Impact van een (deels-therapiegestuurde) zelfhulpgroep omtrent levensstijlaanpassingen in de behandeling van kinderen met overgewicht

Deel 1: Wat is de gangbare behandeling van kinderen met overgewicht/obesitas?

Thesis ter behalen van de graad master in de huisartsgeneeskunde 2015-2017

Lien Joillet

An Alice Lodewyckx (co-auteur deel 2)

Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts

Co-promotor: Dr. Caroline Vanwelden

Praktijkopleider: Dr. Caroline Vanwelden

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Inhoudstafel

1. Motivatie
2. Literatuur
    a. Inleiding
    b. Methode
    c. Resultaten
    d. Discussie
    e. Conclusie
3. Praktijkproject-studie
    a. Inleiding
    b. Methode
    c. Resultaten
    d. Discussie en conclusie
4. Abstract thesis
5. Dankwoord
6. Literatuur
7. Bijlagen

1. Motivatie

Ter motivatie van het onderwerp van onze masterthesis verwoordt een citaat van Paul Verhaege uit het boek 'autoriteit' mooi het doel van deze thesis. Verhaege is hoogleraar klinische psychologie en psychoanalyse aan de Universiteit Gent. In zijn boek heeft hij het over mogelijke struikelblokken in de huidige klinische context en de hulpverlener-patiënt-relatie. In onderstaande citaat biedt hij hiervoor een 'oplossing' aan.

"…je verlaat dit soort starre organisaties en gaat op zoek naar collega's die jouw ervaringen delen en het op een andere manier willen aanpakken. Zowel door je klinische praktijk als op de grond van een steeds terugkerend besluit in het klinisch onderzoek weet je wat er écht werkt: de dragende verhouding die je met je cliënten opbouwt, en de mate waarin zij de kans krijgen om zélf actief bij te dragen aan hun behandeling. Met andere woorden: de mate waarin je hen als volwassen mensen beschouwt met wie je samen een proces van verandering meemaakt.(1)"

Volgens ons verduidelijkt hij hierin het belang van de patiënt, het individu, in een behandeling. Onder dit 'motto' gingen we dan ook ten rade bij het concept 'zelfhulp'. Om het belang hiervan na te gaan wilden we dit toepassen op een concrete groep binnen onze huisartsenpraktijk, namelijk kinderen met overgewicht. In zijn boek heeft Verhaege het later ook over 'teamwerk'. Samenwerking tussen verschillende werelden van (para)medici en hierbij het delen en toetsen van kennis van elk facet van de wereld van de patiënt. Om dus in de praktijk een behandeling te optimaliseren, lijkt het ons cruciaal om deze verschillende facetten te verbinden, i.p.v. ze in hokjes te zetten. In ons experiment zijn we dankbaar voor de verhelderende bijdrage van een bewegingscoach, een diëtiste, een psychotherapeute en een sociaal verpleegkundige in de passieve begeleiding van 2 enthousiaste groepen kinderen in 2 verschillende huisartsenpraktijken in de Kempen, Vlaanderen, verder HAP 1 en HAP 2 genoemd.

2. Overzicht literatuur

a. Inleiding

In de huisartsenpraktijk worden we dagelijks geconfronteerd met gezondheidsproblemen die door veranderingen in de levensstijl zouden kunnen worden opgelost, verbeterd of zelfs voorkomen. Zo is overgewicht een belangrijk en groeiend probleem bij kinderen en jongeren in onze westerse samenleving.

In de praktijk lijkt het voor vele patiënten moeilijk om de nodige levensstijlaanpassingen alleen te realiseren. Actueel wordt er vooral geopteerd om vele professionals (diëtiste, life-coach, psychotherapeute, huisarts, specialist,…) rond één patiënt te verzamelen, weliswaar in aparte hokjes. Dit heeft een grote economische kost voor de patiënt, maar ook voor de samenleving. Wat als we nu deze patiënten kunnen groeperen en hen hierin 'passief' zouden begeleiden? De positieve effecten van een zelfhulpgroep hebben hun succes reeds bewezen bij specifieke aandoeningen (Parkinson, borstkanker,…), verslavingen (alcohol) en zelfs rouwprocessen (2). Kunnen we dit dan ook niet 'extrapoleren' naar kinderen met overgewicht waarbij de levensstijl in zijn geheel wordt benaderd, besproken en (hopelijk) ook aangepast? Heeft een (deels therapie-gestuurde) zelfhulpgroep een plaats en/of een impact in de behandeling van kinderen met overgewicht?

b. Methode

Voor onze literatuurstudie worden twee deelonderzoekvragen gehanteerd, opgedeeld in deel 1 en deel 2. De methodiek wordt hieronder per vraag verduidelijkt. Ten slotte proberen we aan de hand van beide onderzoeksvragen een antwoord te bieden op de onderzoeksvraag van deze masterthesis. In dit luik van een tweedelige thesis zal verder worden ingegaan deel 1.

Deel 1: *Wat is de gangbare behandeling van kinderen met overgewicht/obesitas?*

Allereerst werd gezocht naar richtlijnen van bekende instituten met als resultaat deze van Domus Medica, NHG, transparantiefiche Kenniscentrum en kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. De database van het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) werd geraadpleegd. De zoektermen 'obesitas' en 'kind' werden gebruikt. In PubMed werd gezocht met de zoektermen 'obesity', 'child' en 'treatment' wat 15.661 resultaten opleverde. Verdere specificatie (reviews, volledige tekst, Engels, leeftijd 6-18 jaar, publicatiedatum tot 5 jaar terug) beperkte het aantal artikels tot 246. Uiteindelijk werden hieruit 5 artikels geselecteerd.

Deel 2: *Wat is het algemene effect van een zelfhulpgroep?*

Zie deel 2, geschreven door co-auteur An Alice Lodewyckx.

c. Resultaten

Definitie

Bij obesitas is er een overmaat aan vetmassa (adipositas). Dit heeft nefaste gevolgen voor zowel de lichamelijke als de psychische gezondheid. Er is een onevenwicht in de energiebalans door verschillende aspecten: slechte voedingsgewoonten, sedentariteit en gebrek aan lichaamsbeweging (3).

Domus Medica verdeelt obesitas bij kinderen onder in 2 graden.

- Obesitas van graad 1 (overgewicht): BMI-waarde in de zone tussen de curve bij een BMI van 25 op 18 jaar (dicht bij P97) en de curve bij een BMI van 30 op 18 jaar .
- Obesitas van graad 2 (obesitas): BMI-waarde boven de curve bij een BMI van 30 op 18 jaar.

Volgens de NHG-standaarden worden kinderen met obesitas onderverdeeld in 3 graden, volgens de internationaal geaccepteerde afkapwaarden. (4, 5) (bijlage 1).

Prevalentie en incidentie

Overgewicht en obesitas bij kinderen neemt de laatste jaren erg toe (6, 7).

Volgens een studie in Belgisch Limburg uit 2002 (8) is er in de leeftijdsgroep van 3-4 jaar 15% met overgewicht en 6% met obesitas. In de leeftijdsgroep van 12-13 jaar is dit respectievelijk 33% en 19%. In Vlaanderen is de prevalentie van overgewicht in 2002/2003 13,3% en obesitas 2,9% bij kinderen van 2-11 jaar. (5) Op de Vlaamse groeicurven van meisjes (2-11 jaar) heeft 14% overgewicht en 3% obesitas. Voor de jongens ligt dit rond 12,6% respectievelijk 2,5%. (9)

In maart 2010 maakte het Wetenschappelijk Instituut Volksgzondheid een eerste rapport bekend met de resultaten van de nationale gezondheidsenquête uit 2008. Hieruit blijkt dat 1 op 5 jongeren kampt met problemen van overgewicht. In de leeftijdscategorie van 2-17 jaar heeft reeds 18% van de kinderen overgwicht. Voor de leeftijdsgroep van 5-9 jaar ligt dit percentage op 22%. (10).

Volgens meest recente gegevens van Intego ligt de incidentie van overgewicht in de huisartsenpraktijk op 0,355 per 1000 personen voor de leeftijdsgroep van 10-19 jaar. (11)

Diagnose

Om kinderen/adolescenten met obesitas te kunnen behandelen dient eerst te worden besproken hoe obesitas bij kinderen te diagnosticeren.

