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

Deel 2: Wat is het effect van een zelfhulpgroep?

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

An Alice Lodewyckx

Lien Joillet (co-auteur deel 1)

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. Overzicht literatuur
    a. Inleiding
    b. Methode
    c. Resultaten
    d. Conclusie
3. Praktijkproject
    a. Inleiding
    b. Methode
    c. Resultaten
    d. Discussie en conclusie
4. Abstract
5. Dankwoord
6. Literatuur
7. Bijlagen

1. Motivatie

Ter motivatie van het onderwerp van onze masterthesis willen we graag een citaat van Paul Verhaege gebruiken uit het boek ‘autoriteit’. 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 (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 Vlaanderen.

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, huisartsen, specialisten,,…) 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 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) 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 de twee deelonderzoekvragen gehanteerd. 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 studie zal verder worden ingegaan op deel 2.

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

Zie deel 1, geschreven door co-auteur Lien Joillet.

Deel 2: *Wat is het algemene effect van een (therapie-gestuurde) zelfhulpgroep?*

Om een idee te krijgen over een zelfhulpgroep, kregen we veel informatie van het overkoepelende orgaan 'trefpunt zelfhulp', met o.a. het handboek 'Zelfhulpgroepen' van Gielen P, Godemong J et al. Om de effecten van zelfhulpgroepen te achterhalen, werd gebruik gemaakt van enkele databanken,

waaronder PubMed, EBSCO en scienceDirect. De volgende trefwoorden werden gekozen: self-help groups, therapy-assisted group, mutual aids groups, effects en benefits. In tweede instantie werden de trefwoorden obesity en child toegevoegd, echter zonder veel succes. De selectie werd gebaseerd op de relevantie voor de thesis en de methodologische kwaliteit. Er werd ook gekozen voor kwantitatieve en kwalitatieve studies met een longitudinaal en comparatief opzet. De zoektocht leverde uiteindelijke 29 bruikbare studies op.

c. Resultaten

Deel 2: *Wat is het algemene effect van een (therapie-gestuurde) zelfhulpgroep?*

Om eventuele effecten te bespreken moeten we eerst even stilstaan bij de definitie van een zelfhulpgroep. De definitie van een zelfhulpgroep wordt volgens Trefpunt Zelfhulp als volgt geformuleerd: 'Zelfhulpgroepen zijn vrijwillige, meer of minder gestructureerde samenwerkingsverbanden van mensen wie de activiteiten gericht zijn op het beheersen of overwinnen van aandoeningen en psychische of sociale problemen waardoor ze, persoonlijk of als verwanten, getroffen worden. Zelfhulpgroepen streven geen winst na. Hun doel is het bewerkstelligen van een verbetering in de persoonlijke levensomstandigheden van mensen en vaak ook een verandering van hun sociale en politieke omgeving. In hun activiteiten benadrukken ze gelijkberechtiging, authenticiteit en wederzijdse steun. De groep is een middel om de externe (sociaal, maatschappelijke) en interne (persoonlijke, geestelijke) isolatie op te heffen. Ervaringskennis en –deskundigheid vormen de basis van hun optreden. Daarmee onderscheiden ze zich van andere vormen van vrijwilligerswerk en burgerengagement. Zelfhulpgroepen worden niet door professionele geleid, velen doen echter wel een beroep op professionals voor afgebakende probleemstellingen.' (2) In onze zelfhulpgroep wordt het grootste gedeelte door de kinderen zelf ingevuld (zelfhulp), maar wordt ook een deel door onze professionals begeleid (therapie-gestuurd) .

Volgens Gielen et al. manifesteren zelfhulpgroepen een effect op drie niveaus: (i) het microniveau van de probleemervaarder en zijn omgeving, (ii) het mesoniveau van de zelfhulpgroep en de formele zorg en (iii) het marconiveau van de samenleving en het beleid. Concreet betekent dit volgens Gielen et al. dat zelfhulpgroepen ten eerste de gezondheid van de deelnemers, zowel fysiek, mentaal als sociaal beïnvloeden. Daarnaast verhogen ze de kansen van de deelnemers om hun plaats in de samenleving weer in te nemen. Verder bewerkstelligen ze een verhoogde copingsgraad (veerkracht, mondigheid) bij de deelnemers. Ook het financieel plaatje van de sociale zekerheid profiteert er mogelijks van. Dit komt volgens Gielen et al. enerzijds door de vele vrijwilligers die bepaalde taken

van de reguliere gezondheidszorg overnemen en anderzijds door dat de leden van een zelfhulpgroep minder nood zouden hebben aan zorg (2-5).

