

Te jong voor een

maagbandje

Het is lastig voor behandelaars, ouders en obese pubers zelf, om een weloverwogen mening te hebben over het plaatsen van een maagband bij ernstige obesitas. Dat zeggen Stefan van Geelen, filosoof en onderzoeker in het WKZ en Ineke Bolt, ethicus aan het Ethiek Instituut van de Universiteit Utrecht.

Obesitasbehandelaars zijn ook maar mensen. Eigenlijk is dat de conclusie van het onderzoek dat het Ethiek Instituut van de universiteit Utrecht en het Wilhelmina Kinderziekenhuis, UMC Utrecht hebben uitgevoerd naar de argumenten van behandelaars voor of tegen maagbandplaatsing bij pubers met morbide obesitas. De discussie lijkt te gaan over de veiligheid en de effectiviteit van die maagbandbehandeling. Maar eigenlijk zitten de partijen ook verstrikt in morele opvattingen en emoties. Want zowel kinderen en pubers met ernstig overgewicht zelf, als de chirurgische behandeling daarvan roepen allerlei reacties op, niet alleen bij hun klasgenoten maar ook bij medische professionals. Reacties die samenhangen met ideeën over aantrekkelijk en afstotelijk, over de eigen verantwoordelijkheid van de kinderen, hun ouders of de maatschappij,

over zelfbeheersing en eetverslaving. En die ideeën spelen mee bij hun opvatting over de aanvaardbaarheid van maagbandplaatsing.

LEVENSBEDREIGEND

De situatie is: Nederlanders worden steeds dikker. Gewichtstoename van de bevolking is een trend in veel welvarende landen en vergeleken met andere EU-landen valt het in Nederland nog relatief mee. Maar toch was hier in 2009 47% van de volwassen Nederlanders te zwaar en ook 14% van de kinderen en jongeren. Twee procent van de Nederlandse jeugd had in 2010 last van ernstig overgewicht (obesitas).

Die aantallen stijgen al jaren en dat is zorgelijk omdat obesitas gevaarlijk is. De kans op allerlei uiteindelijk levensbedreigende aandoeningen wordt namelijk groter naarmate een mens (veel) dikker is. Dikke mensen hebben vaker suikerziekte, vaker een te hoge bloeddruk en vaker hart- en vaatziekten. Bij een BMI boven de 35 of de

40 (niet iedereen hanteert dezelfde definitie) is het gezondheidsrisico extreem verhoogd en wordt de kans op meerdere bijkomende ziekten vrijwel onontkoombaar. Dan spreken we van *morbide* (ziekelijke) obesitas.

De situatie is ook: het blijkt erg moeilijk voor mensen met obesitas om gewicht te verliezen. De eerste keus behandeling is Gecombineerde LeefstijlInterventie (GLI) Dat komt neer op minder eten, meer bewegen en eventuele psychologische ondersteuning om zo'n gedragsverandering jarenlang vol te houden. Want afvallen met GLI gaat langzaam en volhouden is moeilijk. Daarom kiest jaarlijks een onbekend aantal volwassen Nederlanders voor het laten plaatsen van een maagband, meestal in combinatie met GLI. Ze laten chirurgisch hun maag tot een zandlopervorm insnoeren met een verstelbaar siliconenbandje. Voortaan raakt het (kleinere) bovenste deel van hun maag heel snel vol als ze eten, waardoor hun porties noodgedwongen veel kleiner worden en het ►

‘Het blijkt erg moeilijk voor mensen met obesitas om gewicht te verliezen’





► afvallen sneller gaat. Als ze op een gezond gewicht zijn, kan de maagband eventueel weer verwijderd worden.

TABOE

Voor obese kinderen en pubers was de mogelijkheid hun afvalpogingen te ondersteunen met een maagband er tot voor kort niet. Ineke Bolt: 'Als je dat bij kinderen gaat doen, wil je eerst cijfers hebben over de veiligheid en de effectiviteit. Wat zijn de complicatierisico's bij kinderen, hoe ongezond is een maagband voor kinderen die nog in de groei zijn en ook: helpt het eigenlijk wel op langere termijn bij deze leeftijdsgroep? Belangrijke vragen, en antwoorden zijn er vrijwel nog niet.'

Tijd om daar eens onderzoek naar te doen, zou je zeggen. Maar zo gemakkelijk was dat niet. Stefan van Geelen: 'Onderzoek met kinderen als proefpersonen, dat is ontzettend taboe.' Bolt vult aan: 'Het idee dat je, zelfs al was het in het kader van onderzoek, maagbandjes zou gaan plaatsen bij kinderen, riep heftige weerstand op bij behandelaars.' Tegenstanders vonden bijvoorbeeld dat je pas als je 18 was weloverwogen de voors en tegens van zo'n operatie kon inschatten.

Of men vond dat obesitas geen medisch probleem was, maar een psychosociaal probleem dat je dus niet met een medische ingreep mocht behandelen.

ETHISCH KADER

Bolt, Van Geelen en kinderarts Marieke van Summeren (WKZ, UMC Utrecht) deden via het programma Ethiek en Gezondheid van ZonMW onderzoek naar de achtergrond van die enorme weerstand, met als doel de relevantie en de houdbaarheid boven tafel te krijgen van de gebruikte argumenten en morele opvattingen. Uiteindelijk moest dat leiden tot een ethisch kader rondom maagbandplaatsing bij kinderen en adolescenten. Ze spraken uitgebreid met behandelaars, met de patiëntenorganisatie, met ouders van obese kinderen en jongeren en met de jongeren zelf. Bolt: 'Wat mij opviel bij de behandelaars, was hoe na deze problematiek hun aan het hart ligt.'

