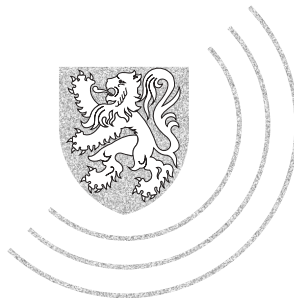


V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2001-2002

22 maart 2002

HOORZITTING

over gewichtsproblemen

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen
uitgebracht door de heer Jan Van Duppen**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : mevrouw Patricia Ceysens.

Vaste leden :

mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey,
mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, mevrouw Ingrid van
Kessel ;

mevrouw Patricia Ceysens, mevrouw Claudine De
Schepper, de heren Jacques Devolder, Koen Helsen ;

mevrouw Niki De Gryze, mevrouw Marijke Dillen, de heer
Felix Strackx ;

de heren Guy Swennen, Jan Van Duppen ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel ;

de heer Jan Roegiers.

Plaatsvervangers :

mevrouw Gisèle Gardeyn-Debever, mevrouw Veerle
Heeren, de heren Luc Martens, Paul Van Malderen ;

de heren Frans De Cock, André Moreau, Cis Schepens ;

de heren Wilfried Aers, Julien Librecht, mevrouw Marleen
Van den Eynde ;

de heren Patrick Hostekint, Chokri Mahassine ;

mevrouw Ann De Martelaer ;

mevrouw Margriet Hermans.

INHOUD

Blz.

Donderdag 7 maart

1. Uiteenzetting door professor Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen, faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent	4
2. Uiteenzetting door mevrouw Frida Bogaerts, sexuologe, UZ Leuven	7
3. Uiteenzetting door de heren Johan Pauwels en Erwin Van Kerschaver, artsen bij Kind&Gezin	11
4. Uiteenzetting door professor André D'Hoore, abdominale heelkunde UZ Gasthuisberg Leuven	16
5. Uiteenzetting door de heer Jan Van den Bergh, president i-Merge, partner van Quattro-D'Arcy	18
6. Uiteenzetting door mevrouw Hilde De Geeter, verantwoordelijke vzw Nutrition Information Center (NICE)	22
7. Uiteenzetting door professor Caroline Braet, Vakgroep Ontwikkelings- en persoonlijkheidspsychologie Universiteit Gent	25

Vrijdag 8 maart

1. Uiteenzetting door professor Luc Van Gaal, endocrinoloog Universiteit Antwerpen	29
2. Uiteenzetting door professor Leo Hendrickx, Stuivenbergziekenhuis Antwerpen	32
3. Uiteenzetting door professor Piet Pattyn, abdominale geneeskunde, Universitair Ziekenhuis Gent	34
4. Uiteenzetting door professor Walter Vandereycken, psychiater KU Leuven, en mevrouw An Vandeputte, psychologe, therapieafdeling eetstoornissen, Kliniek Alexianen, Tienen ..	37
5. Uiteenzetting door de heer Diels, voorzitter van de vzw Anobese	40
6. Uiteenzetting door professor Greet Vansant, dienst Endocrinologie, metabolisme en voeding UZ Gasthuisberg Leuven	41
7. Uiteenzetting door de heer Stephan Van den Broucke, afdelingshoofd Onderzoek en Documentatie van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)	46
8. Uiteenzetting door dokter Trees Ameloot, namens LBC-koepels (VCLB, OVSG, CVPO, gemeenschapsonderwijs)	49
9. Uiteenzetting door professor Stijn Jannes, psychiater Universiteit Gent namens de CGG's (centra voor geestelijke gezondheidszorg)	53

DAMES EN HEREN,

Op 7 en 8 maart 2002 vond in de commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen een hoorzitting plaats over gewichtsproblemen.

De voorzitter : We houden vandaag en morgen een hoorzitting over gewichtsproblemen.

1. Uiteenzetting door professor Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen, faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent

Professor Ilse De Bourdeaudhuij : Ik zal zowel preventie als behandeling van obesitas bespreken. De prevalentie van overgewicht en obesitas, zowel bij kinderen, adolescenten en volwassenen is in de hele wereld de laatste tien jaar gestegen. De oorzaak is het grotere aanbod van voeding en vooral suiker- en vetrijke voeding. De meeste mensen hebben gemakkelijker toegang tot dat aanbod dan twintig jaar geleden. Daarnaast is de samenleving meer sedentair, zowel kinderen als volwassenen brengen meer tijd zittend door tijdens en na de school- of werkuren. De inname van calorieën verhoogt dus en het verbruik ervan daalt.

Er zijn twee oplossingen noodzakelijk. Op de eerste plaats is de behandeling van overgewicht belangrijk. Door overgewicht ontstaat er duidelijk meer risico op medische en psychosociale problemen. Even belangrijk is echter de preventie. In Europa is de situatie minder erg dan in de Verenigde Staten. Daarom moet preventie verhinderen dat wij evolueren naar een situatie waarbij 30 tot 50 procent van de bevolking lijden aan overgewicht.

Zowel preventie als behandeling moeten zich focussen op voeding en beweging. De voeding dient gezond te zijn, laag in vetgehalte, en de mensen moeten meer bewegen. Het gedrag moet veranderen zowel wat betreft voeding als wat betreft lichaamsbeweging. Dat besef is al jaren doorgedrongen, maar in het begin van de jaren tachtig trachtte men het gedrag te veranderen door informatiecampaagnes. Wijzen op het verhoogd risico voor ziekten is echter onvoldoende. Een goed voorbeeld daarvan is roken. Iedereen weet dat roken ongezond is, maar toch blijven mensen roken. Kennis is onvoldoende voor gedragsverandering.

Gedragsverandering impliceert dat men het individu kennis en vaardigheden bijbrengt, maar ook dat men de omgeving van het individu tracht te veranderen. Dat is een recent inzicht in de literatuur.

Het aanbod van voedsel op scholen, de aanwezigheid van fietspaden, de mogelijkheden van lichaamsactiviteit gedurende de middagpauze, enzovoort, kunnen het gedrag van het individu beïnvloeden.

Veranderen van gedrag is niet gemakkelijk. Tot dat inzicht zijn gedragswetenschappers de laatste tien jaar gekomen. Voor een gedragsverandering is het niet voldoende dat het individu besluit zijn of haar levenswijze te veranderen. Gedragsverandering is een proces met verschillende stadia. De eerste fase is de precontemplatiefase. In die fase zitten de mensen, die niet gemotiveerd zijn om hun gedrag te veranderen of te weinig kennis hebben. Soms hebben ze al een aantal pogingen gedaan, maar ze willen nu niets meer proberen.

In de tweede fase, de contemplatiefase, zitten mensen die wel beginnen na te denken over het belang van de wijziging van hun gedrag. Ze willen op middellange termijn hun gedrag veranderen. Mensen in deze fase hebben een duidelijk inzicht nodig in de voordelen en nadelen van gezond en ongezond gedrag.

Mensen die zich in de preparatiefase bevinden, bereiden zich voor om te veranderen en zijn gemakkelijker te behandelen. Mensen in de actie- of de behoudfase, zijn mensen die hun gedrag veranderd hebben en proberen vol te houden.

Uit dit model blijkt dat mensen in de verschillende stadia andere interventies nodig hebben, zowel voor preventie als behandeling. Mensen die geen overgewicht hebben, maar wel ongezonde eetgewoonten en die zich in de precontemplatieve fase bevinden, hebben andere interventies nodig dan mensen die zich bewust zijn van hun ongezonde levenswijze. Voor de behandeling geldt hetzelfde : mensen met overgewicht, die niet willen veranderen, hebben andere interventies nodig dan mensen die zich bewust zijn van hun probleem.

Mensen hebben dus advies op maat nodig om te veranderen. Bij individuele behandeling is dat mogelijk, maar in andere gevallen is dat moeilijk te realiseren. Ongeveer 75 procent van de Vlamingen eet ongezond en/of is te weinig actief. Voor hen zijn er geen persoonlijke adviezen.

Een recent gegeven zijn computergestuurde interventies, die een advies op maat aanbieden aan deelnemers die eerst een aantal vragen over hun eet- en bewegingsgedrag hebben beantwoord. Dergelijke programma's blijken veel efficiënter dan klassieke folders of mediacampaagnes, dit omwille

van de individuele aanpak. De vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen werkt momenteel zo'n twee programma's uit.

Tot nu werden enkel afzonderlijke programma's ontwikkeld om gezonde voeding te promoten en om lichaamsbeweging aan te moedigen, maar we zullen in de toekomst nood hebben aan programma's die de twee problemen gecombineerd aanpakken. Deze kunnen dan zowel voor preventie als voor behandeling worden aangewend.

Wie kan een belangrijke rol spelen in de preventie en behandeling van overgewicht en obesitas? Ten eerste zijn er de huisartsen, die automatisch worden geconfronteerd met mensen met overgewicht. Zij wijzen er echter op niet over de nodige kennis, vaardigheden en tijd te beschikken om hun patiënten te adviseren over gezonde beweging en voeding. Het gebruik van de computer kan hier echter een handige hulp zijn. In sommige landen staan computers in de wachtzaal en kunnen de patiënten er gebruik maken van de computergestuurde interventies. Zij kunnen de resultaten achteraf nog eens overlopen met hun huisarts.

Daarnaast heeft ook de school een belangrijke rol te vervullen. Zij kan zich bezighouden met preventie van overgewicht door de promotie van gezonde voeding en beweging. Hiervoor lopen momenteel al enkele projecten en de situatie in de praktijk bertaamt geleidelijk aan. Daarnaast kunnen kinderen met slechts een weinig overgewicht behandeld worden in de scholen, waar een interdisciplinair team aanwezig is. Zij hoeven op die manier niet onmiddellijk een beroep te doen op medische hulp.

Ten slotte is er het grote belang van de omgevingsfactoren. Kinderen zouden tijdens de middag moeten kunnen sporten. Het aanleren van een juist gedrag op jonge leeftijd werpt later vruchten af.

Voor de promotie op lokaal en Vlaams niveau kunnen de Logo's (Lokaal Gezondheidsoverleg) hun bijdrage leveren, als zij het mandaat krijgen om gecombineerde interventies die zowel gericht zijn op voeding als op beweging, te implementeren. Deze interventies kunnen ondermeer worden gericht naar gemeenten, bedrijven, scholen of huisartsen. Ook het VIG (Vlaams Instituut Gezondheidspromotie) kan hier een centrale coördinerende rol spelen. Als de bevolking op verschillende plaatsen dezelfde boodschap hoort, zal deze ook veel meer doordringen.

Om dit alles mogelijk te maken, is een belangrijke impuls van het beleid noodzakelijk. De Vlaamse

overheid moet de bevolking sensibiliseren. Alle actoren in het sensibiliseringsproces dienen opdrachten en mogelijkheden te krijgen om acties te voeren. En er moet een continuïteit zijn in de acties, die nu vaak zeer momentaan zijn.

De oprichting van een steunpunt Gewichtsproblematiek zou daarbij een belangrijke stap kunnen zijn. Dit steunpunt zou zich dan bezighouden met de preventie en behandeling van overgewicht, de koppeling van voeding en beweging en het ontwikkelen, evalueren en implementeren van interventies. De link met andere instanties zou zeer belangrijk zijn.

Concreet zou dit betekenen dat het steunpunt op maat gemaakte, gecomputeriseerde interventies ontwikkelt en implementeert, die zijn gericht op de promotie van fysieke activiteit en gezonde voeding als primaire preventie van overgewicht bij kinderen, jongeren en volwassenen. Het zou zich ook bezighouden met de behandeling van overgewicht en eetstoornissen bij kinderen, jongeren en volwassenen en met de monitoring van fysieke activiteit, voeding, overgewicht en eetstoornissen bij de Vlaamse bevolking. Daarnaast kan het studies uitvoeren naar de mogelijke betrokkenheid van huisartsen, scholen, bedrijven of gemeenten, dit in samenwerking met Logo's en het VIG. Het kan advies leveren aan de opleiders van mensen die in de toekomst met gewichtsproblemen zullen worden geconfronteerd. En ten slotte moeten wetgevende, fiscale en budgettaire maatregelen worden uitgewerkt om de omgeving zodanig te veranderen dat een actieve levensstijl en een gezonde voeding voor de hand liggende keuzes worden.

De heer Felix Strackx : U had het de hele tijd over preventie en behandeling van overgewicht. Pas op het einde van uw betoog raakte u even de eetstoornissen aan. In hoeverre lopen de oorzaak, behandeling en de preventie voor beide gelijk?

Professor Ilse De Bourdeaudhuij : Overgewicht komt tien keer vaker voor dan eetstoornissen maar beide zijn wel aan elkaar gerelateerd. Mensen die aan overgewicht lijden en op een verkeerde manier behandeld worden, lopen immers meer risico op eetstoornissen. Een steunpunt moet met dat risico rekening houden. De boodschap moet ook preventie van eetstoornissen beogen. Er bestaan centra voor de behandeling van eetstoornissen die goed werk leveren, zij kunnen in die koepel een plaats krijgen.

Mevrouw An Vandeputte, psychologe, therapieafdeling eetstoornissen Kliniek Broeders Alexianen

Tienen : In andere landen blijken mensen met overgewicht ook vaak eetproblemen te hebben.

Professor Ilse De Bourdeaudhuij : Van iemand met overgewicht moet meteen nagegaan worden of hij ook eetstoornissen vertoont. Dat moet samen aangepakt worden. Daarnaast is er het probleem van de anorexia- en boulemiepatiënten, dat niet gerelateerd is aan overgewicht. Zij vormen een aparte groep.

De heer Jan Van Duppen : Uw uiteenzetting was verhelderend. U legde een interessant verband tussen de kwaliteit van de voeding, het voedingsgedrag en de omgevingsfactoren. Ik ben zelf huisarts, heb zelf overgewicht en begeleid tal van patiënten die aan dat probleem lijden.

Het aanbod van voedingswaren is in de meeste gevallen zeer negatief : de betrokkenen vertonen een groot gebrek aan warenkennis. Hoe kunnen mensen iets aan hun probleem doen als ze niet eens weten wat ze eten ?

Ik heb het wel moeilijk met uw gedragstherapeutische stelling dat overal dezelfde boodschap moet verspreid worden. Zal dat niet leiden tot oververzadiging, met als gevolg dat niemand nog op de boodschap reageert ? De antitabakscampagne bijvoorbeeld leverde dat resultaat op.

U geeft een overzicht van de mogelijkheden die er in Vlaanderen bestaan om via organisaties iets te doen. Uw voorstel om een steunpunt op te richten, is zeer mooi. Hebt u er een idee van of de folders van de Logo's hoegenaamd iets uithalen ?

Professor Ilse De Bourdeaudhuij : Tot oververzadiging zal een preventiecampagne in Vlaanderen de eerste tien jaar zeker niet leiden : de middelen daarvoor zijn zeer beperkt in vergelijking met het buitenland. Het gaat er gewoon om in elke omgeving op dezelfde manier op het probleem te wijzen.

De Logo's zijn nog volledig op zoek naar hun identiteit. Het probleem is dat er van bovenuit rond voeding en beweging weinig materiaal voorhanden is : we moeten het voorlopig doen met de voedingsdriehoek.

Preventie van overgewicht is een zeer recent vakgebied. Een aantal vakgroepen aan universiteiten hebben zich over het probleem gebogen maar bijvoorbeeld ook ziekenfondsen houden er zich mee bezig. Wij proberen een en ander te coördineren.

Mevrouw Hilde De Lobel : Preventie is prachtig maar kinderen die aan overgewicht leiden, hebben daar geen boodschap meer aan. Zij worden integendeel nog meer gestigmatiseerd door de preventiecampagnes. Ze doen niet graag aan sport in groepsverband : ze weten dat de anderen hen niet in de ploeg willen omdat ze niet goed zijn.

Professor Ilse De Bourdeaudhuij : Dat klopt. Kinderen met overgewicht moeten aangepakt worden. Aan de Universiteit Gent volgen ze in groepjes van tien een programma rond voeding en beweging, met goede resultaten op het vlak van gewicht en gedrag. De vraag is in welke mate we een aantal dingen naar de scholen en de CLB's (centra voor leerlingbegeleiding) kunnen halen.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Aan het aanbod van prikkels waarop men neen moet zeggen, moet toch iets gedaan kunnen worden. Dat is ondermeer de verantwoordelijkheid van de media.

Ik sta achter uw voorstel om een steunpunt Gewichtsproblemen op te richten. Anderzijds stelt u dat 75 procent van de mensen ongezond eet of onvoldoende actief is. Maar niet al deze mensen lijden aan overgewicht. Als u dit probleem meeneemt in uw steunpunt, is de naam niet zo goed gekozen. Neemt u het niet mee, dan zal de bestaande structuur op een andere manier moeten werken.

Vindt u het een goed idee om warenkennis in de eindtermen op te nemen ?

Professor Ilse De Bourdeaudhuij : Ik ben voor een koppeling van preventie en behandeling van gewichtsproblemen. We brengen immers identiek dezelfde boodschap voor beide groepen. In een promotiecampagne zou ik beide echter niet koppelen. De boodschap mag niet luiden : eet gezond en neem voldoende beweging, dan wordt men niet dik. Een combinatie van voeding en beweging is belangrijk voor heel wat gedragingen.

De eindtermen vormen een belangrijk punt. Jongeren moeten bijvoorbeeld etiketten leren lezen en zich bewust worden van wat gezonde voeding is. Zij moeten weten waarom vet eten ongezond is.

Mevrouw Margriet Hermans : Informatie over voeding is belangrijk. Maar er is meer aan de hand. Voedingsproducten komen tegenwoordig niet meer uit de tuin. Wij zijn afhankelijk geworden van wat de voedingsindustrie ons biedt. Inzake preventie moet dus ook de industrie aangepakt worden.

Wat beweging betreft, mag men de mensen geen rad voor de ogen draaien. Men moet duidelijk zeggen of men lichamelijke souplesse of gewichtsverlies beoogt. Ik roep de fit-o-meters uit de jaren zeventig in de herinnering. De deelnemers stelden vast dat zij geen grammetje gewicht verloren en gingen daarop in de kroeg zitten.

Professor Ilse De Bourdeaudhuij : Er bestaan Amerikaanse studies over een langere periode (met tien tot vijftien jaar opvolging) die aantonen dat zowel bij kinderen als bij volwassenen de belangrijkste component van gewichtsverlies gezonde voeding is. Sporten zorgt niet voor gewichtsverlies op korte termijn. Wel is het zo dat wie fysiek actief is, makkelijker zijn of haar gewicht behoudt. Beweging levert dus eerder gewichtsbehoud dan gewichtsverlies op.

De heer Felix Strackx : Wanneer wordt de aanleg voor overgewicht gevormd ? Wat is het belang van het voorschoolse stadium daarin ? Heeft professor De Bourdeaudhuij suggesties daarvoor ?

Professor Ilse De Bourdeaudhuij : Aanleg is aangeboren, dus genetisch bepaald. Kinderen van twee obese ouders lopen veel kans zelf aan obesitas te lijden. Maar het is natuurlijk ook zo dat zij gevormd worden in een omgeving waarin het voedings- en bewegingsgedrag van twee obese mensen als voorbeeld geldt. Het onderscheid tussen aanleg en vorming is daarom niet altijd makkelijk te maken. Wel is zeker dat de kwaal niet ongeneeslijk is. De praktijk van het Zeepreventorium in De Haan bijvoorbeeld toont aan dat men het gedrag van obesitaspatiënten wel degelijk kan veranderen door een combinatie van gezonde voeding en beweging.

Mevrouw Sonja Becq : Gedragsverandering is het knelpunt, zo blijkt uit de uiteenzetting van professor De Bourdeaudhuij. Het moeilijkste liggen de stadia 4 tot 6 (actie, behoud, einde). Wat kan men daar bereiken in onze context van onophoudelijk aanbod van ongezonde voeding ? Hoe kan men de overgang van bewustmaking naar behoud maken ?

Professor Ilse De Bourdeaudhuij : Dat is inderdaad het cruciale punt. Er bestaan goede en gezonde behandelingsmethodes om gewichtsverlies te bereiken. Het gevaar duikt op van zodra men de patiënten loslaat. Opvolging is belangrijk, bijvoorbeeld telefonisch. Dat is effectiever voor blijvende gedragsverandering. Er is meer onderzoek en begeleiding nodig.

2. Uiteenzetting door mevrouw Frida Bogaerts, sexuologe, UZ Leuven

Mevrouw Frida Bogaerts : Ik spreek tot u vanuit een klinische ervaring. Ik ben sexuologe, met een vooropleiding in de pedagogie en werk sedert 1975 in de universitaire ziekenhuizen van Leuven. Werkzaam op een seksuologische raadpleging, was ik tevens consulent op een gynaecologische afdeling (7 jaar), een plastische en reconstructief chirurgische afdeling met brandwondencentrum (10 jaar), en nu op een oncologische en palliatieve afdeling (1 jaar).

Hierbij werd/word ik als 'psie' geconfronteerd met ondermeer jonge meisjes, geboren zonder schede, die een operatieve vagina (vagina-plastie) ondergaan ; met brandwondenpatiënten die van de ene moment op de andere moeten leren (over)leven met een (soms gruwelijk) verminkt lichaam en verloren ledematen ; met mannen en vrouwen ontevreden over een bepaald lichaamsdeel (neus, kin, boezem, buik, dij) en de wens naar een operatieve verbetering ervan ; met vrouwen getroffen door borstkanker en de belastende en vaak lichaamsverminkende behandeling (amputatie, operatieve ingrepen) en lichaamsherstellende behandeling (borstreconstructie).

Daar waar een somatisch dokter, vanuit een cartesiaans denken nog vaak het lichaam als object, Körper (Durckheim), le corps-objet (Sartre) benadert en aldus het lichaam reduceert tot een studie-object dat vanuit wetenschappelijke disciplines als anatomie, fysiologie en biochemie kan bekeken, gemeten, geanalyseerd worden, daar zijn in werkelijkheid soma en psychè (het lichaam en de 'ziel') niet los van elkaar te denken : ze zijn in elkaar geïmpliceerd.

Het lichaam is interactie, Leib (Durckheim), le corps vécu (Sartre), le corps-sujet (Merleau-Ponty). Of zoals Boss het uitdrukt : ik ben lichamenlijk. Het lichaam als mogelijksvoorwaarde voor het lichaam hebben.

Daarom betekent een integrale hulpverlening aan een patiënt oog en oor hebben voor de hele geschiedenis van deze persoon, gehuld in een lichaam, opgegroeid te midden van anderen die evenzeer gebonden zijn aan hun lichaam.

De twee sleutelbegrippen 'Lichaamsschema' en 'Lichaamsbeeld/Body Image' vormen hierbij een leidraad.

Het Lichaamsschema/Body Scheme verwijst naar de objectieve gesteldheid van het lichaam, dat in principe niet verschilt van individuen van eenzelfde geslacht en leeftijd. Maar toch is dit lichaam tegelijkertijd een individueel onherleidbaar substraat door zijn bijzonderheden, karakteristieken, eventueel aangeboren of verworven ziekten en handicaps.

Het Lichaamsbeeld/Body Image representeert de concrete geschiedenis die elk individu, opgegroeid te midden van anderen, heeft doorgemaakt. Het is met andere woorden het onbewuste geheugen van emotionele ervaringen, de onbewuste voorstelling van de subjectieve levensgeschiedenis. Het verwijst naar de structuur en de lotgevallen van ieders individueel verlangen.

Ook op mijn seksuologische raadplegingen word ik dagelijks geconfronteerd met dit lichaam als Corps Sujet en met het belang van het Lichaamsbeeld of deze gevoelsmatige voorstelling van het eigen lichaam. Want tal van seksuele disfuncties, depressies en verslavingen gaan terug op een zich niet goed voelen in zijn vel, op een gevoelsmatig ontevreden en onbevredigd bewonen van het eigen lichaam.

We leven immers in een tijd van wetenschappelijke vooruitgang en overmoed : the sky is the limit, en een roes van almacht stuwt ons naar een hollend bestaan, zonder tijd tot stil-staan, tot over-denken. Gestroomlijnd in een uniforme samenleving van gelijk denken, handelen, voelen is er nog weinig plaats voor individualiteit, originaliteit eigen-aardigheid. En in die wegwerpmaatschappij met haar kortzichtige kijk op de materie – de loutere oppervlakte – krijgt het lichaam een steeds meer bevoorrechte plaats.

Evenwel niet het persoonlijke, unieke, eigen-aardige Corps Sujet, maar wel het gezonde jonge slanke en gespierde lichaam. Het lichaam als louter uiterlijk en aldus sterk verbonden met schoonheid.

Dat is niet altijd zo geweest. Kunstenaars kennen nog steeds het 'Griekse ideaal' : de proporties die Griekse beelden hebben. Maar die beelden stelden enkel goden en godinnen voor. De belangrijkste Griekse mannen werden afgebeeld compleet met buikje en rimpels. De vrouwen werden nooit zo belangrijk geacht dat ze een beeld kregen.

Tot ver in de middeleeuwen moesten vrouwen sterk en gezond zijn, zodat ze naast hun man konden werken en kinderen baren. De middeleeuwers dachten dat lelijke mensen slecht waren. Op de schilderijen van Jeroen Bosch ziet men zo wie gierig, ijdel of ontuchtig was. Maar mooie mensen waren ook verdacht, en mooie vrouwen zeker, want ze verleidden de man tot seksuele gedachten in plaats van denken aan geloof of aan oorlog.

Na de middeleeuwen verbeterde de levensstandaard van de adel en de burgerij. De huizen werden comfortabeler en het grootste praalstuk van de man was zijn echtgenote. Of de dikke vrouwen die Rubens schilderde ook mooi werden bevonden, is onzeker. Wel staat vast dat zo'n vrouw welgesteld was : enkel rijken konden veel eten. Deze burger-vrouwen moesten wel steeds het fatsoen hoog houden. En in de vorige eeuw beweerden de meeste dokters met een uitgestreken gezicht dat de vrouw geen orgasme kende zoals de man, maar volledige seksuele bevrediging vond in het moederschap.

Toch begonnen de vrouwen stilletjes aan meer hun eigen zin te doen. Ondanks alarmerende berichten dat lichaamsbeweging hysterie kon veroorzaken gingen steeds meer vrouwen tennissen, turnen of fietsen. Door die lichamelijke activiteit leerden vrouwen hun lichaam beter kennen. Maar het betekent niet dat ze er ook meer zeggingskracht over kregen : mannelijke gynaecologen in hospitalen – moederhuizen – vervingen de vroedvrouwen, en vele vrouwen kregen geslachtziekten die hun man bij prostituees opliepen.

De schoonheidsrage zoals we die nu kennen is van recente datum en – gek genoeg – begonnen met het feminisme. Nauwelijks was de vrouw het korset kwijtgespeeld of ze snoerde haar borsten in en ging op dieet. Want in de jaren twintig van vorige eeuw wilden jonge vrouwen een jongensachtig figuur voor het charlestonjurkje. Moeder en oma waren nog gezette matrones, maar de dochter was slank, deed aan sport, ging laat dansen en ging – tot overmaat van ramp – als de eerste de beste boerin in de zon zitten zonder haar huid te bedekken.

Hoewel vrouwen zich dankzij de emancipatie – niet meer uitsluitend als echtgenote of minnares van een rijk man konden opwerken, bleef schoonheid een voordeel. De media ontdekten de foto en mooie vrouwen kregen meer aandacht in de weekbladen dan lelijke. En zo kregen vrouwen het idee dat succesvolle vrouwen ook mooi moesten zijn. Supervrouw was geboren : slim, sterk in haar werk, een fantastische sekspartner, een goede huisvrouw en moeder, en ook mooi.

En voor één keer volgden de mannen de vrouw. Want toen John Kennedy werd verkozen en tegenstrevers beweerden dat hij zijn succes aan zijn

jeugd te danken had, begonnen ook mannen hun uiterlijk belangrijk te vinden.

En geleidelijk aan draaiden mannen en vrouwen dol : iedereen poetst, kneedt en werkt aan het lichaam en probeert er slank, fit en – vooral – jong uit te zien, en dit alles van onder de plak van een onrealistisch en vooral vrouwenvriendelijk schoonheidsideaal.