De beschikbare studies gaan vooral dieper op de positieve effecten. Er werden weinig studies terug gevonden over mogelijke negatieve effecten. Als we kijken naar het effect op fysieke aandoeningen zijn er meerdere studies die positieve effecten hebben waargenomen op enerzijds de fysieke gezondheid (6-13) en anderzijds de geestelijke en sociale gezondheid (6,14-18). Ook voor verslaving en rouwverwerking werden gelijkaardige positieve effecten weerhouden (19-24). Er zou ook een positief effect bestaan op de ervaring van de omgeving van personen in een zelfhulpgroep (25-29) en voor de samenleving (6,17,30). Schiffen en Bargal stellen vast dat groepscohesie en het klimaat binnen een groep een belangrijke invloed hebben op de perceptie van positieve effecten door de leden (2).

We richtten ons ten slotte op studies die zich specifiek op het effect van zelfhulpgroepen in de behandeling van overgewicht en/of obesitas richtten. Volgens enkele systematische reviews kunnen zelfhulpprogramma's voor obesitas, o.a. in de vorm van een zelfhulpgroep een effectieve bijdrage leveren voor gewichtsverlies bij een proportie van patiënten met overgewicht op korte termijn (6,7,8). Bij kinderen met overgewicht lijkt een zelfhulpgroep initieel ook voordelige resultaten te halen in vergelijking met het standaard traject (zie deel 1) (9). Toch stelt Stunkard et al. vast dat er geen enkele methode een langetermijneffect (1 à 2 jaar na het stopzetten van de behandeling) van het initiële gewichtsverlies bewerkstelt (31). Het uitbreiden of verlengen van de behandeling stelt het risico op herval met belangrijke mate uit. Omdat een langetermijnsoplossing enerzijds moeilijk te implementeren valt en een kostenplaatje met zich meebrengt (bv. met betrekking tot cognitieve gedragstherapie), kan een zelfhulpprogramma hier een sterk kosten-efficiënt alternatief bieden. Natuurlijk zijn er ook nog andere obstakels die in acht dienen te worden genomen bij zo'n gecontinueerd zorgmodel, zoals o.a. de gedaalde compliantie (gedaalde motivatie en aanwezigheid) bij patiënten na het eerste jaar van de behandeling (32). Desalniettemin, stellen twee studies aangaande een gecontinueerde behandeling over 4 à 5 jaar een blijvend significant gewichtsverlies vast bij een substantiële proportie van individuen die het gehele traject doorliepen. (33,34).

d. Conclusie

Er zijn heel wat studies beschikbaar over de effecten van een zelfhulpgroep. Algemene positieve effecten worden op verschillende gezondheidsdomeinen beschreven. Negatieve effecten van een zelfhulpgroep zijn nog weinig onderzocht. Voor het onderzoek naar positieve, maar ook negatieve

effecten, van zelfhulpgroepen is het einde echter nog lang niet in zicht.

Specifiek naar gewichtsverlies bij volwassenen met overgewicht en obesitas, wordt voor zelfhulpmodaliteiten op korte termijn een positief effect waargenomen (al dan niet in combinatie met de standaard)(6-8). We konden echter weinig relevante studies vinden met betrekking tot onze specifieke groep, namelijk kinderen met overgewicht of obesitas. Een recente studie van Boutelle et al. toont echter eveneens een initieel voordelig effect bij obese kinderen (9). Om echter een waardevol antwoord te formuleren, is wederom verder onderzoek geïndiceerd. Om effecten te bereiken op lange termijn, dient de nood aan een gecontinueerd zorgmodel zich aan. Zelfhulpprogramma's kunnen hier een kosten-efficiënte bijdrage leveren.