De gemakkelijkste en meest praktische manier om overgewicht te meten bij kinderen is de BMI (Body Mass Index) (3- 5, 12). Het nadeel van deze techniek is dat er geen vetmassa wordt gemeten (6). Echter alternatieve technieken zoals MRI of DEXA-meting zijn in de huisartsenpraktijk niet praktisch haalbaar en duur voor de maatschappij (12).

BMI = gewicht (in kg)/grootte^2 (in m)

Aangezien de BMI in de kinderjaren fysiologisch varieert moeten de BMI-waarden worden uitgezet op de Vlaamse percentielcurven (3) (bijlage 2). Voor kinderen van 2 tot 18 jaar zijn er voor obesitas internationaal geaccepteerde afkapwaarden van de BMI vastgesteld (6) (bijlage 1).

Belangrijk bij de diagnostiek is dat mogelijk onderliggende aandoeningen van overgewicht zoals schildklierlijden, chronische ziekten en dergelijke worden uitgesloten (3, 4).

Risicofactoren

- Ouderlijke obesitas is een sterke risicofactor (3,4). Hierbij spelen zowel de erfelijke factoren als gewoontes in een familie een rol.
- Geboortegewicht is een tweede belangrijke factor (3). Kinderen met een snelle groei op zuigelingenleeftijd hebben een hoger risico op het ontwikkelen van obesitas (4).
- Kinderen met een sterke stijging van de BMI voor het zesde jaar hebben een verhoogd risico op het ontstaan van obesitas. Dit wordt door Domus Medica omschreven als vroegtijdige adipeuze rebound (3).
- Een laatste factor die niet mag over het hoofd gezien worden, zijn de sociaal-culturele en mileugebonden factoren. Daarnaast ook de familiale en psychologische context.

Complicaties

Er zijn verschillende complicaties ten gevolge van obesitas bij kinderen op verschillende medische vlakken: cardiovasculair, metabool, orthopedisch, respiratoir, digestief en neurologisch. Deze zijn vergelijkbaar met deze van volwassenen. De voornaamste complicaties zijn een significante hogere arteriële bloeddruk, meer kans op diabetes mellitus type II, menstruatiestoornissen, vroegtijdige puberteit, axiale afwijkingen van de onderste ledematen, niet-alcoholische leversteatose, slaapapneu, benigne intracraniële hypertensie,… (3,5)

Maar ook de psychosociale gevolgen zijn niet te verwaarlozen. Kinderen met obesitas hebben een slechter zelfbeeld, angst-en depressieve stoornissen en eetstoornissen en ondervinden pestgedrag (3,4,5).

Vaak worden kinderen met obesitas obese volwassenen (3, 4).

Behandeling

Het hoofddoel, volgens eetexpert.be, is het aanleren van een gezonde levensstijl (13).

Het doel van de behandeling volgens de richtlijnen van Domus Medica is voor kinderen met overgewicht (obesitas graad 1) om een stabiele BMI te bekomen. Voor graad 2 (obesitas) geldt de richtlijn om de BMI te verlagen. De normale groei of ontwikkeling van het kind mag hierbij niet in gevaar gebracht worden. Gewichtsbehoud is daarom meestal een adequaat therapeutisch doel, aangezien kinderen nog groeien (3, 14). Belangrijk is om te benadrukken dat een gezonde levensstijl gezondheidswinst geeft, ook al is er niet direct gewichtsverlies.

Het bekomen van stabilisatie of gewichtsdaling is mogelijk door op verschillende niveaus in te werken (3): Als eerste het wijzigen van het eetgedrag. Enerzijds dient de ingenomen hoeveelheid energie te worden beperkt. Daarnaast is ook een gezond, gevarieerd en evenwichtig voedingspatroon is belangrijk. Uit de verschillende studies komt echter naar voren dat er (nog) onvoldoende onderzoek is gedaan naar het effect van dieet bij kinderen met obesitas (6). Dit kan met behulp van een diëtiste en door gebruik te maken van de voedingsdriehoek (www.vigez.be) (bijlage 3). Niet alleen gezonder eten maar ook trager eten zou effect hebben op overgewicht bij kinderen. Een studie van Hamilton-Shield et al. toont evidentie hiervoor, doch onvoldoende dan initieel voorspeld (14).

Een tweede punt is het verminderen van de sedentariteit. Voor onze hudige technologische maatschappij houdt dit in dat lichamelijke inactiviteit, zoals videospelletjes en televisie, dient te worden beperkt tot minder dan 2u/dag oftewel minder dan 14u/week (3).

Ook fysieke activiteit verhogen is belangrijk in het totaalplaatje van de therapeutische aanpak bij kinderen met obesitas. Oefeningen met zware intensiteit (bv. 155-188 minuten/week) geven een beter effect dan oefeningen met lagere intesiteit (bv. 120-155 minuten/week) (5).

Het kind dient niet alleen als individu behandeld te worden. Er is gelimiteerd bewijs dat het veranderen van gedrag en de leefgewoonten van het gezin ook belangrijk zijn (3, 5, 15). Gedragstherapie gecombineerd met de betrokkenheid van de ouders is effectiever dan enkel gedragstherapie bij het kind (6).

Bij de behandeling bij kinderen geniet een multidisciplinair programma met een diëtist, fysiotherapeut, psychologische begeleiding en opvoedondersteuning de voorkeur (4, 5). Follow-up door de huisarts is ook essentieel (3-5). Hoe gemotiveerder de kinderen, hoe beter het effect.

Volgens de richtlijn van het CBO lijkt de combinatie (dieet, fysieke activiteit, verminderde sedentariteit en gedragstherapie) de meest succesvolle, voornamelijk op korte termijn. Op lange termijn wordt er vaak terugval gezien. De aanbevolen duur van de behandeling is minimum 1 jaar (6). Het kenniscentrum ziet bij kinderen winst bij gedragsinterventies na 6 maanden maar niet na 12 maanden. Bij adolescenten wordt op beide vlakken winst gezien.

Medicamenteuze behandeling in België is niet van toepassing. Geen enkel geneesmiddel is geregistreerd voor de behandeling van obesitas bij kinderen en adolescenten (15). Alle studies geven aan dat chirurgie bij jongeren onder de 18 jaar ethisch niet verantwoord is.

d. Discussie

Over overgewicht en obesitas bij kinderen zijn nog onvoldoende studies gebeurd om een totaalbeeld te krijgen over diagnose en behandeling. Als diagnostisch instrument is een DEXA-meting effectiever doch de kost voor maatschappij en bereikbaarheid voor de huisartsen-setting zijn hier grote nadelen. Daarom lijkt de BMI nog altijd een betere tool, desondanks dat deze de vetmassa minder in aandeel brengt. Verder onderzoek naar een handige tool binnen in de huisartsenpraktijk is zeker aan te bevelen.

Ter behandeling lijkt een gecombineerde multidisciplinaire aanpak het beste om op zoveel mogelijk vlakken effect te bereiken op gewichtsdaling (of beter stabilisatie) bij kinderen met obesitas. Niet alleen het kind maar ook zijn/haar familie dient betrokken te worden in de behandeling om een groter effect te bereiken.

e. Conclusie

Voor het opzet van dit praktijkproject is de BMI meten het gemakkelijkste diagnostisch instrument, zeker in de huisartsen-setting. Ter behandeling is een multidisciplinaire aanpak het beste (diëtiste, bewegingscoach, psycholoog/seksuoloog en huisarts).

