

OBESITAS CHRONISCHE ZIEKTE

Overheid moet investeren in adequate behandeling

De overheid is zich bewust van de gevaren van obesitas en neemt preventieve maatregelen, voornamelijk gericht op lifestyle. Is dit ontorechte bemoeizucht, zoals sommigen vinden? Nee, het is eerder een gebrek aan daadkracht.

P.C. VAN DE MEEBERG
G.H. DE GROOT
C.E.M. BEVERLOO-HORSTHUIS

Onlangs verscheen in dit blad een artikel waarin het beleid van de overheid met betrekking tot overgewicht werd geheld.¹ Als belangrijkste argument voeren de auteurs aan dat blijkens recent onderzoek de levensverwachting van mensen met overgewicht niet beperkt en mogelijk zelfs verlengd zou zijn.² Daarnaast relativeren zij het risico van overgewicht aan de hand van een aantal gezaghebbende epidemiologische theorieën. De auteurs concluderen dat het huidige beleid van de overheid ten aanzien van overgewicht met onder meer voorlichtingscampagnes dan ook moet worden gekwalificeerd als ontorechte bangmakerij. Terloops geven zij aan dat het risico op morbiditeit en vroegtijdig overlijden wel verhoogd is bij patiënten met (ernstige) obesitas. De vraag of de overheid dan wel een rol heeft bij de aanpak en preventie van obesitas, laten zij onbeantwoord.

De auteurs van het artikel nemen een controversieel standpunt in. Zo is het niet moeilijk om literatuur te vinden waaruit blijkt dat niet alleen obesitas

maar ook overgewicht de levensverwachting beperkt.³

TERECHTE ZORGEN

Hoe zit het nu precies met de incidentie en de gevolgen van overgewicht en obesitas? Er zijn verschillende grote *population-based* cohortstudies verricht waaruit blijkt dat de incidentie van obesitas toeneemt. Onder jongeren in de Verenigde Staten en in Europa is er zelfs sprake van een exponentiële toename.

Ook de aan obesitas gerelateerde comorbiditeit neemt toe, zoals diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, en het metabool syndroom. Obesitas vormt daarnaast een risicofactor voor verschillende vormen van kanker, voor niet-alcoholische steatohepatitis, en voor tal van andere, minder bedreigende aandoeningen zoals galstenen, klachten aan het bewegingsapparaat en psychisch lijden.

Uit het gegeven dat de levensverwachting van patiënten met overgewicht niet verminderd zou zijn, mag niet zonder meer worden geconcludeerd dat het dus wel zal meevallen met het risico. Het kan immers ook zo zijn dat we door de verbeterde zorg steeds vaker in staat

Niet meer je eigen veters kunnen strikken

zijn om de gevolgen van overgewicht te behandelen. Misschien geldt ook voor alcoholisten en rokers dat de levensverwachting is toegenomen, maar dat doet niets af aan het risico van overmatig alcoholgebruik of roken. Voor obesitas is aangetoond dat de levensverwachting van een niet-rokende 40-jarige vrouw met 7,1 jaar en van een niet-rokende 40-jarige man met 5,8 jaar is verminderd.³

De overheid maakt zich dan ook terecht zorgen over de toename van obesitas in de samenleving. Niet alleen zorgt

de aandoening voor een toename van de kosten van de gezondheidszorg, ook zijn mensen met obesitas minder inzetbaar in het arbeidsproces en vertonen zij significant meer arbeidsverzuim. Deze twee aspecten zijn in de VS berekend op een jaarlijkse kostenpost van 100 miljard dollar.⁴

Wie de overheid bemoeizucht verwijt, gaat naar onze mening iets te gemakkelijk voorbij aan een belangrijk aspect van obesitas, namelijk het verlies van kwaliteit van leven. Het niet meer je eigen veters kunnen strikken, je eigen billen afvegen of met je kinderen naar het zwembad gaan, vormt vaak een kwelling. Men voelt zich minderwaardig en lelijk, en durft geen relaties meer aan te gaan.

