

# VU Research Portal

## Long-term weight management in children and adolescents with severe obesity: psychological aspects

Halberstadt, J.

2015

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Halberstadt, J. (2015). *Long-term weight management in children and adolescents with severe obesity: psychological aspects*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam].

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

Samenvatting (summary in Dutch)

## Samenvatting

Geen ouder wil dat zijn of haar kind ernstig obees en ongezond is. Toch hebben alleen al in Nederland meer dan achttienduizend kinderen en adolescenten te kampen met ernstige obesitas. De prevalentie van ernstige obesitas bij kinderen en adolescenten is hoog - niet alleen in Nederland maar wereldwijd.

Vanwege de nadelige gevolgen van deze chronische ziekte op sociaal, psychologisch en fysiek vlak, is adequate langdurige gezondheidszorg vereist. Een goede obesitasbehandeling leidt, middels aanpassingen in de leefstijl, tot verbetering van de gezondheid en verlaging van het risico op latere aandoeningen. Een betere gezondheid kan de kwaliteit van leven verbeteren en de maatschappelijke participatie op de korte en lange termijn bevorderen. Helaas zijn de behandelopties momenteel beperkt en is ook de kennis over welke behandeling voor wie werkt gebrekkig.

Dit proefschrift gaat over manieren om de gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten met ernstige obesitas en hun gezin te verbeteren. Met speciale aandacht voor de psychologische aspecten van langdurige gewichtsbeheersing bij deze dikwijls vergeten patiëntengroep.

Het afgelopen decennium zijn er in Nederland belangrijke stappen gezet op het gebied van beleid, praktijk en onderzoek ten einde de wetenschappelijk onderbouwde diagnostiek en behandeling van ernstige kinderobesitas te verbeteren. Het resultaat hiervan is onder meer de publicatie van een nationale richtlijn en een nationale zorgstandaard met daarin een model voor een optimale diagnose en behandeling van ernstige kinderobesitas, gebaseerd op nationale multidisciplinaire consensus.

Zoals in de Nederlandse Zorgstandaard Obesitas staat, is *stepped care* het uitgangspunt bij het bepalen van het benodigde niveau van zorg op basis van de gestelde diagnose: zorg wordt niet eerder of intensiever dan noodzakelijk, maar ook niet later of minder intensief dan nodig aangeboden. Als de eerste behandeling onvoldoende effect heeft, kan vervolgens worden gekozen voor een ingrijpendere of intensievere behandelvorm, indien dat passend is.

De aanbevolen behandeling voor ernstige kinderobesitas is een intensieve gecombineerde leefstijlinterventie van een jaar, waarbij de gezinsaanpak centraal staat en de focus is op ondersteuning bij zelfmanagement. Het gaat hierbij om een behandeling gericht op voeding en beweging met aandacht voor gedragsverandering. De intensieve behandel fase van een jaar dient gevolgd te worden door een onderhoudsfase van een jaar die is gericht op

terugvalpreventie. Daarna volgt indien nodig langdurige begeleiding bij de gewichtsbeheersing, in de woonomgeving van het gezin. In de intensieve behandelfase kan tijdelijke opname in een gespecialiseerd centrum aan de orde zijn wanneer ambulante behandeling onvoldoende effect heeft gehad of er sprake is van complexe multi-problematiek.

Teneinde een dergelijke behandeling met opname te evalueren, is in 2009 bij de Vrije Universiteit Amsterdam de *Health Effects of Lifestyle Interventions in Obese children and adolescents Study* (HELIOS) gestart in samenwerking met de kliniek voor kinderobesitas Heideheuvel (onderdeel van Merem Behandelcentra) in Hilversum. In totaal werden 120 kinderen en adolescenten (8-19 jaar), met een gemiddelde SDS-BMI van 3.4 en een BMI vergelijkbaar met meer dan 40 kg/m<sup>2</sup> bij volwassenen, en hun ouders/verzorgers geïnccludeerd. De studiepopulatie had ernstige obesitas en eerdere behandelingen hadden onvoldoende effect gehad. Ze ontvingen een intensieve leefstijlinterventie van een jaar inclusief tijdelijke opname. Deze interventie was gericht op voeding, beweging en gedrag en op het implementeren van de gedragsverandering in de thuissituatie. Het onderzoek omvatte een prospectieve interventiestudie naar de psychologische aspecten van lange termijn gewichtsbeheersing (n=120) die in dit proefschrift is beschreven en een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de (kosten)effectiviteit van de behandeling met variaties in de opnameduur (n=80) die elders is beschreven (proefschrift S. Makkes, 2015).

