

In obesogene maatschappij is overgewicht ook een zaak van artsen

# Obesitas is een ziekte

Evert Pronk

In een nieuwe multidisciplinaire richtlijn is afgesproken dat obesitas een chronische ziekte is. Dit heeft niet alleen consequenties voor de vergoeding van het behandelen van kinderen en volwassenen, maar ook voor de verantwoordelijkheid van artsen. 'Ieder kind moet op de weegschaal.'

**D**enkt u dat er een verband is tussen uw gezondheid en uw gewicht?' Deze zin komt uit een presentatie van huisarts Ton Dapper voor collega-huisartsen. Dapper, huisarts in Tienhoven, maakt deel uit van de werkgroep die de vorige week verschenen richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' opstelde. 'Wat ik met obesitas heb?', kaatst Dapper. 'Het refereert aan voeding, beweging, psychologie, de samenleving, et cetera. Het speelt een rol bij de kwaliteit van leven. Ik denk altijd, waarom

een pilletje erbij als dat met afvallen is te voorkomen? Een patiënt met diabetes en overgewicht kan vaak met minder insuline of minder medicijnen toe door gewicht kwijt te raken.'

Dapper erkent dat hij eigenlijk te laat is als een dikke patiënt al diabetes

heeft. 'Ook ik heb lang gedacht dat overgewicht alleen een cosmetisch probleem is. Maar als je de literatuur doorneemt, schrik je. Ik ga er tegenwoordig veel actiever mee om. De weegschaal is weer terug in mijn spreekkamer.' De vraag die Dapper zijn collega's voorschotelde, is dan ook bedoeld voor patiënten. 'Als de gelegenheid zich voordoet, vraag ik naar de relatie tussen gezondheid en gewicht. Als je dat zonder veroordeling doet, waardeert de patiënt

dat zeer. Zo probeer ik patiënten bewust te maken van de ernst van obesitas.'

'Obese patiënten weten dat ze te dik zijn, maar ze voelen zich niet ziek', voegt hoogleraar voeding en gezondheid Jaap Seidell (Vrije Universiteit) toe. 'Patiënten en zorgverleners zien vetzucht vaak als een karakterprobleem waarvoor mensen zelf verantwoordelijk zijn. Het belangrijkste van de richtlijn is dan ook de vaststelling dat obesitas een chronische ziekte is. Dat hadden we in Nederland nog niet besloten.'

## Buikvet

De definitie van obesitas luidt 'een chronische ziekte waarbij een zodanige overmatige vetstapeling in het lichaam bestaat dat dit aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's'. Even ter herinnering: er is sprake van matige obesitas bij een body-mass index (BMI) boven de 30, ernstige obesitas bij een BMI boven de 35 en zeer ernstige obesitas bij een BMI boven de 40. Omdat met name buikvet een verhoogd risico op comorbiditeit geeft, speelt ook de buikomvang een rol bij de diagnostiek. Voor vrouwen is de ondergrens een omtrek van 88 centimeter, voor mannen 102 centimeter. Een combinatie van BMI en buikomtrek geeft een indicatie voor het type behandeling (zie tabel). Uit cijfers van het CBS blijkt dat in 2006 51 procent van de mannen en 42 procent van de vrouwen overgewicht heeft (BMI boven 25). En 10 procent van de mannen en 13 procent van de vrouwen heeft een BMI boven de 30. In feite

*'De attitude van zorgverleners is een groot probleem'*

**Obesitasrisico en behandeling**

BMI (kg/m <sup>2</sup> )	buikomvang		comorbiditeit*
	< 102 cm (m) < 88 cm (v)	≥ 102 cm (m) ≥ 88 cm (v)	
25-30			
30-35			
35-40			
> 40			

algemene adviezen over leefstijl en gezonde voeding

gecombineerde leefstijlinterventies

gecombineerde leefstijlinterventies; overweeg medicatie\*\*

gecombineerde leefstijlinterventies; overweeg medicatie\*\*; overweeg chirurgie\*\*

\* diabetes mellitus type 2, hypertensie, cardiovasculaire aandoeningen, dyslipidemie, artrose en slaapapneu

\*\* deze interventies pas overwegen indien gewichtsverlies met gecombineerde leefstijlinterventies onvoldoende effectief blijkt na een jaar (< 5% gewichtsverlies)

Combinatie van leefstijlinterventies: dieet, lichamelijke activiteit en psychologische interventie, eventueel aangevuld met medicatie en/of chirurgie (afhankelijk van BMI, buikomvang en comorbiditeit). De intensiteit van de behandeling van volwassenen met overgewicht hangt af van het risico



beeld: Corbis

liggen de cijfers (waarschijnlijk 3%, blijkt uit onderzoek) hoger, omdat het CBS zich baseert op zelfrapportages. Ten opzichte van 1981 is het percentage mensen met obesitas meer dan verdubbeld (CBS 1981: mannen 4%, vrouwen 6%).