3. Praktijkproject

a. Inleiding

Voor de opzet van onze (deels therapie-gestuurde) zelfhulpgroep gingen we ten rade bij het overkoepelende orgaan in Vlaanderen rond zelfhulpgroepen, namelijk 'Trefpunt Zelfhulp'. Zij verschaften ons van voldoende literatuur en praktische tips om dit project met voldoende kennis in het achterhoofd op te starten. De groep werd in twee verschillende huisartsenpraktijken (HAP 1 en 2) in Vlaanderen opgestart. Elke twee weken kwam de groep gedurende 1 uur samen in een lokaal in de huisartsenpraktijk, onder voornamelijk passieve begeleiding van telkens een professional en/of de huisarts. Zoals reeds eerder vermeld, wordt de zelfhulpgroep wordt het grootste gedeelte door de kinderen zelf ingevuld (zelfhulp), maar wordt ook een deel door onze professionals begeleid (therapie-gestuurd). Mede omdat onze doelgroep uit minderjarigen bestaat leek een deels therapie-gestuurde zelfhulpgroep ons nuttig. Zo werden meteen ook alle facetten van de huidige standaardbehandeling van overgewicht en/of obesitas efficiënt geïntegreerd in ons project. We gingen op zoek naar meerdere professionals die vrijwillig in dit project wilde instappen en vonden een bewegingscoach, een diëtiste, een sociaal verpleegkundige en een psychotherapeute. Tijdens de therapie-gestuurde delen werd door onze professionals vooral getracht een gezonde levensstijl aantrekkelijk te maken (het actief samen ontdekken dat bewegen en gezond koken leuk kan zijn) en de eventuele negatieve focus rond lichaam, zelfbeeld en sociaal functioneren te doorbreken (aspect cognitieve gedragstherapie). Er werd voortdurend naar feedback getoetst bij de deelnemers en de invulling van de sessies werd hierdoor grotendeels bepaald. De huisartsen (wijzelf) waren steeds als observator aanwezig.

b. Methode

Voor de inclusie van mogelijke deelnemers werden lijsten getrokken (query's) om kinderen met overgewicht in de praktijken te identificeren. Hiervoor dienden we eerst een leeftijdsgroep te bepalen. Gezien het om een zelfhulgroep gaat, was het van belang dat de deelnemers oud genoeg zouden zijn om al wat inspraak en ideeën naar voor te brengen. Het was tevens raadzaam dat de kloof tussen de uiterste leeftijden niet te groot was. Uiteindelijke werden de groepen ingevuld met kinderen van 10 tot en met 16 jaar.

Over de eerste periode van 6 maanden werd aan alle artsen van de groepspraktijken gevraagd om de informatie van ons project over te brengen tijdens de consultaties. De andere kandidaten uit de lijsten die hiermee niet werden bereikt, werden alsnog opgebeld om hen vrijblijvend te informeren. Er werden flyers ontworpen om geïnteresseerde jongeren en ouders uit te nodigen voor een infosessie waar wij en de professionals een korte, praktische uiteenzetting gaven over een facet van een gezonde levensstijl (zie bijlage 4). Deze infosessie kwam tot stand omdat meerdere studies het aandeel van de ouders significant achtten. We wilden hen dan ook op deze manier betrekken bij het project.

Uit de lijsten kwamen we in HAP 1 aan 25 kinderen van onze 302 kinderen met een GMD die met overgewicht kampten. Dit zou een aandeel van 8.33% betekent. In HAP 2 kwamen we aan 19 kinderen die in aanmerking kwamen van de 283 met een GMD, wat komt op een prevalentie van 6,71%. Na de infosessie leverde dit in HAP 1 een welwillende groep van negen jongeren en in HAP 2 werd een groep van acht enthousiaste kinderen gevormd.

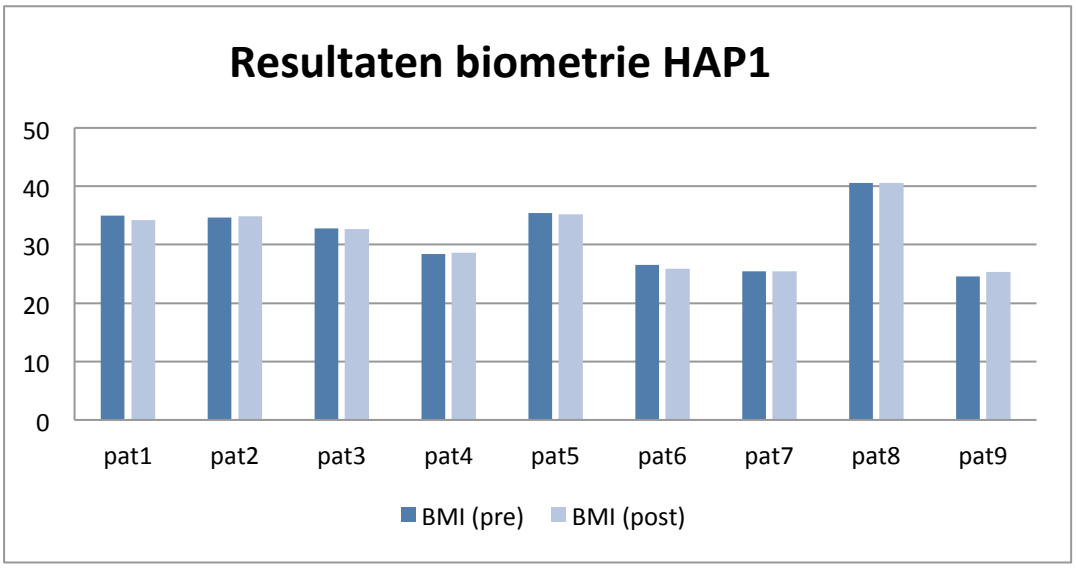
Om een mogelijk effect van onze interventie na te gaan, gingen we op zoek naar hanteerbare outcome-(meet)waarden. Het meten van deze effecten kan volgens Bryant M. et al vanuit verschillende invalshoeken: het objectief welbevinden door symptomen of klinische gegevens, het subjectief welbevinden door te peilen naar de voorkeuren en wensen van de deelnemers en de kostenbesparing uit harde cijfers (35). In dit project besloten we deze twee eerste domeinen te includeren: de fysieke (objectieve gegevens, namelijk biometrie) en geestelijke gezondheid (subjectief welbevinden, namelijk vragenlijsten). Bij de start werden door onze verpleegkundige een QoL-vragenlijst afgenomen en de biometrie genoteerd. Dit werd herhaald na drie maanden deelname aan het project.

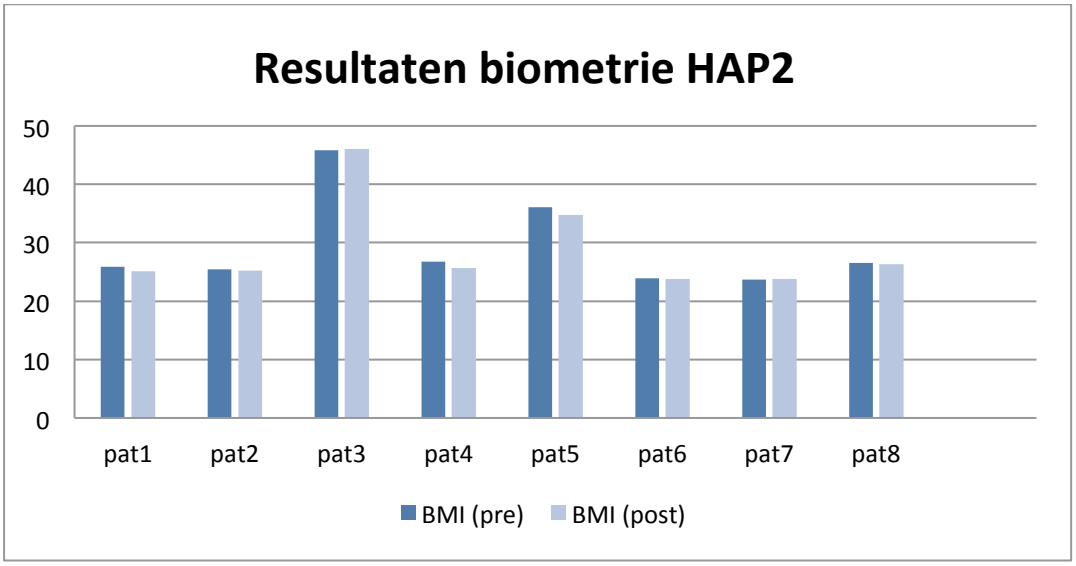
c. Resultaten

Zoals reeds vermeld omvatten de resultaten twee grote domeinen. We startten met de bespreking van de objectieve gegevens op basis van de biometrie. Zoals in onderstaande grafieken (zie tabellen 1 en 2) duidelijk wordt, lopen de resultaten van beide huisartsenpraktijken gelijk: we weerhouden een globale stabilisatie van de BMI.