Van waar komt dit schoonheidsideaal ? Reeds in 1855 schreef Lucy Stone, een voorvechtster van het stemrecht : Het zegt me bijzonder weinig dat ik mag stemmen, eigendommen bezitten, enzovoort, wanneer ik niet zelf de zeggingschap heb over mijn lichaam en de functies ervan. Na de vroegere mythe van de huiselijke vrouw (Betty Friedon) kwam nu de mythe van de mooie vrouw. Waren natuurlijke rondingen gedurende de hele geschiedenis van de mensheid geliefd, ten tijde van de strijd om het kiesrecht ontstond er plotseling een grote voorkeur voor superslank. En even keerde het vlees terug toen de vrouwen in de jaren vijftig massaal weer thuis in de keuken zaten. Maar met de opkomst van het feminisme, toen vrouwen zich in de openbaarheid begaven en de – voordien exclusieve – mannelijke bolwerken betraden, is het ideale gewicht weer gedaald.

Volgens Germaine Greer heeft de vrouwenemancipatie niet veel gerealiseerd voor de vrouw. Want vele vrouwen zijn doodongelukkig en diepgefrustreerd, vooral vanwege hun lichaam. De seksuele revolutie bevrijdde de vrouw niet, maar zadelde haar op met de leugen van een lichamelijk onbereikbaar ideaal, ontleend aan de commercie en gesteund op mannelijke fantasieën.

Volgens Naomi Wolf hebben vrouwen, vooral sedert de tweede emancipatiegolf van de jaren zeventig machtsstructuren doorbroken, maar is er tevens een heftig verzet ontstaan, waarbij beelden van vrouwelijke schoonheid gebruikt worden als een politiek wapen tegen een hogere status van de vrouw. Het is deze dominante cultuur niet te doen om dunne vrouwen, maar wel om de gevolgen die het slankheids- en schoonheidsdictaat voor vrouwen heeft.

En één van de grimmigste gevolgen is alvast de geweldige groei van het aantal eetstoornissen als anorexia en boulemia, alsook de toename van esthetische operaties – met de bijkomende verslaving eraan, het Venussyndroom -, en een hoog en peperduur cosmeticagebruik.

Ook blijkt steeds vaker dat de uiterlijke schoonheid als een beroepskwalificatie wordt gehanteerd en dat de vrouw op de arbeidsmarkt – net als vroeger op de huwelijksmarkt – wordt afgestraft door haar uiterlijk.

Het feminisme doorprijkt snel en grondig allerlei mythen (huiselijkheid/moederschap) over de vrouw en discriminatie op grond van het geslacht werd verboden. Daarom was er geen ander middel meer om de opmars van vrouwen te stuiten dan door het opleggen van een irreëel schoonheidsideaal dat vrouwen hun zelfvertrouwen kost, maar ook al hun energie : het onuitputtelijk huishoudelijk werk van vroeger is vervangen door dit nieuwe, onuitputtelijke, verplichte gepoets aan jezelf (M. Wolf). En dat alles maakt de vrouw futloos, wakker onderlinge rivaliteit aan en maakt haar politiek en maatschappelijk ongevaarlijk.

Mijn inziens is deze analyse vanuit feministische hoek gedeeltelijk waar. Het is juist dat veel energie van vrouwen naar hun uiterlijk gaat en dat industrieën daarmee veel geld verdienen. En ook is het waar dat de mannenwereld mondige vrouwen het liefst weert. Maar nog een andere factor speelt.

De huidige vrouw is op zoek naar een nieuwe identiteit, een nieuw terrein van erkenning, van macht. Want sedert zij het alleenrecht – en macht – verloor in de opvoeding, het huishouden, de verzorging, en sedert een lustvolle seksuele partnerrelatie mogelijk werd dankzij de invoer van veilige contraceptie, gaat de hedendaagse vrouw steeds meer aandacht besteden en belang hechten aan de onderlinge man-vrouw/partnerrelatie. Om deze onderlinge partnerrelatie te kunnen ontplooiën moet de vrouw de man behagen, en moet zij meer aandacht geven aan haar uiterlijk, aan schoonheid. Want in onze samenleving geldt nog steeds dat mannen moeten presteren, en vrouwen presenteren. En daar waar vrouwen vooral horen en luisteren naar – schoonpraters van – mannen, kijken mannen vooral naar het bevallige uiterlijk van vrouwen.

Dus de verschuiving in de rol en taak van de vrouw – van voortplanting naar seksueel partnerschap – heeft niet alleen tot doel om de vrouw te ondermijnen. Vrouwen willen ook mooi zijn om hun seksuele partnerrol beter te kunnen vervullen.

Volgens Susie Orbach, auteur van 'Mooi dik is niet lelijk', is er geen enkele vrouw die zich geen zorgen maakt over haar lichaam en die een normale verhouding heeft met eten. Vrouwen eten dwangmatig, ze eten om hun gevoelens te verbergen, om

zichzelf te straffen. Orbach verdeelt vrouwen, al naargelang hun relatie met eten, in vier categorieën.

Vooreerst zijn er de vrouwen die al jaren fors zijn en zich wanhopig afvragen of ze ooit slank zullen zijn. Ze hebben het gevoel dat alles beter zou gaan als ze slank waren. De grootste groep wordt gevormd door vrouwen die voortdurend van gewicht schommelen : de jojo-ers, die gemakkelijk veel kilo's kwijt maar ook opnieuw rijk raken. De derde groep heeft een gemiddeld gewicht, krijgt vaak aanvallen van eetlust en gaat daarna alles weer uitbraken. Een laatste groep wordt gevormd door de echte anorexia patiënten, die vaak extreem mager zijn, niet durven eten en als ze het al doen alles systematisch weer gaan uitbraken.

Naomi Wolf benadrukt de functie van het eten als een sociale activiteit : het delen van een maaltijd met elkaar bevestigt een sociale gelijkheid. Het woord compagnon is afgeleid van het latijn 'con pane' wat letterlijk met brood betekent : zij die het brood met elkaar delen. De verminderde porties van de vrouw betekenen dat zij – onder de norm van een slank lijf- niet beschouwd wordt als een gelijkwaardige disgenoot van de man en een lagere status in de gemeenschap inneemt. En also ontstaat dan die paradoxale situatie waarbij vrouwen, die eindelijk een behoorlijk salaris verdienen, zich niet eens drie behoorlijke maaltijden per dag veroorloven. Zij lijden honger alsof ze doodarm zijn. Ze geven krankzinnige bedragen uit aan schoonheidsproducten, die vrijwel allemaal nep zijn. Ze streven naar dat ideale uiterlijk, hoewel geen enkele vrouw er van nature zo uitziet : met grote borsten en lekker gespieerd. Ze zitten opgesloten in de gevangenis van het lichaam.

Mevrouw Margriet Hermans : Ik stel vast dat het allemaal nog veel erger is geworden. Wel vind ik dit een heel verhelderende uiteenzetting, want ondanks alle emancipatie vraag ik mij af wie de schuldige hiervan is, al mag men die niet altijd zoeken. Vaak hoort men immers dat de vrouwen dit zelf willen, niet dat mannen eisen dat vrouwen hun borsten vergroten of silicone in hun lippen laten spuiten. Is dat nu zo of is het deels deels ?

Mevrouw Frida Bogaerts : Ik zou niet graag de mannenwereld tegen mij krijgen, want als een vrouw voor een of andere verfraaiing naar de raadpleging komt, dan praat ik ook met de mannen. En vaak zegt een man : praat het uit haar hoofd. De doorsnee man vraagt dat dus niet van zijn vrouw, maar vrouwen kijken naar andere vrouwen, vergelijken zich voortdurend met andere vrouwen, vra-

gen zich af : ben ik magerder of lelijker ? Vrouwen doen zich dat dus zelf aan, maar onder een dictaat. Een dictaat vanuit het grootkapitaal dat hen in die richting duwt : de lightfood industrieën willen hun voeding gewoon kwijt en propageren dus slanke vrouwen, de dure cosmetica industrieën maken de vrouw wijs dat ze enkel aantrekkelijk is wanneer ze dure producten gebruikt.

De grote couturiers sturen anorexia-vrouwen de cat walk op en bepalen wat wij moeten dragen. De machtige industrieën met geld leggen vrouwen dit soort dingen dus op. Voor sommigen kan dit zelfs een politiek wapen betekenen, want wie futloos is is niet vechtlustig. Toch is het vooral een zaak van geldgewin.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Er steekt veel waarheid in uw betoog, maar helemaal waar is het nu ook weer niet. Vrouwen kijken om zich heen, juist, ze zijn realistisch, ze zien dat bij sollicitaties de mooiere vrouwen het bij gelijke kansen halen.

Hun man zegt wel dat dit niet hoeft, maar weinig vrouwen spelen hun man kwijt aan een dikker of lelijker model. Wat u over de industrie zegt is waar, maar ook andere factoren spelen mee. Het is nu eenmaal zo dat een slanke vrouw succesvoller is dan een dikke of een lelijke, en ook een vrouw wil succesvol zijn.

De voorzitter : Klopt, ook de mannen moeten veranderen.

Mevrouw Ingrid van Kessel : U werkt ook als sexuologe. U praat dus met mensen die iets aan hun lichaam willen laten veranderen om beter te voldoen : in welke mate kan u deze mensen beïnvloeden ?

Mevrouw Frida Bogaerts : Ik heb tien jaar met een plastisch chirurg samengewerkt. Wanneer vrouwen maar ook steeds meer mannen naar onze consultatie kwamen, was ik daarbij aanwezig en hoorde wat de chirurg voorstelde. Nadien had ik een apart gesprek met de betrokkenen om naar hun motieven te peilen.

Wil iemand zijn lichaam veranderen om een betere partnerrelatie te hebben, om beter met de buurvrouw te kunnen concurreren, of om een betere job te verkrijgen ? Die motieven trok ik nauwkeurig na, en legde nog eens uit wat zo'n operatie inhield. En precies door te praten zagen sommigen af van zo'n operatie, terwijl anderen die het nog wilden dan beter voorbereid waren, ook op de beperkingen van zo'n operatie. De chirurg haalde mij

dus erbij omdat de mensen op die manier meer tevreden waren over het resultaat. Een onmogelijke wens werd op die manier uitgeklaard, of men zag er toch van af.

3. Uiteenzetting door de heren Johan Pauwels en Erwin Van Kerschaver, artsen bij Kind & Gezin

De heer Johan Pauwels : Ik begin bij het jonge kind. Uw vraag was : kunt u iets zeggen over groeicurven en latere evoluties ? Drie zaken : is het zo dat wanneer men als obees kind start, men ook als obese volwassene eindigt ? En vooral : vanaf welke leeftijd ? Wordt een zware zuigeling een zwaarlijvige volwassene ? Is het het zwaarlijvige kind of kan men pas op achttien jaar iets met zekerheid zeggen ?

Zijn vervolgens groeicurven de sleutel tot vroegtijdige opsporing, en tot slot : wat kan men op jonge leeftijd reeds doen ? Andere sprekers zullen dat thema uitvoerig behandelen.

Van obees kind naar obese volwassene ? Zwaarlijvigheid bij volwassenen is nauw verbonden met verschillende ziekten, dat staat vast. Met suikerziekte bijvoorbeeld, hoge bloeddruk, rugklachten, maar ook met psychische problemen.

Wat eveneens vaststaat is dat overgewicht in de kinderjaren kan leiden tot overgewicht in de volwassen jaren. Maar vanaf welke leeftijd speelt dit een rol ? Belangrijk is risicokinderen tijdig op te sporen, want dan kan men gericht ingrijpen. Grote mediacampagnes, volgens andere sprekers, stigmatiseren meer dan ze positieve effecten ressorteren.

Over welke obese kinderen gaat het ? Beknopt geef ik enkele belangrijke studies, met referenties. Gasser en Ziegler volgden in Zwitserland een groep normale zuigelingen tot ze volwassen waren. Hun bevindingen stelden eerder teleur. Er bleek weinig samenhang tussen het gewicht en andere factoren op kinderleeftijd en obesiteit op volwassen leeftijd. Hun besluit was dat de voorspelbaarheid in de jonge jaren vrij gering was en dat men pas vanaf de adolescentie goed kan inschatten welke zwaarlijvige pubers echt zwaarlijvige volwassenen worden.

Een tweede studie, van Guo, komt uit Amerika. Guo onderzocht vanaf welk leeftijd er goede voorspellingen kunnen worden gemaakt om met zekerheid te zeggen welk kind ook op 35 jaar blijvende obesiteit zou vertonen. Zij stelden vast dat dit op achttien jaar excellent te voorspellen valt, op der-

tien jaar goed te voorspellen maar onder de dertien jaar maar matig voorspelbaar is.

Een laatste studie is die van Roland-Cachera en Bellisie. Voor hen was er enkel een redelijk verband tussen lengte en gewicht, over de verschillende leeftijden heen. De methode met huidplooidiktes gaf zeer wisselende resultaten, afhankelijk van de plooi die men ging meten en of het om jongens of meisjes ging.

Tot slot nog een publicatie vanuit Hong Kong uit 1999. Met een zogenaamde 'waarschijnlijkheidsrisicokaart' wou men met dit instrument de risicokinderen vanaf vier jaar gaan opsporen. Deze methode is nog niet algemeen van toepassing.

Misschien zijn we ook verkeerd bezig. Want bestaan de risico's niet al veel vroeger, namelijk in de zwangerschap, of hangen samen met het genetisch potentieel ? In Groot-Brittannië startte men al in 1958 met een groepje zuigelingen om de factoren tijdens de zwangerschap in te schatten. Deze studie verscheen in de Medical Journey in 2001. Daar kwam men tot de vaststelling dat het gewicht – BMI, waarover professor Van Gaal het morgen uitgebreid zal hebben – van de moeder een belangrijke rol zou spelen bij het ontwikkelen van zwaarlijvigheid bij het kind. Maar, aldus dezelfde studie, de invloeden zijn vrij ingewikkeld en afhankelijk van het geslacht. Verder onderzoek om de juiste relatie te bepalen is hier dus nodig.

Silliman ging nog een stukje verder. Hij wou weten of een obese zwangere moeder bevalt van een kind dat ook een wat overdreven vetmassa heeft. Is er dus een verband tussen de vetmassa van de moeder en de vetmassa van het pasgeboren kind ? Dat bleek wel degelijk zo. Maar gelukkig verdween die reeds op de leeftijd van zes weken en was er dus geen blijvend effect.

De tweede aspecten zijn natuurlijk de aangeboren factoren, en die spelen zeker een rol inzake obesiteit. Op genetisch vlak zijn al een aantal plaatsen geïdentificeerd die de BMI kunnen bepalen. De genetische voorbestemdheid voor obesiteit kan bovendien een grote rol spelen bij hoge bloeddruk, bij kinderen en bij volwassenen. Dat toonde een studie van Lauer aan. Wie op 45 jaar klachten krijgt en pas dan zijn zout vermindert of aan sport gaat doen, is 45 jaar te laat.

Obese meisjes worden obese moeders. Een studie in de VS onderzocht het verband tussen zwaarlijvigheid en problemen in de perinatale periode. Er bleek een sterk verhoogd risico te bestaan op

zwangerschapsdiabetes. Dat leidt tot grotere baby's en daardoor ook tot een groter aantal keizersneden. Een keizersnede is op zich geen probleem, maar wel bij obese moeders.

Er is een duidelijk verband tussen overgewicht op schoolleeftijd en later overgewicht. Genetische factoren en invloeden tijdens de zwangerschap spelen een rol, ondermeer de doorbloeding van de baarmoeder. Een snelle gewichtstoename in de eerste maanden kan daarmee verband houden. Vanaf de schoolleeftijd zijn de risicokinderen voor obesitas opspoorbaar.

Zijn de groeicurven dan de sleutel naar een vroegtijdige opsporing? Het is inderdaad belangrijk het gewicht te meten en het te vergelijken met de normen. De normen moeten aangepast worden aan lengte en geslacht, maar ook aan genetische en culturele factoren. Daarom heeft de minister nu een project goedgekeurd voor het opstellen van Vlaamse groeicurven.

Op Belgisch niveau is men daarin helaas nooit geslaagd. Het is de bedoeling om bij duizend kinderen het gewicht, de lengte en de omtrek van hoofd, buik en armen regelmatig te meten en deze cijfers te correleren met omgevingsfactoren. Men wil ondermeer de invloed meten van veranderende voedingsgewoonten, ondermeer als gevolg van de industriële samenstelling van de voeding. In Nederland gebeurt er nu al om de tien jaar een dergelijk onderzoek bij de bevolking van 0 tot 21 jaar. Daaruit blijkt een duidelijke verschuiving naar zwaardere kinderen en zwaardere volwassenen.

Bij zuigelingen en jonge kinderen is het vooral belangrijk het ondergewicht te detecteren. Vroeger wees dat meestal op ondervoeding. Nu heeft dat vooral te maken met verborgen hartafwijkingen, longaandoeningen, opnamestoornissen in de darmen en emotionele problemen, zoals een slechte band tussen moeder en kind of zelfs kindermishandeling. Bij de oudere kinderen zijn de curves belangrijk om overgewicht tijdig op te sporen. Er is overigens een belangrijk verschil tussen overgewicht en zwaarlijvigheid, maar dat zal morgen wellicht nog uitgebreid aan bod komen.

Wat kan men al doen op jonge leeftijd? Het belang van voeding begint heel vroeg, eigenlijk al op de eerste dag. Studies tonen aan dat borstvoeding beschermend werkt tegen zwaarlijvigheid op latere leeftijd. Dat houdt vooral verband met het eiwitgehalte van de voeding. Er is nog altijd een enorm verschil tussen kunstvoeding en borstvoeding, hoe goed de fabrikanten ook hun best doen. Daarom

heeft minister Vogels middelen uitgetrokken om de campagnes voor borstvoeding te stimuleren. Het is niet alleen de bedoeling folders uit te delen, maar ook mensen te begeleiden bij problemen. Veel moeders haken de eerste dagen al af omdat borstvoeding niet lukt. Anderen stoppen ermee omdat het niet te combineren valt met het werk. Dat laatste kan natuurlijk niet opgevangen worden door Kind&Gezin.

Met het oog op een gezonde en gevarieerde voeding voor peuters en kleuters is het belangrijk een tegengewicht te bieden tegen de fastfood die ook bij jonge kinderen haar intrede heeft gedaan. Van Petit Gervais, dat een groot eiwitgehalte heeft, wordt men niet alleen groot en sterk, maar ook zwaarlijvig, zeker in de hoeveelheden waarin het verbruikt wordt.

Men moet ook vanaf jonge leeftijd zorgen voor voldoende bewegingsruimte. Onvoldoende bewegingsruimte is niet alleen slecht voor de motorische ontwikkeling, het is ook een negatieve prikkel. Dat geldt in het bijzonder voor de grote steden waar mensen met kinderen vaak in kleine appartementen wonen.

Men moet de jonge ouders bewust maken van de keuzes die ze impliciet maken. Men kan spreken over gezonde ingrediënten voor de voeding. Men kan tips geven voor een gezonde en snelle hap. Zelf koken is belangrijk, al moet het in deze tijd vaak snel kunnen gaan. Een dergelijke begeleiding heeft een indirect effect op de ouders en werkt beter dan een confronterende aanpak. We zijn trouwens ook bezig met het ontwikkelen van een interactieve website met kookrecepten, gewichtscurves en algemene raadgevingen.

Wat men echter vooral niet moet doen is de zuigeling op dieet zetten. Een volwaardige voeding is essentieel voor de groei en voor de ontwikkeling. Het jonge kind kiest dus voor het maatje meer en doet mee aan de anti-dieetdag.

Mevrouw Hilde De Lobel : We kunnen dus besluiten : een dikke baby is niet slecht, een dikke peuter is al minder goed en een dik kind is verkeerd. Wanneer moeten we dan ingrijpen?

De heer Johan Pauwels : Een dikke baby mag men niet op dieet zetten. Veel peuters en kleuters zijn een beetje mollig, maar vaak verdwijnt het overgewicht als de kinderen beginnen te stappen. Op jonge leeftijd kan men geen risico identificeren. Kinderen met een uitgesproken aanleg moet men proberen te identificeren op iets oudere leeftijd,

namelijk op het einde van het lager onderwijs. Dan zou men moeten ingrijpen. De collega's van de CLB's (centra voor leerlingenbegeleiding) zullen morgen hun screening toelichten.

Mevrouw Sonja Becq : Een gezonde en gevarieerde voeding is al belangrijk vanaf jonge leeftijd. Hoe brengt men dat over in de consultatiebureaus of bij de huisbezoeken van verpleegkundigen ? Vanaf de leeftijd van twee of drie jaar haken de ouders vaak af en dan zijn er geen individuele contacten meer met Kind&Gezin.

Is die website van Kind&Gezin al beschikbaar ?

De heer Johan Pauwels : De interactieve website zou uiterlijk op het einde van dit jaar beschikbaar moeten zijn. Dat is uiteraard alleen nuttig voor mensen met een computer.

Op elke consultatieleeftijd leggen we een aantal accenten. Bij de overschakeling van melkvoeding naar papjes geven we uitleg waarvoor bepaalde voedingsbestanddelen belangrijk zijn. Het is een combinatie van een elementaire uitleg voor iedereen en zorg op maat voor bepaalde doelgroepen. In het consultatiebureau vragen we of er problemen zijn, we geven praktische voorbeelden en we ondersteunen het met een boekje. Een boekje is echter alleen nuttig voor mensen die goed kunnen lezen en die geïnteresseerd zijn en dat is bij kansarmen vaak niet het geval. Bij sommige mensen moeten we de voeding echt samen klaarmaken en dat is een arbeidsintensieve manier van werken. Daarom hebben we groepswerkingen uitgebouwd. Totnogtoe is dat alleen gebeurd binnen onze preventieve zorgcentra in de kansarme gebieden, maar we willen dat verruimen, want niet alle kansarmen wonen in hetzelfde gebied.

Mevrouw Sonja Becq : Wat is de waarde van potjesvoeding voor baby's ?

De heer Johan Pauwels : Men kan niet spreken in termen van goed of slecht. De potjes zijn goed in de zin dat het kind er groot mee wordt. Alle voedingsstoffen die er moeten inzitten, zitten erin. Sommige fabrikanten introduceren evenwel heel bewust een smaakgamma zodat kinderen al de rest van hun producten beginnen te eten. Commercieel gezien is dat geen slechte zaak. De overheid moet serieus tegengewicht geven omdat we anders de Amerikaanse toer opgaan.

Potjes zijn een mooi alternatief voor mensen die geen diepvries hebben. Groentepapjes kan men immers perfect invriezen. Men moet wel voorzich-

tig zijn met een aantal producten, bijvoorbeeld spinazie.

Mevrouw Sonja Becq : Wordt het expliciet meegegeven dat men groentepapjes kan invriezen ? Ik vind het belangrijk dat men dat doet.

De heer Johan Pauwels : In een aantal projecten gebeurt dat zeker. Zo stellen we zogenaamde kinderkookboekjes voor. Op kleine schaal verspreiden we informatie over de voedingswaarde van bepaalde producten. We werken ook met vertalingen. Vooral aan de doelgroep van kansarmen wordt zeer veel aandacht besteed.

Mevrouw Ingrid Van Kessel : Is er een samenwerking met het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie ?

De heer Johan Pauwels : Er is wel overleg, maar geen structurele samenwerking omdat de meeste campagnes van het instituut op volwassen doelgroepen zijn afgestemd. Dat kan in de toekomst veranderen. Een nauwere samenwerking is zeker wenselijk. Langs de Logo-werking zijn er wel een aantal raakvlakken.

De heer Jan Van Duppen : Kind en Gezin heeft als enige instelling een zicht op de evolutie van het gewicht bij kinderen. Na de Tweede Wereldoorlog was er een periode van schaarste en ontstond er een pathologie als gevolg van een eenzijdige voeding of een gebrek aan degelijke voeding. In de jaren vijftig moesten plots alle moeders opdraven om na te gaan of hun kinderen niet aan een of andere gruwelijke ziekte leden. Ze werden gedwongen om zogenaamde Michelinkindjes te maken want dat stond goed. Hebben jullie argumenten om te bevestigen of te ontkrachten dat dat een belangrijke rol gespeeld heeft in de gewichtsevolutie van die generatie en van de kinderen ervan ? In Nederland bestaat er immers een interessante cohortenstudie over kinderen van de hongerwinter (1944). Men heeft vastgesteld dat niet alleen de gewichtsevolutie van die kinderen een bijzonder groot probleem was, maar vooral van de kinderen van die generatie.

De heer Johan Pauwels : Er zijn geen gegevens over de lange termijn voorhanden. Het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn is opgesplitst. De data stonden op papier en ik denk niet dat men erin geslaagd is om die te verwerken. Kind en Gezin is vier jaar geleden begonnen met de automatisering van de gegevens. Op die manier kunnen we nagaan wat bijvoorbeeld het gemiddelde gewicht is van pasgeborenen. Het is zeer belangrijk om het effect

van de groeicurven op een wetenschappelijke manier te verwerken en op die manier inzichten te verwerven die de Nederlanders al lang hebben. Totnogtoe ontbreken Belgische epidemiologische studies op grote schaal. Het Medisch Schooltoezicht heeft veel moeite gedaan om zijn gegevens te verwerken en is daar gedeeltelijk in geslaagd. In vergelijking met internationale wetenschappelijke normen moet het beter kunnen.

De heer Jan Van Duppen : De gegevens zijn niet verwerkt, maar ze bestaan wel. Waar zijn ze ?

De heer Johan Pauwels : Die zitten in het archief.

De heer Erwin Van Kerschaver : Dossiers werden totnogtoe dertig jaar bijgehouden. De nieuwe reglementering laat toe om die na twintig te verbranden. We proberen geen dossiers meer te verbranden maar zoveel mogelijk door te geven aan de Schoolgezondheidszorg om de continuïteit te verzekeren. Vroeger gebeurde dat echter niet. Voor sommige kinderen kunnen we nog tot dertig jaar terug de gegevens in de archieven terugvinden.

De heer Jan Van Duppen : De gegevens tot de jaren zeventig zijn niet meer beschikbaar. Dat is een ongelooflijke schat die verdwenen is.

De heer Johan Pauwels : Uw bekommernis is zeer terecht. We beschikken over een schat aan gegevens. Momenteel hebben we niet de mogelijkheid om die op grote schaal wetenschappelijk te verwerken. Het grote voordeel is dat de dienst ondertussen geautomatiseerd is. De frustratie van veel onderzoekers is dat Nederland over grotere onderzoekscellen beschikt die beter uitgerust zijn en dus doorslaggevend studies kunnen publiceren.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Niet alleen bij Kind en Gezin maar in veel gevallen kan er geen historisch onderzoek gebeuren omdat we in Vlaanderen geen archiefregeling hebben.

De heer Felix Strackx : Ik behoor tot de generatie van de Michelinkinderen die werden vetgemest toen ze jong waren. Dikke kinderen worden later dikke volwassenen en daarom vind ik het merkwaardig dat u stelt dat men pas moet ingrijpen op het einde van de lagere school. Dat lijkt me absurd en veel te laat.

De heer Johan Pauwels : Ik heb niet gezegd dat men pas moet ingrijpen vanaf dertien jaar. De preventie moet al gestart worden vanaf de eerste dag na de geboorte. Daar moet het zwaartepunt gelegd worden. Een ander aspect is dat men bij het begin

van de puberteit (einde lagere school) de risicogroepen duidelijk kan identificeren. Om intensieve acties te kunnen voeren moet men een bepaalde risicogroep met vrij grote zekerheid eruit kunnen halen. Men kan niet voor iedereen campagnes blijven voeren.

De heer Felix Strackx : Het personeel van Kind en Gezin dat bij de mensen thuiskomt, is het best geplaatst om de ouders te leren wat gezonde voeding is en aan voedingsbegeleiding te doen.

De heer Johan Pauwels : We zijn daarmee bezig, maar het kan nog veel beter. We werken aan methodes om ouders op een professionele manier het goede voorbeeld te geven. Daarom willen we naast de huisbezoeken ook andere middelen inzetten naargelang de interesse van de mensen.