**Fatalisme**

Door obesitas als een ziekte te bestempelen, moet de urgentie bij artsen toenemen. 'De attitude van zorgverleners is een groot probleem', zegt Dapper. 'Er is sprake van fatalisme: de patiënt doet toch niet wat ik zeg. Maar dat geldt ook voor iemand met hypertensie.'

Seidell: 'Bij therapieontrouw bij andere chronische ziektes overweegt een dokter niet snel de behandeling te staken. Bij obesitas houden artsen het na een paar maanden vaak voor gezien als de patiënt afhaakt.'

Het label 'ziekte' doet niet alleen iets aan het gevoel van urgentie, maar kan ook van invloed zijn op de vergoeding van de behandeling. 'Het ziet er naar uit dat het College voor zorg-

verzekeringen de aanbevelingen uit de richtlijn overneemt', weet Seidell. 'Dat betekent dat de behandeling van kinderen en volwassenen met obesitas tot de verzekerde zorg behoort. CVZ neemt ook de rol van preventie onder de loep. Verzekerde zorg moet meer worden dan een Sonja-Bakkerpolis, waarbij verzekerden een kort dieet- en beweegprogramma mogen volgen. Dat heeft meestal maar een tijdelijk effect.'

**Gedragsverandering**

Afvallen is niet eenvoudig, blijkt uit de literatuur. Allerlei interventies leiden tot gewichtsverlies, maar bijna altijd komen mensen na verloop van tijd weer aan, zelfs na chirurgisch ingrijpen.

Volgens de richtlijn zijn de beste resultaten te verwachten met een combinatie van minder energie-inname, meer lichamelijke activiteit en eventueel psychologische interventies om gedragsverandering te bewerkstelligen. Dat geldt zowel voor volwassenen als voor kinderen.

## Tien vragen over de richtlijn Obesitas

1

### Waarom is er een nieuwe richtlijn?

Er was nog geen richtlijn.

2

### Welke beroepsgroepen hebben de richtlijn samengesteld?

Onder meer huisartsen, internisten, md-artsen, kinderartsen, jeugdartsen, sociaal-geneeskundigen, bedrijfsartsen, cardiologen, chirurgen, psychiaters, psychologen, fysiotherapeuten, diëtisten (verder zie [www.medischcontact.tv](http://www.medischcontact.tv) dossier obesitas).

3

### Zijn de patiënten vertegenwoordigd?

Ja, via de Nederlandse Obesitas Vereniging.

4

### Voor welke beroepsgroepen is de richtlijn mede relevant?

Alle beroepsgroepen die de richtlijn mee hebben opgesteld.

5

### Over welke patiënten gaat de richtlijn?

Volwassenen met obesitas of overgewicht met grote buikomvang en/of comorbiditeit; kinderen met obesitas.

6

### Wat is er nieuw aan de anamnese?

Naast de BMI, buikomvang en comorbiditeit moet er ook aandacht zijn voor eetgedrag, sociale omgeving, wil en motivatie om te veranderen, psychologische problemen en behoefte aan lotgenotencontact.

7

### Wat is er nieuw aan de diagnostiek?

Het gezondheidsrisico wordt niet alleen bepaald aan de hand van de BMI maar ook aan de buikomvang en/of aanwezigheid van comorbiditeit.

8

### Wat is er nieuw aan de verwijzing?

Er vindt altijd verwijzing plaats naar verschillende disciplines (diëtist, psycholoog of fysiotherapeut).

9

### Wat is er nieuw aan de behandeling?

Behandeling bestaat uit gecombineerde leefstijlinterventies. Medicijnen worden alleen ingezet als goed uitgevoerde leefstijlinterventies gedurende minstens een jaar falen en dan enkel ter ondersteuning van leefstijlverandering. Chirurgie alleen voor een beperkte groep en alleen als leefstijlinterventies aantoonbaar falen.