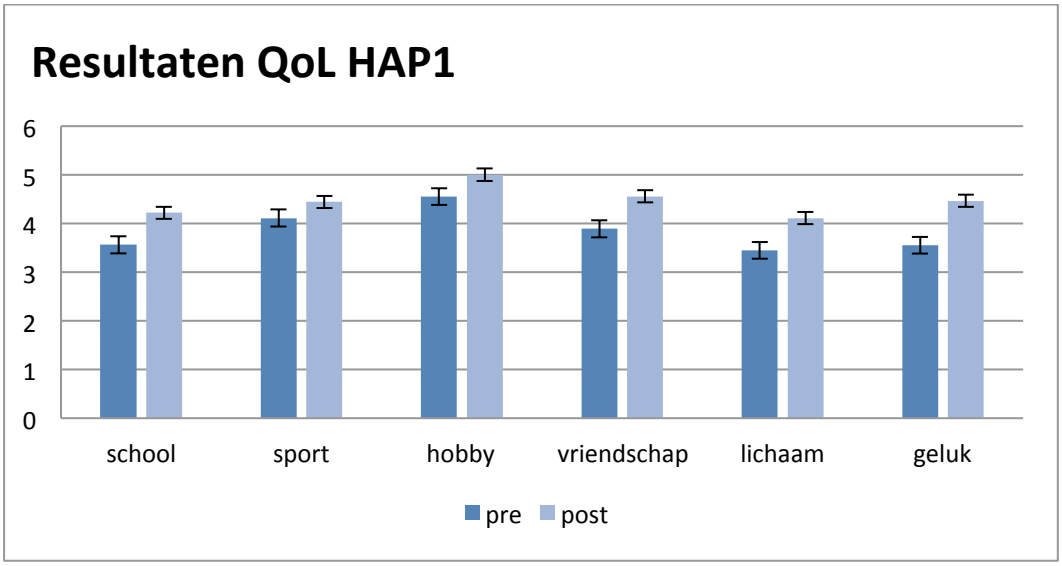
Vervolgens worden de resultaten over het subjectieve welbevinden besproken, die we probeerden te bevatten aan de hand van een QoL-vragenlijst (zie bijlage 5). Er werden verschillende domeinen bevraagd (school, sporten, hobby, vriendschap, geluk, lichaam) aan de hand van vijf emoticons. Deze emoticons kregen elk een score van één tot en met vijf, waarbij één wordt toegekend aan een droevige, drie aan de neutrale en vijf aan de lachende emoticon. In onderstaande grafieken zien we de gemiddelde scores (y-as) per domein (x-as) bij de start (pre) en na drie maanden deelname (post) (zie tabellen 3 en 4). In HAP 1 zien we dan een positieve tendens van de scores over alle domeinen heen. Er is zelfs geen enkele deelnemer gedaald qua scorepunten na drie maanden. Meer concreet stelden we volgende gegevens vast: op het domein 'school' en 'sport' steeg 33% met minstens een scorepunt, op het domein 'hobby' steeg 22% met minstens een scorepunt, op het domein 'vriendschap' steeg 44% met een scorepunt, op het domein 'lichaams-' en 'geluksbeleving' steeg 66% met minstens een scorepunt. In HAP 2 zien we ongeveer dezelfde bevindingen. Gemiddeld is er ook een positieve tendens op alle domeinen en er is niemand gedaald in score punten. Op domein 'sport' en 'geluk' steeg 37,5% met minstens een scorepunt, op het domein 'vriendschap' 25%, op het domein 'hobby' en 'school' met 12,5%, het domein 'lichaam' scoorde iedereen hetzelfde. Zie bijlage 7 voor de uitgebreide tabellen per deelnemer.

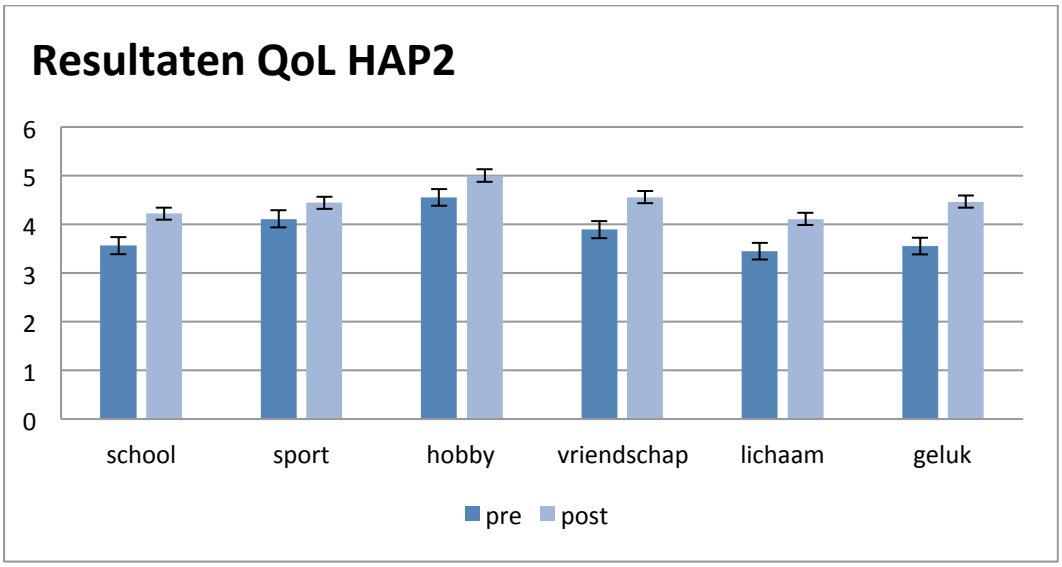
Tabellen 1 en 2: Gemiddelde resultaten BMI van HAP1 en HAP2





Tabellen 3 en 4: Gemiddelde resultaten QoL vragenlijst pre en post HAP 1 en HAP 2





d. Discussie en conclusie

Als we conclusies willen trekken over de impact van een (deels therapie-gestuurde) zelfhulpgroep in de behandeling van kinderen met overgewicht, zijn er verschillende facetten die we met de nodige voorzichtigheid moeten benaderen. Deze discussiepunten omvatten o.a. het tijdsverloop, het aantal deelnemers, de aard van de groep (zelfhulp versus therapie-gestuurd), de selectie van de deelnemers, enzovoort.

In kader van deze masterthesis verliep het onderzoek slechts over een periode van drie maanden. De tijsduur en het aantal deelnemers zijn te beperkt om de mogelijke impact van een zelfhulpgroep te representeren. Een betere reperesentatie kan worden bekomen door meerdere huisartsenpraktijken te betrekken in dit onderzoek in de toekomst.

Doordat de groep deels op basis van de expertise van onze professionals werd gestuurd, kunnen we in deze studie niet spreken van een zelfhulpgroep stricto sensu. Het grosso modo van de bevindingen uit onze literatuurstudie zijn echter toepasbaar op zelfhulpgroepen. Hierdoor is de relevantie van deze bevindingen gelimiteerd binnen ons praktijkproject.

Op basis van ons praktijkproject zien we dat er op vlak van het psychisch welbevinden bij de deelnemers op korte termijn reeds een positieve evolutie waarneembaar is. We zien echter op deze korte periode (nog) geen duidelijk afname van het BMI bij onze deelnemers. We moeten deze resultaten omwille van bovenstaande opmerkingen echter met een korreltje zout nemen. Al deze bezorgdheden bemoeilijken immers het formuleren van een eenduidig en wetenschappelijk onderbouwd antwoord op onze onderzoekvraag. Verder onderzoek in dit onderwerp lijkt ons dan ook ten sterkste aangewezen.