De heer Erwin Van Kerschaver : Het is terecht dat de knowhow van Kind en Gezin gebruikt wordt voor preventie en vroegtijdige begeleiding. Er wordt momenteel een interactieve website over voeding ontwikkeld. Er zijn verschillende folders ondermeer over borstvoeding, fruitpap, voeding in het algemeen. Er is ook ondersteuning door in groepen samen voeding klaar te maken. We promoten ook borstvoeding als preventie van obesitas. Wij zijn er dus echt mee bezig.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Hoeveel jonge ouders bereikt u ? Verstrekt u ook voedingstips aan de kinderdagverblijven en de andere onthaalinitiatieven, ondermeer de onthaalouders die onder uw toezicht staan ? Hoe wordt deze informatie doorgegeven aan de ouders ?

De heer Johan Pauwels : Er zijn twee soorten kinderdagverblijven : kinderdagverblijven, erkend en betoelaagd door Kind en Gezin en privé-initiatieven. De kinderdagverblijven die onder ons toezicht staan, worden bij het voedingsbeleid betrokken. In de video over opvoeding, bestemd voor kinderdagverblijven, wordt ondermeer met kinderen gekookt. Voorheen stroomde de informatie van consultatiebureaus te weinig door naar kinderdagverblijven. We verstrekken nu ook informatie aan artsen en verpleegkundigen. Binnen een paar maanden moeten we daar de eerste resultaten van merken.

Het is niet eenvoudig om de ouders te bereiken. Zij hebben weinig tijd en zijn niet geneigd om naar informatiesessies te komen. Wel is het mogelijk hen te informeren als ze hun kinderen brengen of halen. Dat gebeurt te weinig. We zijn volop bezig de kinderopvanginitiatieven aan te sporen om de

informatie ook langs deze weg door te geven. Onthaalmoeders zijn moeilijker te bereiken, daarom werken we vooral via de vormingssessies van de onthaaldiensten.

We bezoeken bijna alle jonge moeders in het kraambed. Ze geven zelf aan of ze onze begeleiding nog wensen en we bezoeken 97 procent van hen thuis. Tachtig procent van hen komt later naar de consultaties. Bijkomend bereikt Kind en Gezin een aantal ouders langs de kinderdagverblijven en de onthaalouders.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : U bereikt dus 15 tot 20 procent van de jonge ouders niet meer op het belangrijke moment. Dat zou eventueel langs de Logo's en huisartsen wel mogelijk zijn. Heel wat ouders gaan echter op consultatie bij specialisten. Hoe werken jullie met hen samen ?

De heer Johan Pauwels : Kind en Gezin heeft, samen met de Vlaamse Vereniging voor Kindergeesteskunde en de universiteiten, een brochure gemaakt voor de artsen, zowel voor de kinderartsen als de artsen van de consultatiebureaus. In deze brochure geven we, samen met kindergastro-enterologen, tips voor gezonde zuigelingenvoeding. Theoretisch staan we op één lijn, maar in praktijk zijn er grote verschillen. Een advies- of voorschrijfpatroon van een arts wijzigen, duurt immers jaren. Daarom is dit gezamenlijk initiatief belangrijk. Er zijn de laatste jaren goede contacten met de kinderartsen.

Een betere samenwerking met de privé-opvanginitiatieven is noodzakelijk. Wat de ontwikkelingskenmerken betreft, proberen we een gezamenlijke visie te ontwikkelen met de universiteiten, de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen en de Vereniging van Kinderartsen en Jeugdgezondheidszorg. Voor het ontwikkelen van en de controle op de groeicurves werken we samen met de universiteiten, de centra voor leerlingenbegeleiding en voor medisch schooltoezicht, de arbeidsgeneeskundige diensten en de Vlaamse Vereniging van Kinderendocrinologen. Dat zijn de specialisten van hormoonstoornissen bij kinderen, die obesitas behandelen. We hopen de ideeën via deze organisaties te verspreiden. We zijn bezig met het verbeteren van het weeg- en meetmateriaal en verwijzen sneller door als de ontwikkeling van een kind duidelijk afwijkt van de curves van hoofdomtrek, lengte en gewicht.

De heer Erwin Van Kerschaver : We bereiken, na het bezoek aan de kraamkliniek, nog ongeveer 99,6

procent van de ouders bij de gehoorscreening, uitgevoerd op de leeftijd van vier tot zes weken.

Mevrouw Sonja Becq : Gezonde voeding moet gepromoot worden bij alle jonge ouders. Een deel van de ouders bereiken we langs Kind en Gezin en een ander deel door de kinder- of huisartsen. Brennen deze artsen dezelfde boodschap als de consultatiebureaus ? Wat gebeurt er als zij dat niet doen ?

De heer Johan Pauwels : Dat hangt af van provincie tot provincie. De Logo's beschikken over de mogelijkheid om de partners te betrekken. Te veel schriftelijke informatie wekt wrevel op.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : In hoeverre houdt men bij het voedingsadvies rekening met de effecten van milieuvervuiling ?

De heer Johan Pauwels : In de dioxinecrisis kregen we veel vragen. We hebben professionele diëtisten in dienst en werken goed samen met de universitaire gastro-enterologen en volgen de wetenschappelijke literatuur over pollutanten en additieven. Het is echter niet evident om daar goede conclusies uit te trekken.

De voedingsconcerns hebben veel macht. Er zijn grote discussie over de toevoeging van fructo-oligosachariden aan zuigelingenvoeding. Europa heeft het gebruik ervan toegelaten maar raadt het niet aan. De commerciële belangen wegen zwaar door. De adviezen moeten voldoende wetenschappelijk onderbouwd worden om de argumenten van de firma's te weerstaan.

Bij wiegendood hebben we het gebruik van diverse zogenaamde hulpmiddelen afgeraden op basis van harde argumenten. Ook onze vaccinatie tegen meningitis is op basis van wetenschappelijke literatuur en in afwachting van de Hoge Raad voor Gezondheid gestart vóór de officiële inentingscampagne.

De voorzitter : Ik heb van de verantwoordelijken van de kinderdagverblijven begrepen dat ze de richtlijn hebben ontvangen van Kind & Gezin dat de maaltijd niet langer een stressmoment mag zijn. Het bordje moet dus niet langer leeg. Is dat juist ? Waarop is deze richtlijn gebaseerd ?

De heer Johan Pauwels : Deze richtlijn is ondermeer gebaseerd op de internationale literatuur over dit onderwerp. Vroeger bestonden er zeer rigide systemen die voorschreven hoe ouders in bepaalde omstandigheden moesten handelen. Zij wisten perfect op welk uur zij borstvoeding of de fles moesten geven. Bij diarree werd hen voorgeschre-

ven hoeveel dagen het kind moest vasten, wat het daarna wel of niet mocht eten. Op basis van wetenschappelijke studies is men hier vanaf gestapt.

Een kind zal uit zichzelf niet verhongeren. En het zal wel duidelijk maken dat het honger heeft. Als een baby weent van de honger en onmiddellijk de borst krijgt aangeboden, zal het voldaan zijn. Zo ontstaat er ook een hechte band met de moeder. Een kind dat weent van de honger, maar moet wachten tot het uur daar is om gevoed te worden, zal zich daar na een tijdje misschien bij neer leggen, maar kan daar ook geweldig gefrustreerd door geraken. Het slechtste scenario is natuurlijk het ontbreken van een vast uurschema in combinatie met een niet reageren op gehuil. Dergelijke gebeurtenissen tijdens de eerste levensmaanden kunnen zorgen voor ernstige psychische letsels.

Een kind zal dus wel duidelijk maken dat het honger heeft, maar het zal in de praktijk niet altijd zo eenvoudig zijn om daar ook daadwerkelijk op in te gaan. Een kinderdagverblijf kan niet heel de dag eten aanbieden. Het zal er dan op neerkomen dat het kind tijdens de volgende voeding wel goed zal eten. Het bordje hoeft dus niet koste wat het kost leeg.

Als peuters trouwens in de fase van koppigheid belanden, kan dit heel wat frustratie opleveren voor kind én begeleider. Het is veel eenvoudiger het kind te laten wachten tot de volgende maaltijd. Het opvoedkundig aspect is hierbij wel belangrijk : het helpt natuurlijk niet om het kind meer dessert te laten eten, als het zijn groenten niet opeet.

De heer Erwin Van Kerschaver : Gisteren had ik nog een vergadering met de inspectie van de kinderdagverblijven, die een nieuwe nota uitwerkt in het kader van het kwaliteitsdecreet inzake kinderopvang. Deze nota heeft ondermeer betrekking op voeding. Ik vind daar bijvoorbeeld de volgende bepalingen in terug. De verantwoordelijke geeft blijk van kennis en inzicht in de voedingsnoden van het jonge kind. Er is overleg met de ouders over de geschiktheid van en de variatie in de voeding. Er moet voldoende drank aanwezig zijn, waarbij ook rekening wordt gehouden met de temperatuur. Vermeden worden : koffie, thee, fris- en lichtdranken. Er moet een goed evenwicht zijn tussen ondermeer groenten, fruit, graan, aardappelen, vlees, vis, eieren en andere vervangingsproducten. Er zijn ook heel wat bepalingen over alternatieve voeding. Als een verzorgingsinstelling alternatieve voeding wil aanbieden, moeten de ouders daar uitdrukkelijk mee akkoord gaan.

4. Uiteenzetting door professor André D'Hoore, abdominale heekunde UZ Gasthuisberg Leuven

Professor André D'Hoore : Bariatrische heekunde wordt gebruikt voor de behandeling van morbide obesitas. Obesitas is een wereldwijd probleem, dat ongeveer gelijk verdeeld is tussen de geslachten, maar enkel personen met morbide obesitas komen bij de chirurg terecht.

Hun BMI is groter dan 40 en hun overgewicht brengt bijkomende ziektes teweeg, zoals diabetes, hoge bloeddruk, cardiovasculaire problemen, degeneratieve gewrichtsaandoeningen en psychische problemen. Dat beïnvloedt hun levensverwachting negatief. Voor hen is chirurgie nog de enige doeltreffende behandeling.

Wat zijn de indicaties voor heekunde ? Het gaat om patiënten die door exogene omstandigheden – overdreven eten – obesitas vertonen, met een BMI dat groter is dan 40 of groter dan 35 als ze een duidelijke pathologie hebben die secundair is aan de obesitas, na het falen van een conservatieve behandeling en psychiatrisch compliant.

Er bestaan twee types van bariatrische heekunde. Enerzijds is er de maagrestrictie, die ervoor zorgt dat de patiënten veel minder gaan eten, anderzijds is er de bypass, waarvan de consequenties veel drastischer zijn en die ervoor zorgt dat de calorieën van wat men eet niet opgenomen worden in het lichaam. Sinds kort is ook een combinatie van maagverkleining en beperkte bypass mogelijk.

Problemen die inherent zijn aan deze vorm van heekunde zijn niet alleen van logistieke aard. Er is ook een verhoogd risico op het vormen van klonters in de bloedvaten en op een dodelijke longembolie. Als patiënten diep slapen, stopt hun ademhaling soms. Als er postoperatieve complicaties optreden, zijn die bovendien zeer moeilijk klinisch te bekijken.

Er is allereerst de klassieke maagverkleining. Die werd vroeger altijd uitgevoerd via een buikincisie, maar kan nu ook via een laparoscopische ingreep – een kijkoperatie – gebeuren. Men schiet een venster in de maag, met titaniumnietjes, waardoor er een kleine voormaag ontstaat juist voorbij de slokdarm, die wordt versterkt met een klein ringetje. De voeding gaat daar zeer traag door maar alles wat door die kleine voormaag gaat, wordt normaal opgenomen in de bloedbaan. Dat is een vrij drastische ingreep. De patiënten kunnen slechts kleine porties eten en geen vlees meer verdragen. Na een

jaar zijn ze ongeveer 60 procent van het teveel aan gewicht kwijt. Op lange termijn blijft die gewichtsreductie echter beperkt tot 30 procent omdat de meeste patiënten hun eetgedrag veranderen : van volume-eters worden het zoeteters. Bovendien komt de nietjesrij soms weer los, met – bij één op zes patiënten – een nieuwe operatie tot gevolg.

Er is tegenwoordig in de media heel wat te doen over de siliconenband rond de maag. Die levert een kleine maag op, waarvan de integriteit wel bewaard blijft. De band is aanpasbaar en de ingreep is volledig omkeerbaar. Deze band levert een vergelijkbare gewichtsreductie op als de klassieke operatie, maar de ingreep is technisch gemakkelijker en kan altijd met een kijkoperatie worden uitgevoerd. Bij de geringste infectie moet de band – toch vreemd materiaal – echter weer verwijderd worden. Bovendien komen mensen te pas en te onpas vragen de diameter van hun band aan te passen. De band groeit ook niet in : soms wordt een deel van de maag boven de ring getrokken, ondermeer door braken, waardoor er geleidelijk een dilatatie boven de ring ontstaat en de ring er onherroepelijk uit moet. Dat gebeurt in 10 tot 12 procent van de gevallen. Deze patiënten zijn 2000 euro kwijt en hun probleem is onoplosbaar.

Bij bilio-pancreatische bypass wordt drie vierde van de maag weggenomen en een kunstmatig voedingskanaal gecreëerd, waaraan pas laattijdig verteringssappen worden toegevoegd. De dunne darm verkort aanzienlijk, waardoor echter ook de absorptie van vitaminen en dergelijke vermindert.

De gevolgen zijn dramatisch : alle patiënten hebben een tekort aan eiwitten, vetdiarree, velen hebben last van bloedarmoede, en nutritionele deficiënties op lange termijn : een tekort aan eiwitten, aan vetoplosbare vitaminen als A, D, E en K, waarvan D de belangrijkste is. Vroegtijdige osteoporose is het gevolg. Tot slot komen in weliswaar zeldzame gevallen ook toxische leveraandoeningen voor.

Dit is dus niet verantwoord als eerstelijnsoplossing. Er ontwikkelde zich een nieuwe standaard, die een beperkte maagreductie en een beperkte bypass combineert. Het voordeel is dat de patiënt zich bij gedragsverandering (opnieuw gaan snoepen) onwel voelt, zweet en hypoglycemisch wordt. De resultaten zijn : waarschijnlijk blijvende gewichtsreductie tot 60 procent, minder last voor vaste voeding dan bij de klassieke maagverkleining, geen deficiënties. Bovendien wordt thans een laparoscopische techniek op punt gesteld.

In Leuven benadert men tegenwoordig het probleem multidisciplinair. Bij patiënten met overgewicht rond de 40 BMI, kiezen wij voor de klassieke maagverkleining, die wij laparoscopisch uitvoeren. Bij een enorm overgewicht (meer dan 45 BMI) opteren wij voor gastric bypass, evenals in de gevallen waarin de klassieke verkleining mislukt is.

De gevaren in België zijn in de eerste plaats de onvoldoende omkadering, waardoor na vijf jaar bij vele patiënten bij gebrek aan opvolging malnutritie ontstaat, de onterechte voorstelling van bariatrische geneeskunde als plastische chirurgie, en het opduiken van laattijdige metabolismeproblemen na gastric bypass.

De heer Felix Strackx : De heelkunde heeft op dit vlak een spectaculaire evolutie doorgemaakt. Maar die komt er in feite op neer dat zij, toch voor de eerste categorie van operaties, compenseert wat het de patiënt aan wilskracht ontbreekt. Men forceert dan langs chirurgische weg hetzelfde fenomeen. Daardoor ontstaat het gevaar dat men zich helemaal geen inspanningen wil getroosten. Men weet immers dat de chirurgische oplossing bestaat en men kan dus bij zichzelf denken : als het te erg wordt, kan ik mij nog altijd laten opereren. Hoe staat de spreker daar tegenover ?

Wat vindt hij van het farmacologische alternatief ? Er bestaan namelijk medicijnen die hetzelfde effect creëren als de operatieve ingreep.

Professor André D'Hoore : Onze doelgroep zijn patiënten in de gevarenzone. Wij willen geen fotomodellen van hen maken, maar de levensverwachting van sommigen terugbrengen tot die van de normale populatie. Wij reiken daarbij in feite een hulpmiddel voor levenslang diëten aan. De wildgroei die bestaat in ondermeer het aanbrengen van bandjes, brengt de hele chirurgie in diskrediet. Zij moet zich richten op de behandeling van morbide obesitas en dat is iets anders dan een relatief licht overgewicht.

Wat de geneesmiddelen betreft : die werken volgens hetzelfde principe, namelijk de verminderde opname van bepaalde vetten uit de voeding. Zij bereiken daarin echter slechts 10 procent van het overgewicht en brengen dus niemand uit de gevarenzone. Zij zijn dan ook de dag van vandaag bedoeld voor een heel andere categorie van patiënten, bij wie zij wel preventief kunnen dienen om hen uit de gevarenzone te houden.

In de toekomst verwachten wij veel van een aantal methodes die nu nog in een experimenteel stadium

verkeren. Zo kan men de maagzenuwen met een pacemaker stimuleren, waardoor op kunstmatige wijze een overdreven hongergevoel wordt weggenomen.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Mensen doen te pas en te onpas een beroep op de heelkunde. Hoe kan de chirurg opboksen tegen de vragen die van de patiënten zelf komen ? De druk van het slankheidsideaal is groot. Welke deontologie hanteert u zelf ?

Professor André D'Hoore : De helft van onze ingrepen heeft betrekking op verwickelingen van het soort gevallen waaraan u refereert. Ik kan echter niet weten welk percentage zij van de hele groep uitmaken. Wie zich zonder strikte indicatie met dit soort ingrepen bezighoudt, verklaart zich medico-legaal vogelvrij.

De voorzitter : Maar dat wordt niet bewaakt ?

Professor André D'Hoore : Neen.

De heer Jan Van Duppen : Hoeveel van dit soort ingrepen gebeuren er ? Men kan toch de Riziv-normenclatuurnummers consulteren ?

Wat gebeurt er precies op medico-legaal vlak als men bij dergelijke gevallen uitkomt ?

De reductie van het lichaamsgewicht met 60 procent heeft bij oudere patiënten mede tot gevolg dat er te veel huidweefsel is : dat is immers niet voldoende elastisch meer om te krimpen. Hoe lost men dat op ?

Professor André D'Hoore : Er bestaan voor deze ingrepen geen specifieke nomenclatuurnummers. Zij worden daarom naar analogie gegeven. Voor maagverkleining verwijst men dan bijvoorbeeld naar reflux-ingrepen. Het aantal is dus zeer moeilijk te achterhalen. België was er in elk geval vlug bij : toen er op de hele wereld nog maar 7000 bandjes aangebracht waren, hadden wij er daarvan 4000.

Het is moeilijk om uit te maken hoeveel obesitaspatiënten er precies zijn.

De plastische correcties achteraf, vallen uiteraard onder de nomenclatuur van de plastische chirurgie.

Mevrouw Hilde De Lobel : Ik beaam wat u zegt. Twaalf jaar geleden heb ik een bypass operatie ondergaan. Ik ben blij dat u zo voorzichtig bent, op de gevaren wijst – het is inderdaad geen plastische in-

greep -, en een duidelijk onderscheid maakt tussen morbide obesitas en overgewicht.

Ik raad het iedereen af ook al heb ik helemaal geen spijt van de ingreep. Ik vergelijk het altijd met een amputatie. Men gaat pas amputeren als men zo het leven van de patiënt kan redden. Het is dus absoluut geen schoonheidsoperatie, maar een noodrem. Sommigen zijn verrast dat ik twaalf jaar later nog leef. Ik, daarentegen, ben ervan overtuigd dat ik zonder die ingreep niet meer had geleefd.

We kunnen niet genoeg benadrukken dat dit een uitzonderlijke ingreep is. Precies daarom moeten we een duidelijk onderscheid maken tussen overgewicht en morbide obesitas.

Professor André D'Hoore : Ik ben er ook van overtuigd dat we enkel heelkundig mogen ingrijpen als de patiënt niet meer behandelbaar is. Zo'n operatie is geen gemakkelijksoplossing, maar een manier om de patiënten uit de gevarenzone te halen. Morbide obesitas verkort de levensverwachting omdat de patiënt diabetes ontwikkelt, arteriële hypertensie krijgt en zijn gewrichten overbelast.

5. Uiteenzetting door de heer Jan Van den Bergh, president i-Merge, partner van Quattro-D'Arcy

De heer Jan Van den Bergh : Zelfsturing, daar komt het op aan. Als alle druk van buitenaf wegvalt, blijft er maar één middel meer over : wilskracht. Het doel van de communicatie moet zijn iedereen ertoe brengen zichzelf onder controle te houden.

Ik geloof niet dat de campagnemakers zich moeten bezighouden met de volwassenen. Ons standpunt is dat we moeten beginnen bij de kinderen en hun moeders. Het is immers een beheersbare, remedieerbare en controleerbare groep : ieder jaar worden 60.000 kinderen geboren en die hebben 120.000 ouders. De groep groeit dus ieder jaar met 180.000 eenheden. Ik verzet me dus tegen een onbetaalbare campagne in alle media die het doel toch voorbij zal schieten.

Studies leren immers dat het moeilijk zal zijn. However, other studies indicate that most persons attempting to lose weight through exercise and diet are neither doing enough exercise nor are they using sound dietary principles. Deze mensen komen dus vroeg of laat bij professor D'Hoore terecht.

But when a few intrepid scientists began asking if those beliefs were true, they found that fitness, like weight loss, has genetic underpinnings, making it inherently much easier for some to get fit than it is for others. Het is dus vanuit communicatiestandpunt moeilijk mensen op een gebrek aan wilskracht te wijzen, als blijkt dat velen genetisch gezien geen gewicht kunnen verliezen.

Communiceren is segmenteren. Ondermeer vanuit financiële overwegingen. We kunnen onmogelijk zes miljoen Vlamingen tegelijk bereiken. Voorts werkt communicatie alleen maar als ze op maat van de ontvanger ervan geschreven is. Aangezien obesitas verschillende oorzaken heeft, moeten we alle patiëntengroepen op een andere manier benaderen. Vijftien spotjes op TV1 en twintig dubbele bladzijden in Knack zullen dus niets uithalen.

Ik weet nog niet hoe we het beste kunnen segmenteren. Op basis van leeftijd of sociale klasse? Ik lees bijvoorbeeld dat het probleem groot is in de lagere sociale klassen. Op basis van de body-mass index? Op basis van leeftijd?

Bij het segmenteren moeten we ons ook afvragen of de groep groot genoeg is. Of het probleem groot genoeg is? Hoe kunnen we de groep bereiken? Is de mediadruk groot genoeg opdat ze hun gedrag zullen aanpassen? Zijn ze beïnvloedbaar of sluiten ze zich af?

Bij het segmenteren gebruiken we een achttapplan. De eerste stap is mensen bekend maken met het probleem. Sommige mensen weten dat ze te veel wegen, maar beseffen niet dat ze aan obesitas leiden. In de laatste fase wordt men propagandist.

Moeten we bij de baby's en hun ouders beginnen? But the findings, the authors argued, suggest that early infancy is one of several important developmental windows when the stage may be set for obesity, and that closer study may yield ways to reduce the risk.

Baby's zijn dus een belangrijke groep en kunnen gemakkelijk benaderd worden. Ze hebben immers maar één medium, namelijk hun moeder. De baby's groeien op en worden volwassen waardoor het probleem in 2020 van de baan is. Dat klinkt cynisch want in de VS voert men al veertig jaar campagne en heeft men niets bereikt.

Wat als we ons op de toekomstige ouders focussen? Het gewicht van de baby's wordt mede bepaald door de ouders. Is de zwangerschap geen

goed moment om wat vaker naar de weegschaal te kijken? Willen toekomstige moeders geen gezonde baby? Willen zij niet zo snel mogelijk weer in vorm zijn? Willen ze ook niet een jonge knappe vrouw blijven? En bestaat de kans niet dat de vader mee moet doen? Omdat een zwangerschap een belangrijk moment is in iemands leven, is het wellicht ook het aangewezen moment om over te stappen op een gezonde voeding.

De ouders worden dus de campagnedoelgroep. De zussen, broers, vrienden, vriendinnen, opa's, oma's en collega's, enzovoort. de volggroep. De volggroep is de groep mensen die door de boodschap die ze toevallig opvangen ook geïnteresseerd raken.

Heel eenvoudige redenering. 60.000 baby's en 120.000 ouders zijn 180.000 mensen minimaal, een mooi en betaalbaar aantal om mee te beginnen. In 2011, waar ik gestopt ben, blijft het een beheersbaar en betaalbaar middel.

Hoe werken die dingen? We moeten vertrekken van consumenteninzichten zodat men in een toekomstige campagne te allen tijde de positieve houding tegenover 'ik moet een beetje minder wegen' moet versterken, en al het negatieve neutraliseren of tegenwerken. De 'hebben- en zijn'-laag moet evolueren naar een 'worden'-laag, naar zelfsturing. Hier is het nog redelijk meetbaar, redelijk druk van buitenaf, maar hier moet men de integrerende-interioriserende laag bereiken. Meer bepaald als de druk van de weegschaal wegvalt, de aanporrende entourage en de campagne niet meer loopt, dan staat men er alleen voor en moet men zien dat men niet hervalt.

Consistentie en consequentie zijn belangrijke gegevens. Blijft de Vlaamse overheid investeren in een doortastende en consequente aanpak, kan er zoiets komen als caloriebelasting, zal men zoals in Amerika meer moeten betalen voor de gewone coca? Komt er een BMI-belasting? En wordt minder BMI positief gediscrimineerd? Sport op school en geen vrije woensdagnamiddagen meer? Ik waag me niet op het ethische noch op het politieke vlak, maar een consistente en consequente politiek is nodig.

De overheid zal zich moeten afvragen of men verder doet met de lopende vlees- en kaascampagnes, dan wel of er meer rust- en sportpauzes op school moeten komen, meer groenten en fruit dan wel verbod op Mars en Coca Cola. Hoe ver kan men gaan, want eigenlijk moet men een anti-campagne voeren tegen die campagnemakers, onze klanten? Een politieke en ethische vraag.

Af en toe lukt het, zie de verkeersveiligheid. De gordelcampagne wierp op korte termijn haar vruchten af, onmiddellijk daarna droegen de mensen de gordel achteraan iets meer.

Het gaat echter niet alleen om communicatie, 15 of 20 miljoen in de media of in het web steken lukt niet. Alle middelen moeten geïntegreerd, het is een oorlog op alle fronten en tegelijkertijd, anders zijn het doekjes voor het bloeden. Thuis en het werk, school en restaurants zijn belangrijk : moet men bijvoorbeeld een obesitas-pas invoeren om de volgende hamburger te krijgen ? Uiteraard zijn dokter en gynaecoloog belangrijk, Kind&Gezin, vooral naar jonge mama's toe. Want kindjes op wie niet wordt gelet en gezinnen die veel uit elkaar leven zijn veel meer bedreigd.

Een campagne moet men op antibiotica-wijze toedienen : elke dag een beetje, zoals de waspoederjongens elke dag doen. Zo werkt het. Bovendien moet men helderheid nastreven, de reclamewaardering in de gaten houden, prettige campagnes op het oog hebben. En dus niet werken met de beelden van daarnet, van prof. D'Hoore, maar wel zoals wij deden met onze 'melksnorcampagne'.

Dit soort campagne werkt ook goed met populaire figuren, zoals deze politicus of deze meisjes. Zij zijn de 'eFluentials' en kunnen een bepaalde groep beïnvloeden. Zeker op het web, en zeker in deze kiese materie moet men ervoor zorgen dat in de communicatiestromen de strijd tegen obesitas ingang vindt.

Nog enkele stukjes over een campagne tegen roken, in Nederland. Bepaalde dingen werken toch wel, maar niet altijd, ook niet voor commerciële producten. Kijk naar die biercampagne in Nederland.

Tot slot iets over een boekje 'The tyranny of health' van Michael Fitzpatrick, een aanrader : in hoeverre mogen de overheid en dokters worden ingeschakeld om dit soort bewustwording tegen obesitas te voeren ? Een omstreden boek van deze dokter over de vraag of we het kunnen maken dat we er mensen op wijzen dat ze ongezond zijn en leven.

De voorzitter : Dit was een aparte inbreng.

Mevrouw Sonja Becq : Ik heb de indruk dat campagnes niet veel zin hebben, zeker als commerciële daar blijven tegenoverstaan. Ik verwijs naar die biercampagne, wat is er in de plaats gekomen ? Iets anders is wanneer men via Kind en Gezin werkt en

daar zou investeren. Want met een mediacampagne kan men nooit op tegen de commerciële campagnes rond eten en drinken.

