie of implementatiestudie). In de blauwdruk voor zorgprofessionals is een evaluatietool voor monitoring opgenomen welke gebruikt kan worden om de implementatie te evalueren. Dit betreft verschillende open vragen ter evaluatie voor respectievelijk zorgprofessionals en stakeholders. Er is niet voorzien in een structurele dataverzameling op deelnemersniveau, anders dan de gegevens die de zorgprofessional standaard verzamelen tijdens de begeleiding (zoals BMI).

Monitoring vindt vooral plaats in onderzoeks- en implementatieprojecten, zoals bijvoorbeeld de proeftuinen in Ede en Den-Haag, en in 2022 de implementatie in de gemeente Utrecht. In die projecten wordt er gemonitord hoe de interventie wordt uitgevoerd. Er is momenteel geen financiering beschikbaar om los van de projecten een structurele monitoring op te zetten.

Uitvoerders van de interventie in de diverse gemeenten hebben onderling contact met elkaar en wisselen bijvoorbeeld wervingsmaterialen uit. Er is geen centraal platform voor deze uitwisseling. In het verleden is geëxperimenteerd met een besloten Facebookgroep voor diëtisten, echter hier werd weinig gebruik van gemaakt en was volgens de professionals niet van toegevoegde waarde.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

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

Materialen zijn verkrijgbaar voor zorgprofessionals die zich via smartsizeprofessionals/smartsizeme.nl hebben aangemeld voor gebruik van SMARTsize. SMARTsize kan ook via bedrijven aangeboden worden en er is materiaal beschikbaar voor SMARTsize@Work. De onderstaande materialen zijn, soms als halffabricaat, beschikbaar.

Werving: voorbeelden van persberichten en informatiefolders voor deelnemers.

Uitvoering:

Interventiemateriaal voor de deelnemers: Toegang tot de website www.smartsizeme.nl. De Homescreener als digitale tool en in gedrukte versie (Poelman MP, Steenhuis IHM. Vrije Universiteit Amsterdam 2012). Materialen voor de kookworkshop (handouts, receptenboek, placemat). Beweegcirkel. Facultatief het boek SMARTsize Me; Afvallen op een slimme manier.

Materialen voor de zorgprofessionals: E-learning en daaraan gekoppelde licentie. Het handboek voor zorgprofessionals. Toegang tot de website voor zorgprofessionals: www.smartsizeprofessionals.nl Draaiboeken voor de verschillende workshops, Rekentool voor de kookworkshops, het receptenboek, placemat (gespreks tool), een boodschappenspel mbt calorie-dichtheid, een hand-out 'kook slim met minder calorieën' en werkbladen voor de verschillende consulten. Tenslotte is er een implementatie-blauwdruk voor implementatie in gemeenten beschikbaar.

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?

Voor de intake en de individuele afspraken is een spreekkamer nodig. De deelnemer gaat daarnaast zelf zelfstandig aan de slag met de website. Hiervoor heeft de deelnemer dan ook toegang tot een PC of smartphone met internet nodig. Voor de kookworkshop is een ruimte nodig met kookapparatuur en een gootsteen geschikt voor circa 7-10 deelnemers. Idealiter zijn er meerdere kooktoestellen zodat de deelnemer alleen of in duo's kan oefenen. Indien er minder kooktoestellen zijn, worden de groepjes groter. Daarnaast is het handig om voor de theorie-onderdelen en het nuttigen van de maaltijd voldoende tafels en stoelen te hebben. Voor kookworkshops waarbij men alleen beschikking heeft over kookgerei zoals messen en snijplanken is een aangepast draaiboek beschikbaar.

Diëtisten, leefstijlcoaches of praktijkondersteuners huisartsenpraktijk kunnen SMARTsize uitvoeren. Indien een eigen locatie voor de kookworkshop niet beschikbaar is, dan kan deze gehuurd worden bij bijvoorbeeld buurthuizen of scholen. Meer informatie hierover staat in het handboek.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

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

Uitvoerders van SMARTsize zijn zorgprofessionals die minimaal hbo-niveau geschoold zijn in het begeleiden van mensen met overgewicht/obesitas: diëtisten, leefstijlcoaches en praktijkondersteuners. De zorgprofessional dient geregistreerd te zijn in het kwaliteitsregister paramedici of lid te zijn van betreffende beroepsvereniging. Ervaring met werken in groepen is een pré. Voor de kookworkshop kan evt een beroep gedaan worden op een professional die affiniteit heeft met koken en groepen.

Voor een goede voorbereiding dient de uitvoerder de verplichte E-learning te doorlopen. Deze duurt 7 uur. Hierin wordt aandacht besteed aan het aanleren van de juiste attitude, benodigde kennis en vaardigheden. Deze vaardigheden en kennis hebben specifiek betrekking op het programma en hoe dit optimaal kan worden aangeboden. Zorgprofessionals worden getraind om te begrijpen waarom gezondheidsvaardigheden belangrijk zijn en hoe ze hun taalgebruik kunnen afstemmen op deelnemers met lagere gezondheidsvaardigheden. Module 3 'Gezondheidsvaardigheden en communicatie' is hier volledig aan gewijd. Tips die in de module worden gegeven zijn bijvoorbeeld het niet veronderstellen van basiskennis van het lichaam, en het toepassen van de terugvraagmethode bij het geven van gezondheidsinformatie.

- Module 1. Bewustwording
- Module 2. Plannen maken
- Module 3. Gezondheidsvaardigheden en communicatie
- Module 4. Portiecontrolestrategieën en -vaardigheden
- Module 5. De Beweegcirkel: van motivatie naar actie
- Module 6. Module Vaardigheden aanleren tijdens kookworkshops
- Module 7. Aanpassen fysieke thuisomgeving
- Module 8. Gedragsbehoud en terugvalpreventie