4. Abstract

Primary care physicians struggle on a daily basis with health problems that can be solved, improved or even prevented by lifestyle adjustments. We see increasing numbers of overweight and obese children in Belgium. A lot of these patients find it difficult to adjust their lifestyle on their own. The actual treatment of obesity in the primary setting is multidisciplinary. It contains islands of different professionals around one patiënt. The therapy is costly for the patient, but also for the society. In this thesis we look for the effect of grouping the patients and the professionals and evaluating the effect of a self-help dimension. We started a self-help group for overweight children in two primary practises in belgium. During a period of three months we saw a positive evolution of the mental health of the children. No decrease in body mass index could be evaluated over this short period. Although self-help modalities have proven to have positive effects on different aspects of health and cost-effective benefits in social health care, further investigation is still needed on the subject of overweight or obese children.

5. Dankwoord

We willen allereerst onze promotor Prof Dr. Aertgeerts en onze co-promotoren en praktijkopleider Dr. Vanwelden Caroline, Dr. Breesch Riet en Dr. Vangenechte Patricia bedanken voor het begeleiden van onze masterthesis en de terbeschikkingstelling van de ervaring, de ideeën en accommodatie binnen de beide huisartsenpraktijken. Daarnaast willen graag ons team bedanken die zich nog steeds op vrijwillige basis inzet voor ons project. Met name onze bewegingscoach Robin Gransard, diëtiste Lieveke Verspeek, psycho-therapeute Eef Lommelen en sociaal verpleegkundige Tessa Lodewyckx. Uiteraard willen we ook het overkoepelend orgaan 'Trefpunt zelfhulp' bedanken voor al hun informatie en ondersteuning in het opstarten van ons project.

6. Literatuurlijst

(1) Verhaege P. Autoriteit. De bezige bij. 2015; P84-85

(2) Gielen P, Godemong J et al. Zelfhulpgroepen. Samen werken aan welzijn & gezondheid. Handleiding voor zorgprofesionelen die zelfhulpgroepen willen ondersteunen. Lannoo campus. 2010.

(3) Niesten L., Bruwier G. Obesitas bij kinderen. Domus Medica. Januari 2007

(4) NHG-Standaard Obesitas. Van Binsbergen JJ. et al. Huisarts Wet 2010:53(11):609-25

(5) Billet G. Gewichtige kinderen. Een studie rond overgewicht en obesitas bij kinderen. 2006-2008

(6) Prd.Dr. Ir. J.C Seidell et al. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. 2008; ISBN 978-90-8523-184-4. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

(7) Centra voor LeerlingenBegeleiding (CLB).

(8) Massa G. Body mass index measurements and prevalence of overweight and obesity in school-children living in the province of Belgian Limbur. *Fur J Pediatrics* 2002;161:343-6.

(9) Roelants M, Hauspie R, Hoppenbrouwers K, et al. Vlaamse groeicurven 2004 (www.vub.ac.be/groeicurven/groeicurven.html)

(10) Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid.

(11) Intego. www.intego.gbiomed.kuleuven.be/intego-apps/inc_prev_v0/

(12) Byrant M, Ashton L, Brown J, et al. Systematic review to identify and appraise outcome measures used to evaluate childhood obesity treatment interventions (CoOR): evidence of purpose, application, validity, reliability and sensitivity. Health technology assesment. 2017; 18: 1366-5278

(13) Zorg voor kinderen met eet- en gewichtsproblemen. Draaiboek voor huisartsen. Oktober 2008. VZW Eetexpert.be

(14) BCFI. Behandeling van obesitas. Juni 2010. Transparantiefiche rapport gebaseerd op rapport Kenniscentrum 2006.

(15) Hamilton-Shield J. et al. Changing eating behaviours to treat childhood obesity in the community using the Mandeolean: The Community Mandeolean controlled trial (ComMando) – a pilot study. Volume 18. Issue 47. ISSN 1366-5278. Juli 2014.

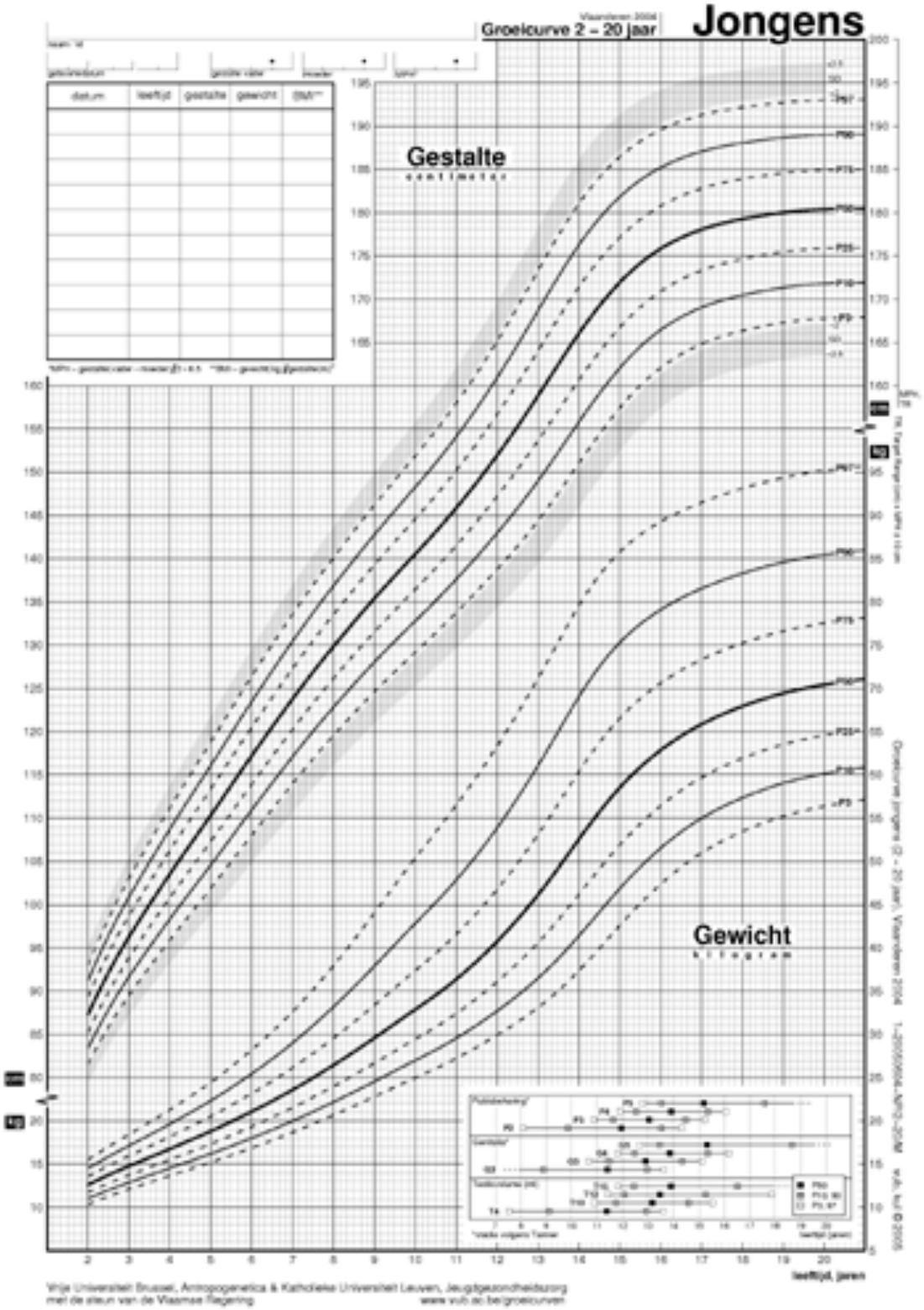
(16) Stijnen I. Aanpak van overgewicht bij kinderen uit de lagere school.