De heer Jan Van den Bergh : Ik deel dit standpunt. Het is inderdaad beter om 'guerillamarketing' te voeren, want de grote jongens zullen altijd meer uitgeven. De jonge mama's dus via Kind en Gezin bereiken, want op die leeftijd zijn ze vatbaar voor het totale probleem.

De heer Jan Van Duppen : Ik had verwacht dat de heer Van den Bergh een hoopvolle boodschap zou brengen, maar dat was niet het geval. Zijn argumenten over segmentering van de campagnes en over langetermijnplanning waren wel interessant.

Wat bedoelt hij met de noodzaak van consistentie ? Moet ik het zo begrijpen dat campagnes voor landbouwproducten van Vlaamse bodem niet altijd te rijmen zijn met het streven naar een gezonde voeding ?

De heer Jan Van den Bergh : Het is belangrijk veel fruit en groenten te eten en veel water te drinken. Nochtans waren de campagnes van de VLAM (Vlaams Promotiecentrum voor Agro- en Visserijmarketing) totnogtoe vooral gericht op het promoten van vlees en zuivel. Deze trend zouden we moeten kunnen ombuigen als de Vlaamse overheid consequent een anti-obesitas beleid wil voeren. Al wie terzake beleidsbevoegdheid heeft, zou moeten meewerken aan het uitstippelen van een nieuwe beleid. Het gaat hier immers om een kwestie met belangrijke consequenties. Er is ook veel geld mee gemoeid. Eigenlijk gaat het hier om een schaakspel dat over tien tot vijftien jaar tot een goed einde moet worden gebracht. Dat bedoel ik met consistentie en consequentie.

Men zou zich bijvoorbeeld ook de vraag kunnen stellen of Ketnet op woensdagnamiddag niet moet stoppen met uitzenden. Is het niet beter de kinderen op woensdagnamiddag het voetbalveld op te sturen ? En zo zijn er tientallen vragen te stellen.

De heer Jan Van Duppen : Sommige scholen laten een computer of een kopieerapparaat betalen door de leverancier van frisdrank of snoep. Met dergelijke praktijken ben ik het inderdaad niet eens. Toch meen ik dat er moet gestreefd worden naar haalbare oplossingen, naar voorstellen waarop mensen kunnen ingaan. Het heeft geen zin om op woensdagnamiddag te stoppen met de programmatie van Ketnet. De commerciële zenders blijven toch bestaan. Men zou wel kunnen beslissen om alle kinderen op woensdagnamiddag op school te laten

blijven om aan sport te doen. Eigenlijk verwacht ik het meeste van positieve incentives.

De keuze voor segmentering is in principe juist, maar ik heb vragen bij de focus op zwangere vrouwen indien men het argument hanteert dat het dan gaat om de bevolkingsgroep tussen 25 en 30 jaar. Het is juist dat zwangere vrouwen gevoeliger zijn voor dergelijke informatie, maar de leeftijd waarop vrouwen zwanger worden is de laatste jaren gestegen. Stelt de heer Van den Bergh de zaken niet te makkelijk voor ?

De heer Jan Van den Bergh : Integendeel, de kwestie is complexer dan ik gedacht had. Een complex probleem moet op een geïntegreerde manier worden aangepakt, op lange termijn en met inzet van veel middelen. Om het een beetje beheersbaar te houden, moeten we ons concentreren op bepaalde groepen. Dat is dus vooral een kwestie van middelen. En ik weet uit ervaring dat overheden weinig middelen uittrekken om te communiceren.

De heer Felix Strackx : De heer Van den Bergh is erin geslaagd me zeer moedeloos te maken. Een gedragswijziging realiseren, is altijd moeilijk. Bepaalde vormen van voeding kunnen we beschouwen als genotsmiddelen. Dan kunnen we de vergelijking maken met het debat over softdrugs. Sommigen zeggen dat we met softdrugs moeten leren omgaan omdat we ze toch niet kunnen bannen uit onze samenleving. In het geval van snoep en chips gaat deze redenering zeker op. Is een dergelijke houding niet beter dan het voeren van een oorlog tegen deze producten ? Het schrikbeeld van mensen die willen afslanken is dat ze nooit nog frisdrank of chocola zullen mogen eten. Zouden we niet beter de boodschap brengen dat het wel degelijk mag, maar met mate. Een dergelijk standpunt is toch genuanceerder dan dat van de heer Van den Bergh.

De heer Jan Van den Bergh : Dat is juist, maar dergelijke genuanceerde campagnes zullen niet veel uithalen. Het gaat hier niet om mensen die slechts een paar kilo te veel hebben.

We zouden alle mogelijke maatregelen in kaart moeten brengen en daarover een debat houden. Men mag zich niet de illusie maken dat campagnes alles kunnen oplossen. De Bob-campagnes van het BIVV (Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid) hebben de eerste jaren veel succes gehad omdat er ook veel politiecontrole was. Nu de pakkans kleiner geworden is, is de impact van de campagne meteen veel kleiner geworden. De cijfers daarover zijn net gepubliceerd.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Positieve beïnvloeding kan een impact hebben, maar dat is tijdelijk. We kunnen ervan uitgaan dat mensen hun eigen gezondheidsproblemen veroorzaken, of dat ze er toch op de een of andere manier een aandeel in hebben. Wat denkt de heer Van den Bergh dan van het invoeren van een soort boetesysteem dat de tussenkomst van de ziekteverzekering in sommige gevallen zou beperken ? Kan dat helpen ? Vindt hij dat moreel verantwoord ?

De heer Jan Van den Bergh : Sommige dingen worden nu al door de overheid bestraft en die straffen worden door iedereen getolereerd. Sigaretten zijn bijvoorbeeld zeer duur. In frisdrankautomaten zou men ook variabele prijzen kunnen aanrekenen naargelang het om een gezonde of een minder gezonde drank gaat. Ik denk dat het in de US al gebeurd of gepland wordt. De publieke opinie reageert vooral wanneer er nieuwe soorten van taxa-ties worden ingevoerd. Wanneer de meerkost ten goede komt aan de gewenste maatschappelijke verandering, zullen de maatregelen wellicht aanvaard worden door de bevolking.

Mevrouw Sonja Becq : Ik heb dezelfde vraag over de verantwoordelijkheid van de producent en de reclamemaker. Volgens Kind en Gezin leidt potjesvoeding ertoe dat kinderen meer producten van dezelfde producent gaan consumeren. Moeten we niet eerder een ethisch debat voeren over datgene wat de producenten aanbieden en wat de opdracht is van de overheid ?

De heer Jan Van den Bergh : Ik ben van mening dat de overheid beter massaal steun zou geven aan het promoten van bananen en koffie van Max Havelaar en op die manier een campagne voeren tegen de Chiquitabananen en de andere koffiemerken. Dat gaat over hetzelfde probleem. De vraag is hoe de overheid een onrechtvaardige situatie oplost. Ze kan dat door enerzijds de andere in te perken, ondermeer door een reclameverbod op te leggen en door producenten een groter ethisch gevoel aan te praten, en anderzijds door goede zaken te beklemtonen. Als men begint met een fruit- en groetencampagne of een borstvoedingscampagne, dan reageert men al op een bepaalde manier tegen potjesvoeding.

Een campagne moet altijd deel uitmaken van een veel groter geheel. De overheid moet opnieuw denken over de manier waarop ze met de middelen omgaat. Men moet het debat op consumentenniveau voeren door niet te veel te verbieden, maar diegene die juist bezig zijn, met overheidsgeld te ondersteunen en aan te moedigen. Dan krijgt men

een publiek debat. Volgens Carrefour zijn mensen bereid om tot 30 procent meer te betalen voor bio-bananen, waarvan ze zeker zijn dat ze gekweekt zijn zonder pesticiden. Het is een zeer belangrijk gegeven dat mensen bereid zijn zoveel meer te betalen voor hun eigen gezondheid. De overheid moet die mensen voldoende middelen geven ; dat is een vorm van positieve discriminatie.

Mevrouw Margriet Hermans : De heer Van den Bergh heeft ondertussen al geantwoord op datgene wat ik wil vragen. Ik ben ook niet meer optimistisch over het voeren van een ontmoedigingsbeleid. Mensen die lijden aan obesitas, worden dagelijks al genoeg gestraft en gemarginaliseerd. Het klopt dat men weet wat men eet, maar het gaat verder dan dat. We moeten op alle niveaus gaan samenwerken. Ik bepleit de aanmoedigingspolitiek : de overheid moet ervoor zorgen dat het alternatief er is. Op lange termijn is de gezondste keuze de goedkoopste. Het komt erop aan dat aan te moedigen.

De voorzitter : Het plan om zich te richten op zwangere vrouwen is zeer goed. Het is echter belangrijk om de aandacht te vestigen op het kind en niet zozeer op het lichaam van de vrouw zelf. Vrouwen zijn bereid om verder te gaan als het gaat om de gezondheid van hun kind dan als het over hun eigen lichaam gaat.

De heer Jan Van den Bergh : Het start natuurlijk bij de voeding van het kind en in tweede instantie is het belangrijk dat men ook aan het eigen lichaam aandacht besteedt.

6. Uiteenzetting door mevrouw Hilde De Geeter, verantwoordelijke vzw Nutrition Information Center (NICE)

Mevrouw Hilde De Geeter : NICE is werkzaam op het vlak van de voedingsvoorlichting. Daarbij gaat het vooral over informatie over een gezonde en evenwichtige voeding, en niet zozeer over gewichtsproblemen.

NICE bestaat dit jaar bijna tien jaar. We zijn opgericht naar aanleiding van een pan-Europees voedingsinformatieproject met de doelstelling die we vandaag nog altijd hanteren, met name het verzamelen en verspreiden van wetenschappelijke en opvoedkundige informatie over voeding en gezondheid. Verzamelen betekent dat personeelsleden van NICE op nationaal en internationaal niveau de actualiteit op de voet volgen. Daarnaast gaan we ook te rade bij specialisten terzake. Voorts verspreiden we die informatie.

Een zeer belangrijke doelstelling van NICE is dat we op een objectieve en wetenschappelijke manier te werk gaan. Daarom werken we samen met twee wetenschappelijke coördinatoren die bijgestaan worden door een wetenschappelijke adviesraad, samengesteld uit mensen afkomstig uit het hele Vlaamse universiteitenlandschap en ieder met een eigen specialiteit. Zo is prof. dr. Ir. Huyghebaert (UGent) voedingstechnoloog ; prof. dr. Muls (KU-Leuven) endocrinoloog ; prof. dr. De Backer (UGent) cardioloog en voorzitter van de Hoge Gezondheidsraad ; prof. dr. De Leeuw (UIA) endocrinoloog ; prof. dr. Janssens (LUC) oncoloog en prof. dr. Vandenplas (VUB) pediater. Ze lezen alles na en alleen datgene wat ze goedkeuren, wordt gepubliceerd.

Voor de bestaansreden van NICE kijken we het best naar de resultaten van een pan-Europese studie die gepeild heeft naar de houding van de consument ten opzichte van voeding en de kennis over voeding en gezondheid. Uit de enquête blijkt dat er duidelijk een groeiende belangstelling voor voeding en gezondheid is. Ook werd vastgesteld dat de voedselkeuze in eerste instantie bepaald wordt door de kwaliteit en de smaak ; in een aantal Europese landen ook door de prijs maar in België speelt dat iets minder een rol. Voorts kiest men heel bewust voor gezonde voeding.

Waar halen de mensen hun informatie over gezond eten ? Naast de bekende bronnen zoals televisie, radio, tijdschriften en kranten raadpleegt men vooral de gezondheidswerkers (artsen, diëtisten, verpleegkundigen).

Uit het onderzoek blijkt dat 90 procent van de ondervraagden de informatie van de gezondheidswerker vertrouwt. De informatie van de overheid vertrouwen ze minder, alsook de informatie op de verpakking en in de media. We kunnen dus besluiten dat de gezondheidswerker, ondermeer de arts, verpleegkundigen, diëtisten gezien wordt als de meest betrouwbare bron van informatie en daarom is het belangrijk om deze mensen degelijke en accurate informatie over voeding en gezondheid te verstrekken.

Het vertrouwen van de consument in de voeding is geschaad. Objectieve, duidelijke en geloofwaardige informatie laat de consument toe om een juist beeld te vormen over de voedselveiligheid. Daarom is het belangrijk dat onze activiteiten geschraagd worden door deskundigen.

NICE heeft een communicatiestrategie uitgewerkt naar drie onderscheiden doelgroepen. We richten

ons vooreerst tot de opinievormers : de wetenschappers en voedingsdeskundigen, gezondheids- en overheidsinstellingen. De tweede doelgroep zijn de opinieleiders ; dat zijn de gezondheidswerkers, de artsen, diëtisten, docenten voeding en de pers. Tot slot richten we ons ook tot de consumenten, het grote publiek, dat we opdelen in verschillende segmenten.

NICE heeft een wisselwerking ontwikkeld met de wetenschappers en voedingsdeskundigen. Zij leveren ons informatie, wij wijzen op specifieke vragen. Anderzijds gebruikt NICE de groep van opinievormers om de consument te bereiken. Recent richten we ons ook meer rechtstreeks tot de consument.

We hanteren drie uitgangspunten. Onze aanpak is feitelijk en wetenschappelijk correct. We raadplegen steeds specialisten terzake. Wij proberen actuele en wetenschappelijk correcte en objectieve informatie te verstrekken, vandaar het belang dat wij hechten aan de samenwerking met de Wetenschappelijke Adviesraad. Wij sluiten aan bij de nationale voedingsaanbevelingen, geformuleerd door de Hoge Gezondheidsraad. Wij streven naar een boodschap, die overeenstemt met wat andere organisaties zeggen. Vandaar verwijzen we naar de voedingsdriehoek, die het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie heeft uitgewerkt. NICE probeert om bepaalde misvattingen te ontcrachten. Wij stellen bijvoorbeeld duidelijk dat men van brood en aardappelen alleen niet dik wordt, maar alles afhangt van de manier van bereiding of wat men er bij eet.

NICE werkt op een positieve en praktische manier. Wij proberen eenvoudige, overzichtelijke, begrijpelijke, leuke en positieve boodschappen de wereld in te sturen. We trachten ook het onmiddellijk voordeel voor het individu te benadrukken. Wij formuleren haalbare en concrete adviezen en alternatieven. We doen veel moeite om de theorie te vertalen naar de praktijk. Wij wijzen er bijvoorbeeld op dat elke dag broccoli eten, geen kanker voorkomt, ondanks het feit dat er een studie verschijnt die aantoonst dat regelmatig broccoli eten een beschermend effect kan hebben. We situeren en leggen de studies ook uit. Onze informatie wordt op een enthousiaste manier gebracht en we proberen niet beleerend te zijn. Het is belangrijk dat onze publicaties aantrekkelijk zijn en passen in de actuele levensstijl.

De informatie is steeds respectvol en relevant. Dat wil zeggen dat we informeren op maat van de doelgroep. Bij een tijdschrift voor artsen hanteren wij andere woorden dan bij informatie naar de consu-

ment. Het individu moet zich persoonlijk door de boodschap aangesproken voelen. Daarom is het belangrijk de doelgroep te segmenteren.

NICE publiceert een tijdschrift, Nutrinews. Nutrinews verschijnt viermaal per jaar. Per nummers zijn er ongeveer vijf artikels. Af en toe is er een speciaal themanummer, bijvoorbeeld over BSE en vis en gezondheid. Het tijdschrift heeft een oplage van 20.000 exemplaren. Het wordt gratis verstuurd naar 18.000 wetenschappers, artsen, diëtisten, Logo's, docenten voeding, CLB's, sociaal-culturele organisaties, bibliotheken en de pers. De artikels worden geschreven door deskundigen. Het tijdschrift richt zich niet tot de consument : de onderwerpen worden op een wetenschappelijke manier benaderd.

NICE heeft een eigen website, die zopas werd vernieuwd en die uit drie onderdelen bestaat. NICE-prof bekijkt voeding en gezondheid wetenschappelijk voor de doelgroep van opinievormers en -leiders. Op dit onderdeel zijn de artikels van Nutrinews vanaf 1997 verzameld. Daarnaast is er een rubriek Nutriflash waarin congressen aangekondigd worden, en boeken en studies besproken worden. Er zijn ook ongeveer 70 relevante links naar andere websites. Natuurlijk is er ook een zoekfunctie.

Een tweede onderdeel van de website is NICE-edu, waar een educatieve kijk op voeding en gezondheid geboden wordt. De doelgroep zijn de les- en voordrachtgevers. Daar maken we onze educatieve projecten en voordrachten bekend. Er wordt ook achtergrondinformatie over de educatieve projecten gegeven. Men kan brochures bestellen en het is ook mogelijk om gericht te zoeken.

NICE-life is volledig nieuw. Daar geven we tips en adviezen over voeding en gezondheid aan het grote publiek. We zijn daarmee gestart ondermeer omdat we veel vragen kregen van consumenten, en deels ook op vraag van de pers. We hebben een rubriek tip van de week. We hebben ook twee testen, één met betrekking tot het risico op osteoporose en één genaamd 'Baas in eigen bord'. We maken onze brochures bekend en er is een zoekfunctie.

Daarnaast biedt de website de mogelijkheid om onze publicaties te bestellen. Men kan ook vragen stellen. We promoten dat niet omdat we te weinig mensen hebben om veel vragen te beantwoorden. De bezoeker kan ook meningen en suggesties geven. Het bezoekersaantal verdubbelt elk jaar. Interneta is belangrijk om informatie te verspreiden. Totnogtoe werd onze website vooral door professionelen bezocht. Diverse andere websites verwij-

zen naar onze site. Onze website wordt regelmatig vermeld in de pers als bron van informatie.

Daarnaast is NICE ook op de portalsite van Clickx aanwezig in de rubriek Lijf en leven. Tweemaal per maand plaatsen we daar een nieuw NICE-bericht. Wij hebben daarnaast enkele websites die onze informatie overnemen ondermeer www.gezondheid.be en www.medinet.be.

Wij hebben een aantal educatieve projecten. Een eerste is 'Het land van Calcimus'. Dat is een spelkoffer voor de lagere school, gemaakt in 1998. In de koffer zit een handleiding voor de leerkracht. De bedoeling is dat de leerkracht een aantal lesjes geeft en dan wordt een soort gezelschap gespeeld. De leerlingen moeten vragen beantwoorden en opdrachten uitvoeren om op een speelse manier hun kennis over voeding aan te scherpen. Vragen en opdrachten zijn aangepast aan de leeftijd. We hebben daarvoor het VLOR-kwaliteitslabel (Vlaamse Onderwijsraad) en de Food Policy Prijs van 1999 gekregen. We hebben ongeveer honderd koffers gemaakt en de scholen kunnen de koffer gratis lenen, maar moeten enkel de kosten van het terugzenden betalen. Tot 2001 hebben 912 scholen de koffer gebruikt en hebben ongeveer 87.000 leerlingen het spel gespeeld.

Een volgend educatief project is 'Het land van Calcimus 2. De melkweg in gevaar.' Het gaat om een interactieve cd-rom die in februari 2001 werd gerealiseerd en het VLOR-kwaliteitslabel kreeg. De doelgroep van deze cd-rom is de tweede en derde graad van de lagere school. De cd-rom bevat een klassenspel en een individueel actiespel. De leraar krijgt er heel wat achtergrondinformatie in, de kinderen kunnen daarvoor een beroep doen op de minibib. Elke school heeft een gratis exemplaar van deze cd-rom ontvangen, dit gebeurde ondermeer via Digikit. De cd-rom is trouwens eveneens geschikt voor thuis, ook ouders vinden hier heel wat informatie terug.

Een al wat ouder educatief project is 'Sterke botten, alles oké'. Dit weet- en doepakket werd gerealiseerd in 1995. Het bevat informatie voor de leerkrachten en invulbladen voor de leerlingen van de eerste graad secundair onderwijs.

NICE beschikt over een netwerk van 24 professionele voordrachtgevers, vooral diëtisten, voor het grote publiek. We worden vaak gevraagd door sociaal-culturele organisaties, zoals vrouwen- of seniorenverenigingen. We staan dan in voor een kant-en-klare voordrachten via slides, infomateriaal

voor de deelnemers, de vorming van voordrachtgevers en het geven van feedback.

Daarnaast realiseert NICE geregeld brochures, waar wel veel vraag naar is als ze op een goede manier worden gemaakt. Zo hebben we de informatiebrochure 'Zuivel je lijn', die een leidraad is voor gezond vermageren met behoud van een stevig skelet. Diëten gaan vaak gepaard met het schrappen van zuivelproducten, wat een tekort aan calcium en een toenemend risico op osteoporose kan opleveren. Deze brochure werd gerealiseerd in 1997 met als doelgroep actieve vrouwen van twintig tot 45 jaar. Van deze folder werden maar liefst 160.000 exemplaren verspreid, niet via supermarkten of beurzen, maar wel gericht via dokter, school of diëtist. In de brochure vind je ook een tabel voor de berekening van de BMI. We pleiten in deze brochure zeker niet voor een mannequinlijn. De nadruk ligt veeleer op een goede gewichtscontrole door middel van een evenwichtig voedingspatroon.

Een andere actie is het cd-pakket 'Calcimatics', met de subtitel 'Verwen je botten, dans je sterk'. In dit pakket uit 1999 vindt men een audio-cd, een informatieboekje en een calciumteller, waarbij wordt gewezen op het belang van voedingsvoorlichting en lichaamsbeweging. De doelgroep omvat alle gezinsleden. Deze bewegingslessen op twee niveaus moeten door iedereen kunnen worden gedaan, ondermeer als activiteit op een tuinfeest op school of in de turnles.

NICE organiseert workshops voor opinievormers, met gemiddeld 35 tot 40 deelnemers. Thema's die al aan bod kwamen, zijn : interactieve voedingsvoorlichting (1997), BSE : een stand van zaken (1998) en antioxydantia in de voeding (1999). We proberen steeds een buitenlandse spreker uit te nodigen om nieuwe gezichtspunten te leren kennen.

NICE beschikt daarnaast over een documentatie- en informatiecentrum, dat continu wordt uitgebreid en geactualiseerd. Men vindt er referentiewerken voor professionelen, wetenschappelijke tijdschriften en artikels, brochures, folders en boeken op maat van de consument. Het documentatiecentrum is wel beschikbaar voor alle geïnteresseerden, maar kan door gebrek aan voldoende personeel niet worden bezocht. NICE behandelt heel wat, voornamelijk schriftelijke, vragen voor studenten, docenten en consumenten.

NICE onderhoudt ook veel contacten met de algemene en de vakpers en ontvangt steeds meer vragen om informatie en medewerking. Ten slotte organiseren we infostands op congressen en beurzen.

Mevrouw Sonja Becq : Waar haalt NICE zijn financiële middelen ? Over welke personeelsleden beschikt u ? Wat is het statuut van NICE ?

Mevrouw Hilde De Geeter : In het begin werkte de vzw NICE met Europees geld en nationale promotiefondsen. We dienden projecten in bij de VLAM en ontvingen daar dan subsidies voor. Op aandringen van de subsidiërende Vlaamse overheid en de raad van beheer van de VLAM om te rationaliseren, is NICE vanaf 1 januari 2002 geïntegreerd binnen de VLAM. We zullen op het vlak van het personeelsbeleid en administratief samenwerken, maar de werking blijft onafhankelijk en we behouden ons logo.

De heer Jan Van Duppen : Bemoeilijkt dat de situatie niet enorm ? Ik volg uw organisatie al een tijdje en vindt dat zij kwalitatief werk levert, dat ook goed wordt verspreid. Maar is in de huidige constellatie een conflict tussen de belangen van de financiers en de gezondheidsbelangen niet onvermijdelijk ?

Mevrouw Hilde De Geeter : Alle projecten en publicaties van NICE moeten de goedkeuring krijgen van de wetenschappelijke adviesraad. Zij moeten ook beantwoorden aan de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad. Wij zullen bijvoorbeeld nooit verklaren dat mensen meer dan 100 gram vlees moeten eten. Onze houding werd tot nu steeds aanvaard. Voor 1997 werkte NICE bijvoorbeeld voor heel België. Gaandeweg werd vanuit de Waalse promotiedienst ORPAH de aanpak van NICE met betrekking tot objectiviteit en wetenschappelijke correctheid in vraag gesteld. NICE weigerde compromissen hierover te doen en de samenwerking is gestopt.

De heer Jan Van Duppen : NICE heeft een brochure over vis. Maar vette vis bevat ongelooflijk veel toxische stoffen.

Mevrouw Hilde De Geeter : Twee keer vis eten per week geldt nog steeds als een goede regel voor de gezondheid. Maar we zullen problemen zeker niet doodzwijgen, we zullen ze altijd vermelden.

De heer Jan Van Duppen : Welke alternatieven geeft u voor eiwitten ?

Mevrouw Hilde De Geeter : Naast in vlees, vindt men bijvoorbeeld eiwitten in zuivelproducten, peulvruchten en vleesvervangers. Zuivel is bijvoorbeeld belangrijk voor het calciumgehalte, maar we zullen ook steeds vermelden dat er alternatieven

bronnen bestaan in de vorm van bijvoorbeeld groene kool of verrijkte sojaproducten.

Wij leveren informatie, wij voeren geen promotie voor bepaalde producten. Beide zaken gescheiden houden vraagt een inspanning en een bepaalde mentaliteit bij de opdrachtgevers, maar dat is tot op heden altijd gelukt. Ook de VLAM is doordrongen van het belang van een goede voorlichting.

7. Uiteenzetting door professor Caroline Braet, Vakgroep Ontwikkelings- en persoonlijkheidspsychologie Universiteit Gent

Professor Caroline Braet : Obesitas bij kinderen is een ernstig probleem aan het worden. Men schat dat 12 procent van de kinderen aan overgewicht lijden. Er bestaan geen grondige studies maar uit gegevens van het Medisch Schooltoezicht blijkt dat overgewicht ook bij ons epidemische vormen aanneemt. De jongste tien jaar is het aantal obese kinderen verdubbeld. De Wereldgezondheidsorganisatie pleit daarom voor een overheidsingrijpen. Ons land hinkt op dat vlak achterop tegenover bijvoorbeeld Duitsland en Nederland.

De vertegenwoordiger van Kind en Gezin wees er vanmorgen al op dat kinderen met overgewicht een grote kans hebben om dik te blijven. De rebound zit rond de leeftijd van vijf jaar. Kinderen tussen vijf en zeven jaar met overgewicht zijn risicokinderen. Wetenschappers pleiten er voor om kinderen vanaf acht of negen jaar werkelijk te begeleiden. Zeventig procent van de kinderen die op negen jaar overgewicht vertonen, blijft immers levenslang obees. Ik zou het ten eerste betreuren moesten we ons richten op zwangere vrouwen en baby's. Van de dikke baby's en peuters blijft slechts één op vier later dik. We moeten moeders van baby's geen verkeerde signalen geven en vermijden dat ze hun baby's op een dieet plaatsen. Zo is bijvoorbeeld het merendeel van de jonge moeders ervan overtuigd dat magere melk het beste is voor hun kind, terwijl borstvoeding voor de helft uit vet bestaat en baby's hun energie precies uit vet moeten halen.

Obese kinderen moeten behandeld worden omdat hun overgewicht medische gevolgen heeft. In de Verenigde Staten wordt 7 procent van de gezondheidszorgkosten aan obesitas besteed. Kinderen hebben vaak vage klachten en blijven daarom al te vaak in de kou staan. De gevolgen zijn vooral ernstig op psychosociaal vlak. Kinderen met overgewicht worden gestigmatiseerd en raken sociaal geïsoleerd : ze ondervinden later problemen bij sollici-

taties en bij het zoeken naar een partner. Veel kinderen zonderen zich emotioneel af en vertonen gedragsproblemen. Binnen de familie komt vaak de schuldvraag op de proppen, met heel veel verdriet tot gevolg.