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

In het handboek staat beschreven hoe het programma SMARTsize aangeboden dient te worden. Daarnaast verplichten we toekomstige uitvoerders om de SMARTsize e-learning te volgen, hier is een licentie aan gekoppeld, deze kost 250 euro. De e-learning wordt als zinvol en nuttig ervaren door de zorgprofessionals die deze tot nu toe gevolgd hebben. Bovendien is de e-learning geaccrediteerd bij de accreditatie van deskundigheidsbevorderende activiteiten voor paramedici (ADAP). Alle zorgprofessionals krijgen een licentie na het volgen van de e-learning, alleen dan kunnen zij deelnemers aanmelden. Er wordt via de website bijgehouden hoeveel profielen er worden aangemaakt en welke diëtisten bezig zijn met de interventie. Er is geen registratie van aanwezigheid van de deelnemers bij de bijeenkomsten en ook niet van de gevolgde modules, tenzij dit onderdeel is van evaluatieonderzoek. Tot nu toe is de SMARTsize interventie meestal uitgevoerd terwijl er gelijktijdig ook gegevens werden verzameld voor onderzoek (effectstudie, dan wel procesevaluatie of implementatiestudie) op basis van subsidiegelden. Er is niet voorzien in een structurele dataverzameling op deelnemersniveau, anders dan de gegevens die de zorgprofessional standaard verzamelen tijdens de begeleiding (zoals BMI). Op basis van niet-structurele nieuwe subsidies ontwikkelen wij vanuit de VU de materialen en uitvoering door. Dat geldt ook voor het uitvoeren van pilots, deze worden vanuit de VU ontwikkeld en door een van de VU projectleiders uitgevoerd. De licentie betreft een geaccrediteerde e-learning en deze is geldig voor 2 jaar, en kan eventueel herhaald worden, maar de E-learning hoeft dan niet opnieuw gevolgd te worden.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

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

Voor de uitvoering van de interventie dienen zowel de zorgprofessional als de deelnemer toegang tot internet te hebben. De materialen zijn toegankelijk op B1 Nederlands taal niveau en bevatten veel visuele elementen, waardoor ook geschikt voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Daarnaast is voor de kookworkshop een ruimte nodig waar men gezamenlijk kan koken.

Een goede samenwerking met huisartsenpraktijken helpt bij het bereiken en vinden van deelnemers voor dit programma. Het informeren van stakeholders in de regio over de implementatie van SMARTsize is hier dan eerste stap. Bij interesse kan verkend worden op welke manier zij betrokken kunnen worden bij de implementatie. Er zijn allerlei SMARTsize wervingsmaterialen beschikbaar. De communicatie dient afgestemd te worden op de doelgroep.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Er is een blauwdruk ontwikkeld voor de implementatie binnen gemeenten in samenwerking met een zorgverzekeraar. De volgende stappen worden hierin beschreven:

- Installeren projectgroep en organiseren startbijeenkomst
 - Aanstellen projectleider
 - Projectgroep bestaande uit bijv beleidsmedewerker, zorgverzekeraar, (zorg)professionals.
 - Taken projectgroep: werving professionals, betrekken stakeholders, regelen kookworkshops
- Bepalen waar SMARTsize geïmplementeerd zal worden en welke randvoorwaarden gelden
 - Doelgroep bepalen
 - Randvoorwaarden: financieringskansen, kookworkshops

- Werven, informeren en scholen van professionals
 - In kaart brengen regionale (zorg)professionals en delen van wervingsmaterialen
 - Scholing via bestaande geaccrediteerde e-learning
 - Bevorderen samenwerking tussen professionals
- Ondersteunen van professionals bij de werving van deelnemers
 - Waar bevindt de doelgroep zich, evt culturele verschillen
 - Contacteer stakeholders (GGD bijv)
- Uitvoering
 - Zorgen voor draagvlak en commitment, betrekken politiek en beleid
- Evalueren en borgen
 - Monitoren van de implementatie.

De verspreiding van het programma SMARTsize wordt met name gedaan onder zorgprofessionals via diverse kanalen van de beroepsgroepen: nieuwsbrieven per email, social media, website, bijeenkomsten, persoonlijke contacten. Bovendien kunnen zorgprofessionals met vragen terecht bij het team op de VU. Structurele wervingsactiviteiten vanuit de VU zijn afhankelijk van subsidies. Via gemeenten wordt het programma middels de daartoe ontwikkelde implementatie-blauwdruk geïmplementeerd.

Kosten – max 200 woorden

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

Personele kosten:

3 uur individuele consulten per deelnemer = €225 (eventueel te vergoeden via ziektekostenverzekering)

3,25 uur kookworkshop groep = €243,75 (€30,47 per deelnemer bij een groep van 8 personen). 3

kookworkshops = €731,25

Onderhoud van de website: personele kosten 1 uur per week, materiële kosten 7,25 per maand

Boodschappen per kookworkshop = €7,50 per deelnemer (eventueel als eigen bijdrage deelnemer)

Overig: evt huur kooklocatie, E-learning en licentie: 250/professional/per jaar

Projectleider structurele implementatie: 1 dag per week/per jaar: 16.000 euro

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

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

Sinds 1975 is de prevalentie van obesitas verdrievoudigd wereldwijd, wat belangrijke gevolgen heeft voor de gezondheid (WHO, 2021). Volgens de WHO (WHO, 2021) is de wereldwijde prevalentie van obesitas onder volwassenen 13% en de prevalentie van overgewicht 39%.

In 2020 had 50,0% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder overgewicht. In totaal heeft 13,9% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder obesitas (CBS 2020). Het probleem van overgewicht en obesitas is aanwezig onder alle leeftijden, geslachten, en etnische groepen. Echter, overgewicht en obesitas komen relatief vaker voor bij mensen met een lagere sociaal-economische positie en lage gezondheidsvaardigheden, het gaat hierbij om ruim één op de drie Nederlanders (CBS 2017). In het licht van de wereldwijde pandemie die sinds maart 2020 ook in ons land huishoudt, is ook het probleem van overgewicht en obesitas uit zijn schaduw getreden. Naast alle nadelen voor de volksgezondheid die reeds bekend waren blijkt nu ook dat overgewicht en obesitas predisponeren voor een slechtere uitkomst bij besmetting met het corona virus. Uit politieke besluitvorming omtrent bijv de uitblijvende invoer van de suikertax blijkt eens te meer hoe lastig het is om onze eet-omgeving te veranderen. Er is dus eens te meer urgentie om met erkende interventies zoals SMARTsize mensen met overgewicht of obesitas te begeleiden naar een duurzaam andere leefstijl.

