

# ZORG VOOR OBESITAS

M.C. van Spanje, drs. S.A.A. Kruizinga\*

In Nederland is, volgens de huidige BMI (kg/m<sup>2</sup>) standaarden, bijna de helft van de bevolking te zwaar (BMI>25). Bij ruim 10% is er sprake van ernstig overgewicht, obesitas (BMI>30) en bij één tot twee procent van de bevolking kan men spreken van morbide obesitas (BMI>40). Dat is een verdubbeling in 25 jaar tijd en deze trend lijkt voorlopig nog niet te stoppen. Er is sprake van een groeiend en uitdijend probleem, niet alleen komen er steeds meer dikke mensen, de dikke mensen worden bovendien steeds dikker. De WHO (World Health Organisation) spreekt van een epidemie die voor deze generatie een ongekend gezondheidsprobleem gaat vormen. Door de hardnekkigheid en gezondheidsgevaaren waarmee ernstig obesitas gepaard gaat heeft de WHO obesitas als chronische ziekte erkend.

## ONTSTAAN

De opvattingen in de maatschappij over het ontstaan van obesitas zijn erg simplistisch en stagneren de nodige vooruitgang in de regelgeving, verzekerings- en behandelpraktijken. Te vaak wordt obesitas nog afgeschilderd als een probleem van enkel te veel eten en te weinig bewegen. Eigen schuld, dikke bult! Mensen met ernstig overgewicht worden lui en dom gevonden, volgens de gemiddelde Nederlander wijst obesitas op een gebrekkig doorzettingsvermogen en is het geheel te wijten aan falende eigen verantwoordelijkheid. Nu kan dit voor een aantal individuele gevallen opgaan, maar op populatieniveau bewijzen steeds meer wetenschappelijke onderzoeken dat er meer nuance vereist is om deze op gang zijnde epidemie te verklaren en dat het gerechtvaardigd is om mensen met morbide obesitas als ernstig en chronisch ziek te beschouwen en in die context te behandelen. Nederlanders zijn de afgelopen decennia minder calorieën gaan eten en ondanks de toename in tv-uren, het moderne verplaatspatroon en de mechanisatie van het huishouden, zijn we juist meer gaan sporten. Ruim 80% van ons energieverbruik is echter helemaal niet aan inspanning toe te schrijven, maar aan de stofwisseling, de hartslag en bijvoorbeeld het constant houden van de lichaamstemperatuur. Het permanente verblijf in een thermoneutrale omgeving met de komst van airconditioning en centrale verwarming is één uit talloze factoren welke dagelijks een

belangrijke bijdrage levert aan het ontstaan van obesitas, zo stelden diverse wetenschappers in het International Journal of Obesity het afgelopen jaar. Sliepen we vroeger nog gemiddeld negen uur per nacht, inmiddels is dat teruggebracht naar zeven uur, maar denk ook aan het massale stoppen met roken en slikken van medicijnen. Menig bèta-blokker tegen hoge bloeddruk, antihistamine tegen hooikoorts, antidepressiva, antipsychotica en anticonceptie hebben gewichtstoename als bijwerking. Daarnaast krijgen vrouwen op steeds latere leeftijd kinderen. Uit recent onderzoek blijkt dat de kans op ernstig overgewicht bij kinderen met 15% toeneemt voor iedere vijf jaar dat de moeder ouder is. Bovendien krijgen dikke vrouwen gemiddeld meer kinderen. Naast deze beknopte greep uit de talloze leefstijl- en omgevingsfactoren betrokken bij het ontstaan van obesitas, tonen diverse studies aan dat ten minste 30 tot 60% van de lichaamsomvang te herleiden is naar onze genetische make-up.

## GEZONDHEIDSGEVAREN

Obesitas is zelden een op zich zelf staand fenomeen. Hoe ernstiger de mate van overgewicht, des te meer kans dat dit gepaard gaat met serieuze gezondheidsgevaaren, zoals gecompliceerde psychosociale problematiek, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, een verstoorde hormoonbalans, ademhalingsproblemen, diverse vormen van kanker en een enorme variëteit aan huidpro-



blemen. Hierbij dient aangetekend te worden dat het bewijs voor samenhang van diverse ziektebeelden met ernstige obesitas niet altijd eenduidigheid geeft over wat nu oorzaak en gevolg is. Om met zekerheid over causale verbanden te kunnen spreken zal er meer en volledig inzicht moeten zijn in de bijdrage van diverse factoren aan het ziektebeeld. Zo is bijvoorbeeld inzicht in de schijnbaar dominant aanwezige, maar nog veelal onbegrepen genetische component noodzakelijk. De grote variëteit in gezondheidsgevaaren en de tientallen verantwoordelijke genetische-, leefstijl- en omgevingsfactoren maken duidelijk dat obesitas een chronische ziekte met vele verschijningsvormen is en dat behandelingen aangepast dienen te worden op individueel niveau.