In een samenleving waarin de norm langzaam naar steeds makkelijker voedsel en steeds grotere porties, mag de overheid best waarschuwen en de mensen een spiegel voorhouden. Een overheid die waakt over het welzijn van haar burgers, zal actief beleid voeren op scholen en consultatiebureaus of via een voorlichtingscampagne. Alle mensen met obesitas hadden immers eerst 'slechts' overgewicht. Juist in die fase moeten mensen bewust worden gemaakt van het risico op verdere gewichtstoename, want de weg terug is moeilijk.

Waarschuwen alleen is echter niet genoeg.

OORZAKEN

Obesitas is een multifactorieel bepaalde aandoening die door de WHO als ziekte is erkend.⁵

De campagne van de overheid is nu volledig gericht op lifestyle, maar dat is slechts één aspect van deze ziekte.

Zo is in veel gevallen sprake van genetische predispositie en zijn er al heel wat genen geïdentificeerd die bij het ontstaan van overgewicht een rol spelen. Waarom kan de ene mens alles eten en nooit dik worden terwijl de andere zelfs op een streng dieet niet afvalt? Waarom heeft de een aan twee boterhammen genoeg en kan de ander eindeloos door-

eten? Hieraan liggen genetische en biochemische processen ten grondslag en die vormen ook de basis van bijvoorbeeld eetlustremmende medicatie.

Ook sociale en culturele aspecten zoals de rol van voedsel in een gezin zijn belangrijk (als er niks op tafel staat, is het niet gezellig), en vormen iemands denken over eten al op kinderleeftijd. Gedragsproblemen komen veelvuldig voor. Iemand vlucht bij stress, verdriet of eenzaamheid soms in eten. Achter eten als troost of beloning gaan vaak diepliggende problemen schuil die kunnen terugvoeren naar trauma's en onverwerkte processen uit de jeugd of die te maken hebben met een minderwaardigheidscomplex.

Uiteraard wordt bij obesitas meestal een verkeerd eetpatroon herkend, maar het corrigeren hiervan kan soms erg lastig zijn. De meeste zwaarlijvigen zijn al meerdere keren succesvol afgevallen in hun leven maar als het steeds weer misgaat, neemt de frustratie toe en verdwijnt de moed om het nog een keer te proberen.

Het gebrek aan beweging ten slotte is symptomatisch voor onze geautomatiseerde samenleving. Meer sporten en meer lopen en fietsen is uiteraard het devies, maar voor veel zwaarlijvigen is dat een gepasseerd station. De drempel om een sportschool of een zwembad binnen te stappen is vaak te hoog of er zijn allerlei lichamelijke bezwaren.

ONRECHTVAARDIG

Het feit dat de overheid obesitas niet kwalificeert als een ziekte, is onterecht en leidt ook tot sociale onrechtvaardigheid.

Een alcoholist met alcoholische hepatitis zal regelmatig worden opgenomen, intensieve begeleiding krijgen van therapeuten en worden behandeld met Refusal. Alles door de overheid betaald. Een obesitaspatiënt die zonder het te weten een niet-alcoholische steatohepatitis heeft ontwikkeld, kan slechts beperkt een beroep doen op een diëtist en moet uit eigen middelen alles doen om af te vallen. Uiteindelijk zullen beide patiënten misschien overlijden aan levercirrose. Het verschil is dat de eerste patiënt verslaafd was aan alcohol en bij herhaling een beroep kon doen op de gezondheidszorg, terwijl de tweede verslaafd was aan eten maar niet in aanmerking kwam voor een adequate behandeling hiervan.

Diabetologen en cardiologen zien dagelijks patiënten met overgewicht en

BEELD: CORRIJS, ZEFA



Bij veel obesitaspatiënten is sprake van genetische dispositie, maar ook sociale en culturele patronen spelen een rol

of een metabool syndroom. Allerlei dure medicatie wordt gewoon vergoed en ook mag de patiënt per jaar vijf keer naar de diëtiste. Maar men richt zich niet op een langdurige of zelfs blijvende verandering van het eet- en leefpatroon. Daarvoor zijn langetermijnprogramma's nodig. Helaas kan dit soort projecten alleen tot stand komen dankzij de goedwillendheid van een zorgverzekeraar. En dat is gek, want bekend is dat een ogenschijnlijk geringe reductie in het gewicht van 10 procent leidt tot een significante risicoreductie. Bovendien zijn met name bij diabetes de kosten van een dergelijk programma binnen twee jaar terug te verdienen door een enorme besparing op dure insulines.

