



## OVERGEWICHTBELEID IS ONAANVAARDBAAR

*Overheid overschrijdt praktische en ethische grenzen van medische interventie*

Mensen met een uitzonderlijk hoog BMI lopen een groter risico op overlijden. Recent onderzoek toont echter aan dat het overlijdensrisico bij een normaal gewicht groter is dan bij overgewicht. Het is onaanvaardbaar om een hele bevolking bang te maken voor overgewicht.

R. PIETERMAN  
J.C. HANEKAMP  
J.M. BAAK

**H**et is van wezenlijk belang om onderscheid te maken tussen preventie en voorzorg. Daarbij gaat het om de mate waarin we over betrouwbare kennis beschikken en een adequate afweging van kosten en baten kunnen maken. Het rijksvaccinatieprogramma is misschien wel de effectiefste vorm van medische preventie. Het VROM-beleid tot bestrijding van legionella is daarentegen een van de sterkste voorbeelden van medische voorzorg.<sup>1</sup> Als voorkómen de vorm van voorzorg aanneemt, worden er belangrijke praktische en ethische grenzen overschreden, die mens en maatschappij ernstig schaden.

### RISICOCULTUUR

In de twintigste eeuw ontstond de risicocultuur: schade wordt als onvermijdelijk en acceptabel beschouwd voorzover adequate schadevergoeding kan plaatsvinden. Morele vragen over schuld voor individuele ongevallen worden hier grotendeels losgelaten ten behoeve van 'dader' en 'slachtoffer'. De verzorgingsstaat, met

zijn uitgebreide systemen van particuliere en publieke verzekeringen, is het resultaat van deze manier van denken.

In de risicocultuur spelen kosten en baten een cruciale rol. Voorwaarde is dat er betrouwbare gegevens over de totale verwachte schade én over de effecten van de voorgenomen preventieve maatregelen voorhanden zijn. Dit betekent wel dat een zekere mate van schade voor lief wordt genomen. Men erkent dat alle activiteiten nadelige effecten (kunnen) hebben en dat steeds moet worden afgewogen of de voordelen groter zijn dan de nadelen. Zolang de baten de kosten overtreffen, vinden de activiteiten doorgang, tenzij hetzelfde doel langs andere wegen kan worden bereikt, met een groter overschot aan baten. Zo beschouwd kan het oordeel over vaccinatieprogramma's niet anders dan uiterst positief zijn.

Aan het eind van de twintigste eeuw zien we de opkomst van een verzorgcultuur. Hierin staat niet het vergoeden van de schade centraal, maar juist het voorkomen ervan. Schade wordt als vermijdbaar gezien en dus is de cruciale taak niet het zorgen voor een adequaat verzekeringssysteem, maar een verzorgregime ter voorkoming van schade. In het overheidsbeleid dat hierop is gericht, staat daarom het verzorgbeginsel centraal.<sup>2,3</sup>

Kenmerkend voor de verzorgcultuur is dat steeds kleinere risico's (gepercipieerd dan wel feitelijk) op een steeds langere tijdschaal - we worden steeds ouder en leven in steeds grotere veiligheid en gezondheid - als onomkeerbaar en catastrofaal worden getypeerd. Deze paradoxale focus is in toenemende mate gekoppeld aan een cultuur van angst, getuige de grote aandacht voor terrorisme, maar ook aan een oneindige stroom van mogelijke gezondheidsrisico's.<sup>4</sup>

#### ONZEKERE UITKOMSTEN

Naarmate de risico's kleiner worden of in hoofdzaak theoretisch van aard zijn, rijzen er twee problemen voor het verzorgbeleid dat ertegen wordt ontwikkeld. Hoe meer onzekerheden onze kennis over oorzaken en gevolgen vertoont, hoe onduidelijker - als eerste probleem - het wordt of de gevreesde nadelen überhaupt zullen optreden. De relatie tussen beleid en uitkomst wordt steeds twijfelachtiger. Zulk beleid heeft dus onzekere uitkomsten (baten), maar kent - als tweede probleem - wel zekere en vaak hoge kosten.<sup>5</sup>

Wij vatten 'kosten' hier overigens niet slechts op in economische zin. Veelal worden kosten-batenanalyses afgedaan in termen van de (valse!) tegenstelling tussen gezondheid en economie. Wij pleiten voor een benadering waarin de gezondheidseffecten van (voorgenomen) beleid met elkaar worden vergeleken.<sup>6</sup> Immers, elk type volksgezondheidsbeleid wordt mede gekenmerkt door externe kosten. Verzorgbeleid echter negeert veelal deze externe kosten.