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 '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 kwamen ze samen gedurende een uur 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 bestond uit minderjarigen 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 (querys) 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 2). 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, wat een prevalentie 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 op en in HAP 2 werd een groep van acht enthousiaste kinderen gevormd.

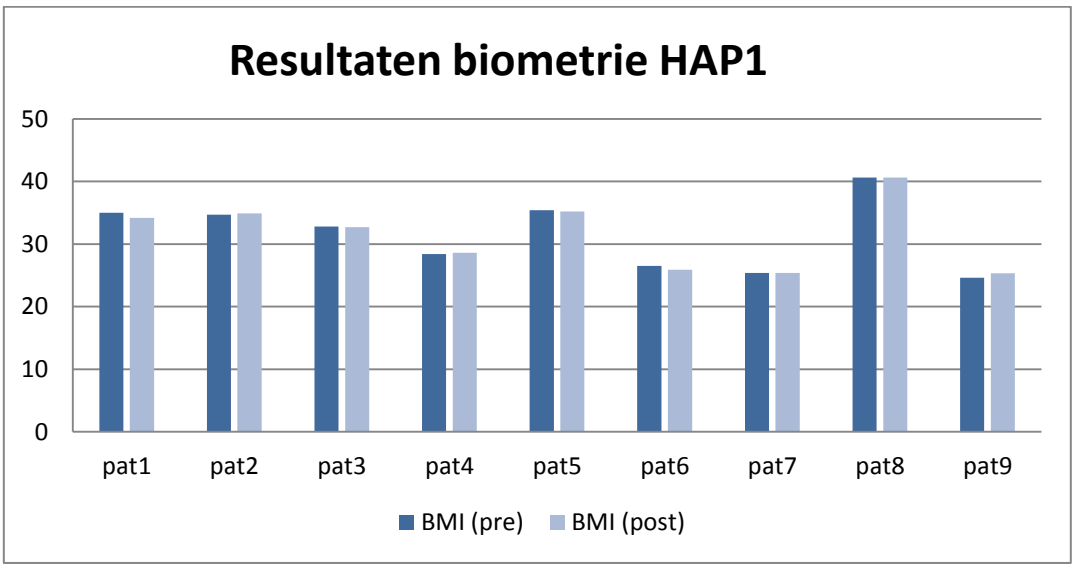
Om een mogelijk effect van onze interventie na te gaan, gingen we op zoek naar hanteerbare outcome-(meet)waarden. Het meten van deze effecten kan volgens Bryant M. et al vanuit verschillende invalshoeken: het objectief welbevinden door symptomen of klinische gegevens, het subjectief welbevinden door 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 ivv biometrie) en geestelijke gezondheid (subjectief welbevinden ivv 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.