De overgewicht epidemie is een groot probleem voor de volksgezondheid: overgewicht is geassocieerd met een groot aantal aandoeningen zoals diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, en sommige vormen van kanker (WHO, 2017). Het risico hierop neemt toe naarmate de BMI stijgt (Mohammed, 2018) Verder is obesitas geassocieerd met oversterfte, De sterfte door overgewicht en obesitas steeg van 1,2 miljoen in 1990 naar 2,4 miljoen in 2017 voor vrouwen, en van 1 miljoen tot 2,3 miljoen voor mannen. Dat betekent dat er in totaal in 2017 bijna 5 miljoen mensen overleden aan de gevolgen van overgewicht en obesitas (Dai, 2020). Overgewicht en obesitas zijn tevens geassocieerd met een verminderde kwaliteit van leven (Kolotkin, 2017). Overgewicht en obesitas hebben al met al een groot effect op de kosten voor de gezondheidszorg (Tremmel, 2017). In bijvoorbeeld Duitsland zijn de kosten van obesitas gestegen van 9,8 miljoen euro in 2002 naar 12,2 miljoen euro in 2008 (Tremmel 2017).

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Het ontstaan van overgewicht/obesitas is complex en het resultaat van een groot aantal factoren. In essentie is gewichtsstijging een verstoorde energiebalans waarbij de energie-inname groter is dan het energieverbruik (oa bewegen). Deze energie-inname en gebrek aan beweging is erkend als de belangrijkste oorzaken van de toename van overgewicht en obesitas (WHO 2021, Slater et al., 2009; B. A. Swinburn et al., 2009). De energie-inname wordt beïnvloed door veel verschillende factoren op oa omgevings, sociaal-cultureel, fysiologisch, medisch, gedragsmatig, (epi)genetisch niveau welke bijdragen aan zowel het ontstaan van overgewicht en obesitas als het aanhouden ervan (Heymsfield, 2017). Onze 'obesogene' omgeving wordt gezien als een belangrijke multidimensionele factor die gewichtsstijging in de hand werkt (Nicolaidis, 2019). Dit draagt ook bij aan terugval als mensen zijn afgevallen omdat men moeite heeft om om te gaan met verleidingen, en aan sedentair gedrag en bewegingsarmoede. De afgelopen decennia zijn de aangeboden porties van calorierijk eten en drinken steeds groter geworden. Grote porties zijn vaak relatief goedkoop en hierdoor krijgen mensen meer 'waar voor hun geld' wanneer zij een grotere portie kiezen. Doordat de porties van eten en drinken steeds groter zijn geworden, hebben mensen een verstoord beeld van wat een normale portie zou moeten zijn. Het gevolg hiervan is dat mensen porties die groter zijn dan omschreven in de voedingsrichtlijnen, normaal zijn gaan vinden. Bovendien heeft eerder onderzoek aangetoond dat grote porties leiden tot een verhoogde energie-inname. Het risico op een verhoogde energie-inname als gevolg van grote porties wordt bovendien versterkt door externe factoren zoals 'gedachteloos eten'. Dit betekent dat mensen eten zonder aandacht en zich hierdoor minder bewust zijn van de hoeveelheid die zij consumeren. Daarnaast blijkt maar 20% van de mensen met overgewicht die proberen af te vallen, dit nieuwe gewicht op de lange termijn te kunnen behouden (Varkevisser et al., 2019). Op basis van literatuur blijkt dat verschillende determinanten oorzaak zijn van terugval zoals bijvoorbeeld dagelijks een uur bewegen, eigen effectiviteit, regelmatig wegen (Varkevisser 2019, Roordink 2021). Het risico op terugval is dus groot. Dit wordt versterkt door onze omgeving die is ingericht op gemak (bijv liften,

roltrappen) in plaats van op fysieke inspanning. Ook (flits)bezorging van boodschappen is een voorbeeld hiervan welke tijdens de corona pandemie een vlucht heeft genomen. Dit terwijl bewegen een belangrijke factor is bij het behoud van gewichtsverlies op langere termijn (Petridou 2019). Behalve dat men bij ouder worden vaak minder gaat bewegen, komt er meer bewegingsarmoede voor bij volwassenen met een laag opleidingsniveau.

Ondanks het feit dat de obesitasepidemie multifactorieel is, is er een duidelijke associatie met de capaciteit van zelfregulatie als reactie op de obesogene omgeving. Zelfregulatie verwijst naar alle pogingen om aandacht, emoties en gedrag te sturen om lange termijn doelen te bereiken (bijvoorbeeld gewichtsverlies), zelfs als er korte termijn verleidingen (zoals koekjes) of tegenstrijdige lange termijn doelen zijn (Ridder de & Wit de, 2006). Doordat overgewicht en obesitas door een aanhoudende positieve energiebalans worden veroorzaakt, is er de hypothese dat mensen met obesitas minder capaciteit hebben om hun energiebalans te reguleren vergeleken met gezonde mensen (Balani 2019). Slechte zelfregulatie voorspelt gewichtstoename (Balani, 2019). Zelfregulatie is bevorderlijk voor behoud van gewicht in een obesogene omgeving (De Vet et al., 2013). Derhalve is het reguleren van eten, portieselectie en inname essentieel in interventies gericht op gewichtsverlies en ter preventie van gewichtsstijging. Omdat het meeste voedsel over het algemeen thuis genuttigd wordt, is het omgaan met en aanpassen van de thuisomgeving erg belangrijk. Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat in 70% van de huishoudens grote voorraden snacks aanwezig zijn, dat bij 78% van de huishoudens snacks niet op een aparte plek worden bewaard waardoor 'ongewenste' verleiding toeneemt en dat servies vaak groter is dan aanbevolen (Poelman et al, 2015).

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

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

SMARTsize richt zich specifiek op factoren die bepalend zijn voor individuele gedragsverandering van mensen met overgewicht/obesitas, ten einde tot duurzame gedragsverandering, verlaagde energie-inname, verhoogd energieverbruik en verlaagde BMI te komen en te blijven.

Binnen deze persoonlijke aanpak, leren de deelnemers adequate portiecontrolestrategieën en het weerstaan van verleiding uit de thuisomgeving. Dit zou na 6 maanden moeten resulteren in een blijvend gewichtsverlies van 5%. Het hoofddoel van het programma kan bereikt worden via het behalen van de volgende subdoelen:

1) de deelnemer bewustmaken van portiegrootte en beweeggedrag, 2) het verbeteren van zelfregulatie vaardigheden ten aanzien van portiecontrole, 3) het verbeteren van vaardigheden ten aanzien van het bereiden van gewenste porties en producten/maaltijden met een lage energiedichtheid, 4) de deelnemer begeleiden bij het creëren van een portiegrootte vriendelijke thuisomgeving, 5) het integreren van meer bewegen in het dagelijks leven 6) het omgaan met verleidingen en moeilijke momenten.