10

### Wat is er nieuw aan follow-up en nazorg?

Overgewicht is een chronische ziekte. Dat vraagt om lange-termijnbegeleiding en ondersteuning van leefstijlverandering om de kwaliteit van leven te verbeteren, en gewichtsverandering gevolgd door gewichtsbehoud.

Medicinale ondersteuning heeft een minder prominente plaats in de richtlijn. Pas als leefstijlinterventies na een jaar nauwelijks effect hebben (gewichtsverlies minder dan 5%), kan aanvullende medicatie worden overwogen. Reden voor deze gereserveerdheid zijn de bijwerkingen en de summere kennis over langetermijnresultaten. Naast orlistat (Xenical) en sibutramine (Reductil) noemt de richtlijn ook rimonabant, dat dit najaar door de Europese geneesmiddelenautoriteit EMEA van de markt is gehaald. Op dit punt is de richtlijn ingehaald door de actualiteit.

Voor kinderen wordt medicatie alleen in uitzonderlijke gevallen ter ondersteuning ingezet. In zijn algemeenheid raadt de richtlijn medicatie af.

Over chirurgie is de richtlijn ook behoudend. Bariatrische chirurgie is een optie bij een BMI hoger dan 40 of bij een BMI tussen 35 en 40 als dat samengaat met bijvoorbeeld diabetes mellitus type 2 of hoge bloeddruk. Behalve voor de superobes (BMI > 50) geldt als voorwaarde dat eerdere behandelingen niet succesvol waren. Verder moeten patiënten meewerken aan een langdurige follow-up en levenslang dagelijks vitaminepreparaten slikken. ‘De kwaliteit van leven is een punt van zorg bij bariatrische chirurgie’, licht Seidell toe. Als patiënten alleen nog maar kleine hapjes kunnen nemen, is eten met een gezelschap er vaak niet meer bij.

‘Dit geldt eigenlijk alleen voor de restrictieve vormen van chirurgie’, pareert gastro-intestinaal en bariatrisch chirurg Jan Willem Greve (Atrium Medisch Centrum Parkstad, Heerlen) die de richtlijn mee opstelde. ‘Na een *gastric bypass* en zeker na een biliopancreatische diversie kunnen patiënten vrijwel normale hoeveelheden eten. Er is redelijk wat literatuur over de kwaliteit van leven na bariatrische chirurgie. Die kwaliteit is in alle gevallen flink verbeterd.’

Voor kinderen is volgens de richtlijn een maagbandje of een maagverkleining geen optie. ‘Toch is er toenemend vraag naar chirurgie voor kinderen’, zegt Olga van der Baan, kinderarts bij het KBCZ-Heideheuvel waar zij kinderen met obesitas behandelt. ‘Ik heb pubers van meer dan 200 kilo onder behandeling. Ze anders leren leven, is niet altijd genoeg. Chirurgie kan een overweging zijn, maar alleen in gecontroleerde trials. Er moet goed onderzoek naar worden gedaan.’

‘De literatuur die er is, laat zien dat het veilig kan en effectief is bij kinderen’, vult chirurg Greve aan.

## Beslissers

Beslissers. Weet u wie of wat het zijn? Ik niet. In ieder geval wonen ze in grote huizen in mooie buitenplaatsen, zoveel is me duidelijk geworden uit een televisieoptreden van de burgemeester van Bloemendaal. Daarin legde hij namelijk trots uit dat zijn gemeente door een grote schare 'beslissers' wordt bevolkt. Deze bijzondere mensen, zo had de gemeente zojuist besloten, krijgen extra snel toegang tot de politie aangezien bij hen zo vaak wordt ingebroken. De verslaggever begreep blijkbaar ook wat de burgemeester met beslissers bedoelde, want hij vroeg niet om opheldering. Wel stelde hij de vraag, obliagaat zo kwam het me voor, waarom mensen die in kleine huizen wonen niet ook snel de politie konden waarschuwen. Het antwoord dat het immers om 'beslissers' ging, was voor de journalist blijkbaar meer dan afdoende, want hierop zweeg hij. Enig speurwerk heeft me inmiddels duidelijk gemaakt dat beslissers commercieel interessante mensen zijn, want het NRC Handelsblad geeft een nieuw kwartaal magazine uit, NRC Focus geheten, dat zich richt op 'diepgaande kwesties (...) die voor beslissers van belang zijn'. Zouden wij medici ook beslissers zijn? We nemen dagelijks vele beslissingen, soms zelfs van levensbelang. Toch heb ik het gevoel van niet, het gaat namelijk helemaal niet om mensen die beslissingen nemen. Volgens mij gaat het hier om een nieuwe versie van Gekko's *greed is good*, maar dan aangepast aan 21ste-eeuwse politieke correctheid. Beslissen is goed, ergo: mensen die beslissingen nemen, verdienen respect. Volgens mij hebben de bedenkers van de term iets over het hoofd gezien: het gaat niet om de beslissers, het zijn de besluiten die het verschil maken. En als ik de laatste maanden een beetje om me heen heb gekeken, heeft het aan de kwaliteit daarvan nogal eens geschort. Dat een dagblad voor deze mensen – wie ze ook zijn mogen – een focus schept, is hun goede (commerciële) recht; dat de overheid hun een voorkeursbehandeling geeft, lijkt me politiek en ethisch gezien een volstrekt verkeerde beslissing.