De overheid waarschuwt ons voor de risico's van obesitas maar legt de verantwoordelijkheid om hier iets aan te doen volledig bij de mensen zelf, hierbij vergetend dat obesitas een ziekte is, een chronische zelfs.

PROGRAMMA

In de Nederlandse Obesitas Kliniek in Hilversum is een programma ontwikkeld om een langdurende verandering van het eetpatroon te bewerkstelligen. Er komen hier jaarlijks duizend nieuwe patiënten met morbide obesitas (body-mass index (BMI) >40 of >35 plus comorbiditeit). De behandeling kan 'conservatief' of operatief zijn.

De conservatieve benadering houdt in dat patiënten gedurende 66 weken

worden behandeld door een team bestaande uit een arts, een diëtiste, een psycholoog, een sporttherapeut en een zorgcoördinator. Het is een zeer intensief traject. De eerste 22 weken zijn gericht op gewichtsreductie. Daarna is alles gericht op stabilisatie van het gewicht. Alleen met een zeer intensieve en langdurige begeleiding blijkt het mogelijk om de gedragsveranderingen te realiseren die nodig zijn voor een goed langetermijnresultaat. Het gemiddelde resultaat van deze behandeling is een gewichtsreductie van 15 procent.

Slechts een aantal zorgverzekeraars vergoedt deze behandeling (kosten: 3700 euro). Na de behandeling wordt de patiënt weer aan zijn lot overgelaten of nog een jaar begeleid op minder intensieve basis. Het is onvermijdelijk dat een aantal patiënten terugvalt in het oude eetpatroon. Om dit te voorkomen zou een nog veel langere begeleiding noodzakelijk zijn, maar dat is door de meeste patiënten simpelweg niet op te brengen. Patiënten die voldoen aan de IFSO-criteria (obesitas >5 jaar, BMI >40 of >35 plus comorbiditeit en leeftijd >18 en <60) komen in aanmerking voor de operatieve behandeling. Het gaat hier om patiënten bij wie een operatie kan worden gezien als een 'last resort' en bij wie psychopathologie (inclusief eetstoornissen) is uitgesloten. Een aantal zorgverzekeraars vergoedt deze behandeling inclusief de noodzakelijke nazorg mits aan strenge selectievoorwaarden wordt voldaan. >>

<< Ter ondersteuning van een dieet of multidisciplinaire behandeling kan worden gebruikgemaakt van medicatie als orlistat (Xenical), dat de absorptie van vetten remt, of eetlustremmers zoals sibutramine (Reductil), en het binnenkort te registreren rimonabant. Hiermee zijn evidence-based resultaten geboekt, waarbij rimonabant naast een verminderde eetlust ook nog een direct gunstig profiel blijkt te hebben op het lipidenmetabolisme.⁶ Dit soort medicatie wordt echter niet vergoed; voor een blijvend effect zal het langdurig moeten worden ingenomen.

SERIEUS

Als de overheid obesitas niet alleen als een serieus probleem wil zien, maar er ook serieus iets aan wil doen, moet zij zeker preventieve maatregelen nemen zoals extra aandacht op scholen en consultatiebureaus, meer speelruimte in de wijken, minder ongezonde voeding in scholen, subsidie aan sportverenigingen, en ja, ook televisiecampagnes. Maar zij moet ook investeren in een goede behandeling door effectieve programma's en ondersteunende medicatie te vergoeden. Daar mogen best strenge voorwaarden aan worden verbonden, zoals selectiecriteria en inspanningsverplichtingen van zowel de patiënt (bijvoorbeeld door

Niet behandelen is sociaal onrechtvaardig

middel van presentielijsten en een terugbetaalregeling) als de behandelcentra (rapportage van resultaten).

In de VS erkent het federale Medicareprogramma obesitas sinds 2004 als ziekte en worden verschillende behandelmodaliteiten sindsdien onder voorwaarden aangeboden. De Nederlandse overheid zou dat voorbeeld moeten volgen.