Van Geelen: 'Ze zitten zelf ook in hun maag met het feit dat het effect van de niet-operatieve aanpak zo beperkt is. Maar tegelijkertijd voelen ze een, deels onbereflecteerde, weerstand.' Analyse van al die gesprekken bracht een paar opvallende trends aan het licht. Allereerst bleek er een – niet geheel onlogisch – verband te zijn tussen hoe hulpverleners dachten over de oorzaak van obesitas en hun oordeel over het plaatsen van een maagband bij jongeren. Mensen die obesitas zagen als een voornamelijk fysieke aandoening – of op zijn minst als een aandoening waarvan de fysieke gevolgen het belangrijkste waren – hadden minder moeite met maagbandplaatsing dan zij die het zagen als iets wat voornamelijk een psychosociale oorzaak heeft. Ook hoe men dacht over de mate van

invloed die iemand met obesitas op zijn gewicht heeft, maakte verschil: mensen met een groot geloof in het effect van de eigen wil waren sterkere tegenstanders van de maagband.

Bolt: 'Maar het verrassendste vond ik de analyse van de opvattingen van de kinderen. Sommigen dachten over de maagband als 'een makkelijke oplossing', maar die hadden niet door wat die operatie precies inhield. En de kinderen die zich het meest bewust waren van hun eigen rol in de situatie, en het meest gemotiveerd waren om af te vallen, die vonden juist dat ze dat zonder maagband moesten doen, omdat die het onderliggende probleem niet oploste.'

DOORVRAGEN

Het onderzoek heeft daarmee niet alleen inzicht geleverd in de achterliggende motieven van behandelaars om voor of tegen maagbandplaatsing bij kinderen te zijn, het levert ook materiaal voor het verantwoord screenen van proefpersonen. Om te kunnen bepalen of kinderen en hun ouders wel goed geïnformeerd zijn als ze toestemming geven voor het plaatsen van een maagband, is het dus van belang goed door te vragen naar hun motivatie.

Inmiddels is het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) al begonnen met onderzoek naar de effectiviteit van maagbandjes bij kinderen tussen de 12 en de 16 jaar. Om mee te mogen doen, moeten de adolescenten een BMI hebben van meer dan 35, al minstens een jaar met een multidisciplinair gewichtsverliesprogramma bezig zijn en in staat zijn weloverwogen een beslissing te nemen.

Van Geelen en Bolt hebben hun rapport naar Maastricht gestuurd. ■

INTERNATIONALE CONCURRENTIE IN DE ZORG



Maggy Ovaa is hoofd van het International Office van het UMC Utrecht

Door technologische vooruitgang, virtualisering en toenemende mobiliteit van mensen vervagen de grenzen tussen landen in hoog tempo. Merk je daar iets van binnen het UMC Utrecht? Jazeker, maar het niveau van internationalisering verschilt sterk. In de wetenschap is internationalisering algemeen aanvaard en wordt bijna vanzelfsprekend internationaal samengewerkt. In het onderwijs zou dit vanzelfsprekend moeten zijn, maar is dit nog niet altijd het geval. De zorg is vrijwel geheel gericht op de regio. Naar mijn idee zal ook de zorg internationaliseren.

De eerste tekenen van internationalisering van de zorg zijn al merkbaar. Een grote verzekeringsmaatschappij heeft een Turks Honorair Consulaat in Leiden geopend voor versterking van de diplomatieke betrekkingen tussen Nederland en Turkije met als doel handelsbevordering. Turkije is een interessant land voor een zorgverzekeraar: het heeft een jonge bevolking en veel private, vaak JCI-geaccrediteerde instellingen waar goede zorg voor een redelijke prijs wordt aangeboden. Een ander voorbeeld is het University Hospital in Cambridge, wiens voorzitter tijdens een bezoek aan het UMC Utrecht aangaf ook internationale patiënten te gaan ontvangen. In de Verenigde Staten biedt een aantal bekende ziekenhuizen waaronder Johns Hopkins Hospital en Mayo Clinics niet alleen zorg aan internationale patiënten. Daarnaast hebben ze ook kantoren of medische centra in het buitenland om buitenlandse patiënten te informeren over behandelingen of de behandeling ter plekke uit te voeren.

Als je aan deze internationale ontwikkelingen de groeiende vraag naar zorg, oplopende kosten en krapte op de arbeidsmarkt in Nederland toevoegt, dan wordt duidelijk waarom zorgverzekeraars over de grenzen kijken. Er worden alternatieven gezocht om goede zorg voor een redelijke prijs in te kopen, of dat nou in Nederland of daarbuiten is. De internationale concurrentie in de zorg is begonnen. Nederland zal een balans moeten vinden tussen toegankelijkheid van zorg voor alle burgers en de internationale concurrentiepositie. De UMC's moeten bepalen waarin ze leidend zijn en waarin volgend.

Op welke manier kunnen de UMC's inspelen op deze internationale ontwikkelingen? Door deze ontwikkelingen goed te volgen, internationale samenwerking aan te gaan, in te spelen op internationale kansen met innovatieve concepten en door te excelleren in een beperkt aantal onderwerpen.

Of ik zelf in Nederland of in het buitenland behandeld zou willen worden? Dat zou mij niet uitmaken. Hoewel... als ik toch mag kiezen: doe dan maar een plek met wuivende palmen en witte stranden... ■

‘Maagbandjes plaatsen bij kinderen roept heftige weerstand op bij behandelaars’

‘UMC's moeten internationale samenwerking aangaan’