Tegenwoordig gaat iedereen op dieet, onder het motto : baat het niet, dan schaadt het niet. Het schaadt echter wel. Na een streng dieet is men een frustratie rijker maar, nog erger : het honger- en verzadigingsgevoel raakt verstoord, waardoor men in een negatieve spiraal van lijnen-overeten-lijnen-overeten terecht komt. Wij pleiten voor een gezonde voeding en gewichtscontrole van iedereen. Kinderen moeten zelf leren ervaren hoeveel ze moeten eten. Wat een kind eet, bepaalt de moeder ; hoeveel een kind eet, bepaalt het zelf. Het hongergevoel van het kind moet ontwikkeld worden. Kinderen moeten een nieuwe smaak gemiddeld tien keer proeven, voor ze er aan gewend zijn.

We roepen op tot een deskundige interventie. Nu is één op drie vrouwen te dik en geen enkele interventie helpt. De enige vorm van preventie van obesitas bij volwassenen is interventie bij kinderen. De vraag is : eten kinderen met overgewicht te veel ? Het is een kwestie van inname en verbruik. Kinderen bewegen te weinig maar eten ook ongezond, thuis en op school. Er zitten ook veel verborgen vetten in de voeding. En de reclame brengt ook zeer misleidende boodschappen door een aantal producten als gezond voor te stellen. Fruitsap bevat bijvoorbeeld evenveel calorieën als cola. Heel veel mensen weten bovendien niet wat gezonde voeding is. Obese kinderen eten niet noodzakelijk ongezonder dan hun slanke leeftijdsgenoten. Alle kinderen eten tegenwoordig ongezond. Campagnes moeten ook niet-dikke kinderen leren gezond te eten.

Kinderen leren hun eetgewoontes nog altijd via het gezin. De rol van de ouders en de opvoeding is dus zeer belangrijk. Ik geef een voorbeeld. Als een kind een snoepje vraagt, weigert zijn moeder hem dat. Het kind blijft zeuren, waarop de moeder haar weigering herhaalt, zij het met enige twijfel. Na lang gezeur, geeft de moeder toe : 'Vooruit, eentje.' Het kind heeft daaruit geleerd dat het zijn zin krijgt als het maar lang genoeg blijft zeuren, de moeder weet : als ik toegeef, is het hier weer lekker rustig. We hebben een project om de ouders terzake te trainen.

De opvoeding speelt een belangrijke rol. Leren kinderen wel de behoeftebevrediging uit te stellen, honger te verdragen, om te gaan met frustraties,

voedselverleiders te weerstaan ? Het gaat hier in wezen om zelfcontrolevaardigheden.

Obesitas is in de eerste plaats een familiaal verschijnsel. Het succesvolle onderzoek van Claude Bouchard toonde overtuigend aan dat sensitiviteit voor overvoeding genetisch bepaald is. Voor dat experiment liet hij mensen gedurende honderd opeenvolgende dagen dagelijks 1000 Kca te veel eten. De enen werden 4 kilogram dikker, anderen 14 kilogram. De energiebalans verschilt dus van persoon tot persoon.

Er spelen ook psychologische factoren mee. Sommige kinderen zijn extra beïnvloedbaar voor geuren en kleuren. Een andere, zij het kleinere, groep eet zijn emoties weg. Er zijn ook kinderen – en dat komt steeds meer voor – die te veel eten na een uit de hand gelopen dieet. Men kan besluiten dat zowel het promoten als het radicaal afwijzen van diëten fout is. Er bestaat anorexia (één procent) bij kinderen, maar men mag niet vergeten dat 12 procent van de kinderen aan obesitas lijdt. Geen vrijbrief voor "remmen los" dus.

Centraal in de behandeling staat de energiebalans. Voor matig obese kinderen is het voldoende om tegelijk te werken aan goede (eet)gewoonten en te streven naar gewichtsbehoud. Voor wie meer dan 80 procent overgewicht heeft, pleiten wij evenmin voor chirurgie, medicatie of ambulante diëten. Voor hen is opname in een streng multidisciplinair kader aangewezen. Op gewicht houden van obese kinderen vergt een driedubbele aanpak : anders eten (gezonde voeding), meer bewegen (fysieke activiteit) en gedragstherapie.

Ons vijf jaar durende onderzoek heeft grote internationale weerklank gevonden. Ik voegde een tabel toe, waaruit men kan afleiden dat 79 procent van de obese kinderen met onze aanpak na vijf jaar nog steeds gelijk is in gewicht. Dat wil dus tegelijk zeggen dat ze niet mager worden. Zij hebben 'een maatje meer', maar daar moeten wij ook leren mee omgaan. Het Zeepreventorium in De Haan bereikt goede resultaten tijdens het behandelprogramma : men bereikt een overgewichtreductie van 50 procent. Na twee jaar blijft daar hooguit 30 procent over. Dat is goed, want normaal blijven obese patiënten steeds dikker worden, maar het toont tegelijk het belang van de nazorg aan. Obesitas is een chronisch probleem.

Aan de overheid adviseren wij te streven naar generalisering van wat wij in Gent doen. Er bestaan goede programma's, maar er zijn er te weinig beschikbaar. Men kan in deze samenwerken met de

CLB's, de CGG's (centra voor geestelijke gezondheidszorg) en de kindziekenhuizen. Voor risicogroepen zou de overheid zich moeten richten op samenwerking met diëtisten en huisartsen. Zij vragen daar zelf om, op voorwaarde dat voldoende scholing en vorming wordt aangeboden. Nutricare doet dat al jaren. Ten aanzien van doelgroepen als huisartsen en scholen kan de overheid campagnes opzetten. Die moeten dan wel deskundig begeleid worden, zoals door het VIG. Met betrekking tot de organisatie van de gezondheidszorg, pleiten wij voor een piramidale structuur. Bovenaan staat een steunpunt waarin onderzoek en evaluatie samengebracht wordt door deskundigen uit de academische wereld en de praktijk.

Eén opnamecentrum volstaat voor heel het land. Per provincie zou de kennis moeten verzameld worden in één multidisciplinaire unit van een universitair ziekenhuis. Vervolgens zijn er in een provincie meerdere ambulante multidisciplinaire teams. De eerstelijnszorg wordt waargenomen door diëtisten en huisartsen die zich baseren op gedragspsychologische modellen. De CLB's kunnen hun aandacht richten op de risicogeveallen en hun ouders. Preventiecampagnes over gezonde voeding en beweging vullen het model aan. Wij durven vijftien terugbetaalde consulten te suggereren gedurende het eerste jaar. Dat kost evenveel als één dag hospitalisatie. Er is tot slot ook een ethisch protocol nodig. Er zijn kinderen aan wie laxeremiddelen, afslankingsmiddelen of eetlustremmers worden voorgeschreven.

Obesitas is een chronisch probleem, dat epidemiische vormen aanneemt. Het heeft een maatschappelijke dimensie en structurele maatregelen dringen zich op.

Mevrouw Sonja Becq : U maakt een onderscheid tussen kinderen die minder en kinderen die meer dan tachtig procent overgewicht hebben. Door kinderen met minder dan tachtig procent overgewicht aan te sporen op hun gewicht te blijven, bereikt u een stabiel resultaat. Kinderen die meer dan tachtig procent boven hun gewicht zitten krijgen een individuele behandeling omdat zij makkelijk her vallen.

Professor Caroline Braet : Kinderen, die minder dan tachtig procent overgewicht hebben, kunnen op hun gewicht blijven. Een kind van twaalf jaar dat zeventig kilo weegt, hoeft niet af te vallen omdat het perfect door het leven kan gaan met dat gewicht. Er zijn evenwel ook kinderen van die leeftijd die meer dan 120 kilogram wegen. Die kunnen wij niet meer helpen omdat het te laat is.

De heer Jan Van Duppen : Twaalf procent van de kinderen vertoont overgewicht en één procent lijdt aan obesitas. Welke BMI hanteert u ?

Professor Caroline Braet : BMI is geen correcte maatstaf voor kinderen. Het percentage overgewicht is dat wel. Dat is het actuele gewicht gedeeld door P50. Wij gebruiken de tabel van Van Wieringen, gemaakt in 1980. We werken niet met recentere studies omdat die een vertekend beeld geven. De laatste jaren zijn we immers allemaal verdikt.

De heer Jan Van Duppen : Hebt u ook absolute cijfers over het aantal gevallen ?

Professor Caroline Braet : Dat kunnen we makkelijk uitrekenen. Er zijn anderhalf miljoen kinderen. Twaalf procent daarvan is 180.000.

Mevrouw Hilde De Lobel : Als kinderen met minder dan 80 procent overgewicht op jonge leeftijd geholpen worden, is het probleem beheersbaar. De ouders en alle andere opvoeders dienen daarbij betrokken te worden. Maar ik heb de indruk dat die zich niet altijd bewust zijn van het probleem. Het zal er wel uitgroeien, hoort men dan wel eens waardoor het probleem onvoldoende aandacht krijgt.

Hoe denkt u dat de ouders geholpen kunnen worden om het probleem te ontdekken ? Hoe kunnen we de ouders bewust maken van het probleem ?

Professor Caroline Braet : Het probleem is tweeledig. Wie zich bewust is van het probleem, weet vaak niet tot wie zich te richten.

Het initiatief dat we in Gent gestart hebben, wordt helaas niet gevolgd. Daartoe zijn enkele structurele ingrepen nodig. Het is een terechte frustratie van veel huisartsen en diëtisten.

Zijn de ouders zich bewust van het probleem ? Het is inderdaad een fabeltje dat het er wel zal uitgroeien. Bij baby's is dat het geval en men denkt onterecht dat dat met kinderen ook wel het geval zal zijn. Veel ouders proberen van alles, maar raken ontmoedigd omdat ze geen resultaat bereiken. Het zadelt hen bovendien met een enorm schuldgevoel op.

Mevrouw Hilde De Lobel : Hoe kunnen we de ouders bereiken ?

Professor Caroline Braet : We zullen ze nooit allemaal bereiken, maar toch zijn veel ouders gemotiveerd om het probleem aan te pakken. In het Logo

te Brugge hebben we via alle CLB's folders verspreid waarin we de ouders uitnodigden op zes studieavonden over opvoeding, voeding en beweging. Daar zijn veel mensen op afgekomen.

De heer Felix Strackx : Kan obesitas leiden tot anorexia ?

Professor Caroline Braet : Die relatie zijn we momenteel aan het onderzoeken. Onder de volwassen obesitas patiënten zijn er niet veel met eetstoornissen. Onder de groep die hulp zoekt, loopt dat aantal wel op.

Er zijn drie eetstoornissen : dwangmatig eten of Binge Eating Disorder, boulemia nervosa en anorexia nervosa. Als een dieet uit de hand loopt, kan het tot boulemia nervosa leiden. Maar dat risico lopen jonge meisjes die gaan diëten omdat ze zich onterecht te dik vinden ook. Alle doelgroepen lopen dat risico en daarom raden wij aan om het in een campagne nooit voor een dieet te hebben.

De relatie met anorexia nervosa is complex omdat het een psychiatrische aandoening is. Het grootste probleem is dwangmatig eten of Binge Eating Disorder. Mensen die daaraan lijden eten zonder te compenseren wegens een verstoord verzadigingsgevoel. Dat is evenwel niet noodzakelijk het gevolg van een uit de hand gelopen dieet.

Mevrouw Sonja Becq : In de interventiepiramide voorziet u in één residentieel opnamecentrum. De broeders Alexianen hebben een eigen therapiecentrum. Behandelen zij een ander probleem ? Volgen zij een andere therapie ? Of is er eigenlijk één centrum nodig per oorzaak ?

Professor Caroline Braet : Het centrum van de broeders Alexianen is een psychiatrische instelling die volwassenen en oudere adolescenten behandelt. Ik heb het over kinderen.

Mevrouw An Vandeputte, psychologe, Kliniek Alexianen, Tienen : Onze patiënten zijn minstens vijftien jaar oud. Mevrouw Braet houdt zich bezig met kinderen.

Professor Caroline Braet : Ik ben de universitaire supervisor van het programma. Ik zal hier geen reclame maken voor één bepaald centrum. Het maakt me niet echt uit waar het centrum zich bevindt, als het maar goed werk levert. Kinderen die aan obesitas lijden, hebben één vangnet nodig. Eén centrum waar we ze een verantwoorde behandeling kunnen aanbieden.

Wij werken nauw samen met de broeders Alexianen. Professor Vandereycken zal morgen hetzelfde vertellen als ik. We wisselen informatie uit omdat er tussen obesitas en eetstoornissen enkele raakvlakken zijn. Het grootste raakvlak is dat het aan de CLB's is om deze problemen vast te stellen. De schoolartsen vragen bijkomende vorming, maar werken nog maar één jaar in een nieuwe structuur. Bovendien zijn we met veel te weinig om hen te begeleiden.

Mevrouw Margriet Hermans : Het is een probleem van lange duur. Hoe kan zo een opvangcentrum gecombineerd worden met de leerplicht ? Wordt het een internaat ?

Professor Caroline Braet : Het Zeepreventorium biedt een programma van tien maanden aan. Het voordeel van die instelling is, dat het verbonden is met een school. De kinderen krijgen individueel onderwijs, zodat ze het volgende schooljaar opnieuw naar een gewone school kunnen. Een andere mogelijkheid is dagonderwijs gecombineerd met verblijf in een internaat waar ze aangepaste voeding krijgen.

Tien maanden is het minimum. Toch zal het niet voor alle kinderen nodig zijn. Het grootste probleem is de nazorg. Het Zeepreventorium mag dat niet organiseren, waardoor het kind terug moet naar zijn huisarts die er eigenlijk niet voor opgeleid is. Het is een chronisch probleem en daarom dienen die kinderen levenslang begeleid te worden. Kinderen worden adolescenten en nog later ouders.

Mevrouw Margriet Hermans : U pleit voor een ethische reclamecode en een ethisch protocol om te vermijden dat kinderen van vijftien jaar geopeerd worden. Maar aan de andere kant bevindt een kind van zestien jaar dat 150 kilogram weegt zich in een uitzichtloze situatie. Hoe lossen we dat op ?

Professor Caroline Braet : Ik hoop dat we die vraag over tien jaar niet meer hoeven te stellen. De wetenschap weet alleen wat niet werkt. Chirurgische ingrepen zijn niet aan te raden.

Het enige wat werkt is kinderen in een gestructureerde omgeving brengen waar alleen gezonde voeding is. En daar vermageren ze spectaculair. Overigens mooie tijd voor de kinderen, niet te streng, tot 1500 calorieën, frietjes en spaghetti kunnen al eens. Ze leren met de dagelijkse voeding om te gaan en gaan al eens op weekend. Maar het is te

laat, dit behandelt enkel de symptomen. In ons land mogen we het niet zo ver laten komen.

We hebben een onderzoek bij jonge moeders gedaan, en tot de leeftijd van twee jaar doen ze dat heel goed. Ze volgen strikt het programma van de papjes. Het probleem begint echter in de kleuterschool.

De voorzitter : We leggen nu de nadruk op gezonde voeding, maar wat met de tijdstippen waarop men eet ? Vroeger kenden wij 's morgens boterhammen, 's middags warm en 's weer boterhammen. U kent het spreekwoord van 's morgens eten als een koning...

Dat is nu redelijk omgedraaid. Nu wordt 's avonds warm gegeten en is het 's middags een boterham op school. Is ook dat geen element in dit verhaal ? De waarde van de voeding komt hier meer aan bod dan het tijdstip.

Professor Caroline Braet : Ik wil inderdaad pleiten voor vaste maaltijden op vaste tijdstippen. Weg dus met alle tussendoortjes, want dan verliest men alle regelmaat. Drie maaltijden en twee tussendoortjes, dat is belangrijk. Wie 's avonds de zwaarste maaltijd neemt verbruikt deze voeding wel niet meer, een probleem, zeker voor mensen met aanleg voor obesitas. Dan is het beter de warme maaltijd 's middags te nemen, als die maar gezond is. En daar loopt het mis. Kinderen zetten wij ertoe aan 's middags toch maar een boterham te eten, gewoon omdat we de schoolkeuken niet vertrouwen.

Vrijdag 8 maart

– *Mevrouw Ria Van Den Heuvel treedt als voorzitter op.*

1. Uiteenzetting door professor Luc Van Gaal, endocrinoloog Universiteit Antwerpen

Professor Luc Van Gaal : In mijn uiteenzetting zal ik vooral op de ernst van het probleem in Vlaanderen en de wereld wijzen. Obesitas betekent dat de body mass index (BMI) hoger is dan dertig. In de Verenigde Staten en Australië treft men 40 tot 50 procent echte obesitas aan. Ook in Europa merken we een toenemende trend. De Belgische prevalentie bevindt zich tussen Duitsland, Frankrijk, Spanje en Italië. In de Scandinavische landen en Nederland komt obesitas iets minder vaak voor.

De prevalentie van obesitas bij werkende mannen tussen twintig en 55 jaar in België bedroeg op 25 jaar om en bij de acht procent. Vijf jaar later was dat al gestegen tot 12 procent. Een van de meest recente analyses van dezelfde groep leert ons dat de prevalentie inmiddels gestegen is tot 14 procent.

In de Belstress Studie – een epidemiologische studie uitgevoerd in Vlaanderen onder leiding van professor De Backer van de Universiteit Gent – worden de cijfers opgesplitst. Daarin wordt een onderscheid gemaakt tussen obesitas en overgewicht. Het eerste komt bij 14 procent van de mannen voor en bij 13 procent van de vrouwen. Wat mij evenwel meer angst aanjaagt, is dat de BMI tussen 25 en 30 epidemisch toeneemt. Men noemt dat weliswaar overgewicht, maar de verwickelingen zijn er niet minder om. Bijna één op twee werkende mannen in Vlaanderen heeft een BMI tussen 25 en 30 en loopt dus een risico.

Het gewicht is een resultante van wat we eten en wat we verbranden. Het is vooral de factor vet die deze resultante beïnvloedt. Vet bevat 9 calorieën per gram. Eiwitten en koolhydraten maar vier. We kunnen dus tweemaal zoveel koolhydraten en eiwitten eten voor een gelijke hoeveelheid vet. In haar richtlijnen moet deze commissie daarom zeker aandacht besteden aan voedsellabelling.

The American Cancer Association wijst erop dat het mortaliteitsrisico stijgt vanaf een BMI groter dan dertig. Het mortaliteitscijfer ligt uitermate hoog bij mensen met een BMI tussen 35 en 40. Maar ook bij de groep met een BMI tussen 25 en 30 merken we een progressieve toename van het risico. Zowel voor de man als voor de vrouw. Een BMI tussen 20 en 25 is ideaal.

Niet alleen de algemene vetmassa, maar vooral het abdominale vet, namelijk het vet ter hoogte van de buik veroorzaakt hypertensie, diabetes, glucose-, triglycerine- en cholesterolafwijkingen. Die laatste afwijkingen verhogen het risico op hart- en vaatziekten en veroorzaken een pro-trombotische status waardoor het bloed vlugger stolt.

De belangrijkste gezondheidsgevolgen van overgewicht en obesitas zijn cardiovasculair van aard, type 2 diabetes en hoge bloeddruk. Voorts merken we een toename van artrotische en articulaire afwijkingen. Deze laatste gevolgen worden al te vaak over het hoofd gezien. Bepaalde kankertypes gaan ook met obesitas gepaard.

We moeten een onderscheid maken tussen de risico's. Een aantal komt in beperkte mate voor bij

obesitas : kanker, gynaecologische afwijkingen en lage rugpijn. Voorts zijn er de zogenaamde matig verhoogde risico's als hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk en osteo-artritis. Deze problemen komen twee tot drie keer meer voor bij obesitaspatiënten. Het belangrijkste risico is evenwel diabetes, en dat krijgt onvoldoende aandacht. Omdat diabetes de belangrijkste verwikkeling van obesitas en overgewicht is, horen we er veel meer aandacht aan te besteden.

We mogen ons niet fixeren op de enkele duizenden mensen met een BMI boven dertig. Het probleem is belangrijk en verdient een eigen verzorging. We mogen vooral niet vergeten dat er in België één miljoen en in Vlaanderen 600.000 mensen met overgewicht kampen. De ziekteproporties die daaraan kunnen worden toegeschreven, zijn voor kanker, hart- en vaatziekten, en galblaasziekte respectievelijk 11, 17 en 30 procent. Type 2 diabetes of ouderdomsdiabetes wordt in 57 procent van de gevallen veroorzaakt door overgewicht of obesitas.

Vroegtijdig ingrijpen is belangrijk. Uit een Amerikaanse studie blijkt dat het lichaamsgewicht op achttien jaar de belangrijkste predictor is voor het voorkomen van diabetes op oudere leeftijd. Kinderen en adolescenten met overgewicht moeten onmiddellijk geholpen worden.

In België lijdt 3,3 procent van onze bevolking aan ouderdomsdiabetes en 80 tot 90 procent van deze mensen hebben overgewicht of obesitas. Wellicht nog eens zo veel gevallen zijn niet bekend. Er zijn voorspellingen dat parallel aan de explosieve stijging van overgewicht en obesitas er ook een stijging van het aantal diabetesgevallen zal zijn. Men verwacht dat tegen het jaar 2025 één op tien mensen in Vlaanderen één of andere vorm van diabetes zullen ontwikkeld hebben.

Ouderdomsdiabetes zowel met als zonder complicaties brengen aanzienlijke kosten met zich mee. De gemiddelde populatie zonder diabetes geeft jaarlijks ongeveer 1750 euro uit voor gezondheidskosten. Voor diabetespatiënten is deze kost ongeveer 1150 euro hoger. Een groot deel van deze diabetes wordt verklaard door overgewicht en obesitas. We moeten dus niet enkel diabetes vermijden, maar ook gewichtsproblemen.

Het zogenaamde obesity-management behelst de aanpassing van de levensstijl : andere eetgewoonten, meer fysieke activiteit en een algemeen aangepast levenspatroon. Er is echter ook pharmacotherapie mogelijk. In de westers wereld worden wetenschappelijke pogingen voor de ontwikkeling

van een goed medicament voor obesitas vaak afgedaan als onnodig. Als we obesitas aanvaarden als een chronische aandoening, moeten we die ook als dusdanig behandelen. Men stopt de medicatie van andere chronische ziekten niet als de symptomen onder controle zijn. Als een patiënt minder weegt dankzij medicatie, moeten we deze medicijnen blijven geven. Er moet meer aandacht komen voor goede en wetenschappelijk onderbouwde studies.

Vaak wordt gedacht dat mensen met een BMI hoger dan 40, 30 tot 40 kilogram moeten afvallen om goede effecten op de gezondheid te hebben. Enkel door chirurgie kan men deze resultaten bereiken. Uit studies blijkt dat 10 tot 15 procent gewichtsverlies voldoende is om de kans op diabetes te doen dalen, de lipiden te verbeteren en arteriële problemen te verminderen. Voor mensen met matige obesitas en overgewicht is 10 tot 15 procent gewichtsverlies het wetenschappelijk streefdoel. Het heeft meer nut een matige gewichtsval te behouden, dan veel gewicht te verliezen maar het later terug bij te krijgen. Een blijvend gewichtsverlies van 4,5 kilogram over enkele jaren veroorzaakt een daling van het risico van diabetes met 30 procent. Zo weten we dat 10 procent gewichtsverlies 20 procent reductie geeft van de totale mortaliteit, 30 procent vermindering van de sterfte door diabetes en ook een vermindering van kanker en diabetes.

Er zijn indicaties waarvoor chirurgie nodig is. Ondermeer bij een BMI hoger dan 40 of hoger dan 35 als er andere geassocieerde gezondheidsrisico's aanwezig zouden zijn, of als er een gewichtstoename is, die niet onder controle te krijgen is, is chirurgisch ingrijpen aangewezen. Het is echter niet verantwoord om een vijftienjarig meisje met BMI 30 te opereren. Ook dat gebeurt in België.

Kortom het probleem wordt alleen groter. Het is goed om gunstige voorwaarden te scheppen voor een goede en wetenschappelijk verantwoorde discussie over obesitas. Het zou allicht goed zijn een decreet uit te werken die de publiciteit voor frisdranken en vette producten aan banden legt. De school zou verplicht gezondheidsopvoeding moeten geven met veel aandacht voor gewichtsproblemen. In veel scholen is enkel frisdrank en melk verkrijgbaar. De voeding en drank op scholen moeten aan bepaalde normen voldoen. Het is aangewezen een aantal proefprojecten over de aanpak van obesitas en overgewicht in Vlaanderen te ondersteunen.

Obesitas is een chronische ziekte met veel stofwisselingsproblemen en vaak een erfelijke aanleg,

geen esthetisch fenomeen. De wetenschap moet ondersteund worden en patiënten met dergelijke problemen moeten aangepaste zorg krijgen. De bevolking en de patiënten zijn niet gebaat bij een polemiek tussen bekende Vlamingen, wel bij correcte informatie door wetenschappers.

De heer Jan Van Duppen : Is er een reden voor de extreme situaties bij bepaalde bevolkingsgroepen in de Verenigde Staten en Australië ? In noordelijke landen komen dergelijke grote verschillen minder voor.

Professor Luc Van Gaal : Bepaalde bevolkingsgroepen zoals de Pima-indianen in de Verenigde Staten, de Aboriginals en de Maori's vertonen dezelfde kenmerken. Voorheen waren zij landbouwers en hadden een actieve levensstijl. Nu heeft men hen vaak in reservaten geplaatst en zijn zij een toeristische attractie geworden. Hun levensstijl is drastisch veranderd door introductie van vet- en suikerrijke voedingsmiddelen. Sindsdien stelt men afschuwelijke obesitas vast en komt diabetes heel veel voor.

Het mooiste voorbeeld is te vinden bij de Pima-Indianen. De Pima-Indianen wonen in Arizona in de Verenigde Staten. Eenzelfde Pima-Indianengroep leeft 500 kilometer verder zuidelijker, in het noorden van Mexico. De genen zijn op 50 jaar tijd niet veranderd. De omgevingsfactoren en de factoren die de expressie van die genen beïnvloeden zijn daarentegen wel veranderd. De Pima-Indianen die nog actief zijn in noordelijk Mexico hebben allemaal een normaal gewicht. De Indianen die zich echter geïncorporeerd hebben in de Amerikaanse maatschappij zijn obees geworden. De Pima's worden dan ook wereldwijd bestudeerd als zijnde de bevolkingsgroep waar diabetes het vaakst voorkomt.

Tachtig procent van de Pima's hebben suikerziekte. De omgevingsfactoren spelen dus zeker een belangrijke rol. Er bestaat hieromtrent geen verschil tussen de Aboriginals en de Pima's. De omgevingsfactoren spelen dus ook een rol in West-Europa en in Vlaanderen. Alleen hebben we hier niet zo'n selecte groep van mensen die op een dergelijke manier kunnen bestudeerd worden.

De heer Jan Van Duppen : Als men de redenering volgt van de Pima-Indianen kan men niet anders dan te stellen dat wij de genetische afstammelingen zijn van diegenen die een dieet, bestaande uit een combinatie van hard labuur en schrale voeding, overleefden. Degenen die dit dieet niet aankonden, konden zich niet voortplanten en stierven. Bijge-

volg kan men stellen dat, indien men iets zou willen doen aan deze epidemie, we onze lichaamsbeweging moeten wijzigen.

We moeten dus meer sport gaan beoefenen. Vervolgens moeten ook de eetgewoontes veranderen. In plaats van driemaal per dag te eten, zou men maar één keer meer mogen eten. We zouden ons aan een permanente ramadan moeten onderwerpen en slechts een keer per week een overvloedige maaltijd mogen gebruiken. Is dit echter een ideale manier om gezond te blijven vanuit endocrinologisch en voedingdeskundig standpunt ? Bestaan er hier argumenten tegen ? Men moet immers uitgaan van een concept dat medisch correct en haalbaar is bij de bevolking. Bij de vzw Obesitas sprak ooit een Engels deskundige over de satisfyng index van voeding. Het merkwaardige is dat als men 's morgens koolhydraten gebruikt, men tot 's anderendaags er de gevolgen van ziet. De bevredigingseffecten van snelle suikers werken immers een hele dag door. Eet men 's morgens echter een normaal ontbijt, dan kan men 's middags echter weer een gewone portie eten. De satisfyng index van een normale maaltijd is immers zeer laag.