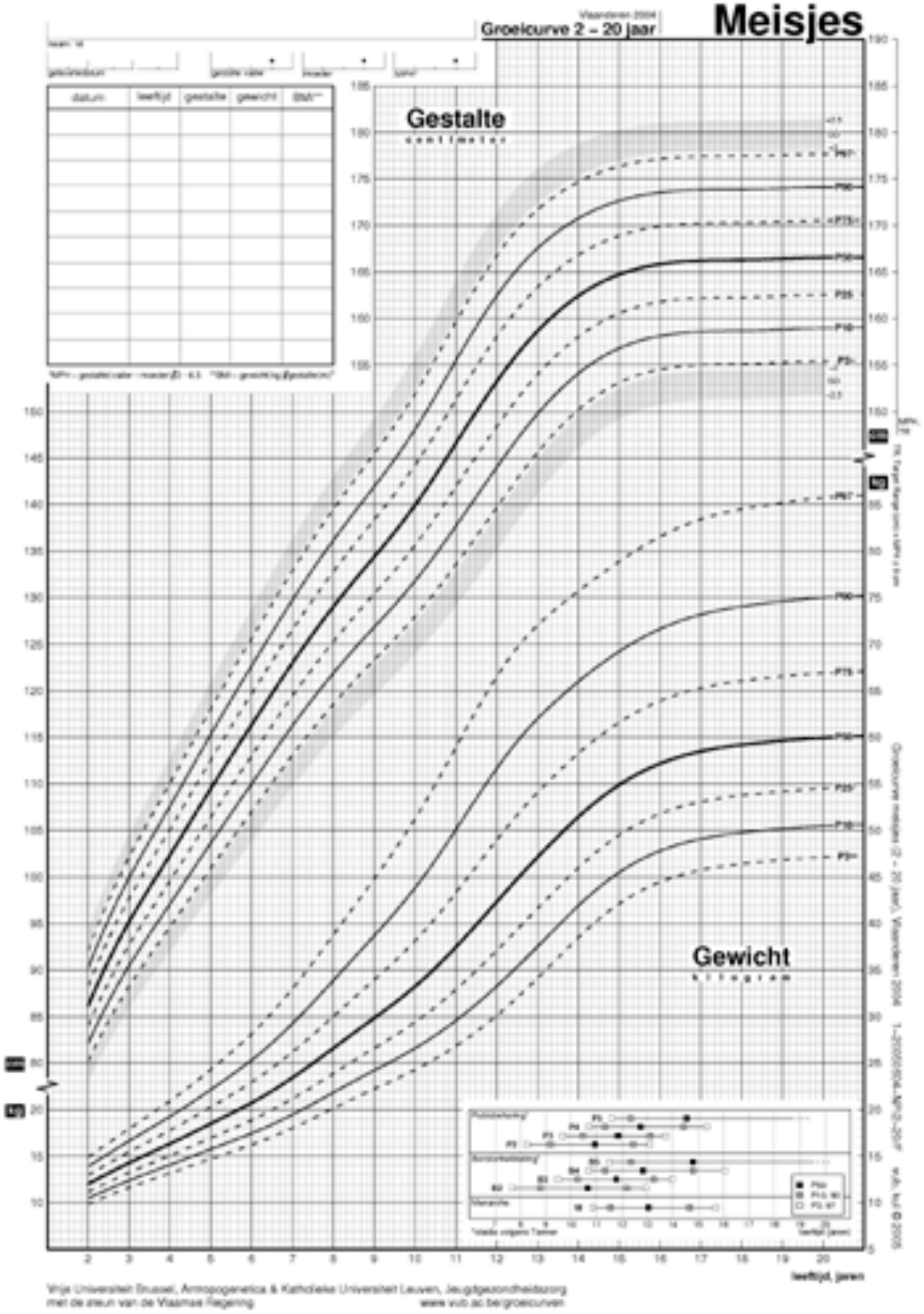
7. Bijlagen

Bijlage 1: Internationale afkapwaarden voor de BMI bij jongens en meisjes van 2-18 jaar ter definitie van overgewicht en obesitas *(Cole TJ, Bellizi MC, Flegal KM, Diets WH: Establishing a standard definition for children overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ volume 320 6 may 2000.)*

JONGENS				MEISJES			
Leeftijd	***Graad 1 Obesitas***	***Graad 2 Obesitas***	***Graad 3 Obesitas***	***Leeftijd***	***Graad 1 Obestitas***	***Graad 2 Obesitas***	***Graad 3 Obesitas***
2	20,1	22,5	23,6	**2**	19,8	21,9	23,4
3	19,6	21,1	22,2	**3**	19,4	21,5	23,2
4	19,3	20,7	21,7	**4**	19,2	21,6	23,5
5	19,3	20,6	21,7	**5**	19,2	22,0	24,2
6	19,8	21,0	22,2	**6**	19,7	22,8	25,5
7	20,6	21,7	23,2	**7**	20,5	24,0	27,4
8	21,6	23,0	24,9	**8**	21,6	25,6	29,8
9	22,8	24,6	27,0	**9**	22,8	27,2	32,3
10	24,0	26,4	29,5	**10**	24,1	28,8	34,6
11	25,1	28,3	32,2	**11**	25,4	30,3	36,5
12	26,0	30,2	34,8	**12**	26,7	31,6	38,0
13	26,8	31,8	36,9	**13**	27,8	32,6	38,9
14	27,6	32,9	38,4	**14**	28,6	33,3	39,4
15	28,3	33,7	39,1	**15**	29,1	33,9	39,7
16	28,9	34,2	39,5	**16**	29,4	34,3	39,9
17	29,4	34,6	39,8	**17**	29,7	34,7	39,9
18	30,0	35,0	40,0	**18**	30,0	35,0	40,0

Bijlage 2: Vlaamse percentielcurven voor jongens en meisjes




Vlaanderen 2004
Groeicurve 2 – 20 jaar
Meisjes
datum
leeftijd
gestalte
gewicht
Gestalte
centimeter
Gewicht
kilogram
leeftijd, jaren
Vrije Universiteit Brussel, Antropogenetica & Katholieke Universiteit Leuven, Jeugdgezondheidszorg
met de steun van de Vlaamse Regering
www.vub.ac.be/groeicurven

Bijlage 3: De voedingsdriehoek (herziene versie VIGeZ, 2012)



Bijlage 4: Flyer



WORKSHOP LIFESTYLE

10
11
16

HEALTHY? CHECK!

Het infomoment is toegankelijk voor iedereen (kinderen, jongeren én hun ouders). Hier wordt uitleg gegeven over de workshop zelf en wordt er een korte en vooral praktische uitleg gegeven over een gezonde levensstijl, door ons multidisciplinair team (huisarts, diëtiste, bewegingscoach, psycholoog, seksuologe). Daarnaast is er ruimte voor alle mogelijke vragen.

Organisatie: dr. Lien Joillet & dr. An Alice Lodewyckx, diëtiste Lieveke Verspeek, bewegingscoach Robin Gransard, seksuologe Eef Lommelen.

Nota: dit initiatief is onderdeel van een pilootstudie aan de KULeuven om na te gaan of het principe van een (multidisciplinair ondersteunde) zelfhulpgroep een gezondheidsvoordeel biedt t.o.v. het normale verloop.

WORKSHOP LIFESTYLE

Bijlage 5: QoL- vragenlijst

Ik ga graag naar school



Ik ga graag sporten



Ik heb een hobby die ik graag doen



Ik heb (een) goede vriend(en) waarmee ik kan praten



Ik voel me goed in mijn vel



De meeste dagen ben ik gelukkig



Bijlage 6: Informed Consent

Informed Consent

Projecttitel: Het effect van een zelfhulpgroep in de behandeling van kinderen met obesitas in de eerste lijn.

Achtergrond:

In de huisartsenpraktijk worden we dagelijks geconfronteerd met gezondheidsproblemen die door veranderingen in de levensstijl zouden kunnen worden opgelost, verbeterd of zelfs voorkomen. Zo is obesitas een belangrijk en groeiend probleem bij kinderen en jongeren in onze westerse samenleving. Jammer genoeg lijkt het voor vele patiënten heel moeilijk om de nodige levensstijlaanpassingen alleen te realiseren. Actueel wordt er vooral geopteerd om vele professionals (diëtiste, life-coach, psychotherapeute, huisartsen, specialisten,,…) rond één patiënt te verzamelen. Dit heeft een grote economische kost voor de patiënt, maar ook voor de samenleving. Wat als we nu deze patiënten kunnen groeperen en hen hierin 'passief' zouden begeleiden. Het 'roedeleffect' van een zelfhulpgroep heeft haar succes reeds bewezen bij specifieke aandoeningen (Parkinson, borstkanker,…), verslavingen (alcohol) en zelfs rouwprocessen. Kunnen we dit dan ook niet 'extrapoleren' naar kinderobesitas waar de levensstijl in zijn geheel wordt benaderd, besproken en (hopelijk) ook aangepast.