SMARTsize richt zich op de factoren: Kennis over de relatie tussen portiegrootte/hoeveelheden eten en overgewicht, en kennis van de aanbevolen hoeveelheden. Bewustzijn van portiegrootte en beweeggedrag, zelfregulatie van selecteren/bereiden/consumeren van portiegrootte en het omgaan met fysieke factoren in de thuisomgeving die verleiden tot overeten (bijvoorbeeld voorraadbeheer, verleidingen, serviesgrootte) en vergroten van de hoeveelheid beweging. Het verbeteren van vaardigheden wordt deels aangeleerd in een groepssetting. Dit heeft als voordeel dat sociale steun van peers en hulpverlener wordt ontvangen.

Verantwoording – max 1000 woorden

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

De effectiviteit van SMARTsize (5% gewichtsverlies en verbeteren determinanten en gedrag) is aannemelijk omdat in verschillende studies de effectiviteit en bruikbaarheid van de interventie is aangetoond (Poelman 2013, Poelman 2015 Kroeze 2018 en Heideman 2019) Bovendien zijn gebruikers steeds betrokken geweest bij de doorontwikkeling. Daarnaast is een belangrijke voorwaarde voor het succes van de interventie dat de interventie gewaardeerd wordt door de deelnemers. Ook dit blijkt uit onze eerder proces-evaluaties (Kroeze 2018 en Heideman 2019). De mix van interventie-onderdelen, waardoor verschillende leerstijlen gefaciliteerd worden draagt hieraan bij. Afwisselend gaan deelnemers zelfstandig aan de slag, in een groep (kookworkshops) en in een 1-op1 consult met de zorgprofessional. De portiecontrole-strategieën komen zo op verschillende manieren aan bod, in gesprekken, in filmpjes, in de vorm van een quiz, en tijdens het koken.

De effectiviteit/kwaliteit wordt verder bevorderd door een wetenschappelijke planmatige aanpak waarbij we aan de hand van Intervention Mapping (Bartholomew, 2016) passende methodieken hebben geselecteerd bij onze doelen.

We beschrijven hieronder per doel welke methodieken er gebruikt zijn. Als algemene basismethododiek geldt dat er door zorgprofessionals wordt aangesloten bij individuele gezondheidsvaardigheden en motiverende gespreksvoering wordt ingezet.

1. Het doel kennis en bewustzijn portiecontrole

Methodieken: Persuasieve communicatie, zelftesten en feedback

2. Het doel zelfregulatie portiecontrole:

Methodieken: Actie planning, coping planning, zelfmonitoring, persuasieve communicatie

3. Het doel vaardigheden portiecontrole en lage energiedichtheid

Methodieken: Direct experience, mobilizing social support en guided practice, active mastery experience

4. Het doel creëren van portiegrootte vriendelijk thuisomgeving:

Methodieken: Actieplanning en feedback

5. Het doel integreren van bewegen

Methodieken: Feedback, monitoring, motiverende gespreksvoering, goalsetting, copingplannen

6. Het doel van omgaan met moeilijke momenten:

Methodieken: Identificeren van hoog-risico situaties, copingplan, analyseren eerder hoog risicoplan, copingplan omgaan met emoties, vervangen van negatieve gedachten door positieve gedachten, bespreken determinanten van gewichtsbehoud

Intervention Mapping (Bartholomew, 2016)

In SMARTsize wordt gebruikt gemaakt van technieken als feedback om bewustwording te stimuleren, actieplanning, copingplannen, zelfmonitoring, goalsetting, en het werken aan vaardigheden. Voor het beweegonderdeel wordt gebruik gemaakt van een bestaande interventie (Beweegcirkel) welke ook gebaseerd is op dezelfde evidence-based gedragsveranderingstechnieken (monitoring, goalsetting, actieplanning, copingplanning). Ook voor de terugvalpreventie worden evidence-based gedragsveranderingstechnieken ingezet zoals cognitieve herstructurering om met het regelovertredingseffect om te gaan of het maken van een copingplan voor een hoog risico situatie.

Theoretische onderbouwing van de gebruikte strategieën is te vinden in de bijlage 'theoretische onderbouwing SMARTsize'.

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.

Overzicht van onderzoeken SMARTsize

1) Lopend onderzoek

Momenteel vindt er een studie plaats waarin SMARTsize is geïmplementeerd in 2 gemeentelijke proeftuinen, specifiek voor mensen met minder gezondheidsvaardigheden (Den-Haag en Ede). Op basis van deze studie is een blauwdruk ontwikkeld om implementatie in gemeenten in samenwerking met zorgverzekeraars en zorgprofessionals te faciliteren. Eerste resultaten van deze studie laat zien dat een positieve attitude van de zorgprofessional tegenover SMARTsize cruciaal is voor de mate waarin deelnemers meedoen aan de verschillende programma onderdelen. Verder lijken zorgprofessionals tijd als een belemmerende factor voor het uitvoeren van het programma binnen de consulten te vinden. Daarom bleek het organiseren van online kookworkshops voor sommige zorgprofessionals een welkom alternatief tijdens de corona-crisis, omdat de organisatie minder tijd kostte en deelnemers vaak beschikbaar waren.

Afgerond onderzoek

- 2) Heideman WH, Rongen FC, Bolleurs C, Govers E, Kroeze W, Steenhuis IHM. **Facilitators and barriers to a dietitian-implemented blended care weight-loss intervention (SMARTsize): a qualitative study.** J Hum Nutr Diet. 2019 Jun;32(3):338-348. doi: 10.1111/jhn.12641. Epub 2019 Mar 20. PMID: 30891851; PMCID: PMC6593710.
- 3) Kroeze W, Rongen F, Eykelenboom M, Heideman W, Bolleurs C, Govers E, Steenhuis I. **A Process Evaluation of a Multi-Component Intervention in Dutch Dietetic Treatment to Improve Portion Control Behavior and Decrease Body Mass Index in Overweight and Obese Patients.** Nutrients. 2018 Nov 9;10(11):1717. doi: 10.3390/nu10111717. PMID: 30423953; PMCID: PMC6265690.
- 4) Poelman MP, de Vet E, Velema E, de Boer MR, Seidell JC, Steenhuis IH. **PortionControl@HOME: results of a randomized controlled trial evaluating the effect of a multi-component portion size intervention on portion control behavior and body mass index.** Ann Behav Med. 2015 Feb;49(1):18-28. doi: 10.1007/s12160-014-9637-4. PMID: 25142041; PMCID: PMC4335123.