Professor Luc Van Gaal : Het is niet zo bevredigend maar eerder verzadigend. Zeer extreem gesteld heeft u gelijk. In perioden van oorlog en honger was er amper obesitas. Er was toen uiteraard ook minder voedselaanbod. De bevolking heeft geen enkel belang bij extremen. Extremen worden toch niet gevolgd. We moeten dus een logisch, goed beredeneerd middenpad bewandelen om tot een gedeeltelijke oplossing van het probleem te komen. Indien iedereen al 10 procent zou kunnen afvallen, zouden we al heel ver staan.

Het is geen goed idee om terug te gaan naar de tijden van hongersnoden. Eenmaal per dag eten is ook niet zo gezond. Mensen die maar een keer per dag eten, lopen later veel meer kans om sneller te verdikken. Dit is dus geen oplossing. We moeten dus overstappen van overvloed. Aanvankelijk speelde de fast-foodindustrie in op een noodzaak. Dit is correct. Fast-food is echter geëvolueerd van een noodzaak naar een socialising aspect. Vroeger dronken we een glaasje bier van 90 calorieën om onze sociale verplichtingen te vervullen. Nu gaan jongeren om te socialiseren een maaltijd van 900 calorieën verbruiken. Uiteraard wordt hier te pas en te onpas publiciteit voor gevoerd. Door de media wordt dit als een cultuurbeeld gepropageerd. De fast-food is geen noodzaak om mensen te voeden maar een middel om mensen te ontmoeten. Hier ligt de fout.

Een fast-foodmaaltijd is niet zo'n probleem. Het zijn echter de extra's die ervoor zorgen dat we tot obesitas komen. Indien men gedurende één jaar, dagelijks 800 calorieën extra opneemt, leidt dit tot een extra-gewicht van 10 kilogram.

Vandaar dat ik ook heel sterk op het belang van publiciteit gewezen heb. Onlangs hebben we een analyse gemaakt van de bedragen die in de Verenigde Staten gespendeerd worden voor publiciteit voor gezonde voeding, voor wetenschappelijk onderzoek rond gewicht en overgewicht en hoeveel miljarden besteed worden voor publiciteit rond fast-food en soft-drinks.

Men moet hier werkelijk een hopeloze strijd voeren. Men moet dus misschien eens een decreet uitwerken waarbij men bepaalt dat de fast-foodindustrie een percentage van haar inkomen moet gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek rond obesitas.

Mevrouw Marijke Dillen : Bestaat er elders al een wetgeving rond de publiciteit van de fast-foodindustrie ?

Mevrouw Margriet Hermans : Ik wou eventjes een pleidooi voor mezelf houden door erop te wijzen dat de Bekende Vlaming niet altijd de polemiek opzoekt. De bekende Vlamingen (BV's) zijn geen vijanden maar vrienden.

Medicatie rond obesitas wordt niet onmiddellijk aanvaard omdat het probleem ook niet wordt aanvaard. Hier is er ook een misverstand. Obesitas is immers een chronische aandoening die permanent moet opgevolgd worden. De discussie kan dus, door het engagement van bekende Vlamingen, op gang komen.

De heer Jan Van Duppen : Ik ben verwonderd over het pleidooi voor medicamenteuse behandeling. Gezien de voorgeschiedenis van de diverse medicijnen had ik liever iets anders gehoord. Ik heb het gevoel dat men in feite nog steeds naar een naald in een hooiberg zoekt.

De voorzitter : Wat is de inhoud van de voorgestelde pilootprojecten ?

Professor Luc Van Gaal : Vooreerst ben ik niet op de hoogte van wetgeving rond publiciteit in de ons omringende landen. Een eerste belangrijke benadering zou er wel al uit kunnen bestaan dat men gedurende kinderprogramma's geen reclame zou mogen maken voor ongezonde voeding.

Het is inderdaad zo dat medicatie inspeelt op centrale mechanismen in de hersenen. Dit is uiteraard een delicaat domein. Als men weet voor wat voor sterftecijfer obesitas verantwoordelijk is, dan zou er toch wat meer openheid naar research mogelijk moeten zijn. Medicamenten rond aids kunnen heel snel op de markt komen. Ook al kunnen deze medicamenten slechte nevenwerkingen hebben, toch worden ze heel snel goedgekeurd omdat het over aids gaat. Hierdoor wordt het fenomeen van obesitas als chronische ziekte echter onderschat.

De heer Jan Van Duppen : Beweert u nu dat de voorstellen van de minister van Volksgezondheid om alle amfetamine-achtigen van de markt te halen, nefast zijn ?

Professor Luc Van Gaal : Dit zeg ik niet. Ik spreek over medicaties die er op een wetenschappelijke manier, met goed uitgevoerde studies kwamen. Er bestaat bijvoorbeeld een Amerikaans geneesmiddel dat hier in Europa maximaal één jaar mag toegepast worden. In de Verenigde Staten beweert men echter dat dit middel gedurende twee jaar zou moeten toegediend worden.

Een behandeling van één jaar heeft geen zin. Ik ben net als u gekant tegen het vrij ter beschikking stellen van amfetamine.

Er zijn tientallen pilootprojecten nodig. Het belangrijkste is dat de bevolking gesensibiliseerd wordt. Daarvoor zijn het departement van Welzijn en het Vlaams Parlement trouwens bevoegd. Goed gemaakte spots op televisie moeten aangeven dat overgewicht wel degelijk gevaarlijk is, dat men het moet proberen te voorkomen en, als dat niet lukt, er iets moet aan doen. Bovendien moet het probleem in Vlaanderen ook worden geïnventariseerd.

Ik heb er niets tegen dat bekende Vlamingen zich voor de kar spannen en het goede voorbeeld geven maar ze mogen geen eenzijdig verhaal brengen. Obesitas enkel als een chirurgisch pakket bekijken, is bijvoorbeeld een te enge benadering. Die leidt dan tot reacties dat 15 kilogram extra gewicht echt niet zo'n ramp is. En van die antipodes die rond het probleem gecreëerd worden, wordt niemand beter.

2. Uiteenzetting door professor Leo Hendrickx, Stuivenbergziekenhuis Antwerpen

Professor Leo Hendrickx : Ik ben board member van de Benelux associatie van bariatrische chirurgen (BABS). Volgens de definitie van de internationale federatie van obesitaschirurgen is morbide

obesitas een chronische en multifactoriële ziekte : het is een genetisch gerelateerde aandoening, die ook omgevingsfactoren betreft zoals voeding en culturele en economische factoren. De ziekte resulteert in een uitermate grote vetophoping, die leidt tot een levensbedreigende situatie op medisch vlak : de patiënt kan ondermeer aan suikerziekte en cardiovasculaire aandoeningen lijden. Laat ons ook de zware psychologische druk niet vergeten en het feit dat sociaal contact moeilijk wordt. Fysisch voelen obesitaspatiënten zich slecht en daar kunnen we nog weinig aan doen. Er zijn ten slotte ook de economische aspecten. We opereren heel veel patiënten die niet in aanmerking komen voor een job, laat staan een vaste benoeming, in de openbare sector. Mensen met overgewicht kunnen bijvoorbeeld geen chauffeur worden bij De Lijn.

Bariatrische chirurgie is een heel effectieve behandeling met het oog op een langdurig gewichtsverlies. De evaluatie van de verschillende chirurgische technieken dient inderdaad te gebeuren op een termijn van minstens vijf jaar. Voor deze chirurgie moeten indicaties gesteld worden : men moet het risico van de ingreep afwegen tegen dat van de obesitas. Die indicaties zijn : een BMI dat groter is dan 40 of groter dan 35 wanneer er zich comorbide aandoeningen voordoen.

Er zijn twee grote types bariatrische chirurgie. De restrictieve operaties zorgen ervoor dat er bijna geen voedsel meer in de maag kan komen, de malabsorptieprocedures – en voornamelijk de bypasschirurgie – bemoeilijken zeer sterk dat de opgenomen calorieën geabsorbeerd worden. De jongste jaren worden er ook combinaties van beide types uitgevoerd.

Hoe gebeurt de selectie ? De patiënt komt zelf al met een bepaald idee van het type chirurgie dat hij wil : hij heeft er van gehoord via vrienden of erover gelezen op internet. Toch is het vaak de diëtist die er op wijst welk type het meest geschikt is. Diëtisten zijn dan ook absoluut noodzakelijk in het chirurgisch team dat de selectie maakt. Zij moeten in dat teamverband geïntegreerd worden. Helaas voorziet de huidige Riziv-nomenclatuur nauwelijks in de terugbetaling van een diëtist.

Een eerste ingreep is de klassieke maagverkleining, die in 1980 ondermeer door Mason werd uitgewerkt. De maag wordt daarbij dicht geniet en afgekneld met een band, waardoor de maag zeer klein wordt. De transit van het voedsel wordt vertraagd, waardoor de patiënt verplicht wordt traag en goed te eten. De variant op deze operatie wordt in Wallonië uitgevoerd, maar niet in Vlaanderen.

Kuzmak werkte in 1986 een ingreep uit waarbij de maag wordt afgekneld door een aanpasbare band, die verbonden is met een waterreservoirtje. Met dit reservoirtje kan de vernauwing dan groter of kleiner worden gemaakt. Hiervoor wordt tegenwoordig heel wat reclame gemaakt. De twee Belgen Cadière en Belachew hebben vervolgens in 1994 een laparoscopische variant van deze bandoperatie gepubliceerd in medische tijdschriften. Ook op het vlak van design zijn deze bandjes sterk geëvolueerd, getuige daarvan de tekening van een zeer recent Frans model.

Daarnaast is er de plaatsing van de bilio-pancreatische bypass. Normaal belandt het voedsel via de slokdarm in de maag en het eerste stuk van de dunne darm, waar het dan wordt vermengd met gal en pancreas, die zorgen voor de vertering in de volledige dunne darm. Bij deze operatie wordt het onderste deel van de maag weggenomen en de dunne darm in twee gedaan. De laatste twee meter en een half wordt rechtstreeks op de maag geplaatst. Het eerste stuk van de dunne darm komt pas op 50 centimeter van de dikke darm bij de rest van de dunne darm. Daardoor is er slechts op deze korte afstand een vertering van de vetten. Men creëert met andere woorden een selectieve malabsorptie van vetten.

De gevolgen van deze ingrepen zijn groot. Als de patiënt vet blijft eten, zal hij een vette diarree krijgen. Vaak krijgt hij ook te kampen met een ernstig tekort aan vetoplosbare vitamines als A, D, E en K, ijzer en eiwitten. Dat is vooral zo als de patiënt niet wordt gevolgd en het is nu eenmaal zo dat je in België een patiënt niet kan oproepen.

Een laatste techniek is een combinatie van de twee technieken : de gastric bypass. Deze ingreep wordt vooral uitgevoerd door de geneesheren Capella en Fobi en wordt wereldwijd het meest uitgevoerd. Een klein maagreservoir wordt gecombineerd met een dunne darm die onmiddellijk bovenop de maag wordt gezet. Afhankelijk van de plaats van de inplanting in de darm, spreekt men van een grotere of kleinere bilio-pancreatische bypass. Ook deze ingreep kan via een kijkoperatie gebeuren, wat ook het succes in België verklaart.

Het probleem is dat het Riziv niet kan volgen en hier nog geen nomenclatuur voor heeft uitgewerkt. Voor één enkele ingreep heb je echter al voor 90.000 frank aan materiaal nodig. Een vergelijking met de situatie in de Verenigde Staten is onmogelijk, omdat zij daar met een volledig ander systeem van ligdagen werken.

Na een follow-up van deze patiënten gedurende vijf jaar blijken in 20 procent van de gevallen achteraf complicaties op te treden. De pinnetjes lossen, banden moeten na een aantal jaren worden verwijderd. De BMI wordt gebruikt voor een vergelijking van de mortaliteit ten gevolge van obesitas en die ten gevolge van een ingreep. De mortaliteit is iets lager dan 1 procent. Op 3.000 operaties waren er dus 25 doden, meestal jonge mensen tussen 35 en veertig jaar. De risico's zijn dus zeker reëel.

Tachtig procent van de patiënten getuigt wel van een verbetering van de levenskwaliteit. Bij de kostenberekening mogen de kosten van de operatie niet alleen worden vergeleken met de kosten van obesitas. Er moet ook rekening worden gehouden met de kosten van de follow-up, die nauwkeurig moet worden uitgevoerd. Een zuiver economische kosten-batenanalyse is moeilijk, aangezien de gevoelens van de patiënten moeilijk in rekening kunnen worden gebracht.

Vijfentachtig procent is achteraf tevreden de ingreep te hebben ondergaan. De andere 15 procent haalt verschillende redenen aan voor de ontevredenheid : ze worden achteraf te mager, vallen te weinig af, moeten veel braken of krijgen veel krampen of diarree.

Obesitas vereist een teambehandeling in centra waar een multidisciplinair aanbod aanwezig is. Ik benadruk nogmaals het belang van de rol van diëtisten. Bij de follow-up kunnen zij bijvoorbeeld bijsturen. Het chirurgisch team dient verschillende technieken te kunnen uitvoeren. Een rigoureuze follow-up is daarbij noodzakelijk.

Mevrouw Sonja Becq : Bestaat er bij de artsen een eensgezindheid over de indicaties en over welke ingreep in welke omstandigheden moet worden uitgevoerd ?

Professor Leo Hendrickx : Over het gebruik van de BMI 35/40 bestaat een consensus, maar het is niet duidelijk welke ingreep voor welke patiënt aangewezen is. Het heeft bijvoorbeeld geen zin een klassieke maagverkleining toe te passen bij iemand die veel snoept. Een gastric bypass biedt voor zo iemand meer mogelijkheden : de suiker komt onmiddellijk in de dunne darm terecht, waardoor de patiënt een ziek en misselijk gevoel krijgt. Hij zal het snoepen snel laten. Daarom is de bijdrage van diëtisten zo belangrijk. Een volledige voorafgaande voedingsanamnese zou de chirurg al een heel eind op weg helpen.

De heer Jan Van Duppen : U maakt me niet wijs dat alle voorbije operaties in consensus zijn gebeurd. Ik heb het gevoel dat er enkele cowboys aan het werk zijn. Moet daar niet tegen worden opgetreden ? Zou het met het oog op de risico's voor de gezondheid niet beter zijn om verplicht in teams te werken ?

Professor Leo Hendrickx : Ik denk dat u gelijk hebt. Als Beneluxvereniging zijn we bezig met het uitwerken van voorstellen inzake het gebruik van bepaalde criteria en een registratie. Wij denken bijvoorbeeld aan de koppeling van de terugbetaling aan een registratie.

3. Uiteenzetting door professor Piet Pattyn, abdominale geneeskunde, Universitair Ziekenhuis Gent

Professor Piet Pattyn : Chirurgen proberen een algoritme op te stellen waarin op wetenschappelijke basis uitgemaakt wordt welke ingreep hoort bij welke patiënt. Maar eerst een situatieschets.

Ik heb op een wereldkaart de prevalentie van de aandoening aangeduid. In elk cijferpaar verwijst het eerste naar het voorkomen bij mannen, het tweede naar dat bij vrouwen. Men ziet meteen dat het tweede overal hoger is. Voor de VS wordt ook nog het onderscheid gemaakt tussen blanken en kleurlingen.

Ook bij die laatste zijn de cijfers hoger. In Europa stijgen de getallen naarmate men meer oost- of zuidwaarts gaat. Uit dit alles kan men concluderen dat het probleem van obesitas toeneemt, dat het meer vrouwen treft dan mannen, dat het meer voorkomt in het zuiden en het oosten van Europa, en dat het probleem altijd gepaard gaat met metabolische afwijkingen op het vlak van bloeddruk en serolipideprofiel.

Op de BMI-curve ziet men dat de mannelijke – bleker gekleurde – curve stijgt tot zij een bepaald plateau bereikt. De vrouwelijke stagneert niet, zij blijft toenemen. Vanaf 60 procent overgewicht stijgt het gezondheidsrisico exponentieel.

Men moet wel bedenken dat het probleem niet alleen organische, maar ook psychologische facetten heeft.

Moet men morbide obesitas behandelen of de natuurlijke evolutie laten doorgaan ? Bij de algoritmische afweging daarvan moet men steeds persoonlijke en maatschappelijke elementen voor

ogen houden. Zo is het wetenschappelijk bewezen dat de aandoening geassocieerd wordt met insulinedependente diabetes, galstenen, hartafwijkingen, hypertensie en sommige carcinomen.

De verbanden met gynaecologische tumoren, kanker van de endeldarm of de galblaas, jicht, bepaalde aandoeningen ter hoogte van de hersenen, ademhalingsaandoeningen of prostaatcarcinoom bij de man, zijn nog niet afdoende bewezen, al is er toch een trend aanwijsbaar.

Er zijn ook studies die de maatschappelijke kosten becijferen. Zo leert een Finse studie uit 1991 dat bij een BMI-toename van 25 tot 30 de kosten voor medicatie met 16 procent toenemen, voor hospitalisatie met 2,3 procent en voor consults met 5,9 procent. Ingeval van een BMI-toename van 25 tot 45, stijgen deze cijfers respectievelijk tot 259 procent, 20,9 procent en meer dan 60 procent.

Een nationale Australische studie toont aan dat de behandeling van obesitas en daarmee geassocieerde aandoeningen evenveel kost als die van alcoholgeïnduceerde. Obesitas soupeert in Nederland en Frankrijk 2 tot 5 procent van het hele gezondheidsbudget op. In Australië zijn 10 procent van de sterfgevallen gerelateerd aan obesitas. Dat betekent 13.000 verloren levensjaren.

De conclusie is duidelijk : het lijdt geen twijfel dat obesitas moet behandeld worden, om persoonlijke en maatschappelijke redenen. De vraag is dan of die behandeling chirurgisch of conservatief moet zijn. Voor een Zweedse studie werden gedurende meer dan acht jaar twee groepen van telkens meer dan 1000 personen gevolgd. De enen werden chirurgisch, de anderen conservatief behandeld.

Hoewel de voordelen van een conservatieve behandeling onmiskenbaar zijn (geen complicaties, geen mortaliteit, geen heroperaties tengevolge van complicaties), blijkt toch zeer duidelijk dat alleen chirurgie op statistisch significante wijze de comortaliteit doet dalen én de kwaliteit van het leven verhoogt. Nadelen zijn dan weer dat de hospitalisatie twee- tot driemaal meer kost (bij een kijkoperatie) of zelfs zesmaal meer (bij een open operatie). Bovendien is tijdens het eerste jaar na de ingreep het aantal ziektebezoeken niet lager, vanwege de controles. De efficiëntie blijkt pas na dat eerste jaar.

Wat de tevredenheid van patiënten over hun gastric-bypassoperatie betreft, stelt men vast dat die met de tijd afneemt. Dat wordt voor een deel verklaart door het niet volhouden van diëten en oefeningen, maar ook doordat men steeds meer vergeet

hoe slecht men zicht tevoren voelde. Men moet dus de ingrepen steeds relativeren in de tijd.

Levenskwaliteit is een sociaal-cultureel bepaald begrip. Het valt op dat juist die sociologische groepen waarin de kwaal meer voorkomt, overgewicht meer aanvaarden. Bij hoger opgeleiden is het omgekeerd.

Daar staat dan weer tegenover dat in sommige culturen een hoog gewicht een teken van welstand is. Bij ons is het veeleer een stigma, in het bijzonder voor vrouwen. Hun sociaal-economische status verslecht in toenemende mate. Zij komen in een neerwaartse spiraal terecht.

Een studie van Rand uit 1991 leert dat niet alleen de lichamelijke verschijning gestigmatiseerd wordt, maar ook het karakter, vanwege het morele falen. Honderd procent van de ondervraagden zou liever doof, dyslectisch of diabetisch zijn met een normaal gewicht. Veertien maanden na de operatie zou negentig procent het nog liever met één been stellen dan opnieuw te lijden aan morbide obesitas. De psychosociale last van obesitas is groot, vanwege de obesitas zelf, dus niet op grond van enig persoonlijkheidskenmerk. Blijvend gewichtsverlies bevordert het psychosociaal welzijn. Conservatieve en gedragstherapeutische behandelingen slagen daar echter niet in. Het probleem is wel dat er weinig goed onderzoek voorhanden is. Een zoektocht in de Medline-databank leverde op 166 studies slechts zes goede op. Wel blijkt dat 80 procent van de patiënten zeer tevreden is met zijn gastric bypass. Men zou het onmiddellijk opnieuw doen.

– *Mevrouw Sonja Becq treedt als voorzitter op.*

De vraag is of het resultaat altijd zo blijft. Momenteel zijn er van de 166 studies maar zes goede. Het probleem is dat we nog niet weten wat efficiënt is op lange termijn.

Bij een chirurgische benadering moet men altijd het succes bekijken ten opzichte van de tegenslagen, de complicaties en eventueel de mortaliteit. Er zijn verschillende ingrepen. In een groep van 260 patiënten die in Brazilië een bandjesoperatie hebben ondergaan, moet 5 procent opnieuw geopereerd worden en is er een dode gevallen. In de groep die een drastische scopinaro-ingreep heeft ondergaan door een Belgisch chirurg, zijn er ook doden gevallen en moet ongeveer 7 procent opnieuw geopereerd worden wegens levensbedreigende problemen. Bij duizend patiënten (opnieuw in Brazilië) die een gastric bypass-operatie onder-

gaan hebben, zijn er ook sterfgevallen. Ook moet een belangrijk deel opnieuw geopereerd worden.

Als de chirurg beslist om een dergelijke operatie uit te voeren, moet hij altijd het natuurlijke verloop van de ziekte bekijken en nagaan of de complicaties van de operatie niet erger zijn. In het geval van een tegenslag zijn er voor de patiënt en de gemeenschap hoge kosten : extra procedures, extra medicijnen, hospitalisaties, opname op intensieve zorgen en rehabilitaties, zonder nog te spreken over het werk of de emotionele problemen van de patiënt.

Het totale verlies (economisch en niet-economisch) van iemand die overleden is ingevolge een verkeerde intubatie bij een galblaasoperatie, bedraagt meer dan 1 miljoen dollar. Sinister genoeg zijn de kosten nog hoger als men overleeft. Bij jongvolwassenen kunnen die oplopen tot 3 miljoen dollar.

Ziekten, die te wijten zijn aan obesitas, hebben een ernstige impact op de patiënt en de maatschappij. Obesitas is een belangrijke psychologische last voor de patiënt. Heelkunde is blijkbaar de enige manier om goede organische en psychologische effecten te hebben.

Het resultaat moet altijd bekeken worden ten opzichte van de complicatie die de procedure met zich meebrengt. Dat heeft te maken met de ervaring van de chirurg evenals met de medische indicatie. Dat betekent dat men niet de meest drastische ingreep gaat doen bij diegene met de minste BMI. Men moet de risicofactoren goed afwegen.

In het Universitair Ziekenhuis van Gent probeert men patiënten met een overgewicht op de conservatieve manier te behandelen en op die manier een ingreep te vermijden : 15 procent slaagt daarin. Vervolgens gaat men bepaalde medische factoren uitsluiten die de onderliggende oorzaak kunnen zijn en die een hormonale behandeling vragen. Dan gaat men opsplitsen naargelang de houding van de patiënt en de risicogroep waarin hij zich bevindt. Is de BMI kleiner dan 50 en is het een goed meewerkende niet-boulemische patiënt, dan is gastric banding zeker een goede methode. Die geeft sporadisch mortaliteit, heeft respect voor de anatomie en is in 80 procent van de gevallen succesvol.

Als de BMI hoger is dan 60 en als we weten dat we onvoldoende gewichtsdeling krijgen met banding, dan kiezen we eerder voor een bypass-ingreep (open of laproscopisch). Die methode geeft een bepaalde mortaliteit, is niet zomaar omkeerbaar maar blijkt wel efficiënt te zijn. In het geval van super-

obesen (BMI groter dan 80) lijkt een scoping of een gastric bypass (met een lus van meer dan 150 cm) aangewezen. Vermits dat op langere termijn ernstige complicaties betekent voor de patiënt, zijn er ethische bezwaren. We zullen het alleen indiceren als de natuurlijke evolutie van de obesitas inhoudt dat de patiënt meer gevaar loopt dan door de ingreep.

Mevrouw Margriet Hermans : Het verheugt me te vernemen dat er zoveel mogelijkheden zijn. Het is zeer belangrijk dat er in teamverband gewerkt wordt. De vraag is of er voldoende psychologische nazorg gebeurt ? Sommige patiënten kunnen na een ingreep een totale afkeer van eten krijgen, terwijl andere zich nog meer gaan storten op eten of andere zaken om toch maar het gevoel van verzadiging te hebben.

Professor Piet Pattyn : Dat is een pertinente vraag. Het is een feit dat er iets mis is met de terugbetaling. Als men een psychologisch onderzoek laat doen voor de ingreep, is dat het duurste deel van de behandeling en follow-up. Een consultatie bij een psycholoog kost ongeveer 2000 frank. Men mag niet vergeten dat een belangrijk deel van de patiënten uit een sociaal-economische klasse komt die zich dat niet kan permitteren.

Momenteel vangen we die op door consultaties met diëtisten en verpleegkundigen. Patiënten met duidelijke eetstoornissen of duidelijke wijzigingen in hun leefpatroon, proberen we te detecteren en door te sturen naar gespecialiseerde teams.

De heer Jan Van Duppen : Bij een reductie van het gewicht, rijst het probleem van overtollige huid. Zeker bij mensen met minder elastisch bindweefsel moeten er dan opnieuw ingrepen gebeuren. Hebt u dat meegerekend in de kosten ? De prijzen kunnen immers zeer hoog oplopen.

Professor Piet Pattyn : Daar is geen rekening mee gehouden. Als men een opeenvolging van ingrepen heeft, moet men de risico's cumuleren en dat is niet gebeurd. Het aspect van de overtollige huid wordt vooral door de plastische heelkunde gevolgd. Dergelijke correcties hebben nog een veel belangrijkere financiële impact. Spijtig genoeg is daarmee geen rekening gehouden in het Riziv-systeem. Men kan ervoor pleiten om dergelijke ingrepen niet tot de zuivere esthetiek te rekenen maar als noodzakelijke correcties te beschouwen.

De heer Jan Van Duppen : De ernstig morbide vorm van obesitas is vooral te vinden bij sociaal zwakkere bevolkingsgroepen. Als men daarmee re-

kening houdt, is de vraag wat een chirurgisch verantwoorde behandeling (tot en met de plastische heelkundige correcties) aan de gemeenschap en de patiënt kost.

Professor Piet Pattyn : Dat varieert van ingreep tot ingreep. Ik kan op die vraag niet antwoorden. Ik kan wel cijfers over banding-operaties. Er is een instroom van Nederlandse patiënten in België omdat er voor dergelijke ingrepen in Nederland een wachtlijst bestaat van soms twee jaar. De Belgische ziekenhuizen kunnen de netto kosten aanrekenen.

Voor de gemeenschap bedraagt de kostprijs tot 250.000 frank met inbegrip van de prothese. Voor de Belgische patiënt wordt die prothese terugbetaald onder bepaalde voorwaarden door bepaalde privé-verzekeringen. Soms betalen bepaalde ziekenfondsen ook een deel van het bandje terug.

De privé-verzekeringen en de ziekenfondsen nemen maar het initiatief als iemand het voortouw neemt. Mensen die behoren tot de laagste sociaal-economische bevolkingsgroep zouden ook moeten deelnemen aan het gesprek.

Chirurgen zien de plastische heelkunde niet als geneeskundig. Esthetiek is meer dan geneeskunde. De prijzen hebben dan ook andere normen en zijn zeer variabel. In bepaalde centra bedraagt de prijs van een buikcorrectie (abdominoplastie) tussen 20.000 en 60.000 frank. Een totale bodylift kost het dubbele en het vierdubbele in Brussel.

Professor Leo Hendrickx : Er is een nummer van het Riziv voor een abdominoplastie die in sommige ziekenhuizen wel gebruikt wordt. Het honorarium bedraagt 10.000 frank. Voor de andere correcties bestaat er geen nummer.

De heer Jan Van Duppen : Er zijn dus geen Riziv-nummers voor de andere ingrepen ?