Gezien het bovenstaande loopt verzorgbeleid tegen wezenlijke grenzen van praktische en ethische aard aan. De eerste ethische vraag is of de interventies überhaupt gerechtvaardigd zijn. De tweede ethische vraag is of het niet beter is om schaarse middelen in te zetten voor beleid dat tastbare in plaats van speculatieve gezondheidswinst oplevert. Aan het eind van dit betoog laten wij zien dat deze ethische vragen over het beleid tegen overgewicht negatief moeten worden beantwoord.

#### PROSPECTIEVE EPIDEMIOLOGIE

De opkomst van verzorgbeleid ten aanzien van volksgezondheid is sterk gerelateerd aan het toenemende gebruik van epidemiologische onderzoeksresultaten. John Snow legde

de grondslag voor de epidemiologie, die nauw verwant is aan infectieziektebestrijding. Zijn aanwijzing van de waterpomp in Broad Street in 1854 als besmettingsbron voor cholera is nog steeds een voorbeeld van goed gebruik van epidemiologie. Eerst werd een verspreidingsstatistiek gemaakt, vervolgens de pomp afgesloten, daarna de invloed op het verloop van de ziekte gevolgd en ten slotte het causale verband vastgesteld. De hedendaagse epidemiologie is echter voor een groot deel ver verwijderd geraakt van deze solide basis.<sup>7</sup>

Met het baanbrekende onderzoek van Austin Bradford Hill en Richard Doll kreeg in de twintigste eeuw de prospectieve

## Niet te snel van statistische samenhang naar oorzakelijk verband

epidemiologie erkenning. Een cohort van ruim 40.000 artsen is vijftig jaar gevolgd<sup>8</sup> om de relatie tussen roken en longkanker te onderzoeken.<sup>9</sup> Deze studie gaf in de woorden van Hill in 1964 al het volgende beeld:

'(...) prospective inquiries into smoking have shown that the death rate from cancer of the lung in cigarette smokers is nine to ten times the rate in non-smokers and the rate in heavy cigarette smokers is twenty to thirty times as great.'<sup>10</sup>

Nooit meer is een dergelijk groot relatief risico vastgesteld. Deze enorme factor gaf voor dit onderzoek de doorslag: ook al is correlatie geen causatie en was er toen nog geen biologisch mechanisme ontdekt, dat moest er toch wel zijn. Hill ging met dit onderzoek de voorspellende weg op, maar hij stelde daarbij meteen criteria op die moesten voorkomen dat de logische misstap van statistische samenhang naar oorzakelijk verband niet te snel zou worden gezet.

#### VOORZORGCLAUSULE

Helaas moeten we constateren dat de British Medical Association in een recent rapport steeds een typische verzorgclausule toevoegt aan een aantal van de negen klassieke richtlijnen (de toevoegingen zijn cursief weergegeven):<sup>11</sup>

'Strong associations are more likely to be causal than weak ones. Weak associations are more likely to be explained by undetected biases. *However, this does not rule out the possibility of a weak association being causal.*

'The existence of a plausible mechanism strengthens the evidence for causality, *however, lack of such a mechanism may simply reflect limitations in the current state of knowledge.*

Deze aanvullingen betekenen dat ongeacht de zwakte en de inconsistenties van bepaalde correlaties en ongeacht het ontbreken van een plausibel mechanisme, de oorspronkelijke veronderstelling van een oorzakelijk verband overeind kan worden gehouden. Zoals de epidemioloog Knipschild in zijn afscheidsrede opmerkte: 'Ik krijg er langzaam een punthoofd van om uit te leggen wat er allemaal fout aan [epidemiologisch >>

<< onderzoek] is. Het wordt tijd dat er een nieuw artikel verschijnt dat er korte metten mee maakt, zoals eerder Alvan Feinstein deed in het blad Science. Wilt u nog weten hoe vaak dat artikel van Feinstein is geciteerd? Bijna 200 keer (...) met als hoofdreden dat horden epidemiologen van mindere allure hem in diskrediet probeerden te brengen.<sup>12</sup>

Knipschild verwijst vóór deze tirade impliciet naar de waarschuwing van Bradford Hill voor de relatieve-risicokwestie. Gezien de enorme databases waaruit de relatieve risico's worden berekend - soms met honderdduizenden mensen - is de gehanteerde toets voor statistische significantie volstrekt onaanvaardbaar.<sup>13</sup> Daarnaast geldt dat de kwaliteit van de gegevens in

## *Kleine relatieve risico's hooguit opvatten als aanwijzingen*

zulke databases veel twijfel oproept. Voor veel potentieel relevante factoren kan eenvoudigweg niet worden gecontroleerd. Gezien de grote bestanden en de zwakke significantietoets kunnen kleine relatieve risico's hooguit als 'aanwijzingen' worden opgevat. Bradford Hill noemde een relatief risico van minimaal 2 als ondergrens. Een advies dat onder andere het National Cancer Institute onderschrijft.<sup>14</sup>

Hoewel er mechanismen bekend zijn tussen gezondheid en (over)gewicht, zijn de geschetste tekortkomingen zonder meer van toepassing op de epidemiologische studies die een verband leggen tussen beide.

