
Samenvatting

Met dit advies voldoet de Gezondheidsraad aan het verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een inventarisatie op te stellen van nieuwe inzichten en te verwachten wetenschappelijke doorbraken op het gebied van preventie en behandeling van overgewicht en obesitas.

Epidemie

Wereldwijd heeft de prevalentie van overgewicht en obesitas* epidemische vormen aangenomen. Ook in Nederland neemt het aantal mensen met overgewicht en obesitas (prevalentie) gestaag toe. Deze toename is vergelijkbaar met die in andere Europese landen, maar minder hoog dan bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk en Duitsland. Gemiddeld heeft 40% van de volwassen Nederlanders een te hoog lichaamsgewicht; 10% van de volwassen bevolking is obees. Naar schatting heeft 1-1,5% van de volwassenen morbide obesitas.

De omvang van de overgewichtepidemie wordt ook duidelijk uit de toegenomen prevalentie van overgewicht op de kinderleeftijd. In Nederland is er gemiddeld genomen bij 13 % van de jongens en 14% van de meisjes sprake van overgewicht. De prevalentie lijkt het sterkst te zijn gestegen bij jonge kinderen vanaf drie jaar. Indien deze ontwikke-

* Volgens de WHO-definitie is er bij volwassenen sprake van obesitas (ernstig overgewicht) bij een BMI van 30 kg/m² of meer. Een BMI-waarde tussen 25 en 30 kg/m² wordt aangemerkt als overgewicht. De BMI (Body Mass Index) is gedefinieerd als het lichaamsgewicht (in kg) gedeeld door het kwadraat van de lichaamslengte (in m).

ling zich voortzet zal in 2015 naar schatting 15-20% van de volwassenen in Nederland obees zijn.

Overgewicht en obesitas komen vaker voor in bevolkingsgroepen met een laag opleidingsniveau en bij bevolkingsgroepen van Turkse en Marokkaanse afkomst.

Gezondheidsrisico's

De gezondheidsrisico's van obesitas zijn goed gedocumenteerd, die van matig overgewicht veel minder. Een van de eerste consequenties van gewichtstoename is insulineresistentie, waarbij de normale werking van insuline is verstoord. Insulineresistentie speelt een sleutelrol bij de ontwikkeling van het zogenoemde metabool syndroom. Dit syndroom wordt gekenmerkt door diverse, onderling met elkaar samenhangende, metabole afwijkingen, zoals insulineresistentie, dislipidemie*, hypertensie, abdominale obesitas. Deze afwijkingen liggen op hun beurt ten grondslag aan de ontwikkeling van onder meer diabetes mellitus type 2 (ouderdomsdiabetes) en complicaties daarvan.

Andere gezondheidsrisico's die samenhangen met overgewicht en obesitas zijn: hart- en vaatziekten, verschillende vormen van kanker, galziekten, artrose, ademhalingsproblemen, jicht, infertiliteit, menstruatiestoornissen en foetale defecten. Naarmate het overgewicht toeneemt, wordt het risico van deze comorbiditeit groter.

Van deze gezondheidsrisico's is vooral de toegenomen prevalentie van glucose-intolerantie en diabetes mellitus type 2—in de Verenigde Staten ook al op de kindereleeftijd— zorgwekkend. Obesitas brengt daarnaast ook vaak psychische en sociale problemen en verminderde kwaliteit van leven met zich mee. De met obesitas—en in mindere mate met overgewicht— gepaard gaande morbiditeit leidt tot veel (medicamenteuze) behandelingen en resulteert in meer arbeidsongeschiktheid en verhoogde kosten van de gezondheidszorg.

Bewegingsarmoede en overconsumptie

Een kleine positieve energiebalans leidt over langere perioden tot grote veranderingen in lichaamsgewicht. Dit betekent dat overgewicht gemakkelijk kan ontstaan door een relatief gering surplus aan energie-inneming ten opzicht van het energiegebruik. Uit de landelijke voedselconsumptiepeilingen blijkt dat in Nederland de gemiddelde energie-inneming in de periode 1987/1988 tot 1997/1998 is gedaald. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de hoeveelheid dagelijkse lichamelijke activiteit in de afgelopen decennia sterk is verminderd. De dagelijkse lichamelijke activiteit moet echter sterker afgenomen zijn dan de energie-inneming, gezien de toegenomen prevalentie van overgewicht. Het

* Laag HDL-serumcholesterol, hoog serumtriglyceriden, hoog LDL-serumcholesterol.

is daarom aannemelijk dat de gestegen prevalentie van overgewicht en obesitas moet worden toegeschreven aan een toenemende bewegingsarmoede, in combinatie met een relatieve overconsumptie.