Professor Leo Hendrickx : Voor het scopinavel gebruiken we hetzelfde nummer als voor het weg nemen van een deel van de maag. Voor de by-pass is er geen nummer. Er is wel een Riziv-nummer voor een abdominoplastie, meer bepaald voor de band. De andere techniek, gastroplastie zonder onderbreking van de continuïteit is niet nader bepaald.

Professor Luc Van Gaal : Als men overweegt de chirurgische ingreep terug te betalen, mag men de groep die eraan voorafgaat niet vergeten.

Een scopinano kan blijkbaar ook de dood veroorzaken, maar daar heeft niemand het over. Als een

medicament één dode veroorzaakt, staat dat op de eerste bladzijde van de krant en wordt het uit de handel genomen.

4. Uiteenzetting door professor Walter Vandereycken, psychiater KU Leuven, en mevrouw An Vandeputte, psychologe, therapieafdeling eetstoornissen, Kliniek Alexianen, Tienen

Professor Walter Vandereycken : Als psychiater zal ik wellicht een boodschap verkondigen die op bepaalde punten afwijkt van die van de chirurgen. Ik wil het niet alleen hebben over de extreme vormen van obesitas, maar wel over alle gewichts- en eetproblemen met bijzondere aandacht voor de psycho-sociale aspecten.

Ik werk al 25 jaar met patiënten die kampen met eetstoornissen als anorexia, boulimie en allerhande combinaties. De laatste jaren krijgen we meer en meer patiënten over de vloer die weliswaar al chirurgisch behandeld zijn, maar er psychiatrisch slecht aan toe zijn. Samen met mevrouw Vandeputte heb ik recent een onderzoek afgerond in opdracht van minister Vogels. Daarin onderzoeken we de prevalentie van eetstoornissen bij jongeren en de aanpak daarvan in Vlaanderen.

Ik leid mijn uiteenzetting in met een enquête uit het Nederlandse vrouwenblad Margriet. Ik verwijs bewust naar deze niet wetenschappelijke enquête om aan te tonen wat de bevolking, eigenlijk onze doelgroep, denkt. De enquêtes van Margriet hebben wel een goede reputatie.

Op deze enquête hebben 3500 vrouwen gereageerd. De helft van hen kampt met overgewicht en daarom mogen we de resultaten niet veralgemenen. Interessant is dat vrouwen niet in kilo's, maar in maten spreken : 65 procent zit boven maat 42. De vrouwen die geantwoord hebben zijn tussen de 25 en 65 jaar oud.

De helft denkt dat het leven er anders zou uitzien mochten ze slank zijn. Op de vraag of ze door hun gewicht depressieve gevoelens hebben, wordt in grote mate positief geantwoord. Er werd ook gevraagd naar de manier waarop men is gaan lijnen. De grote meerderheid heeft een dieet geprobeerd en ongeveer één derde blijft proberen. Andere afslankmethodes zijn braken, laxeremiddelen nemen, afslankpillen slikken of roken. Wij merken in ons onderzoek dat vooral jongeren laxeremiddelen gebruiken omdat die in België makkelijk verkrijgbaar zijn. Liefst 43 procent gebruikt maaltijdver-

vangers of afslankpillen. Veel mensen roken om de eetlust onder controle te krijgen. Deze enquête bewijst dus dat het geen bijkomstig probleem meer is. Waarom zijn zo veel mensen begaan met overgewicht ?

Er is al genoeg onderzoek gevoerd over discriminatie en achteruitstelling van dikke mensen. Iedereen met wat overgewicht werd op school gepest, mocht niet meevoetballen of werd door de turnleerkracht met de vinger gewezen. Als twee mensen met een gelijk curriculum vitae solliciteren, en de een ervan leidt aan overgewicht, dan is het statistisch voorspelbaar wie aangeworven zal worden. Mensen met overgewicht hebben ook minder vaste partners. In de zoektocht naar een partner moeten ze immers heel wat barrières overwinnen.

Voorts is er discriminatie in de gezondheidszorg. Veel artsen gaan er al te gemakkelijk van uit dat het gezondheidsprobleem aan het overgewicht ligt. Ook van de arts krijgen ze dus een label. We merken ook discriminatie in de ziekte-, levens- en hospitalisatieverzekering.

Ten slotte weet iedereen dat de media de voorkeur geven aan slankere mensen.

Ik wil het probleem niet psychiatriseren, maar moet het toch even hebben over persoonlijkheid en zelfbeeld. De chirurgen hebben al verteld welke inzet het van de patiënten vergt. Men onderschat de stress die de patiënten door de therapie en hun omgeving ondergaan. We noemen dat compliance of therapietrouw. Hoe motiveren we de patiënten om de therapie te blijven volgen ? Vooral omdat heel wat mensen die kampen met eetstoornissen eigenlijk met hun zelfbeeld in de knoei zitten.

Over dikke mensen bestaan zowel stereotiepe positieve, als stereotiepe negatieve beelden. Het stereotiepe positieve beeld is dat van de joviale, levenslustige en optimistische persoon. Ze anticiperen zo op de mopjes. Vaak is dat beschermend pantser nodig vanwege het veel sterkere, maar onuitgesproken stereotiepe negatieve beeld. Mensen met overgewicht worden beschouwd als afhankelijk, passief, niet ambitieus en minder wilskrachtig.

Maar in feite kampen velen onder hen met psychische problemen. Veel mensen met overgewicht leiden aan depressies. Maar wat is oorzaak en wat gevolg ? We merken vaak dat mensen met overgewicht niet door dat overgewicht in de problemen raken, maar wel door de behandelingen die ze moeten ondergaan en door de commentaar uit hun omgeving. Veel mensen met gewichtsproblemen

krijgen eetstoornissen omdat ze eten als reactie op meerdere prikkels. Een chirurgische ingreep zal daar niets aan veranderen.

Wie een ernstig dieet moet volgen, zit in een stressvolle situatie omdat ze voortdurend moeten vechten tegen verleidingen. Hen aansporen sport te doen, zal stress veroorzaken. En stress is voor velen de prikkel waarop ze gaan eten.

De oncontroleerbare drang tot eten wordt niet noodzakelijk door zwaarlijvigheid veroorzaakt, maar houdt het wel in stand. Elk dieet kan ontsporen omdat het honger- en verzadigingssysteem op onnatuurlijke wijze verstoord wordt. De drang naar meer eten en vooral naar meer zoetheid wordt er alleen maar groter door. En zo komt men in de vicieuze cirkel terecht waarna men niet van eten moet afkicken, maar wel van het diëten. Van daar moet het hele eetgedrag in kaart gebracht worden alvorens drastisch in te grijpen.

Aan afvallen zijn een aantal risico's verbonden. Anorexia nervosa is een extreme vorm, maar uit onze enquête blijkt dat veel jongeren diëten terwijl het om medische redenen niet noodzakelijk is. Eén op twee zestienjarige meisjes is ontevreden met haar uiterlijk, terwijl we weten uit CLB-onderzoeken dat zij niet te veel wegen en binnen de statistisch normale categorie vallen. Diëten wordt vaak verward met vasten : men slaat maaltijden over. Dat onderbreekt het eetritme en beïnvloedt de stemming. Steeds meer mensen maken misbruik van allerlei afslankproducten, ondermeer zogenaamde gezonde thees, biologische producten maar ook amfetamines.

Elke drastische vermagering kan een depressie tot gevolg hebben, vooral als de betrokkene een aanleg tot depressie vertoont of het in de familie voorkomt.

Met al deze factoren dient men rekening te houden bij het uitwerken van remedies. Als men het accent legt op de beeldvorming, benadrukt men vaak het feit dat slank zijn overgewaardeerd wordt en vaak geassocieerd wordt met mooi en succesvol zijn. Er zijn verschillende mogelijkheden : men kan opteren om meer mollige mensen in de media te tonen of de preventiestrategie verbreden. Ik vraag me af of het mogelijk is de beeldmakers of de media te veranderen. Zou het niet beter zijn de beeldlezers te veranderen en bijvoorbeeld jongeren te leren hoe ze omgaan met de boodschappen die de media brengen ? We zouden hun kunnen leren de verborgen verleiders in reclame op te sporen.

Een tweede mogelijkheid is het leef- en eetgedrag veranderen door gezondheidspromotie. De cruciale vraag is of we mensen moeten waarschuwen voor de gevaren van het afslanken. Uit preventiecampagnes blijkt immers dat afraden van bepaalde middelen hun gebruik in de hand werkt. In de Verenigde Staten is er een preventiestudie geweest waarbij men jongeren waarschuwde voor het gebruik van bepaalde vermageringsmiddelen. Nadien bleek dat zij die middelen door de campagne juist gingen gebruiken. Grondig onderzoek naar ongewenste effecten van preventiecampagnes met alleen maar waarschuwingen is noodzakelijk.

Men kan kiezen voor een meer doelgerichte aanpak gericht op een risicogroep of op een meer specifiek probleem. Men kan een kwetsbare groep opsporen bijvoorbeeld kinderen met een overgewicht of met familiale voorbestemming, kinderen met zwakke sociale vaardigheden of afkomstig uit gezinnen met sociale problemen. We kunnen die risicogroep opsporen via de CLB's. Voor volwassenen speelt de huisarts een belangrijke rol. De centra voor geestelijke gezondheidszorg kunnen instaan voor de verdere begeleiding.

Bij de CLB's discuteert men over het al dan niet afschaffen van de systematische medische onderzoeken. Ik zou dat betreuren niet alleen omdat het een enorme bron van gegevens over onze bevolking is, maar ook omdat het een goede methode is om risicopersonen in een vroeg stadium te detecteren en te behandelen. Dat vergt bijscholing en vorming van het personeel. Nu beperkt men zich vaak te veel tot het meten en wegen.

Een wettelijke regeling van advertenties voor afslankmiddelen en -methoden is hoognodig. Men mag niet om het even welk geneesmiddel propagieren, maar elke afslankmethode mag gepromoot worden zonder vermelding van de eventuele risico's. Bij ons zijn zelfs advertenties voor laxeremiddelen toegestaan. In België kan men heel gemakkelijk laxeremiddelen en eetlustremmers kopen. Voor eetlustremmers, ondermeer zwaar verslavende amfetamines, is een voorschrift vereist, maar ze worden te veel voorgeschreven. Wij hebben al een paar minderjarige patiënten gezien, met een BMI lager dan 30, die, zonder toestemming en medeweten van de ouders, een ingreep ondergaan hebben.

Ik pleit dus niet voor brede informatiecampaagnes, die weinig effect hebben. We moeten zoeken naar de specifieke doelgroepen. Het is aangewezen om een breed informatiecentrum over voeding en gewicht op te richten, waarin de verschillende belangengroepen vertegenwoordigd zijn. Ik pleit ook

voor schoolprojecten over beeldvorming. We moeten de jongeren niet enkel leren wat gezonde voeding is, maar hen ook bijbrengen hoe ze de media-berichten moeten interpreteren. We moeten ze duidelijk maken dat mensen vaak getaxeerd worden op hun voorkomen.

We moeten preventiewerkers, hulpverleners en leerkrachten opleiden voor vroegtijdige herkenning en begeleiding van eet- en gewichtsproblemen. Zo worden de middelen nuttiger besteed dan aan een of andere vage promotiecampagne.

We hebben een project over eetstoornissen, waarvan de resultaten al in de pers verschenen zijn en mevrouw Vandeputte kan vragen daaromtrent beantwoorden.

Mevrouw Margriet Hermans : Hoe wil u de specifieke doelgroepen bereiken ? Geloof u dat zelfacceptatie een rol speelt of moet actief ingegrepen worden ?

Professor Walter Vandereycken : We hebben een onderzoek gedaan bij jongeren van zestien en zeventien jaar. Vooral jongeren van veertien tot achttien jaar zijn intens met hun uiterlijk bezig. Uit het onderzoek bleek dat de helft van de meisjes ontevreden was over hun uiterlijk. Uit het dossier van de meisjes die zeer ontevreden waren over hun uiterlijk, maar niet met overgewicht te kampen hadden, blijkt dat veel van hen als kind te veel wogen. Overgewicht op jonge leeftijd verhoogt de kans op gewichtsproblemen later alsook op psychosociale problemen. Het komt er op aan die groep vroegtijdig te detecteren en te begeleiden.

Men zou ook de projecten over bijvoorbeeld pesten op school kunnen uitbreiden en wijzen op de redenen waarom men kinderen, die er anders uitzien, bekritiseert. We zouden dus beter investeren in projecten die de risicogroep detecteren en ook de omgeving van de kinderen veranderen.

Betere begeleiding bevordert zelfacceptatie. Als zij een positief beeld over zichzelf krijgen en weerbaarder worden, zal dat de aanvaarding bevorderen. Een belangrijke voorwaarde daartoe is dat de directe omgeving, dus het gezin, wil meewerken.

De campagnes die op school worden gelanceerd, hebben maar zin wanneer ze worden ondersteund door de directe omgeving van het kind, namelijk het gezin. Zelfacceptatie is inderdaad een sleutelbegrip om negatieve effecten op lange termijn te verhinderen.

De heer Jan Van Duppen : Sommige medici verwerven hun inkomen op een minder ethische manier. Bij de diensten van professor Vandereycken komen kinderen terecht waarop onnodige chirurgische ingrepen zijn uitgevoerd, en dit met een invaliderend effect. Wat doet hij om dergelijke situaties in de toekomst te voorkomen ?

Professor Walter Vandereycken : Dat is een ethische vraag. Er ontstaat een conflict tussen de opdracht om de betrokken patiënt zo goed mogelijk te helpen en de wenselijkheid van een preventief optreden. De vraag rijst of een repressief beleid tot preventie kan leiden. In sectoren waar veel geld mee gemoeid is, ontstaat er vaak een zwarte markt. Men dient ervoor te zorgen dat dat niet hoeft. Daarom zou het beter zijn deze ingrepen terugbetaalbaar te maken. Sommige mensen kunnen zich deze ingrepen trouwens niet veroorloven. We moeten goed teamwork belonen.

De heer Jan Van Duppen : Dat is een wensdroom. Wanneer het RIZIV op basis van goede criteria een deel van de kosten zou terugbetalen, dan worden alle jonge meisjes die net buiten de criteria vallen, nog steeds met het probleem geconfronteerd. Zo kunnen de onethische praktijken blijven bestaan.

Een andere mogelijkheid is klacht neerleggen bij de Orde van Geneesheren, die trouwens de opdracht heeft dergelijke praktijken te beteugelen.

Professor Walter Vandereycken : Ik wil me niet uitspreken over de houding van de Orde van Geneesheren.

Zonder een goede regelgeving is het niet mogelijk uitspraken te doen over onethische praktijken. Ook in Nederland, waar de gezondheidszorg nochtans sterk gereguleerd is, zijn er geen duidelijke richtlijnen voor het geval een jongere een medische ingreep wil ondergaan zonder de toestemming van de ouders. Zo kan er een grijze zone blijven bestaan. Hetzelfde geldt ook voor andere praktijken als het voorschrijven van amfetamines, eetlustremmers en laxemiddelen. Er is dringend nood aan goede protocollen om de goede en de slechte praktijken van elkaar te onderscheiden.

De voorzitter : Er zijn beleidsmaatregelen nodig om de beeldvorming en het gedrag van de artsen te beïnvloeden. Anderzijds is er een specifieke begeleiding nodig voor bepaalde doelgroepen. Hoe moeten ouders omgaan met het eetgedrag van hun kinderen ? Hebben jullie daarvoor suggesties ?

Professor Walter Vandereycken : Deze vraag is moeilijk te beantwoorden. Het is onduidelijk welke strategie het beste resultaat heeft : een ontradingsbeleid of een meer positief beleid. Verder onderzoek is noodzakelijk. Men zou een aantal goede campagnes moeten voeren en daarvan voor- en nadelen onderzoeken. Het eetgedrag is cultureel ingebed en daarom is het heel moeilijk te veranderen.

De voorzitter : De term preventiecampagne verwijst blijkbaar niet naar een mediacampagne, maar naar een strategie die direct op de doelgroep gericht is.

Ik dank de heer Vandereycken voor zijn bijdrage. In de bundel zit een samenvatting van zijn onderzoek.

5. Uiteenzetting door de heer Diels, voorzitter van de vzw Anobese

De heer Albert Diels : De bestuursleden van de vzw Anobese komen niet uit de medische wereld. Wij hebben de bedoeling mensen met overgewicht te steunen en te begeleiden.

De nadelen van overgewicht heb ik van jongsaf ervaren. Om sociale en medische redenen heb ik me twee jaar geleden laten helpen door de medische wereld. Deze gewichtsvermindering leverde me de aandacht op van de media. Daarop kreeg ik talrijke reacties. Zo zijn we er vorig jaar in geslaagd deze vzw op te richten.

Dikke mensen hebben nood aan informatie en ondersteuning. Totnogtoe kunnen ze zich alleen tot een dokter wenden. Wij willen een spreekbuis zijn voor mensen met gewichtsproblemen. We proberen hun ervaringen te bundelen. Meestal worden ze van jongsaf met gewichtsproblemen geconfronteerd. De mensen die zich tot onze vzw wenden, zijn vaak in de marginaliteit terecht gekomen. Ze zijn werkloos, sukkelen met hun gezondheid en hebben sociale problemen. Als ze het moeilijk hebben om een partner te vinden, wordt hen altijd aangeraden minder te eten. Dikke mensen hebben meestal alle diëten geprobeerd.

Aanvankelijk maakten we wel eens de fout dat we mensen adviseerden. Intussen hebben we begrepen dat we de mensen moeten samenbrengen en dat we informatiedagen met medici moeten organiseren. Verder moeten we de mensen blijven steunen en blijven benadrukken dat het niet prettig is om steeds met de vinger gewezen te worden.

Wie ooit met obesitas geconfronteerd werd, weet dat diëten niet dat zaligmakend effect heeft. Integendeel. Men sukkelde van het ene dieet in het andere. Hierbij krijgt men dan nog vaak te horen dat er wel wat discipline aan de dag mag gelegd worden. We weigeren dit te aanvaarden.

Alle obesitaspatiënten kampen met een soort verslaving waarvan de oorzaak zeker niet bij het gebrek aan discipline moet gezocht worden. De medische wereld staat blijkbaar nog steeds machteloos op dit vlak. Wij blijven echter hopen op een zaligmakend middel dat onze onblusbare eetlust aan banden kan leggen. Corpulent zijn moet als een medische afwijking worden beschouwd en niet als een eeuwig gevecht tegen roddels.

Naar het voorbeeld van de Nederlandse obesitasvereniging proberen we onze leden ook in beweging te brengen. Hierbij gaat het niet om afmatten de fitness maar wel om ontspannende en bewegingsvriendelijke activiteiten zoals zwemmen. De bedoeling hiervan is niet te vermageren maar wel de conditie en de mobiliteit te verbeteren.

Corpulente mensen verkiezen geen zware fysieke inspanningen. Enkel de dag doorkomen is voor hen immers al een heel karwei. Naar de toekomst toe gaan we dan ook trachten om zwembaden af te huren. Op deze manier kunnen onze leden zich dan ongegeneerd bewegen. Het vinden van zwemkledij is echter een bijkomend probleem. We zijn ervan overtuigd dat, eens de zwemgroepen van start gaan, ze hun positieve uitwerking niet zullen missen.

Dikke mensen worden vaak geassocieerd met gezelligheid en een groot relativeringsvermogen. Voor een klein gedeelte onder hen is dit ook effectief zo. We denken hierbij aan hen die leren leven hebben met hun omvang.

De realiteit voor velen onder hen is echter vaak anders. Vaak worden dikke mensen met heel veel sociale problemen geconfronteerd. Hun partners aanvaarden hen niet langer en eisen een echtscheiding. Het gebeurt echter ook dat partners niet langer kunnen leven met iemand die constant in de ban van de weegschaal leeft.

Tot overmaat van alles gaan de beste betrekkingen vaak aan corpulente mensen voorbij. Vaak komen ze minder zelfzeker over en worden ook met domheid en onkunde geassocieerd. Corpulentie is echter geen parameter voor intelligentie. Integendeel.

Vele zwaarlijvigen hebben ook problemen met hun eigen kinderen. Ze vinden het vaak verschrikkelijk dat hun kinderen geplaagd worden omwille van de corpulentie van hun ouders. Dat is dan ook de reden waarom ze zich niet vaak ophouden in de omgeving van hun opgroeiende kinderen.

Vzw Anobese probeert een boei te zijn voor degenen die zwichten onder hun overgewicht. We willen de medische wereld informeren en hopen om samen met de medische wereld zo veel mogelijk te bereiken. Aan de maatschappij in het algemeen, aan de voedings- en landbouwsector zouden we echter hulp willen vragen.

Mevrouw Margriet Hermans : Jullie richten jullie voornamelijk tot volwassenen. Krijgen jullie echter ook reacties van jongeren ?

De heer Albert Diels : De kinderen zelf reageren nooit. Het zijn de ouders die om hulp vragen. Daarom hebben we het idee opgevat om steeds de hele familie uit te nodigen. Men moet dus de hele familie informeren en in beweging brengen.

6. Uiteenzetting door professor Greet Vansant, dienst Endocrinologie, metabolisme en voeding UZ Gasthuisberg Leuven

Professor Greet Vansant : Ik ben coördinator van de 'multidisciplinaire behandeling obesitas' in het UZ Leuven.

Als we evenveel calorieën opnemen als we er verbruiken, hebben we een stabiel gewicht. Als we meer eten dan we verbruiken, ontstaat een gewichtstoename. Als we minder eten dan we verbruiken, vallen we af. We nemen 1 kilogram in gewicht toe als we 7000 calorieën meer eten dan we nodig hebben. Het energieverbruik kan alleen beïnvloed worden door een aanpassing van de fysieke activiteit. Overgewicht kan dus ontstaan door een voedingsprobleem en door een probleem van fysieke activiteit. In de praktijk schort er wat aan beide zijden van de balans.

Er bestaat slechts één omvattende studie over de voedingsgewoonten van de Belgen : Belgian Inter-university Regional Nutrition and Health Study (BIRNH). Daaruit blijkt dat er een groot probleem is inzake vetinname : waar de aanbeveling 30 energieprocent vet is, zitten we in België aan 40 energieprocent. De koolhydraten liggen bijgevolg veel te laag. Vet is zeer energiedens : het bevat 9 calorieën per gram, en dat verklaart voor een groot stuk het probleem.

De BIRNH-studie handelt over de periode 1979-1984. We dringen al jaren aan op een herhaling om over nieuwe concrete gegevens te beschikken maar we vinden tot op heden geen financieringsbron. Recentere studies hebben we alleen maar voor kleinere doelgroepen. Zo toont een onderzoek bij bankbedienden, tien jaar later, aan dat er nog altijd niets veranderd is. Nochtans is er in de voedingspolitiek wel een en ander veranderd : de Hoge Gezondheidsraad heeft voedingsaanbevelingen geformuleerd en er is een voorlichtingsmodel gemaakt. De cijfers over de voedingsgewoonten van gezondheidswerkers – artsen, diëtisten, apothekers, verpleegkundigen, enzovoort – binnen het UZ Leuven, toch mensen die het moeten weten, zijn even slecht.

Halfweg de jaren tachtig hebben een aantal wetenschappers in opdracht van de Hoge Gezondheidsraad voedingsaanbevelingen voor de Belgen geformuleerd. Dat waren theoretische gegevens, die daarna vertaald zijn in een concreet voorlichtingsmodel : de voedingsdriehoek, waarin alle voedingsmiddelen vervat zitten.

De vorm is belangrijk : een brede basis en een smalle top. De basis bestaat uit water : dat hebben we het meeste nodig. Daarna komen achtereenvolgens : graanproducten, rijst en aardappelen ; groenten en fruit ; vlees en vis ; eieren, melk en zuivelproducten ; vet is een zeer klein groepje. We trekken van het principe dat alle voedingsmiddelen kunnen, maar ze staan niet allemaal in de driehoek. Sommige zaken als frisdranken, alcohol en chocolade staan in het kleine topje dat de driehoek compleet maakt. Dat hangt los van de rest omdat het geen essentiële voedingsstoffen aanbrengt.

Hoe vullen de Belgen die voedingsdriehoek in ? Ze drinken de helft te weinig water, nemen te weinig koolhydraten in, eten de helft te weinig groenten en fruit en te grote porties vlees, dat veel verzadigde vetten bevat ; gebruiken veel vetten en te weinig zuivelproducten – met als gevolg een tekort aan calcium. De top van de voedingsdriehoek zit overvol.

Conclusie : alle totnogtoe geleverde inspanningen voor preventie werken niet echt. Er is nood aan een gestructureerde aanpak. Het onderwijs, artsen en diëtisten wacht terzake nog een belangrijke taak. Een diëtist is niet alleen geschoold om restrictief te werken maar kan ook zeer goed de consequenties van een bepaalde keuze uitleggen. Verder is het geven van voorlichting over een gezonde voeding een belangrijke taak.

Naast de energie-inname is er natuurlijk ook het energieverbruik. Hoeveel we verbruiken in rust wordt bepaald door onze genen en onze spiermassa, dit is ons basaal metabolisme. Het energieverbruik door fysieke activiteit hebben we zelf in de hand. Studies tonen aan dat hoe lager de fysieke activiteit is, hoe hoger de prevalentie van obesitas. Zij tonen een sterk verband aan tussen uren televisiekijken en het voorkomen van obesitas.

Dertig procent van de volwassenen heeft eigenlijk te kampen met overgewicht. Een multidisciplinaire behandeling dringt zich daarom op. Het uitwerken van een theoretische oplossing is makkelijk haalbaar, maar de uitvoering botst vaak op praktische problemen. Denk maar aan het gebrek aan terugbetaling.

Nochtans zijn er voldoende argumenten die ons aanzetten tot handelen. Obesitas is een groot probleem, maar we kunnen er wel effectief iets aan doen. Daarom moet nog niet worden gestreefd naar een ideaal gewicht : studies tonen aan dat een reductie met 5 tot 10 procent al grote gevolgen heeft voor de gezondheid. Het is belangrijk de patiënten daarop te wijzen. Zij zullen daardoor meer gemotiveerd geraken. En het is een feit dat bij behandeling van obesitas de levenskwaliteit stijgt.

Een multidisciplinaire behandeling bestaat uit verschillende componenten, waarvan er drie steeds moeten terugkomen. De eerste is een aanpak van onze voedingsinname, die nu volledig verkeerd is : we slaan te veel energie op en eten te veel vet. De tweede is de stimulatie van fysieke activiteiten. De derde is het aanpakken van ons voedingsgedrag, dat onze foutieve voedingsgewoonten stuurt. Voor sommige patiënten kunnen medicijnen hulp bieden, in België zijn er momenteel twee middelen die als veilig kunnen worden beschouwd. En in extreme gevallen kan een beroep worden gedaan op de heelkunde.

Het UZ Leuven heeft vijf jaar geleden een multidisciplinair programma opgesteld. Toen ik in Leuven begon te werken, werden mensen met obesitas individueel geholpen door een verwijzing naar een diëtiste. Zij kwamen dan achteraf nog geregeld op afspraak. Bij het onderzoeken van die dossiers merkte ik op dat zeer veel mensen het opgaven. Na een tot twee jaar zagen we nog slechts 5 tot 10 procent van de patiënten terug. Sommigen doken dan later opnieuw op, maar dan met een nog hoger lichaamsgewicht.

Een eerste probleem bij de multidisciplinaire aanpak is het gebrek aan een structuur. Voor diëtisten

of psychologen bestaan er geen terugbetalingmodaliteiten. Toch is er nood aan. Ik schets even de problemen.

Er is duidelijk een probleem op het vlak van voeding. De energie-inname is in het algemeen nog niet zo hoog en iedereen – zwaar of licht – overschat zijn eigen inname. Wel is de inname van vet in het algemeen te hoog, die van eiwitten is goed, die van koolhydraten en vezel veel te laag. Inzake alcoholgebruik gaan we ervan uit dat twee consumpties of vier energieprocent per dag nog toelaatbaar is voor de gezondheid.

We hebben ook het activiteitenpatroon van 565 obese personen met een BMI van 35 en hoger onderzocht en vergeleken met die van een controlegroep van niet-obese personen van dezelfde leeftijdsklasse en opleidingsniveau. De index voor beroepsactiviteiten is bij zwaarlijvige personen hoger, wat wil zeggen dat zij hun werk iets zwaarder inschatten. Dat wordt gedeeltelijk verklaard door het lichaamsgewicht dat zij moeten meeslepen. De sportindex en de vrijetijdsindex, en daardoor ook de globale activiteitenindex, zijn significant lager bij obese personen dan bij niet-obese. Bijsturing is nodig, zeker als we rekening houden met het feit dat ook niet-obese personen over het algemeen te weinig bewegen.