Ad 2) en 3) De uitvoer van SMARTsize door diëtisten

SMARTsize is in 2015-2016 geïmplementeerd door 29 diëtisten in hun eigen praktijk (Heideman et al., 2019 en Kroeze et al., 2018). Deze diëtisten hebben vooraf een E-learning gevolgd over de principes van SMARTsize en het werken met SMARTsize. Daarnaast hebben ze een trainingsdag gevolgd over terugvalpreventie. De diëtisten hebben met 225 deelnemers met het SMARTsize programma gewerkt die zij zelf hebben geworven. De deelnemers ontvingen eerst een intake van dertig minuten, daarna gingen zij twaalf weken zelfstandig aan de slag met SMARTsize (website, boek, homescreener en kookworkshop). Na deze periode werden er gedurende zes maanden nog 2,5 uur aan individuele begeleiding aangeboden, ingevuld naar professioneel inzicht van de diëtist, met speciale aandacht voor terugval preventie. De evaluatie van de implementatie vond plaats middels een observationeel design met voor- en nametingen en een kwalitatieve studie naar ervaringen en belemmerende en bevorderende factoren. 43 diëtisten zijn begonnen aan het onderzoek en de implementatie van SMARTsize, acht diëtisten zijn uiteindelijk niet

begonnen aan de implementatie van SMARTsize en zes diëtisten zijn tijdens het implementatietraject gestopt, omdat ze te weinig deelnemers hadden.

Het gebruik van de verschillende interventie-onderdelen varieerde tussen de 50-100%. Deelnemers waren voldoende tot goed tevreden met de interventie en gaven rapportcijfers tussen 7,2-8,0. De diëtisten gaven aan dat beschikbare implementatie materialen, zoals bijvoorbeeld de handleiding en de training terugvalpreventie, helpend waren bij de uitvoer van SMARTsize evenals sociale steun van collega's. De volgende aspecten vonden de diëtisten het lastigst bij de uitvoer van SMARTsize: De organisatie en de bekostiging van de kookworkshop, individuele begeleiding niet in het begin inzetten, maar later in de behandeling en het bereiken van mensen met minder gezondheidsvaardigheden. Deze kwalitatieve evaluatie laat zien dat implementatie van SMARTsize haalbaar is. De e-learning en trainingsdag zijn beiden nu geïntegreerd zijn in één nieuwe aangepaste en uitgebreide e-learning.

Ad 4) De uitvoer van SMARTsize (alias PortionControl@HOME) in 12 weken

Uitvoer en effect van SMARTsize (zonder individuele consulten) zijn geëvalueerd in een RCT tussen januari 2012 en februari 2013 (Poelman^a et al., 2015). Na de voormeting werden deelnemers middels randomisatie toegewezen aan SMARTsize of aan een wachtlijst-controlegroep. 'Intervention adherence' in de SMARTsize groep werd gemeten middels zelfrapportage. Van de 278 deelnemers van de studie was de gemiddelde leeftijd 45,7 jaar, de meerderheid (85%) was vrouw en had obesitas (65%). Vrijwel alle deelnemers hadden de Nederlandse nationaliteit en 43% was hoger opgeleid.

Resultaten m.b.t. 'intervention adherence'

139 deelnemers werden toegewezen aan de SMARTsize groep. 126 deelnemers (90%) hebben ingelogd op de website en 56 deelnemers (40%) was aanwezig bij alle drie de kooklessen. 34 deelnemers (25%) waren aanwezig bij 2 kooklessen, 21 deelnemers (15,1%) bij 1 kookworkshop en 28 deelnemers (20%) hebben geen kookworkshop gevolgd. Tien deelnemers (7%) hebben de website niet bezocht en de kooklessen niet bijgewoond. 86 deelnemers uit de SMARTsize groep hebben op T1 een vragenlijst ingevuld. Respectievelijk 55 deelnemers (64%) en 29 deelnemers (34%) gaven aan dat zij het boek geheel of gedeeltelijk gelezen hadden. Daarnaast heeft 48% de Homescreener volledig ingevuld en 75% heeft al het advies uit de Homescreener gelezen. De opdrachten met betrekking tot actie-planning werd door 64% van de deelnemers uitgevoerd, de opdracht voor coping planning door 43% en de opdracht voor zelf-monitoring door 31% (Poelman^a et al., 2015). Een aanbeveling volgend uit deze studie was het toevoegen van een persoonlijk element (zoals individuele begeleiding) aan de interventie.

De uitvoer van aparte onderdelen van SMARTsize in eerdere pilot studies

Daarnaast zijn er diverse pretests uitgevoerd om de materialen en aanpak te testen.

Portiecontrolestrategieën

Een belangrijk doel van het programma SMARTsize is het aanleren van portiecontrolestrategieën. Deze strategieën zijn geïdentificeerd op basis van wetenschappelijke literatuur. Vervolgens werden de haalbaarheid en het nut van de strategieën geëvalueerd onder 63 volwassenen. De deelnemers beschouwden de strategieën over het algemeen als haalbaar en zinvol. Eén strategie werd niet haalbaar geacht en verwijderd uit het programma (Poelman et al., 2014).

De website

De 'PortionSize@awarenessTool' is systematisch ontwikkeld en gebaseerd op: 1) bestaande literatuur m.b.t. portiegrootte en factoren die van invloed zijn op onbewust te veel eten, 2) theoretische methoden m.b.t. het vergroten van bewustzijn van eigen voedingsinname en gezondheidsgedrag, 3) een pre-test onder 8 experts op het gebied van obesitas preventie gericht op de inhoud van het programma en 4) een pre-test onder 5 deelnemers van de doelgroep gericht op begrijpelijkheid van de inhoud.

Op basis van deze pre-tests werd de website verder aangepast en vervolgens geëvalueerd in een RCT met een procesevaluatie binnen de interventiegroep (N=167). De volgende constructen werden gemeten: aantrekkelijkheid, begrijpelijkheid, gebruiksvriendelijkheid en nut. Daarnaast werd gevraagd in hoeverre het programma inzicht verschafte in eigen eetgewoonten en gaven de deelnemers een cijfer tussen 1 en 10. Uit de resultaten bleek dat de website positief werd geëvalueerd, met name door mensen met een hogere BMI (programma is gebruiksvriendelijker) en mensen met een lagere sociaal economische status (programma is aantrekkelijker en begrijpelijker). Uit de resultaten bleek verder dat een gemiddeld bezoek 16,1 minuten duurde en dat het percentage dat een module afrondde varieerde van 9-60% per module (Poelman et al., 2013).