Voor de preventie van overgewicht is het primair van belang dat de inneming en het gebruik van energie op elkaar worden afgestemd. De kans op overconsumptie is groter bij een vetrijke dan bij een vetarme voeding. Ook de typen koolhydraten zijn van belang, al is de precieze invloed op de regulering van de energiebalans nog onvoldoende duidelijk. Wel zijn er sterke aanwijzingen dat energierijke (fris)dranken, door toevoeging van suiker gemakkelijk onbewust kunnen leiden tot een positieve energiebalans. In epidemiologisch onderzoek wordt daarnaast een duidelijk verband gevonden tussen het risico van overgewicht en het gebruik van een vezelarme voeding.

Diverse andere voedingsfactoren kunnen eveneens de energie-inneming beïnvloeden, zoals de energiedichtheid van de voeding, de portiegrootte en de maaltijdfrequentie (vooral snackgedrag). Voor het handhaven van de energiebalans biedt een voeding met een lage energiedichtheid, dus met veel groenten, fruit en graanproducten de beste kansen.

Voor de preventie van de toename van het lichaamsgewicht lijkt dagelijks matige inspanning belangrijker te zijn dan een eenmalige piekbelasting. Activiteiten met een matige inspanning kunnen langer worden volgehouden en resulteren in een relatief hogere vetoxidatie.

De huidige aanbeveling van minimaal een half uur matige inspanning op tenminste vijf, maar bij voorkeur op alle dagen per week lijkt onvoldoende te zijn om gewichtstoename in de algemene bevolking te voorkómen. De commissie meent dat hiervoor dagelijks tenminste een uur matige lichamelijke activiteit nodig is. Deze hoeveelheid is waarschijnlijk ook voldoende om te voorkomen dat bij volwassenen matig overgewicht overgaat in obesitas.

Andere oorzaken

Genetische factoren spelen een rol bij het ontstaan van overgewicht en obesitas. Toch lijkt de invloed van omgevingsfactoren van doorslaggevende betekenis te zijn. De genen die verantwoordelijk zijn voor de gevoeligheid voor de ontwikkeling van overgewicht zijn nog grotendeels onbekend. Dit geldt ook voor de rol van interacties tussen genen en tussen genen en leefstijlfactoren.

Er is nog weinig gericht onderzoek gedaan naar de invloed van specifieke gedragsdeterminanten en omgevingsfactoren die ten grondslag liggen aan het risicogedrag voor de

ontwikkeling van overgewicht (overconsumptie en inactieve leefstijl). Voor voedingsgedrag is vastgesteld dat voedselvoorkeuren vaak op jonge leeftijd worden aangeleerd en dat voorkeuren voor energierijk voedsel gemakkelijk worden aangeleerd. Daarnaast is voor zowel voedingsgedrag als lichamelijke activiteit aangetoond dat veel mensen zich er niet van bewust zijn hoeveel zij eten en hoe weinig zij bewegen. Voldoende bewustwording van het eigen voedings- en beweeggedrag is dan ook een noodzakelijke eerste stap voor gedragsverandering. Ook ouder-kind interacties, voorbeeldgedrag van de ouders en opvoedingsregels zijn belangrijke factoren die een rol spelen bij het ontstaan van overgewicht bij kinderen.

Er zijn sterke aanwijzingen dat diverse fysieke, economische en sociaal-culturele factoren —de zogenoemde obesogene omgeving— mensen stimuleren om veel te eten en weinig te bewegen. In diverse onderzoeken is bijvoorbeeld een verband gevonden tussen het aantal uren televisiekijken en de ontwikkeling van overgewicht bij kinderen. De hogere obesitasprevalentie in bevolkingsgroepen met een lage sociaal-economische status hangt voor een belangrijk deel samen met omgevingsfactoren die gezond gedrag in de weg staan.