Geplande methode:

Om de uiteindelijke essentiële onderzoeksvraag te beantwoorden starten we beiden een **case-controle studie in onze praktijk** door het opstarten van een zelfhulpgroep. We beginnen initieel door het aantal patiënten binnen de gekozen leeftijdscategorie te identificeren. Daarna gaan we op zoek naar het aantal hiervan met obesitas. Uit deze patiënten-pool worden de patiënten in de zelfhulpgroep vergeleken met een groep in de 'regular care'. De keuze van beide groepen gebeurt op basis van vrijwillige instemming van de patiënt. De parameters van de resultaten zijn gebaseerd op de evolutie in BMI en QOL-enquêtes. Deze resultaten worden uiteindelijk verwerkt om een antwoord te formuleren op onze onderzoeksvraag.

Ik ondergetekende, ..., verklaar hierbij dat ik, als participant en/of als voogd van de participant die aan dit project van de onderzoeksgroep X (Katholieke Universiteit Leuven):

(1) de informatiebrief heb gelezen. Die geeft uitleg over de aard van de vragen, taken, opdrachten en stimuli die tijdens het onderzoek zullen worden aangeboden. Op elk ogenblik wordt me de mogelijkheid geboden om bijkomende informatie te verkrijgen.

(2) totaal vrijwillig deelneem aan het onderzoek.

(4) de toestemming geef aan de proefleiders om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren.

(5) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten.

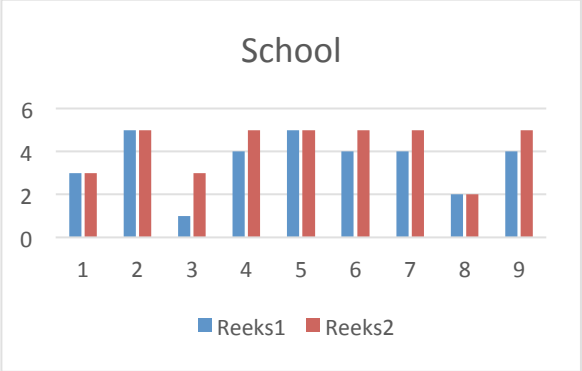
(6) ervan op de hoogte ben dat ik een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen.

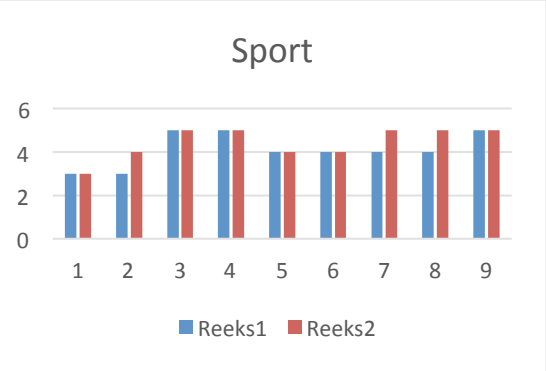
Gelezen en goedgekeurd te .....(plaats) op ..... (datum)

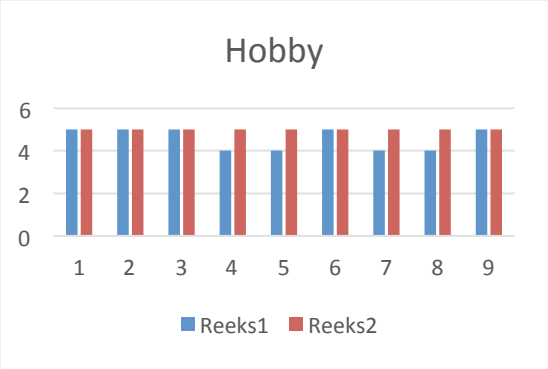
Handtekening van participant en/of voogd van de participant: ……

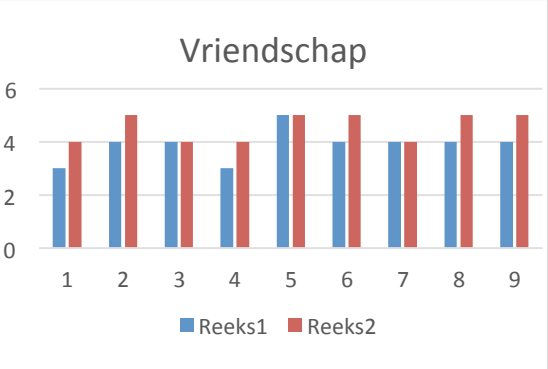
Bijlage 7: Resultaten per domein van Qol vragenlijst in HAP1 en HAP2