De kookworkshop

is elk van de drie kooklessen gehouden met een groep van circa 11 deelnemers (mensen met een diverse achtergrond). Na afloop van iedere kookworkshop vulden de deelnemers een evaluatieformulier in en werd er een focusgroep gehouden. Tijdens deze pretest is gelet op o.a. haalbaarheid, uitvoerbaarheid, locatie, inhoud van de lessen, opbouw van de lessen, en toepasbaarheid opgedane kennis in eigen leven etc. De input van de deelnemers werd gebruikt om de kookworkshop te verbeteren tot de huidige versie. De resultaten van deze pretest zijn intern gearchiveerd.

Binnen de RCT naar de effectiviteit van het complete programma SMARTsize is een procesevaluatie uitgevoerd van de kookworkshop. De kookworkshop werd gegeven door twee projectmedewerkers van de VU aan gemiddeld 10-15 deelnemers per kookworkshop. De achtergrond van de deelnemers was divers (vrouwen, mannen, verschillende leeftijden, opleidingsniveaus en etniciteiten). De opkomst was redelijk (40,3% bezocht 3 bijeenkomsten, 24,5% 2 bijeenkomsten en 15,1% 1 bijeenkomst).

Het gemiddelde rapportcijfer dat 72 deelnemers voor de cursus hebben gegeven was een 8,4. Verder gaf het overgrote deel van deelnemers aan het geleerde ook thuis in de praktijk te willen brengen. Daarnaast bleek uit aanvullend onderzoek dat deelnemers de cursus leuk, informatief, vernieuwend, begrijpelijk, inzichtelijk en niet belerend vonden (gemiddelde scores per onderdeel op een vijfpunt-schaal lagen rond de 4,3) (Poelman et al., 2014).

In de latere implementatiestudie bleek opnieuw dat cliënten (N=166) de kookworkshops leuk en nuttig vonden en de kookworkshops positief evalueerden (Kroeze et al 2018; Kroeze et al 2019).

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.

Studie: A Process Evaluation of a Multi-Component Intervention in Dutch Dietetic Treatment to Improve Portion Control Behavior and Decrease Body Mass Index in Overweight and Obese Patients

(zie verder Kroeze et al., 2018).

Type onderzoek en omvang: Observationeel onderzoek met 43 diëtisten en 225 patiënten.

Metingen: voorafgaand aan interventie en 3, 6 en 9 maanden na de start van het programma.

Meetinstrumenten: Vragenlijsten en registratieformulieren over het proces (participatie, geleverde dosis, ontvangen dosis, tevredenheid) en uitkomsten (eigen effectiviteit, intentie, portiecontrole strategieën en BMI) ingevuld door de diëtisten en patiënten.

Belangrijkste uitkomsten effect: Deze kwantitatieve evaluatie laat een positief effect van het programma zien (2 tot 7% gewichtsverlies bij de groep die matig tot veel gewicht verloren). Deelnemers zijn tevreden, de eigen effectiviteit stijgt, het toepassen van portiecontrolestrategieën neemt toe en de BMI daalt. Resultaten zijn vergelijkbaar met de resultaten van de RCT uit 2013 en het gewichtsverlies neemt zelfs toe naar 4 tot 12 % in de 6 maanden na afloop van het programma.

Studie: Results of a randomized controlled trial evaluating the effect of a multi-component portion size intervention on portion control behavior and body mass index. (zie verder Poelman^a et al., 2015).

Type onderzoek en omvang: RCT bij 278 deelnemers met overgewicht/obesitas. 139 deelnemers zaten in de interventiegroep (= SMARTsize) en 139 deelnemers in de controlegroep (= wachtlijst controlegroep).

Metingen: voorafgaand aan interventie en 3, 6 en 12 maanden na de interventie.

Meetinstrumenten: vragenlijsten d.m.v. zelfrapportage (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, nationaliteit, portiecontrolegedrag (alle meetmomenten) en gewicht (na 3 en 12 maanden)); objectieve metingen d.m.v.

onderzoekers (gewicht, lengte – voormeting en na 6 maanden); procesevaluatie bij interventiegroep via vragenlijst na 3 maanden.

Belangrijkste uitkomsten effect. De 'intention-to-treat analyse' toont aan dat de interventie een statistisch significant effect heeft op portiecontrolegedrag na drie, zes en twaalf maanden follow-up. Het effect op body mass index was na drie maanden significant groter dan in de controlegroep ($B=-0,45$; $95\%CI=-0,88$ to $-0,04$). Het effect van de interventie op body mass index werd gemedieerd door portiecontrolegedrag (toename van 0,49 punten op een 5 punt Likertschaal). SMARTsize verbetert portiecontrolegedrag, dat op zijn beurt body mass index beïnvloedt. Na 3 maanden bleek SMARTsize effectiever dan de controlegroep. Dit significante verschil kon echter niet worden aangetoond op de lange termijn. Tijdens de verschillende onderzoeken zijn geen negatieve bijwerkingen naar voren gekomen.

Studie: the development and evaluation of an internet-based intervention to increase awareness about food-portion sizes: a randomized controlled trial (zie verder Poelman et al., 2013).

Type onderzoek en omvang: RCT bij 310 deelnemers, de sample is vergelijkbaar met een doorsnede van de algemene Nederlandse bevolking. 167 deelnemers zaten in de interventiegroep (= SMARTsize) en 143 deelnemers in de controlegroep (= geen interventie).

Metingen: voorafgaand aan interventie en 1 week na interventie.

Meetinstrumenten: Vragenlijst d.m.v. zelfrapportage (sociaal-demografische kenmerken, gewicht, lengte, bewustzijn portiegroote, bewustzijn triggers die aanzetten tot overeten) en procesevaluatie bij interventiegroep via vragenlijst na 1 week.

Belangrijkste uitkomsten effect. Deelnemers in de interventiegroep hadden een significant hoger bewustzijn van standaard portiegroottes en van triggers die aanzetten tot overeten ten opzichte van de controlegroep. Bovendien was een dose-response relatie waarneembaar. Bij deelnemers die de website intensiever gebruikten, was een groter effect te zien op bewustzijn van triggers dan bij deelnemers die de website weinig gebruikten.