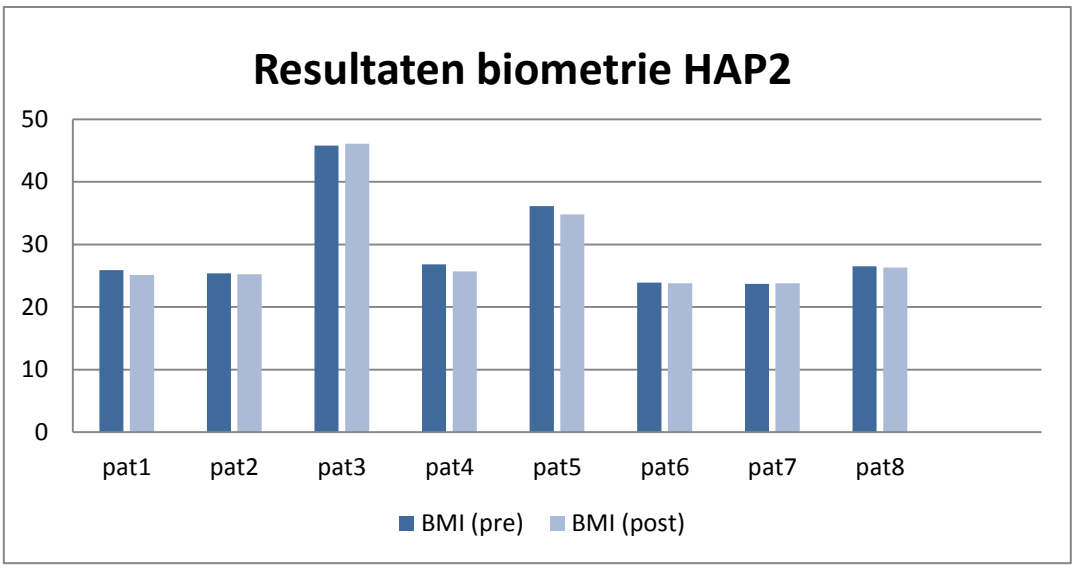
c. Resultaten

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.

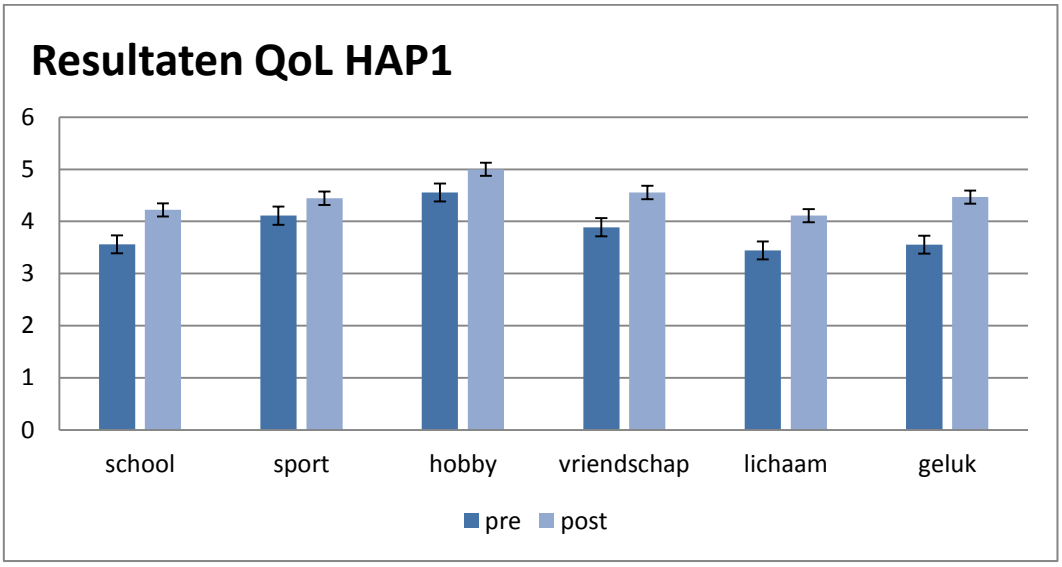
Vervolgens worden de resultaten over het subjectieve welbevinden besproken, die we probeerden te bevatten aan de hand van een QoL-vragenlijst (zie bijlage 1). Er werden verschillende domeinen bevraagd (school, sporten, hobby, vriendschap, geluk, lichaam) aan de hand van vijf emoticons. Deze emoticons 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.