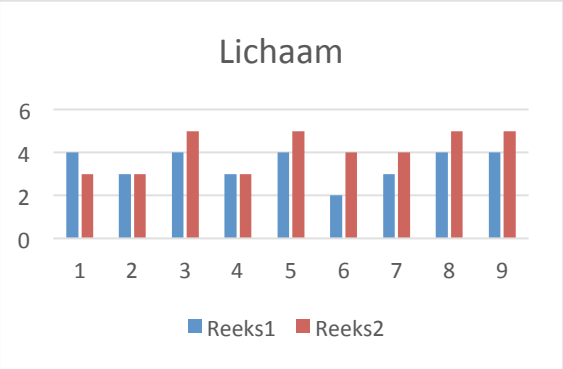
HAP 1

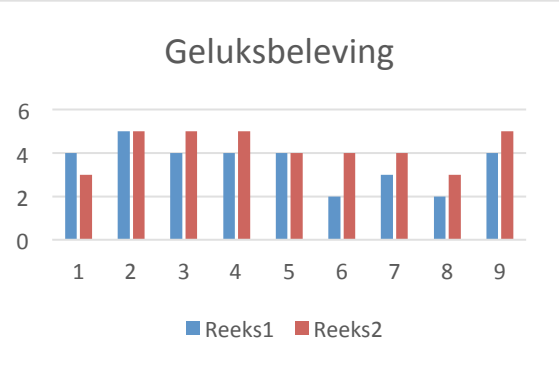




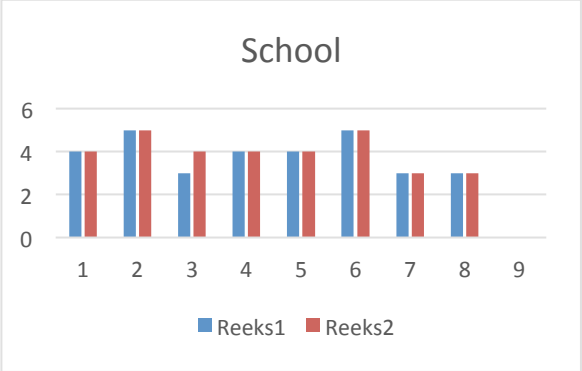


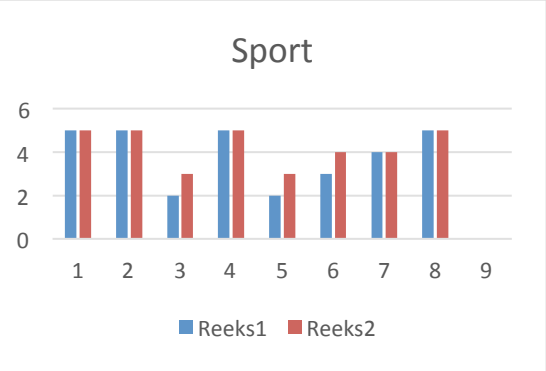


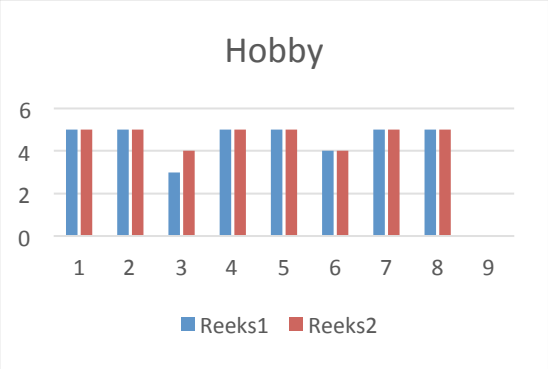


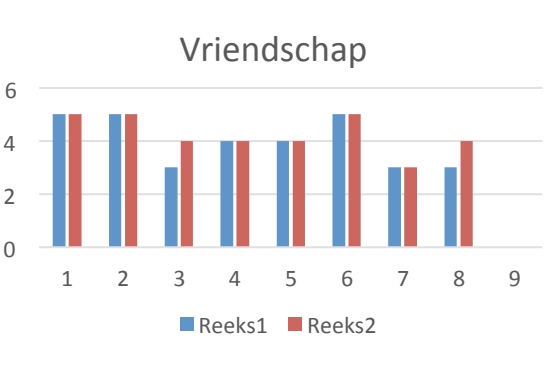


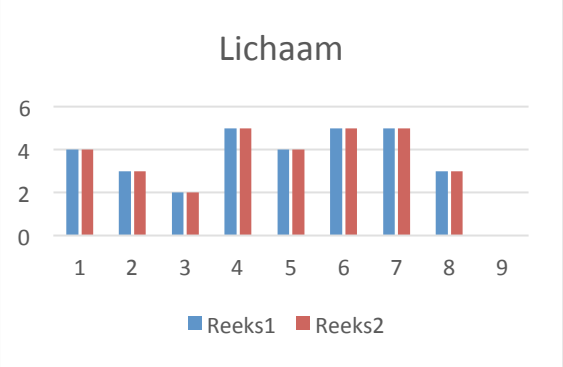
HAP2

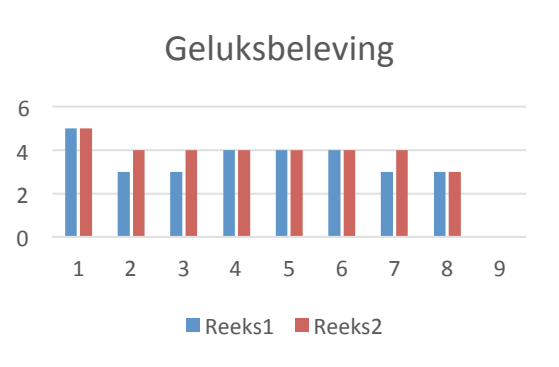

School
6
4
2
0
1 2 3 4 5 6 7 8 9
Reeks1
Reeks2


Sport
6
4
2
0
1 2 3 4 5 6 7 8 9
Reeks1
Reeks2


Hobby
6
4
2
0
1 2 3 4 5 6 7 8 9
Reeks1
Reeks2


Vriendschap
6
4
2
0
1 2 3 4 5 6 7 8 9
Reeks1
Reeks2


Lichaam
6
4
2
0
1 2 3 4 5 6 7 8 9
Reeks1
Reeks2


Geluksbeleving
6
4
2
0
1 2 3 4 5 6 7 8 9
Reeks1
Reeks2

Bijlage 8: Protocol en goedkeuring Ethische Commissie

GOEDKEURING Ethische Commissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Het effect van een zelfhulpgroep in de behandeling van kinderen met obesitas in de eerste lijn." onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Het effect van een zelfhulpgroep in de behandeling van kinderen met obesitas in de eerste lijn." and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

PROTOCOL Ethische Commissie

Verstuurde aanvragen (in behandeling, geweigerd en/of goedgekeurd)

Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

CAT 4: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Gunstig advies van OBC1

	Reg. nr.	Titel van de studie
	mp11809	Het effect van een zelfhulpgroep in de behandeling van kinderen met obesitas in de eerste lijn. **Student(en):** An Alice Lodewyckx, Lien Joillet **Promotor:** Bert Aertgeerts

	Reg. nr.	Titel van de studie

Gunstig advies van OBC

Bekijk status geschiedenis

2016-06-13 17:51:16

An Alice Lodewyckx
Lien Joillet

Bert Aertgeerts (bert.aertgeerts@med.kuleuven.be - u0002409 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Geneeskunde

Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

multicentrisch

academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is praktijkverbeterend.

BIJKOMENDE GEGEVENS:

In de huisartsenpraktijk worden we dagelijks geconfronteerd met gezondheidsproblemen die door veranderingen in de levensstijl zouden kunne worden opgelost, verbeterd of zelfs voorkomen. Zo is obesitas een belangrijk en groeiend probleem bij kinderen en jongeren in onze westerse samenleving. Jammer genoeg lijkt het voor vele patiënten heel moeilijk om de nodige levensstijlaanpassingen alleen te realiseren. Actueel wordt er vooral geopteerd om vele professionals (diëtiste, life-coach, psychotherapeute, huisartsen, specialisten,„…) rond één patiënt te verzamelen. Dit heeft een grote economische kost voor de patient, maar ook voor de samenleving.
Wat als we nu deze patiënten kunnen groeperen en hen hierin 'passief' zouden begeleiden. Het 'roedeleffect' van een zelfhulpgroep heeft haar succes reeds bewezen bij specifieke aandoeningen (Parkinson, borstkanker,…), verslavingen (alcohol) en zelfs rouwprocessen.
Kunnen we dit dan ook niet 'extrapoleren' naar kinderobesitas waar de levensstijl in zijn geheel wordt benaderd, besproken en (hopelijk) ook aangepast.

Voor onze literatuurstudie worden de volgende deelonderzoekvragen gehanteerd:

1. Wat is de best behandeling van kinderen met obesitas?
2. Wat is het effect van een zelfhulpgroep?

Op basis van deze literatuuronderzoek en een case-controle studie wordt getracht een antwoord te bieden op de uiteindelijke onderzoeksvraag van deze masterpaper:
Wat is het effect van een zelfhulpgroep bij de behandeling van kinderen met obesitas in de eerste lijn?

1. We beginnen met elk een **literatuurstudie** op basis van de twee bovenstaande deelonderzoeksvragen. De eerste onderzoeksvraag aangaande de beste behandeling voor kinderobesitas wordt uitgediept door Lien Joillet.
De tweede onderzoeksvraag aangaande de invloed van een zelfhulpgroep in het algemeen wordt uitgewerkt door An Alice Lodewyck
2. Om de uiteindelijke essentiële onderzoeksvraag te beantwoorden starten we beiden een **case-controle studie in onze praktijk**

door het opstarten van een zelfhulpgroep. We beginnen initieel door het aantal patiënten binnen de gekozen leeftijdscategorie te identificeren. Daarna gaan we op zoek naar het aantal hiervan met obesitas. Uit deze patiënten-pool worden de patiënten in de zelfhulpgroep vergeleken met een groep in de 'regular care'. De keuze van beide groepen gebeurt op basis van vrijwillige instemming van de patiënt. De parameters van de resultaten zijn gebaseerd op de evolutie in BMI en QOL-enquêtes.
Deze resultaten worden uiteindelijk verwerkt om een antwoord te formuleren op onze onderzoeksvraag.

Niesten, L. Bruwier, G. (2007). Obesitas bij kinderen. *Domus Medica richtlijnen*.
Van Royen, P. Bastiaens, H. D'Hondt, A. Provoost, C. Van Der Borght, W. (2006). Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. *Domus Medica richtlijnen*
Gielen, P. Godemont, J. Matthijs, K.Vandermeulen, A. (2012) *Mensen helpen mensen*. Eerste druk. Tielt: Lannoo.
Hamilton-Shield J, Goodred J, Powell L,et al. (2014) Changing eating behaviours to treat childhood obesity in the community using Mandolean: the Community Mandolean randomised controlled trial (ComMando) – a pilot study. Health technology assessment. Volume 18 Issue 47. 1366-5278
Bryant M, Ashton L, Brown J, et al. (2014) Systematic review to identify and appraise outcome measures used to evaluate childhood obesity treatment interventions (CoOR): evidence of purpose, application, validity, reliability and sensitivity.Health technology assessment. Volume 18 issue 51 1366-5278

23101_1456870147_6836_Informed_Consent_pdf
20711_1456870152_9203_Quality_of_Life_vragenlijst_pdf