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

- Combinatie voeding, bewegen en gedragsverandering gericht op duurzame gezonde gewoontes.
- De interactieve website, gericht op bewustwording van portiegrootte
- De portiecontrolestrategieën en de strategieën voor zelfregulatie om deze gedragingen daadwerkelijk in de praktijk te brengen via filmpjes en werkbladen (actie planning, zelfmonitoring, coping planning).
- Homescreener: het identificeren en aanpassen van factoren in de thuisomgeving die aanzetten tot overeten.
- Kookworkshops: Aanleren van kennis, vaardigheden en het verbeteren van eigen-effectiviteit ten aanzien van het bereiden van adequate porties en maaltijden/producten met een lagere energiedichtheid. Het ontvangen van sociale steun in de groep van peers en zorgprofessional.
- Beweegcirkel gericht op inzicht krijgen, doelen stellen, actieplannen en copingplannen.
- Terugval preventie in de individuele consulten (identificeren hoog risico situaties, maken van copingplannen, formuleren van helpende gedachten).
- Het rekening houden met minder lees- en gezondheidsvaardigheden door B1 taalniveau te hanteren, visuele materialen zoals filmpjes te gebruiken en het zelfstandig werken af te wisselen met groeps- en individuele bijeenkomsten.

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).

- Bakel (RIVM) van, A., & Zantinge (RIVM), E. (2013). Overgewicht: Zijn er verschillen naar etniciteit? Retrieved August 12, 2016, from <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/overgewicht-zijn-er-verschillen-naar-etniciteit/>
- Balani R, Herrington H, Bryant E, Lucas C, Kim SC. Nutrition knowledge, attitudes, and self-regulation as predictors of overweight and obesity. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2019 Sep;31(9):502-510. doi: 10.1097/JXX.000000000000169. PMID: 30829975.
- Bartholomew Eldridge, L. K., Markham, C. M., Ruiter, R. A. C., Fernández, M. E., Kok, G., & Parcel, G. S. (2016). *Planning health promotion programs: An Intervention Mapping approach* (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Brink (RIVM) van den, C., & Blokstra (RIVM), A. (2014). Hoeveel Mensen Hebben Overgewicht? Retrieved August 12, 2016, from <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/hoeveel-mensen-hebben-overgewicht/>
- Caballero, B. (2007). The Global Epidemic of Obesity: An Overview. *Epidemiological Reviews*, 29, 1–5. <http://doi.org/10.1093/epirev/mxm012>
- CBS. (2014). Leefstijl, preventief onderzoek; persoonskenmerken: lichaamsgewicht en leeftijd. Retrieved August 12, 2016, from <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81177ned&D1=14-43&D2=3-12&D3=0&D4=l&HDR=T&STB=G1,G2,G3&VW=T>
- CBS (2020) Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor i.s.m. RIVM
- Dai H, Alsafhe TA, Chalghaf N, et al. The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990-2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. *PLoS Med.* 2020 Jul 28;17(7):e1003198
- De Vet, E., De Wit, J. B. F., Luszczynska, A., Stok, F. M., Gaspar, T., Pratt, M., ... De Ridder, D. T. D. (2013). Access to excess: How do adolescents deal with unhealthy foods in their environment? *European Journal of Public Health*, 23(5), 752–756. <http://doi.org/10.1093/eurpub/cks185>
- Heymsfield SB, Wadden TA. Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity. *N Engl J Med.* 2017 Apr 13;376(15):1492. doi: 10.1056/NEJMc1701944. PMID: 28402780.
- Hermesen, S., Swaak, J., De Zeeuw, M., & Renes, R.J. (2019). Kernboodschap Beweegrichtlijnen: Hoe laten we meer Nederlanders bewegen? Extended abstract presented at the Etmaal voor de Communicatiewetenschap 2019, Nijmegen, Netherlands. Nijmegen, Netherlands: NeFCA. doi: 10.17605/OSF.IO/XP3KQ.
- Kolotkin RL, Andersen JR. A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life. *Clin Obes.* 2017 Oct;7(5):273-289. doi: 10.1111/cob.12203. Epub 2017 Jul 10. PMID: 28695722; PMCID: PMC5600094.
- Kroeze, W., Rongen, F., Eykelenboom, M., Heideman, W., Bolleers, C., Govers, E., & Steenhuis, I. (2018). A Process Evaluation of a Multi-Component Intervention in Dutch Dietetic Treatment to Improve Portion Control Behavior and Decrease Body Mass Index in Overweight and Obese Patients. *Nutrients*, 10(11), 1-14. [1717]. <https://doi.org/10.3390/nu10111717>
- Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Res Health.* 1999;23(2):151-60. PMID: 10890810; PMCID: PMC6760427.
- Mohammed MS, Sendra S, Lloret J, Bosch I. Systems and WBANs for Controlling Obesity. *J Healthc Eng.* 2018 Feb 1;2018:1564748. doi: 10.1155/2018/1564748. PMID: 29599941; PMCID: PMC5823412.
- Nicolaidis S. Environment and obesity. *Metabolism.* 2019 Nov;100S:153942. doi: 10.1016/j.metabol.2019.07.006. PMID: 31610854.
- Nielsen, S., & Popkin, B. (2003). Patterns and trends in food. *Jama*, 289(4), 450–453.
- Petridou A, Siopi A, Mougios V. Exercise in the management of obesity. *Metabolism.* 2019 Mar;92:163-169. doi: 10.1016/j.metabol.2018.10.009. Epub 2018 Oct 29. PMID: 30385379.
- Poelman, M. P., Steenhuis, I. H. M., Vet de, E., & Seidell, J. C. (2013). The development and evaluation of an internet-based intervention to increase awareness about food portion sizes: A randomized, controlled trial. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 45(6), 701–707. <http://doi.org/10.1016/j.jneb.2013.05.008>
- Poelman^a, M. P., Vet de, E., Velema, E., de Boer, M. R., Seidell, J. C., & Steenhuis, I. H. M. (2015). PortionControl@HOME: Results of a Randomized Controlled Trial Evaluating the Effect of a Multi-Component Portion Size Intervention on Portion Control Behavior and Body Mass Index. *Annals of Behavioral Medicine*, 49, 18–28. <http://doi.org/10.1007/s12160-014-9637-4>
- Poelman, M. P., Vet de, E., Velema, E., Seidell, J. C., & Steenhuis, I. H. M. (2014). Behavioural strategies to