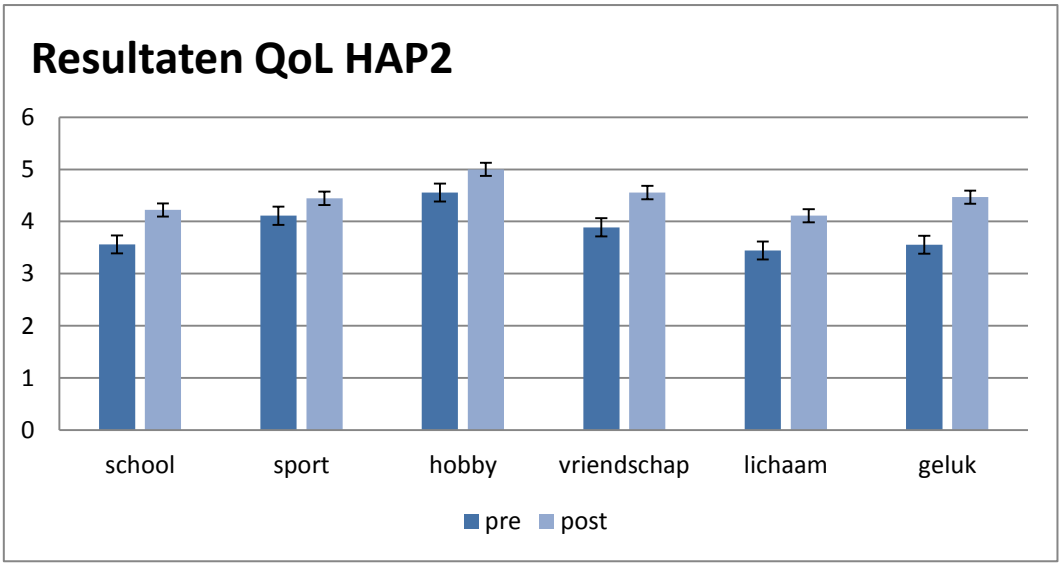
Tabellen 1 en 2: Gemiddelde resultaten BMI van HAP1 en HAP2





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 vs therapie-gestuurd), de selectie van de deelnemers,…

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 door onze professionals werd gestuurd op basis van hun expertise, 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 voor 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, dietiste 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. Godemont J. , Buyst E. (2009) Ontwikkeling van intermediaire zelfhulpondersteuning in Vlaanderen. 119 pp. Leuven: Trefpunt Zelfhulp
4. Trefpunt Zelfhulp vzw (1989) Zelfhulp en Beleid. Verslagboek symposium. Leuven: Trefpunt Zelfhulp vzw.
5. World Health Organization Regional Office for Europe (1982) Mutual Aid: From research to supportive Policy: Report on a workshop. ICP/HED 022, 0464F.
6. Trojan A. Benefits of self-help groups: a survey of 232 members from 65 disease-related groups. Social Science & Medicine. 1989; 29(2): 225-232
7. Latner JD. Self-help in the long-term treatment of obesity. Obesity reviews. 2001; 2: 87–97
8. Hartmann-Boyce J, Jeb S, Fletcher B et al. Self-Help for Weight Loss in Overweight and Obese Adults: systematic Review and Meta-Analysis. American Journal ofb public health. 2015; 105 (3).
9. Boutelle K, Norman G, Rock C, et al. Guided Self-Help for the Treatment of Pediatric Obesity. Pediatrics. 2013; 131 (5).
10. Grimsmo A, Helgesen G, Borchhreving C. Short-term and long-term effect of lay groups on weight reduction. Britisch medical Journal. 1981; 283: 1093-1095.
11. Simmons D. (1992). Diabetes self help facilitated bij local diabetes research: The Coventry Asian Diabetes Support Group. Diabetic Medicin. 1992; 9: 866-869
12. Subramamaniam V, Stewart M, Smith J. (1999). The development and impact of a chronic pain support group: a qualitative and quantitative study. Journal of pain and symptom management. 1999; 17: 376-383.
13. Spiegel D, Kraemer H, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival patients with metastatic breast cancer. The Lancet. 1989; 14: 888-891.
14. Moos S, Schaeffer J, Andrassy J. Moos B. Oupatient mental health care, self help groups and patients one year treatment outcomes. Journal of clinical psychology. 2001; 57: 273-287.
15. Oudenampsen D, Nederland T, Kromontono E et al. Patienten- en consumentenbeleving in beeld. Brancherapport 2006. Utrecht: Nederlandse Patienten consumenten federatie.

16. Pistrang N, Barker C, Humprhreys K. Mutual Help groups for mental health problems. A review of effectiveness studies. American journal of community psychology. 2008; 42(2): 110-121.

17. Meerdink J. Lotgenotencontact werkt! Eindrapport van het project lotgenotencontact. Utrecht: Nederlandse patienten/consumentenfederatie. 1996.

18. Adamsen L. From victim to agent: the clinical and social significance of self-help group participation for people with life-threatening diseases. Scandinavian Journal of caring science. 2002; 13(3): 224-231.