### HYPERBOOL

Het beleid waarmee de overheid momenteel overgewicht bestrijdt, moet vooral als indirect worden gekwalificeerd. Allerlei maatschappelijke instellingen worden geacht door middel van convenanten hun 'verantwoordelijkheid te nemen'. Intussen spreken bewindslieden deze organisaties en soms de burger rechtstreeks aan op de ernst van de situatie. Tijdens het Nederlands Congres Volksgezondheid op 14 april 2005 in Rotterdam stelde Hoogervorst bij monde van zijn directeur-generaal Volksgezondheid ir. J.L.M. de Goeij:<sup>15</sup> 'Ik vind namelijk dat er niet zoiets bestaat als een recht op ongezond leven.'<sup>16</sup> Dat klinkt misschien niet erg liberaal, maar ik vind dat je het niet kunt máken om er maar op los te leven en als je dan vervolgens ziek wordt, te verwachten dat je ongebreideld van onze gezondheidszorg kunt gebruikmaken.' Hij schetst de volgende problematische situatie: 'Uit onderzoeken blijkt dat ziekte in 30 tot 50 procent van de gevallen het gevolg is van een ongezonde leefstijl. Vooral overgewicht is een probleem. Inmiddels is al 40 procent van de volwassen Nederlanders te zwaar en 10 procent zelfs véél te zwaar. En ook een toenemend aantal kinderen is te dik (jongens: 13 procent, meisjes: 14 procent). Veel mensen

gaan dus achteloos om met hun gezondheid. Ze roken, eten te veel en te vet, drinken te veel alcohol en bewegen te weinig. Ze investeren in van alles, maar níét in hun eigen gezondheid.'

De nadruk in de toespraak én in latere publieke uitingen over dit onderwerp ligt vrijwel geheel op overgewicht. De Goeij stelde in de zomer van 2005: 'De epidemie [van toenemend overgewicht] heeft het karakter van een sluipmoordenaar. Als dit zo doorgaat, komt er voor het eerst in de geschiedenis een generatie die haar eigen kinderen overleeft.'<sup>17</sup>

Met deze uitspraak, in al zijn apocalyptische, absolute stelligheid, zegt De Goeij dat er de komende dertig jaar méér mensen van 30 tot 60 jaar overlijden dan van 60 tot 90 jaar. Ook verwacht hij meer doden in de leeftijd van 0 tot 30 dan in die van 30-60. Het is onvoorstelbaar dat iemand zich serieus bedient van zo'n groteske hyperbool.

### EXTREME AFWIJINGEN

Het statistisch verband tussen het gewicht van mensen en hun kans op overlijden bij extreme afwijkingen van 'de norm', bestaat inderdaad, zo laat epidemiologische onderzoek consistent zien. Gesproken wordt echter uitsluitend over de gevaren van overgewicht. Die boodschap deugt niet. Ten eerste zijn de risico's van overgewicht (een BMI van 25 tot 30) zeer klein en inconsistent. Het laatste gezaghebbende onderzoek<sup>18</sup> laat zelfs zien dat in alle gevallen de overlijdensrisico's van overgewicht *kleiner* zijn dan die van een normaal gewicht. Voor mensen tussen 25 en 60 jaar die nooit hebben gerookt, geldt dat een normaal gewicht een 50 procent groter overlijdensrisico geeft dan overgewicht. Voor deze categorie geldt zelfs dat obesitas (BMI van 30 tot 35) een kleiner overlijdensrisico geeft. Alleen een BMI boven de 35 geeft consistent een groter risico op overlijden dan een 'normaal' gewicht.

Gezondheidsrisico's zijn dus verbonden aan extreme afwijkingen van de norm. En dat geldt zowel naar boven als naar beneden. Over de gevaren van ondergewicht wordt echter ten onrechte geheel gezwegen in het actuele mediageweld. In

*Over de gevaren van ondergewicht wordt ten onrechte geheel gezwegen in het mediageweld.*

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

## SAMENVATTING

combinatie met het eerste punt is deze tweede ondeugdelijkheid een uiterst bedenkelijke omissie.