De patiënten werden behandeld in groepen van 10 kinderen (8-13 jaar) of 10 adolescenten (13-19 jaar). Metingen werden verricht op drie tijdmomenten: bij start (het begin van de behandeling), aan het einde van de behandeling (1 jaar na start) en bij een nameting (2 jaar na start). De primaire uitkomstmaat was de geslachts- en leeftijdsspecifieke verandering in SDS-BMI. De metingen omvatten gewicht en lengte, vragenlijsten over psychosociale karakteristieken en generieke zelfregulatie gemeten met twee gedragstaken op de computer.

Succesvolle langdurige gewichtsbeheersing na een leefstijlinterventie is mogelijk voor kinderen en adolescenten met ernstige obesitas, zoals is aangetoond in andere studies en werd bevestigd in HELIOS: gemiddeld daalde de BMI en SDS-BMI van de participanten tussen start en einde van de behandeling een jaar later. Dit effect werd deels behouden tot de nameting twee jaar na start, hoewel er een gemiddelde toename in BMI en SDS-BMI was in

## Samenvatting

het jaar na de behandeling. Daarnaast werden statistisch significante verbeteringen in de kwaliteit van leven bereikt.

Om de zorg voor kinderen en adolescenten met ernstige obesitas te verbeteren, is inzicht in de determinanten van de opvallende individuele verschillen in langdurige gewichtsverandering belangrijk. Meer inzicht in de psychologische factoren die de lange termijn uitkomsten van leefstijlinterventies bepalen, kan bijdragen aan de verbetering van interventies en het beter voldoen aan de zorgbehoefte van kinderen en adolescenten.

Het vermogen tot zelfregulatie is een veelbelovende psychologische factor die kan helpen individuele verschillen in lange termijn gewichtsverandering te verklaren, omdat duurzame gedragsverandering een zekere mate van zelfregulatie vereist. In HELIOS hebben we drie psychologische aspecten onderzocht die gerelateerd zijn aan zelfregulatie: generieke zelfregulatie, eet-specifieke zelfregulatie en voedselverslaving.

Generieke zelfregulatie werd geoperationaliseerd met twee facetten van zelfregulatie die essentieel lijken bij het beheersen van de voedselinname: responsinhibitie en gevoeligheid voor beloning. Beiden werden onderzocht met een gedragstaak op de computer. Responsinhibitie is het vermogen om impulsen en reacties te onderdrukken. Gevoeligheid voor beloning gaat over het sensorische genot wat een beloning oplevert en over de wil om een beloning te verkrijgen.

Het onderzoek liet geen statistisch significant verband zien tussen responsinhibitie of gevoeligheid voor beloning aan het einde van de behandeling en het behoud van gewichtsverlies daarna. Geen van de psychosociale factoren die werden onderzocht als moderatoren liet een statistisch significante interactie zien, behalve de voedingsstijl van de ouders. Een controlerende voedingsstijl aan het einde van de behandeling zorgde, bij deelnemers met een lage responsinhibitie aan het einde van de behandeling, voor meer behoud van gewichtsverlies.

De rol van eet-specifieke zelfregulatie als determinant van lange termijn gewichtsverlies is ook onderzocht. Hiervoor werden de eetstijlen van de deelnemers geëvalueerd met de Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag–kinderrapportage die extern, emotioneel en lijngericht eetgedrag meet.

De resultaten lieten zien dat voor meisjes, maar niet voor jongens, meer lijngericht en extern eten aan het einde van de behandeling samenhang met meer gewichtstoename in het jaar

daarna. Voor meisjes noch jongens werd een statistisch significant verband gevonden tussen emotioneel eten aan het einde van de behandeling en gewichtsverandering in het jaar daarna.

Samengevat vonden we enkele potentieel belangrijke effecten gerelateerd aan zelfregulatie en behoud van gewichtsverlies die verder onderzoek rechtvaardigen, maar de factoren die de grote verschillen in lange termijn uitkomsten verklaren moeten nog verduidelijkt worden.

Naast het onderzoeken van determinanten van lange termijn gewichtsverandering, werd een exploratief onderzoek naar het concept voedselverslaving gedaan met 20 van de 120 deelnemers aan HELIOS. De *Yale Food Addiction Scale* voor kinderen (YFAS-C), een vragenlijst die de bijdrage van een verslavend proces aan problematisch eetgedrag en obesitas bij kinderen onderzoekt, werd voor HELIOS in het Nederlands vertaald.

De resultaten van dit onderzoek lieten zien dat op een individueel niveau voedselverslaving een bruikbaar concept kan zijn om verstoord eetgedrag te begrijpen en dat obese adolescenten met voedselverslaving mogelijk een subgroep van patiënten representeren die baat zou kunnen hebben bij interventies die hiermee rekening houden.