- control the amount of food selected and consumed. *Appetite*, 72, 156–165.
<http://doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.015>
- Poelman^b, M. P., Vet de, E., Velema, E., Seidell, J. C., & Steenhuis, I. H. M. (2015). The home food environment of overweight gatekeepers in the Netherlands. *Public Health Nutrition*, 18(10), 1815–23.
<http://doi.org/10.1017/S1368980014002298>
- PON. (2010). *Zorgstandaard Obesitas. Partnerschap Overgewicht Nederland*. Amsterdam.
<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ridder de, D., & Wit de, J. (2006). *Self-regulation in health behavior*. Sussex: Wiley.
- Roordink EM, Steenhuis IHM, Kroeze W, Schoonmade LJ, Sniehotta FF, van Stralen MM. Predictors of lapse and relapse in physical activity and dietary behaviour: a systematic search and review on prospective studies. *Psychol Health*. 2021 Dec 1:1-24. doi: 10.1080/08870446.2021.1981900. Epub ahead of print. PMID: 34851220.
- Rubenstein, A. H. (2005). Obesity: a modern epidemic. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 116(1), 103–11; discussion 112–3. Retrieved from
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1473136&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Savelkoul (RIVM), M., & Uiters (RIVM), E. (2014). Overgewicht: Zijn er verschillen naar sociaal economische status? Retrieved August 12, 2016, from
<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/overgewicht-zijn-er-verschillen-naar-sociaal-economische-status/>
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors: The health action process approach. *European Psychologist*, 13(2), 141–151. <http://doi.org/10.1027/1016-9040.13.2.141>
- Slater, J., Green, C. G., Sevenhuysen, G., Edginton, B., O'Neil, J., & Heasman, M. (2009). The growing Canadian energy gap: more the can than the couch? *Public Health Nutrition*, 12(11), 2216–2224.
<http://doi.org/10.1017/S1368980009990309>; [10.1017/S1368980009990309](http://doi.org/10.1017/S1368980009990309)
- Smethers AD, Rolls BJ. Dietary Management of Obesity: Cornerstones of Healthy Eating Patterns. *Med Clin North Am*. 2018 Jan;102(1):107-124. doi: 10.1016/j.mcna.2017.08.009. PMID: 29156179; PMCID: PMC5726407.
- Steenhuis I & Overtoom W. (2015) *Terugval en verleiding. De kunst om afgevallen te blijven*. ISBN 978 90 8850 622 2 NUR 770/450 © 2015 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam
- Steenhuis I, Kroeze W, Bolleurs C, Govers E. De implementatie van SMARTsize in de diëtistenpraktijk: evaluatie en ervaringen. *Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten*, 2019.
- Steenhuis I, Poelman M. Portion Size: Latest Developments and Interventions. *Curr Obes Rep*. 2017 Mar;6(1):10-17. doi: 10.1007/s13679-017-0239-x. PMID: 28265869; PMCID: PMC5359369.
- Swinburn, B. A., Sacks, G., Sing, K. Lo, Westerterp, K. R., Rush, E. C., Rosenbaum, M., ... Ravussin, E. (2009). Estimating the changes in energy flux that characterize the rise in obesity prevalence. *American Journal of Clinical Nutrition*, 89(6), 1723–1728. <http://doi.org/10.3945/ajcn.2008.27061>
- Swinburn, B., Egger, G., & Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 29(6 Pt 1), 563–570. <http://doi.org/10.1006/pmed.1999.0585>
- Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Apr 19;14(4):435. doi: 10.3390/ijerph14040435. PMID: 28422077; PMCID: PMC5409636.
- Varkevisser, R. D. M., et al. (2019). "Determinants of weight loss maintenance: a systematic review." *Obes Rev* 20(2): 171-211
- Volksgezondheid en zorg. Cijfers van Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). Beschikbaar via:
<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#bronverantwoording>
- Von Lengerke, T., & Krauth, C. (2011). Economic costs of adult obesity: A review of recent European studies with a focus on subgroup-specific costs. *Maturitas*, 69(3), 220–229.
<http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.04.005>
- Wang, Y. C., McPherson, K., Marsh, T., Gortmaker, S. L., & Brown, M. (2011). Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *The Lancet*, 378(9793), 815–825.
[http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60814-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60814-3)
- Weinstein, N. D., Sandman, P. M., & Blalock, S. J. (2008). The Precaution Adoption Process Model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health Behaviour and Health Education. Theory, Research, and Practice* (4th ed., pp. 123–147). San Francisco: Wiley. [http://doi.org/10.1016/S0033-3506\(49\)81524-1](http://doi.org/10.1016/S0033-3506(49)81524-1)
- WHO. (2017). World Health Organization. Noncommunicable diseases. October 2017,
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- Young, L. R., & Nestle, M. (2012). Reducing portion sizes to prevent obesity: A call to action. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(5), 565–568. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.07.024>

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?

In de gemeente Den Haag en Ede wordt nu door een aantal diëtisten gewerkt met SMARTsize. In 2019 is gestart met een ronde tafel conferentie met diëtisten, en vertegenwoordigers van gemeente en de zorgverzekeraar die de minimapolissen beheert. Vervolgens hebben diëtisten de geaccrediteerde E-learning doorlopen. Verder hebben ze deelnemers geworven met behulp van het beschikbare wervingsmateriaal (waaronder social media teksten en informatiefolders) en hun contacten met huisartsen. Ook hebben de diëtisten deelnemers geworven onder mensen die reeds cliënt bij hen waren en zijn er centrale wervingsacties uitgezet in onder andere stadskranten. Tijdens de interventie gebruiken diëtisten het SMARTsize handboek voor zorgprofessionals om de interventie aan te bieden bij hun cliënten. Ze maken bij dit aanbieden gebruik van de beschikbare SMARTsize materialen zoals verschillende werkbladen, de Beweegcirkel en draaiboeken voor de kookworkshops. In totaal doen 54 mensen mee aan de interventie. Per cliënt wegen de diëtisten af welke materialen op welk moment nauw aansluiten op de hulpvraag van de cliënt. Verder hebben diëtisten binnen de proeftuinen onderling via e-mail informatie met elkaar uitgewisseld over verbeterpunten. Zo werd onderling een versie van de informatiefolder gedeeld die visueler was gemaakt en daarmee beter zou aansluiten op de doelgroep. Een aantal diëtisten hebben al aangegeven dat zij ook na de onderzoeksfase in 2022 met SMARTsize willen blijven werken.

De ervaringen van een van de deelnemers zijn beschreven in een column:

https://www.noordhollandsdagblad.nl/cnt/dmf20180921_24178536?utm_source=google&utm_medium=organic