Effectieve preventieve interventiestrategieën

Er zijn nog geen interventiestrategieën bekend die effectief gewichtstijging kunnen voorkómen. Wel zijn resultaten van enkele korte-termijninterventies op scholen in het buitenland gerapporteerd, die een klein positief effect laten zien op de prevalentie van overgewicht bij kinderen. Of dit effect op de lange termijn wordt gehandhaafd is echter niet bekend. De effectiviteit van interventies gericht op omgevingsfactoren (in de sfeer van ondermeer de woningbouw, transportsystemen, onderwijs, prijs- en fiscale maatregelen en voedingsmiddelenaanbod) is eveneens onvoldoende onderzocht om er een oordeel over te kunnen geven.

Er is nog nauwelijks systematisch onderzoek gedaan naar de effectiviteit van preventieve interventies volgens de moderne opvatting van gezondheidsbevordering. Deze gaat uit van een combinatie van interventies op het terrein van voorlichting, regelgeving en omgevingsfactoren. Volgens deze opvatting moeten de interventies worden afgestemd op de specifieke gedragsdeterminanten en omgevingsfactoren die ten grondslag liggen aan het risicogedrag. De interventies moeten erop gericht zijn zowel de gebruikelijke dagelijkse lichamelijke activiteit te verhogen als de energie-inneming te verminderen. Voor de ontwikkeling en implementatie van dergelijke interventieprogramma's is een brede coalitie van actoren noodzakelijk, waarbij de lokale en nationale overheden, bedrijfsleven, gezondheidszorg en de bevolking iedereen eigen verantwoordelijkheid dragen.

Behandeling

Volgens internationale richtlijnen moet de behandeling van obesitas in eerste instantie gericht zijn op een blijvend gewichtverlies van ongeveer 10%. Met dit relatief geringe gewichtsverlies kan al een belangrijke gezondheidswinst worden behaald. Het is van groot belang dat ook in ons land een behandelingsprotocol wordt opgesteld voor de betrokken beroepsgroepen in de gezondheidszorg.

Afhankelijk van de mate van overgewicht en de aanwezigheid van comorbiditeit kan gekozen worden voor een geïntegreerde benadering, gericht op verandering van zowel gedrag (dieettherapie, bewegingsprogramma en/of behandeling door gedragstherapeunt) als van cognities. Deze behandeling kan al dan niet worden gecombineerd met farmacologische of chirurgische therapie. Bij kinderen met obesitas lijkt gedragstherapie in groepen, waarbij ook de ouders betrokken worden, de enige effectieve strategie.

Op basis van strenge selectiecriteria komen personen met extreme obesitas in aanmerking voor medicamenteuze of chirurgische behandeling. Bij extreme obesitas kan chirurgische behandeling voor een deel van de patiënten uitkomst bieden. Beide behandelingsstrategieën moeten worden toegepast in combinatie met een gewichtsbeheersingsprogramma. Zowel over medicamenteuze behandeling als over chirurgische behandeling is positief gerapporteerd, afgaande op gewichtsverlies, en verbetering van gezondheidsrisicofactoren en kwaliteit van leven. Lange-termijnresultaten zijn alleen beschikbaar van chirurgische behandeling.

Het belangrijkste probleem bij de huidige obesitasbehandeling is dat een bereikt gewichtsverlies meestal niet blijvend is. Stoppen van de behandeling doet het effect weer teniet. Dit is geen teken dat obesitas onbehandelbaar zou zijn, maar wijst er eerder op dat de therapie effectief was en niet lang genoeg is voortgezet. Onderzoek naar de effectiviteit van langer durende behandeling (langer dan twee jaar) is nog nauwelijks gedaan, al zijn er wel voorbeelden van onderzoeken waarbij blijvend gewichtsverlies gedurende meerdere jaren is vastgesteld.

Hoewel het behandelingsperspectief van obese patiënten de laatste jaren is verbeterd, moet worden aangetekend dat de behaalde positieve resultaten slechts gelden voor een beperkte groep van patiënten en zolang de behandeling duurt.

Verder onderzoek

Diverse lopende onderzoeksprojecten kunnen in de toekomst mogelijk belangrijke informatie opleveren voor de preventie en behandeling van overgewicht en obesitas. Gezien de complexiteit en de ernst van de obesitasproblematiek is echter nog op veel deelterreinen verder onderzoek noodzakelijk.

De commissie verwacht dat de kennis over effectieve preventie en behandeling van overgewicht en obesitas eerder stapsgewijs zal toenemen dan dat er sprake zal zijn van wetenschappelijke doorbraken op de korte termijn.