Verder is er het probleem van de zeer geringe relatieve risico's. Alleen bij een uitzonderlijk hoog BMI zien we relatieve risico's die aan de zwakke 'norm' van Bradford Hill voldoen ( $RR > 2$ ). Als we zouden eisen dat beleid moet zijn gebaseerd op relatieve risico's van groter dan drie, slaat het laatste onderzoek de bodem onder nagenoeg iedere beleidsinspanning weg.

Ook los van deze zwakke epidemiologische basis kan er kritiek op het beleid worden geleverd. Algemeen wordt onderkend dat gewicht in hoge mate genetisch is bepaald. Dat overgewicht wordt afgeschilderd als een kwestie van een foute levensstijl, is in dat licht niet alleen onterecht maar ook zeer kwalijk. De consensus is dat na enkele jaren ruim 90 procent van de mensen het 'oorspronkelijke' gewicht terug heeft.<sup>19</sup> In dit verband rijzen ten minste twee vragen: Is het niet beter om stabiel (te) zwaar te zijn dan om een voortdurend sterk schommelend gewicht te hebben? En: Hoe groot zijn de gezondheidsnadelen van de stress als gevolg van het niet (kunnen) voldoen aan de sociale, esthetische, medische en juridische 'normen' van een 'normaal' gewicht?

### EENZIJDIG ARGUMENT

Een steeds groter deel van de bevolking wordt zwaarder en het lijkt evident dat extreme obesitas consistent een iets groter risico op overlijden geeft. Maar dat mag geen aanleiding zijn om op basis van een eenzijdig argument de hele bevolking bang te maken voor overgewicht. Zeker niet als het laatste onderzoek aangeeft dat een normaal gewicht een groter overlijdensrisico kent. Het mag al helemaal geen reden zijn voor schoolartsen om zich nogal dwingend te mengen in de opvoeding van ouders aan hun kinderen met overgewicht. De praktische en ethische bezwaren die hieraan zijn verbonden, zijn kenmerkend voor het voorzorgbeleid in het algemeen. Reden genoeg voor een kritisch debat over de vraag of voorzorgbeleid in de gezondheidszorg thuishoort. ■

- De gezondheidszorg is van oudsher sterk gericht op kosteneffectieve interventies.
- Het is van belang onderscheid te maken tussen kosteneffectieve preventie en voorzorgbeleid.
- Voorzorgbeleid bestrijdt heel kleine of theoretische risico's en heeft dus uiterst onzekere baten, maar wel zekere en vaak hoge kosten.
- Zulk beleid komen we vaak tegen in relatie tot de gezondheidsrisico's van levensstijlen en omgevingsfactoren.
- De epidemiologie, die veelal aan dit beleid ten grondslag ligt, is een verzorgswetenschap geworden.
- Het beleid inzake overgewicht is een goed voorbeeld van interventies uit voorzorg die praktische en ethische grenzen overschrijden.

Hoort voorzorgbeleid in de gezondheidszorg thuis? Discussieer mee onderaan dit artikel via [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek). De literatuurlijst vindt u daar ook.



dr. R. Pieterman,  
universitair hoofddocent rechtssociologie, Erasmus Universiteit, Rotterdam: Erasmus Centrum voor Recht en Samenleving

dr. J.C. Hanekamp,  
directeur onderzoek Heidelberg Appeal Nederland (HAN), Zoetermeer

drs. J.M. Baak MD,  
huisarts te Kesteren

Correspondentieadres: [pieterman@frg.eur.nl](mailto:pieterman@frg.eur.nl)

## PRAKTIJKPERIKEL

### Vergeetachtig



Mevrouw en meneer De Oude komen op het spreekuur. Mevrouw heb ik twee maanden geleden verwezen naar het dagonderzoekcentrum van de afdeling Geriatrie in verband met diverse klachten, waaronder vergeetachtigheid (volgens de echtgenoot en de familie). Ze komen de uitslag bespreken.

Mevrouw vraagt mij om ook even haar bloeddruk te controleren, omdat de enalapril was gehalveerd. Op mijn

vraag of ze iets kan vertellen over het bezoek aan de geriater, zegt ze: 'Ik heb vasculaire dementie', waarop ik reageer met: 'Dat hebt u goed onthouden!' Het gesprek gaat verder over de andere klachten, een verwijzing naar de diëtiste en de herhaalmedicatie.

Als de echtgenoot en ik denken klaar te zijn (na ruim twintig minuten) en opstaan om afscheid te nemen, protesteert mevrouw: 'Dokter, u zou mijn bloeddruk nog meten!' Wie zijn hier nu vergeetachtig?

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).