19. Caserta MS, Lund DA. Intrapersonal resources and the effectiveness of self-help groups for bereaved older adults. Gerontologist. 1993; 33(5): 619-629.

20. Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics anonymous and other 12-step programmes dor alcohol dependence (review). The cochrane collaboration. 2009.

21. Humphreys K. The influence of posttreatment mutual help group participation on the frienshop networks of substance abuse patiente. American journal of community psychology. 1997; 25(1): 1.

22. Kelly J, Stout R, Schneider R. A 3-year study of addiction mutual-help group participation followong intensive outpatient treatment. Alcoholism: cliniscal an experimental research. 2006;30(8): 1381-1392.

23. Levy LH. Effects of membership in bereavement support groups on adaption to conjugal bereavement. American journal of community psychology. 1993; 21(3): 361.

24. Mueller S, Petitjean S, BoeningJ et al. The impact of self-help groups attendance on relapse rates after alcohol detoxiification in a controlled study. Alcohol & alcoholism. 20074; 41: 108-112

25. Chesney BK, Chesler MA. Activism through sel-help membership: reported life changes of parents of children with cancer. Small group research. 1993; 24.

26. Citron M, Solomon P, Draine J. Self-help groups for families of persons with mental illness: perceived benefits of helpfulness. Community mental health journal. 1999; 35.

27. Cook JA, Heller T, Pickett-Schenk SA. The effect of support-group participation on caregiver burden among parents of adult offspring with severe mental illness. The book family relations. 1999; 48(4).

28. Heller T, Roccoforte JA, hsieh K et al. Benefits of support groups for families of adults with severe mental illness. American journal of orthopsychiatry. 1997; 67(2).

29. Hughes JM. Adolescent children of alcoholic parents and the relationship of alateen to the chilren. Journal of consulting and clinical psychology. 1977; 45: 946-947.

30. Humphrey K, Moos RH. Encouraging post-treatment self-help group involvement to reduce demand for continuing care services: two year-clinical and utilizating outcomes. Alcoholism: clinical and experimental research. 2007;31: 64-68.

31. Stunkard AJ, Cohen RY, Felix MR. Weight loss competitions at the worksite: how they work and how well. Prev Med. 1989; 18: 460–474.

32. Perri MG. The maintenance of treatment effects in the longterm management of obesity. Clin Psychol Sci Prac. 1998; 5: 526–543.

33. Bjorvell H, Rossner S. Long term treatment of severe obesity: four year follow up of results of combined behavioural modification programme. BMJ 1985; 291: 379–382.

34. Latner JD, Stunkard AJ, Wilson GT, et al. Effective long-term treatment of obesity: a continuing care model. Int J Obes 2000; 24: 893–898.

35. 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

7. Bijlagen

Bijlage 1: 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 2: Info-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 3: 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 4: protocol

Gunstig advies van OBC

2016-06-13 17:51:16

Bekijk status geschiedenis

Student(en):	An Alice Lodewyckx Lien Joillet
Promotor:	Bert Aertgeerts (bert.aertgeerts@med.kuleuven.be - u0002409 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Faculteit:	Geneeskunde
Opleiding:	Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:	multicentrisch
De opdrachtgever is:	academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:	Het onderzoek is praktijkverbeterend.

BIJKOMENDE GEGEVENS:

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 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.

Vraagstelling:

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?

Methodologie:

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 Lodewyckx.
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.

Referenties:

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

Informed consent / vragenlijs...	23101_1456870147_6836_Informed_Consent_pdf 20711_1456870152_9203_Quality_of_Life_vragenlijst_pdf

Bijlage 5: Goedkeuring ethische commisie

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Het effect van een zelfhulpgroep in de behandeling van kinderen met obesitas in de eerste lijn." (mp11809)

Martine Goossens <martine.goossens@kuleuven.be>

ma 13/06/2016 17:51

Aan: Lien Joillet <lien.joillet@student.kuleuven.be>; Bert Aertgeerts <bert.aertgeerts@med.kuleuven.be>;

CC: An Alice Lodewyckx <analice.lodewyckx@student.kuleuven.be>;

English version below

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.)