## BEHANDELING VAN OBESITAS

De wetenschap pleit al decennia voor intensieve, individuele en multidisciplinaire begeleiding als meest effectieve behandelstrategie voor chronisch zieke morbide obese patiënten. In Nederland wordt obesitas echter nog steeds niet erkend als chronische aandoening, waardoor

multidisciplinaire behandelstrategieën nog onvoldoende gefaciliteerd, onderzocht en geoptimaliseerd worden. De in Nederland traditioneel voorgeschreven dieettherapie resulteert bij slechts 5 tot 10% van de obesitas patiënten in een permanente verlaging van het lichaamsgewicht en afname van diverse risicofactoren. Bij bijna de helft van de behandelde patiënten resulteert kortstondige dieettherapie in een uiteindelijke verhoging van het lichaamsgewicht, het jojo-plus-effect. Hiermee is dieettherapie als middel veelal erger dan de kwaal en vreemd genoeg blijkt dit de enige vorm van niet-operatief behandelen te zijn welke vergoed wordt. De huidige strategie in Nederland draagt bij aan het ontstaan, het in stand houden en verergeren van het overgewicht en biedt voor ernstig zieke patiënten geen serieuze oplossing. De NOV (Nederlandse Obesitas Vereniging) onderstreept het belang van wetenschappelijk onderbouwde multidisciplinaire behandelingen en pleit voor gezondheidsbevordering boven veelal tevergeefs gebleken gewichtsreductie. Door het bewerkstelligen van een evenwichtige leefstijl in multidisciplinaire context kunnen de met morbide obesitas gepaard gaande risicofactoren aanzienlijk gereduceerd worden en daarmee de toekomstige kosten voor de gezondheidszorg en de onnodige uitval op de arbeidsmarkt.

Aan het einde van een behandeltraject staat het operatief ingrijpen gericht op gewichtsreductie, ofwel de bariatrische chirurgie. Ook deze bariatrische ingrepen vereisen een multidisciplinair behandeltraject en voldoende nazorg om bijvoorbeeld het supplementengebruik op de individuele situatie af te stemmen en zodoende de kans op vitaminetekorten en ondervoeding te reduceren. In Nederland is nog onvoldoende oog voor de gezondheidsgevaars als gevolg van een ingrijpende bariatrische ingreep en worden specialistische nazorg en eventuele hersteloperaties niet vergoed. Hierdoor verschuift de overgewichtproblematiek voor bariatrische patiënten in de praktijk van veel vet naar veel vel en wordt er door het uitblijven van toe-

rijkende nazorg onnodig risico op complicaties gelopen.

## ZORG

Zorg voor morbide obese patiënten reikt verder dan behandelstrategieën en verzekeringsperikelen. Naast oog voor de verscheidenheid in co-morbiditeiten, dient de zorg voor morbide obese patiënten aangepast te worden aan zowel de omvang als het gewicht van de patiënt. Om een goede diagnose te kunnen stellen zullen bijvoorbeeld grotere bloeddrukmanchetten, langere meetlinten, open MRI scans en aangepaste weegschalen aanwezig moeten zijn. Om voorkombare, menonwaardige en levensbedreigende situaties uit het ziekenhuis te weren zullen de operatieruimtes groot genoeg moeten zijn, de injectienaalden en trocars lang genoeg, operatie- en behandelafelns groot en sterk genoeg en dienen sterke tilliften en aangepaste bedden aanwezig te zijn om verplegend personeel te ontlasten, doorligging te voorkomen en open wonden te ontzien.

Ook krijgt de NOV veelvuldig klachten uit het land waaruit blijkt dat behandelaars en verplegend personeel in zorginstellingen niet goed weten hoe ze met dikke patiënten om moeten gaan. Vooroordelen over en tendensen tot stigmatisering van obese patiënten kunnen gevolg hebben voor de duur van het contact, de mate van empathie, het optimisme ten aanzien van vooruitgang en in het algemeen de bereidheid om erkenning, ondersteuning en faciliteiten te bieden. De aanwezige stigma's en vooroordelen onder behandelend personeel in ziekenhuizen maken het voor obese patiënten erg gênant om zich naakt aan verplegend personeel te tonen, dat terwijl er vooral aandacht aan verzorging en hygiëne besteed zou moeten worden omdat obese mensen er simpelweg zelf niet altijd even makkelijk bij kunnen. Het feit dat iedereen in Nederland recht heeft op toegankelijke zorg op maat blijkt in de huidige situatie niet op te gaan voor obese patiënten. De NOV vraagt om medewerking en alertheid.