SAMENVATTING

- *Obesitas is een multifactoriële aandoening, leidend tot veel morbiditeit en een verhoogde mortaliteit, waarvan de incidentie snel stijgt.*
- *De overheid zou obesitas, in navolging van de WHO en de Amerikaanse overheid, moeten erkennen als ziekte en investeren in de behandeling ervan.*
- *Behandeling van obesitas leidt tot gezondheidswinst, een toename van kwaliteit van leven en een verhoogde arbeidsparticipatie, en dient dan ook beschikbaar te worden gesteld aan geselecteerde patiënten.*
- *Het op dit moment ontbreken van een vergoedingsstructuur voor de behandeling van obesitas is, zeker in vergelijking met behandelingen van andere chronisch zieken, sociaal onrechtvaardig.*

Meer MC-artikelen over obesitas vindt u via onze website:
www.medischcontact.nl/dezeweek

Op die manier komt er een einde aan een tijdperk van sociale onrechtvaardigheid want ook de obese patiënt heeft een chronische aandoening en heeft recht op een adequate behandeling. Dan ook kunnen dokters beginnen het probleem te behandelen in plaats van de symptomen te bestrijden. ■

dr. P.C. van de Meeberg,
mdl-arts

dr. G.H. de Groot,
internist, mdl-arts

mw. C.E.M. Beverloo-Horsthuis,
manager

directie Nederlandse Obesitas Kliniek Hilversum

Correspondentieadres: p-meeberg@zonnet.nl

Belangenverstrengeling: Auteurs vormen de directie van de Nederlandse Obesitas Kliniek

VELDWERK

Sprong in het diepe



Langzamerhand beginnen mijn jaargenoten af te studeren. Nog even en ik ben

aan de beurt. Dat brengt stress met zich mee. Want er moet nog zo veel worden geregeld: stufi opzeggen, uitschrijven van de universiteit, BIG-registratie en natuurlijk solliciteren.

Een erg spannende periode dus. Dat merk je goed: het is hét onderwerp van gesprek. 'Goh, ben jij al aan het solliciteren?' en 'Weet je al wat je gaat doen?' Eigenlijk raar. Toen ik aan mijn co-schappen begon, had ik nog geen idee waarin ik me wilde specialiseren. 'Dat komt wel tijdens mijn co-schappen', dacht ik. Gelukkig heb ik mijn roeping gevonden: dermatologie. Maar voor velen is dat niet zo. 'Een jaartje poortarts', is dan vaak het antwoord. Ook als je je roeping wel hebt gevonden, is er enorme onzekerheid. Ineens duiken overal 'concurrenten' op, jaargenootjes die ook dezelfde kant op willen. En zoveel opleidingsplekken zijn er niet. Strijd en stress dus.

Want wat als het me niet in één keer lukt? Ik ben altijd erg slecht geweest in back-up plannen, zo ook deze keer. Ik heb namelijk geen flauw idee wat ik anders zou moeten. Promoveren? Of ook maar een jaartje poortarts?

Het lijkt nog zo kort geleden dat ik met hetzelfde probleem worstelde. Toen was het: 'Wat moet ik gaan doen als ik niet word ingeloot voor geneeskunde?' Gelukkig is dat in één keer goed gekomen en kon ik de sprong in het diepe 'geneeskundebad' maken. Maar nu? Mag ik weer in één keer springen of moet ik nog een tijdje wachten aan de kant? ■

Mysterico

de co-assistent

Literatuur

1. Pieterman R, Hanekamp JC, Baak JM. Overgewichtbeleid is onaanvaardbaar. Overheid overschrijdt praktische en ethische grenzen van medische interventie. *Medisch Contact* 2005; 60 (48): 1944-7.
2. Flegal KM, Graubard BI et al. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA* 2005; 293: 1861-7.
3. Peeters A, Barendregt JJ et al. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann Intern Med* 2003; 138: 24-32.
4. Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic costs of obesity in the United States. *Obes Res* 1998; 6: 97-106.
5. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity, Geneva, 3-5 June 1997. Genève: WHO; 1998. P. 1-276.
6. Després J-P, Golay A et al. Effects of Rimonabant on metabolic risk factors in overweight patients with dyslipidemia. *N Eng J Med* 2005; 353: 2121-34.