De resultaten beschreven in dit proefschrift illustreren dat, ondanks een toename van wetenschappelijke onderzoek, de kennis over en begrip van psychologische factoren die beïnvloeden hoe, wanneer, waarom en hoeveel mensen eten (of voeden) nog beperkt is.

De onderzochte aspecten van het generieke en eet-specifieke vermogen tot zelfregulatie aan het einde van de behandeling bleken slechts voor een klein deel verband te houden met lange termijn gewichtsverandering. Mogelijk zijn er andere, sterkere invloeden op eetgedrag die deze aspecten teniet doen. Voor het individuele kind kunnen er klinisch relevante factoren zijn geweest die we niet hebben gemeten, maar die wel grote invloed hadden op hun gedrag tijdens of na de behandeling. Zelfregulatie, in al zijn vormen, is een van vele factoren die het eetgedrag van mensen beïnvloeden. Tegelijkertijd worden individueel gedrag en gewicht beïnvloed door biologische factoren zoals erfelijkheid en door vaak krachtige omgevingsfactoren van socioculturele en economische aard en de fysieke omgeving.

Het goede nieuws is dat, ondanks het gebrek aan statistische significante bevindingen in de relatie tussen verschillende aspecten van zelfregulatie en gewichtsverandering na de behandeling, duurzame gedragsverandering mogelijk bleek. Dit wordt geïllustreerd door de lange termijn verbeteringen in gewichtsstatus en kwaliteit van leven.

## Samenvatting

Op basis van de gepresenteerde bevindingen en overwegingen, kunnen verschillende aanbevelingen worden gedaan.

Voor passende zorg zijn betere diagnostische instrumenten nodig zodat subgroepen van patiënten kunnen worden geïdentificeerd die op basis van hun 'patiëntprofiel' kan worden geadviseerd aan een bepaalde behandeling voor gewichtsbeheersing deel te nemen. Patiëntprofielen voor obesitas zouden gebaseerd moeten zijn op minimaal drie componenten: gewichtsgelateerd gezondheidsrisico, gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven en vermogen tot zelfmanagement. Daarnaast is het zinvol om meer onderzoek te doen naar andere psychosociale factoren die mogelijk een rol spelen bij behandelingsucces en die kunnen bijdragen aan een betere afstemming tussen patiënt en behandeling. De psychologische aspecten van zelfregulatie die in dit proefschrift zijn onderzocht zijn de moeite waard om verder te onderzoeken, bijvoorbeeld door te kijken naar hun onderlinge samenhang bij kinderen en adolescenten met ernstige obesitas.

Een andere belangrijke onderzoeksaanbeveling is het evalueren van de hele zorgketen van signalering en diagnostiek tot behandeling, terugvalpreventie en lange termijn begeleiding bij gedragsverandering en gewichtsbeheersing in de woonomgeving. De perspectieven van de patiënten zelf en hun ouders zouden bij een dergelijke evaluatie in ogenschouw genomen moeten worden.

Een aanbeveling voor beleidsmakers is dat de hele zorgketen voor obesitas, zoals beschreven in de Zorgstandaard Obesitas, vergoede zorg zou moeten zijn. Verder is het vanzelfsprekend belangrijk om zo goed als mogelijk te voorkomen dat kinderen (ernstige) obesitas ontwikkelen. Dit impliceert dat ketenzorg niet alleen voor de zwaarste groep beschikbaar is, maar ook voor hen met (een hoog risico op) obesitas. Het doel zou moeten zijn om beschikbare, toegankelijke, waar mogelijk lokale, passende, effectieve zorg te realiseren voor alle niveaus van overgewicht en obesitas, inclusief ernstige obesitas.

Daarnaast is voor een adequate aanpak van obesitas de ontwikkeling van strategieën voor de effectieve preventie van overgewicht en obesitas essentieel. Idealiter begint preventie al in de periode rond de conceptie, ten einde kinderen de beste start in het leven te geven wat betreft een gezonde leefstijl en omgeving. De eerste 1000 dagen in een kinderleven, geteld vanaf de conceptie, zijn van kritiek belang voor hun latere gezondheid.

Gezondheidszorgprofessionals zouden zich bewust moeten zijn van de betekenisvolle verbeteringen in gewichtsstatus, gezondheid en kwaliteit van leven die bereikt kunnen

worden met kinderen en adolescenten met ernstige obesitas op de korte en lange termijn, zoals aangetoond in HELIOS.

Concluderend: onderzoek, beleid en praktijk kunnen en moeten elkaar versterken bij het verbeteren van de zorg voor de kwetsbare groep van kinderen en adolescenten met ernstige obesitas en hun gezinnen.