René Kahn,  
psychiater

### Kinderen

Kinderarts Van der Baan zit niet in de richtlijnwerkgroep, maar kent de literatuur goed. 'Het is droevig gesteld met de evidence van de behandelingen. Duidelijk is dat de effectiviteit gerelateerd is aan de duur. Daarom is het ook goed dat in de richtlijn staat dat een behandeling minstens een jaar moet duren. Maar wat terugval voorkomt, weten we niet. Obesitas is ook bij kinderen een chronische ziekte. Daar heb je zorgketens voor nodig.'

'De richtlijn laat zien welke aspecten van belang zijn om overgewicht tegen te gaan', reageert Seidell. 'Maar hoe we die langdurige multidisciplinaire aanpak in de praktijk moeten organiseren, is nog niet duidelijk. In het

Partnerschap Overgewicht Nederland, een samenwerkingsverband van zorgverleners, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en overheid, proberen we daarover afspraken

te maken. Er is een sneeuwbaaleffect gaande. Begin 2008 hadden alleen de diëtisten protocollen. Nu maken huisartsen, psychologen en chirurgen allemaal protocollen op basis van de richtlijn.'

### Hartproblemen

Kinderarts Van der Baan merkt wellicht het best hoe erg het is gesteld met obesitas. 'Van de vier miljoen kinderen in Nederland zijn er 120.000 obese. Twaalf- tot twintigduizend kinderen hebben morbide obesitas. Zij raken in een isolement en zullen veel zorg nodig hebben. Ik zie nu al kinderen met diabetes type 2. Die hebben risico op hartproblemen op hun 30ste.'

De obesogene maatschappij is volgens Van der Baan zeker deels schuldig aan de toename van obesitas. 'Schoolpleinen worden kleiner doordat overal portacabins worden geplaatst voor buitenschoolse opvang. Voor kinderen zijn er gezonde tussendoortjes, maar die bevatten soms 200 calorieën. Vind je het gek dat ze dikker worden. En we zien niet meer wat te dik is. De norm verschuift. Ieder kind met wie je als medicus in aanraking komt, moet je op de weegschaal zetten.'

'Eigen verantwoordelijkheid vergt een bepaalde redelijkheid', stoomt Van der Baan door. 'Sommigen hebben daarbij steun nodig. Dag in dag uit. Je kunt een sigaret laten liggen en alcohol laten staan, maar je kunt niet stoppen met eten. Ja, er is een eigen verantwoordelijkheid, maar dat is niet hetzelfde als eigen schuld.'

*'We zien niet meer  
wat te dik is'*



Op donderdag  
18 december is om  
21.00 uur op  
[www.medischcontact.tv](http://www.medischcontact.tv)  
een live-debat over de richtlijn  
Diagnostiek en behandeling  
van obesitas bij volwassenen  
en kinderen. Onder meer  
prof. Jaap Seidell en chirurg  
Jan Willem Greve doen mee.  
Samen met een e-learning  
telt het debat als naschooling.  
Meer informatie (over  
inschrijven en accreditatie)  
is te vinden via  
[www.medischcontact.tv](http://www.medischcontact.tv) met  
in het dossier Obesitas onder  
meer de complete richtlijn en  
een BMI-calculator.