Aangezien er in de ziekenhuizen op beleidsniveau nog geen aandacht is

voor protocollen om de zorgverlening aan dikke patiënten te synchroniseren, te professionaliseren en te optimaliseren, ontstaan er op de werkvloer grote problemen. Zorg voor dikke patiënten vraagt meer mensen, meer uren, meer en ander materiaal. Allemaal zaken waarvoor in de dagelijks gang van zaken op een ziekenhuisafdeling of in de praktijkruimte geen oog is. De werker die direct met de patiënt in contact staat, komt daarmee vaak voor moeilijke keuzes te staan.

Deze protocollen kunnen niet langer op zich laten wachten, in het belang van de patiënt, maar ook zeker voor de ontlasting van verplegend personeel door onder andere de aanwezigheid van aangepaste materialen.

## HUID- EN WOND- VERZORGING

Enige bescheidenheid is hier op zijn plaats. De huid- en wondproblematiek bij obesitas patiënten is een vakgebied op zich en staat voor onze patiënten vereniging nog in de kinderschoenen. Wij zullen ons hier dan ook beperken tot een aantal algemeen voorkomende zaken in de zorg voor dikke mensen. De bijdrage van diverse specialismen betrokken bij deze gewichtige huidproblematiek wordt met interesse gevolgd in hun zoektocht naar optimalisatie. Een veelvoud aan huidproblemen wordt specifiek geconstateerd bij mensen met ernstig overgewicht, zoals striae, wrijvingswonden, verweking van de huid en smetplekken in de huidplooiën. De huid- en wondverzorging bij een obese patiënt is, evenals chirurgisch ingrijpen op zich, een uitdaging van formaat en zeker niet zonder risico's. Het vereist optimale hygiëne, specifieke kennis over de fysiologie, anatomie en psychologie van het grote lichaam en er zijn aangepaste materialen voor zowel de behandeling als verzorging noodzakelijk om de kans op complicaties zoals vochtophoping, bloeduitstortingen, infecties en open wonden te reduceren.

De verminderde doorbloeding van vetweefsel en de verhoogde druk door de lichaamsomvang op een wondoppervlak maken het genezingsproces bij obese patiënten com-

plex. Aanwezige voedseltekorten, voornamelijk Vitamine C en Vitamine A, die door herhaaldelijk diëten of bijvoorbeeld een restrictieve bariatrische ingreep kunnen optreden benadrukken dat wondgenezing bij obese patiënten niet vanzelfsprekend hoeft te zijn. Ook de aanwezigheid van co-morbiditeiten moeten meegenomen worden. Diabetes mellitus type 2 kan bijvoorbeeld een storende factor in de wondgenezing zijn door onder andere hoge bloedsuikerwaarden. Met het treffen van voldoende voorzorgmaatregelen het op de hoogte te zijn van het volledige ziektebeeld van de patiënt kunnen diverse huidproblemen en moeilijkheden in de wondgenezing gereduceerd worden. Het opstellen van goede protocollen is noodzakelijk. Te vaak maken wij mee dat obese patiënten niet de volle zorg krijgen

die ze nodig hebben. Dit is voor een deel terug te voeren op vooroordelen bij behandelaars en verzorgers die een eigen negatieve mening meebrengen in de bejegening van een patiënt. Voor een ander deel heeft het te maken met het gebrek aan assertiviteit bij de dikke patiënt die zich geneert en zelf ook niet vrij is van vooroordelen. Door de instandhouding van de illusie het maakbare lichaam in de maatschappij, zien patiënten hun obese status als tijdelijk. Onderzoeken onderstrepen dat het negatieve obesitas stigma door de patiënten geïnternaliseerd kan worden wanneer blijkt dat deze status permanent is, met alle gevolgen van dien op het zelfbeeld, de eigenwaarde en sociale interacties.

Het toekomstperspectief van de obesitas epidemie, de vele misvattingen die bestaan in de maatschappij en de

complexiteit van obesitas als chronische aandoening maken dat het hoogste tijd is om alle betrokken hoofden bij elkaar te steken. Meldingen van probleemsituaties in wondverzorging van dikke patiënten kan een goede eerste stap zijn in optimalisering van de zorg aan deze letterlijk en figuurlijk groeiende groep.

Onderzoekers en behandelaars kunnen in hun zoektocht naar optimale zorg voor obesitas een beroep doen op proefpersonen binnen de Nederlandse Obesitas Vereniging.

**\*M.C. van Spanje en drs. S.A.A. Kruizinga, Nederlandse Obesitas Vereniging**

Meer informatie en de diverse literatuurreferenties zijn op te vragen bij: [skruizinga@obesitasvereniging.nl](mailto:skruizinga@obesitasvereniging.nl)