We hebben ook het eetgedrag van obese en niet-obese personen vergeleken, dit aan de hand van een Nederlandse vragenlijst voor eetgewoontes, die ons toelaat het eetgedrag te karakteriseren. Mensen die heel de tijd rekening houden met de gevolgen van eten voor hun gewicht, vertonen een lijngericht eetgedrag. Mensen kunnen ook een emotioneel eetgedrag vertonen, dat diffuus – eten uit verveling – of duidelijk – eten uit woede – kan zijn. Een laatste vorm is een extern eetgedrag: wordt men al dan niet beïnvloed door de aanwezigheid van een bakker of snoepjeswinkel. Ook in dit onderzoek stelden we manifeste verschillen vast. Obese personen vertonen vaak een lijngericht en emotioneel eetgedrag. Op het vlak van het extern eetgedrag noteren we geen verschil. Het lijngericht eetgedrag kunnen we niet aanpakken (toch niet in een eerste fase), het emotionele wel.

Aan de hand van de respons op de Beck Depression Inventory kan men vaststellen dat zowel in de categorie "geen depressieve symptomen" als in de categorieën "milde depressieve symptomen" en "ernstige depressieve symptomen" obesitaspatiënten andere percentages halen dan controlepersonen met 'normaal' gewicht. Het gaat om respectievelijk 44 versus 81 procent, 29 versus 13 procent, en

27 (dus bijna één op drie) versus 6 procent. De kip-of-eikwestie duikt natuurlijk op. Is overgewicht een gevolg of een oorzaak van depressie?

Inzake voeding zijn er twee mogelijkheden. Ofwel werken wij met een zeer laag calorisch dieet, ofwel opteren wij voor matige energiereductie. In het eerste geval streven wij naar 800 calorieën per dag, wat moeilijk te bereiken is met normale voeding als men alle essentiële stoffen wil aanbieden. Daarom wordt meestal gewerkt met preparaten, al bestaan er weinig volwaardige.

Deze optie wordt alleen toegepast als er een dringende nood aan gewichtsverlies bestaat, bijvoorbeeld met het oog op een chirurgische ingreep zoals het plaatsen van een heupprothese. In extreme gevallen kan het dieet ook gebruikt worden om radicaal te breken met het voedingspatroon.

De tweede optie is gebaseerd op de principes van gezonde voeding, zonder overdrijving. Wij streven immers een blijvende verandering na. Het gaat om 1600 tot 1800 calorieën per dag, wat niet noodzakelijk betekent dat de hoeveelheid voedsel vermindert. De samenstelling is wel anders, ondermeer door minder vetrijk voedsel aan te bieden.

Gedragmatig willen wij terugval vermijden. Daarom zorgen wij ervoor dat de deelnemers op moeilijke momenten, als terugval dreigt, ergens terecht kunnen, bijvoorbeeld bij de huisarts of de diëtist.

Ook beweging vormt een onderdeel van het programma. De calorie-output vergroot erdoor. Er wordt minder vetmassa gevormd en die wordt bovendien beter verspreid. Het voorkomen van depressieve symptomen vermindert. De levenskwaliteit verhoogt en het medische risico verkleint. Aandacht voor beweging bevordert ook een beter resultaat.

Obesitas therapie is het werk van een hele groep mensen. Een kandidaat-deelnemer aan ons programma laten wij eerst onderzoeken door een endocrinoloog. Vervolgens evalueren een diëtist, een psycholoog en een sportarts de gegevens en de mogelijkheden. Een en ander wordt geëvalueerd en men stelt een programma voor. De therapie is individueel of in groep. Het programma moet, voor blijvend goede gewoonten, minstens één jaar lang volgehouden worden. Men moet de deelnemer ook uitleggen wat in zijn lichaam gebeurt. Bij de evaluatie van het succes van het programma is overigens het gewicht niet de enige parameter.

Op dit moment is onze succesratio 60 procent. Voor een deel wordt ons programma wel mogelijk gemaakt door het in het kader van het wetenschappelijk onderzoek te plaatsen. In perifere gebieden bestaat die mogelijkheid minder. Daarom is naast preventie ook structurering van het aanbod nodig.

De heer Jan Van Duppen : Op hoeveel tijd heeft u dat resultaat van 60 procent bereikt, wetende dat uw programma een bestaand programma continueert waar men nog 5 procent haalde ?

Professor Greet Vansant : Op vijf jaar.

De heer Jan Van Duppen : Het verhaal over de voedingsdriehoek hangt me de keel uit. Als we dergelijke communicatieve onzin blijven verkopen, dan kunnen we er beter mee stoppen. Men stelt dat de tweede belangrijkste laag de graanproducten zijn, maar daar staat nooit bij hoe men die klaar moet maken. In de cultuur van dit land kan men dat alleen maar doen met vet. De vraag is dan ook of we die voedingsdriehoek niet kunnen omkeren. We hebben in onze cultuur een voedingspatroon dat gekenmerkt wordt door het eten van veel vetten en suikers omdat er daaraan heel lang een tekort is geweest. Dat zijn twee elementen die zwaarlijvigheid veroorzaken. Waarom kan de Hoge Gezondheidsraad niet beginnen met het aanbevelen van groenten en fruit ? Het is een feit dat vetten en suikers goedkoper zijn dan fruit en groenten. Daarom is het tijd om met een ernstig verhaal over deze problemen te komen. De situatie is hallucinant aan het worden.

Professor Greet Vansant : In de voedingsdriehoek zijn wel degelijk groenten en fruit opgenomen : 300 gram groenten en twee tot drie stukken fruit per dag. Men mag niet vergeten dat groenten en fruit belangrijk zijn, en relatief weinig calorieën leveren.

Alle voedingsmiddelen op zich leveren verschillende micro- en macronutriënten. Elk product heeft een eigen samenstelling. Als men een dieet met alleen groenten en fruit gaat samenstellen, dan krijgt men heel wat tekorten.

De heer Jan Van Duppen : Nu zijn er mensen die inzake nutriënten uitgehongerd zijn wegens het consumeren van vetten en suikers.

Professor Greet Vansant : Ik ben daarvan niet overtuigd. Als men kijkt naar voedingsdeficiënties, dan zijn er bepaalde risicogroepen en -nutriënten. Een risicogroep zijn de hoogbejaarden omdat die vaak een eenzijdig voedingspatroon hebben. Andere bevolkingsgroepen hebben relatief weinig tekor-

ten, behalve een aantal specifieke zaken zoals calcium en ijzer. Er zijn geen of nauwelijks tekorten aan micronutriënten en er is zeer weinig voedingsdeficiëntie. Onze voeding is rijk genoeg, maar het probleem is dat men vaak te eenzijdig eet.

De heer Jan Van Duppen : We moeten daarover ooit eens een discussie voeren. Ik vind dit geen antwoord op mijn zeer fundamentele kritiek.

Een tweede opmerking is dat het verhaal over de balans een grove leugen is. Men verkoopt de mensen het verhaal dat ieder pondje door het mondje gaat. Dat is niet waar. Niet iedereen verwerkt de inname van kilocalorieën op dezelfde manier. Het balansverhaal heeft tot gevolg dat het metabolisme bij wijze van spreken veel meer geroedeerd is om er een maximale resorptie uit te halen als men zichzelf uithongert. Daardoor gebeurt het dat mensen nagenoeg niets eten en toch bijkomen. Dat is niet het verhaal van de balans. Het is communicatief verkeerd om dergelijke verhalen te blijven vertellen. Het is veel ingewikkelder dan dat.

Professor Greet Vansant : Puur fysiologisch gezien klopt de balans. Als men onevenwichtig gaat eten en zichzelf uithongeren dan krijgt men een adaptatie van het metabolisme. Men gaat de vetvrije massa afbreken. Het lukt bijna niet om het basale metabolisme terug op te drijven. Dat is de reden dat mensen die vroeger vastenkuren hebben gedaan, een zeer laag basaal metabolisme en een lager verbruik hebben, waarschijnlijk voor de rest van hun leven. Dat is ook de reden waarom er niet meer zo strikt gewerkt wordt en men een normaal patroon promoot.

De heer Felix Strackx : We eten het topje van de voedingsdriehoek zoveel omdat we het lekker vinden. Dat is ook de reden waarom alle mogelijke diëten mislukken. Mensen zijn bereid om het topje even opzij te zetten om gewicht te verliezen, maar dat moet zo snel mogelijk gaan omdat men graag opnieuw het topje wil eten. Waarom vinden we dergelijke voedingsstoffen zo lekker ?

Een aantal zaken vindt men in alle culturen lekker maar er zijn een aantal zaken waar helemaal geen objectieve reden voor is om ze lekker te vinden, bijvoorbeeld boter op een boterham. Dat laatste hebben we aangeleerd als kind. Daar moet men ingrijpen en duidelijk maken dat men bepaalde zaken niet aan kinderen moet geven omdat ze nergens toe dienen.

Professor Greet Vansant : Daar ben ik het gedeeltelijk mee eens. In het kader van sensorisch onder-

zoek in de neurofysiologie zijn er heel wat theorieën over de reden waarom zoet geprefereerd wordt boven zout. Er zijn mensen die de neiging hebben om zoetere dingen te eten, terwijl anderen de voorkeur geven aan hartig voedsel.

Veel zaken zijn inderdaad aangeleerd. Preventie begint eigenlijk op jonge leeftijd. Het is zeer moeilijk om voedingsgewoonten om te draaien. Dat is ook de reden waarom de gedragstherapie aan dergelijke zaken een belangrijke rol toekennen. Zonder langdurige therapie werkt het niet.

De heer Felix Strackx : Dat moeten we kunnen duidelijk maken aan de hele bevolking.

Professor Greet Vansant : Er zijn al heel wat stappen gezet. Zo is men in de eerste plaats begonnen met het maken van voedingsaanbevelingen. Die werden vertaald in een praktisch model, met name de voedingsdriehoek, en vervolgens geïmplementeerd worden in het onderwijs. Daarmee is men op dit ogenblik al vrij goed bezig. Er is wel nog een verschil tussen de netten. Uiteraard bereikt men op die manier een grote groep van de bevolking niet. Daarvoor zijn andere acties nodig. Ik ben het ermee eens dat de acties die er totnogtoe geweest zijn, duidelijk niet werken.

De heer Felix Strackx : De heer Van den Bergh van i-Merge stelde gisteren de vraag wat het Vlaams Parlement kan beginnen tegen bedrijven zoals Coca-Cola en Mars, die beschikken over miljarden reclamebudgetten.

Professor Greet Vansant : De impact van reclame is inderdaad zeer groot. Men moet beginnen met mensen op een objectieve manier te informeren zodat ze zelf een keuze kunnen maken.

De heer Jan Van Duppen : We zijn al een stadium verder. Als het klopt wat u zegt, dan zou er niemand in Vlaanderen meer roken. Er is al een fortuin besteed aan antirookcampagnes en er wordt steeds meer gerookt. In het onderwijs wordt heel duidelijk gemaakt waarom roken slecht is voor de gezondheid en we stellen vast dat jongeren als gek roken.

Mevrouw Margriet Hermans : Ik ben ontgoocheld dat u als voedingsspecialiste nog steeds die fameuze driehoek promoot. We hebben van alles te veel, zelfs van de tweede laag. Bovendien kunnen we de lagen niet meer scheiden. Kennis alleen zal geen verschil maken

Kan de voedingsindustrie niet op de propfen komen met nieuwe voedingsstoffen ? Is het verplicht om dagelijks van die driehoek te eten ? Ik kan me niet voorstellen dat we iedere dag een koetelet moeten eten. Er zijn toch genoeg alternatieve voedingsstoffen waar we voldoende eiwitten uit halen.

Professor Greet Vansant : Die driehoek bestaat uit groepen. Het is de bedoeling dat we dagelijks iets eten uit elke groep. Als we die basiskennis niet doorgeven, zullen we de mensen nooit kunnen overtuigen.

Mevrouw Margriet Hermans : Meer en meer mensen koken niet meer zelf en leveren zich gewillig over aan de voedingsindustrie. Misschien moet u als voedingsdeskundige vooral het gesprek aangaan met de voedingsindustrie.

Professor Greet Vansant : We leveren al inspanningen om meer gezonde producten op de markt te brengen, maar het blijft een commerciële aangelegenheid : goed verkopende producten zullen niet zomaar van de markt gehaald worden.

De heer Jan Van Duppen : Het begint mij werkelijk de strot uit te hangen. Als voedingsdeskundige weet u dat driekwart van de firma's die voedingswaren op de markt brengen met plantaardige oliën, gebruik maken van palm- en cocosolie. De grootste smeerlapperij met de hoogste aterogene index. Waarom reageert u daar niet tegen ? Waarom spoort u het parlement en de regering niet aan daartegen op te treden ? Het is een schande dat u nog met die belachelijke driehoek durft af te komen.

De heer Felix Strackx : Het zijn twee frustrerende dagen geweest en nu reageren we onze frustraties toevallig op u af. Mijn welgemeende excuses daarvoor.

Professor Greet Vansant : Ik begrijp dat best. Ik werk al vijftien jaar mee aan het onderzoek naar obesitas. Ik ken de frustraties.

Mevrouw Niki De Gryze : Ook ondergewicht is een gewichtsprobleem en dat komt onvoldoende aan bod. Wat moet een mens doen om te verzwaren ? Toen ik nog geen kinderen had, woog ik amper 42 kilogram. Ik heb tien jaar lang alles gedaan om te verzwaren. Ik at zelfs 's avonds pasta. Bestaan er diëten om gezond te verzwaren ?

Professor Greet Vansant : Neen. Het komt erop aan de totale hoeveelheid gezond voedsel op te

drijven, maar mensen met ondergewicht hebben het inderdaad soms moeilijk om gewicht bij te winnen. Het heeft alles te maken met het basaal energieverbruik.

Mevrouw Margriet Hermans : Ik koester al heel mijn leven de stille illusie dat de voedingsdeskundigen ooit eens verder zullen durven te gaan. Bak boekweithamburgers. Maak eens werk van alternatieve eiwitten, ook onze varkens zullen er wel bij varen.

Professor Greet Vansant : Ik ben fysiologe en geen technologe. Men probeert dat, maar het loopt vaak fout omdat men ervan uitgaat dat het oog ook wat wil. Vegetarische burgers zijn vaak gepaneerd en gebakken. Er is nog veel te doen op dat vlak.

7. Uiteenzetting door de heer Stephan Van den Broucke, afdelingshoofd Onderzoek en Documentatie van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)

De heer Stephan Van den Broucke : Ik zal het in mijn uiteenzetting hebben over gezondheidsbevordering als strategie voor preventie van gewichtsproblemen.

Het belang van gewichtsproblemen voor de volksgezondheid moet ik niet meer benadrukken. Vandaag en gisteren hebben andere sprekers dat al voldoende aangegeven. Daarbij is heel wat aandacht geschonken aan obesitas en overgewicht, maar we mogen ondergewicht evenmin uit het oog verliezen. Naast de stijgende prevalentie van obesitas neemt ook de prevalentie van eetstoornissen toe.

Zowel obesitas en overgewicht als eetstoornissen geven aanleiding tot problemen op lichamelijk, psychologisch en sociaal vlak. En niet alleen de gevolgen zijn complex, ook de oorzaken zijn dat. Gewichtsproblemen zijn het gevolg van een complex samenspel van factoren : biologische, fysiologische en genetische aspecten, gedragingen, levensstijl, omgeving en cultuur. Bij het ontwikkelen van zowel curatieve als preventieve maatregelen moeten we met dat alles terdege rekening houden.

Ondanks de terechte kritiek op de huidige preventie, kan niemand ontkennen dat er terzake al heel wat inspanningen zijn geleverd. In Vlaanderen zijn er tal van organisaties actief die het voedingsgedrag van mensen proberen gezonder te maken door hen te wijzen op het belang van een gezond voedingspatroon. Ook wat betreft gezonde li-

chaamsbeweging zijn er dergelijke acties, maar hierbij dient gezegd dat in dergelijke campagnes in de eerste plaats de nadruk wordt gelegd op sport en minder op gezonde lichaamsbeweging.

Maar als we die interventies kritisch bekijken, blijkt dat ze vaak te kleinschalig, geïsoleerd en gefragmenteerd zijn. Ze proberen ook te veel de kennis te verhogen en missen daarom effectiviteit. De reden daarvoor is in de eerste plaats een gebrekkige wetenschappelijke onderbouw, die op zijn beurt het gevolg is van de beperkte middelen voor gezondheidsbevordering. Bijkomend probleem is de versnipperde bevoegdheidsverdeling. In ons land zijn niet alleen verschillende overheden bevoegd voor respectievelijk de curatieve en de preventieve gezondheidszorg, maar ook binnen de preventie zijn de bevoegdheden versnipperd. Preventie zou bijvoorbeeld ook gebruik moeten kunnen maken van economische hefboomen voor gedragsverandering, maar de bevoegdheid over Economische Zaken ressorteert onder andere ministers en overheden. Ten slotte is ook het werkveld versnipperd.

Er is dus behoefte aan een omvattende, geïntegreerde strategie om de problemen inzake gewicht ten gronde aan te pakken. Ik ben van oordeel dat een dergelijke strategie geïnspireerd kan worden op de principes en inzichten van de gezondheidsbevordering. Die principes houden ondermeer in dat een positieve in plaats van een problematiserende benadering wordt gevolgd, en dat een holistische visie op gezondheid wordt gehanteerd. Men heeft nu te veel de neiging om te focussen op onderdelen van het probleem. Verder is het ook belangrijk dat verschillende disciplines samenwerken, en dat de doelgroepen betrokken worden bij het zoeken naar een goede strategie. Ook andere sectoren, die op het eerste gezicht niets te maken hebben met gezondheidszorg maar toch een belangrijke invloed hebben op de gezondheid, moeten een inbreng hebben. Dit kan gerealiseerd worden in een geïntegreerde “setting-gerichte” aanpak. Tenslotte is ook een doelgerichte en systematische werkwijze nodig bij het opzetten en implementeren van interventies.

Ik zal nu toelichting geven bij deze punten, en uitleggen hoe ze kunnen bijdragen tot een meer effectieve preventie van gewichtsproblemen. Ik zal beginnen met het belang van een positieve benadering.

Heel wat preventie-initiatieven vertrekken vanuit een probleem en vanuit een biomedische kijk op gezondheid. Deze benadering houdt in dat gezondheid gelijk wordt gesteld aan de afwezigheid van

ziekte. Men breidt deze benadering daarenboven uit tot de risicofactoren. Onder- of overgewicht wordt beschouwd als een probleem, zoals ook blijkt uit het onderwerp van deze hoorzitting : we spreken inderdaad van gewichts'problemen'. Los van eventuele klachten, gaat men ervan uit dat overgewicht op zich een gezondheidsprobleem vormt.

Dat is terecht als het gaat om over- of ondergewicht, maar niet als men over voeding en lichaamsbeweging spreekt. Voeding en beweging zijn belangrijk maar zijn op zich geen probleem. Toch beklemtoont men het verkeerd eten, het te weinig bewegen, enzovoort als zijnde een gezondheidsprobleem. Dit draagt bij tot het medicaliseren van een aantal onderwerpen, die strikt genomen niets met de gezondheidszorg te maken hebben, ondermeer ons voedingspatroon. De geneeskunde gaat op die manier ook dat deel van het leven controleren.

Dat zou nog enigszins gerechtvaardigd zijn als het probleem erdoor zou opgelost worden, maar dat is niet het geval. Mensen wijzen op het feit dat ze ongezond eten of te weinig bewegen, biedt hen onvoldoende motivatie voor gedragsverandering. De meeste mensen eten of bewegen niet omwille van hun gezondheid maar omdat ze het aangenaam, lekker, enzovoort vinden.

Het wijzen op gezondheidseffecten kan anderzijds wel ongewenste effecten hebben, namelijk dat men vervalt in een gezondheidsfanatisme en overdreven aandacht voor het gewicht, met eetstoornissen of overdreven aandacht voor het lichaam tot gevolg, zoals bijvoorbeeld bij bodybuilding.

Bovendien is het niet eenvoudig om het verband tussen gedrag en gezondheid begrijpelijk uit te leggen. Dit verband wordt namelijk uitgedrukt in statistische kansen, en dat is voor veel mensen moeilijk te begrijpen. De aangebrachte informatie werkt dus dikwijls verwarrend. Er is ten slotte ook een deontologische vraag : men praat mensen een schuldgevoel of een probleem aan dat men niet met zekerheid kan oplossen. Door dergelijke campagnes maakt men het leven van een aantal mensen moeilijker, en dat kan toch niet de bedoeling zijn.

Het alternatief is een positieve benadering : het doel is dan niet ziekten te vermijden maar een gezond leven te leiden. Gezondheid is geen doel op zich maar een voorwaarde. Toegepast op de gewichtsproblematiek betekent dit dat we aansturen op een evenwichtig voedingspatroon zonder excessen en op een positieve lichaamsbeleving. Een der-

gelijke benadering past in de visie van de Wereldgezondheidsorganisatie waarbij men de bevolking wil emanciperen, niet bevoogden.

Als men mensen wil helpen om zelf de controle te verwerven over hun gezondheid is voorlichting noodzakelijk, maar niet voldoende. Het is ook nodig om organisaties, leefgemeenschappen en sociale systemen te beïnvloeden zodat het gemakkelijker wordt om te kiezen voor gezonde voeding of meer beweging.

Dat sluit trouwens aan bij de voornoemde holistische benadering, waarbij men aandacht heeft voor alle mensen, niet alleen diegenen die een bepaald risico lopen.

Ten slotte moet men alle facetten en determinanten van gezondheid in beschouwing nemen.

Niet enkel voor de curatieve oplossingen maar ook voor de preventie is een multidisciplinaire samenwerking noodzakelijk : niet enkel tussen artsen en verpleegkundigen, maar ook met psychologen, sociologen, communicatie-deskundigen, organisatie-wetenschappers en beleidswetenschappers. De verschillende invalshoeken kunnen leiden tot een meer op elkaar afgestemde combinatie van methoden en benaderingen. Zo kunnen we de mensen ook meer actief betrekken.

Ook samenwerking tussen verschillende maatschappelijke sectoren is wenselijk, ondermeer tussen gezondheidszorg en onderwijs. Daarvoor bestaan al een aantal structuren. De CLB's hebben opdrachten in verband met preventieve gezondheidszorg. Binnen de VLOR bestaat er een commissie Gezondheidseducatie, die een en ander orkestreert. Ook andere sectoren, bijvoorbeeld de landbouw, de voedingsproductie en voedingsdistributiesector, hebben een invloed op gezonde leefgewoonten.

Voor de promotie van lichaamsbeweging en sport kan samengewerkt worden met de culturele sector. Er zijn al een aantal pogingen geweest tot samenwerking maar het is belangrijk dat er vaste overlegstructuren opgericht worden.

Vertrekken vanuit die sectoren zelf heeft als grote voordeel dat thema's beter geïntegreerd kunnen worden. De scholen bijvoorbeeld worden momenteel benaderd door verschillende instanties om aan preventie te doen over verschillende onderwerpen. Zij hebben weliswaar methodieken nodig om hun eindtermen over gezondheidseducatie in te vullen, maar het wordt soms te veel en het leidt tot tegen-

strijdige acties. Voormiddag gaf professor Van Gaal bijvoorbeeld aan dat een pint gaan drinken bij wijze van ontspanning in plaats van naar de hamburgertent te gaan veel minder calorieën oplevert, maar het kan toch niet de bedoeling zijn dat we via de scholen alcoholgebruik propageren omdat het minder calorieën bevat dan hamburgers.

Vertrekken vanuit sectoren betekent ook dat men de informatie beter kan afstemmen op de behoeften van de doelgroep en de school. Ze heeft ook als voordeel dat men de omgeving van de doelgroep rechtstreeks kan beïnvloeden, door bijvoorbeeld drinkwaterfonteinnetjes in plaats van frisdrankautomaten te laten plaatsen.

Binnen de settings beschikt men ook over menselijke en materiële middelen om aan gezondheidsbevordering te doen. Daardoor kan de verandering ook structureel worden ingebed.

Welke settings kunnen er aan bod komen? Het ligt voor de hand zich te richten naar die plaatsen waar mensen delen van hun leven doorbrengen: scholen, de buurt en thuisomgeving, de gezondheidsvoorzieningen, het jeugdwerk en de werkplek. Voor de scholen kunnen de CLB's een rol spelen. In Vlaanderen is ook een netwerk van gezonde scholen actief. Voor de lokale leefgemeenschap en de buurt spelen de Logo's een belangrijke rol. In de thuisomgeving spelen behalve de Logo's ook de SIT's (samenwerkingsinitiatieven thuiszorg) een rol, naast Kind en Gezin, de lokale afdelingen van de mutualiteiten, en de Gezinsbond.

Voor de eerstelijnsgezondheidszorg spelen, behalve de Logo's, ook de huisartsenkringen en de wijkgezondheidscentra een rol. In het jeugdwerk en op de werkplek zijn er structuren aanwezig, maar gezondheidsbevordering is er minder structureel ingebed. Er zijn dus heel wat netwerken actief en die moeten versterkt worden wat hun werking rond gezondheidsbevordering betreft.

Gezondheidsbevordering verwijst naar een holistische aanpak en lijkt daarom wat wollig en ongestructureerd. Deze benadering is echter niet in tegenspraak met doelgerichtheid en systematiek. Een systematische aanpak vormt juist de basis voor een solide samenwerking. Dat is niet in strijd met emancipatorisch en participatief werken.

Ik wil een suggestie doen voor de manier waarop de samenwerking en de taakverdeling zouden kunnen gebeuren. Dat zou kunnen leiden tot de volgende structuur, die een uitgangspunt kan zijn voor

een meer strategisch uitgewerkte gezondheidsbevordering.

Men moet stapsgewijze werken. Een eerste stap is de probleemidentificatie, zicht krijgen op de omvang en de gevolgen van de problematiek. Stap twee is het identificeren van de risicofactoren. Die risicofactoren kennen we al vrij goed, en ze zijn in deze hoorzitting aan bod gekomen, maar er is minder zicht op de geschikte methoden om iets aan die risicofactoren te veranderen. Daarom is het belangrijk te onderzoeken welke methoden er reeds ontwikkeld werden voor preventie van gewichtsproblemen en hoe effectief deze methoden zijn. Vervolgens kunnen in een derde stap pilootstudies uitgevoerd worden om interventies die hun degelijkheid hebben bewezen in het buitenland, aan onze situatie aan te passen of om een eigen aanpak te ontwikkelen en deze grondig te evalueren.

De volgende stap, de begeleide implementatie, gaat over het implementeren van de goede strategieën in de Vlaamse context en om het bevorderen van de samenwerking tussen de partners. Een laatste stap is dan de implementatie op grote schaal, met de bedoeling veranderingen te realiseren bij de doelgroep.

Op basis van de aanwezige deskundigheid kunnen we voor Vlaanderen de volgende taakverdeling suggereren. Voor de eerste stap, de probleemidentificatie, is vooral epidemiologische knowhow vereist. Deze deskundigheid is aanwezig bij het team Gezondheidsindicatoren van de Vlaamse administratie, bij het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid en bij de universitaire vakgroepen die te maken hebben met epidemiologie en sociale geneeskunde.

Voor de tweede stap, de identificatie van risicofactoren en effectieve beïnvloedingsfactoren is de deskundigheid vooral te vinden bij universitaire vakgroepen psychologie, sociologie en communicatiewetenschappen. Het ontsluiten van de gegevens is een taak voor het VIG (Vlaams Instituut Gezondheidspromotie).

De derde stap, de ontwikkeling van innovatieve methoden ter bevordering van gezonde voeding en van een positief lichaamsbeeld, is een kernopdracht van het VIG. Het bevorderen van de implementatie op het terrein, stap vier dus, is een taak van de Logo's en van andere landelijke voorzieningen. Voor de implementatie op grote schaal, de laatste stap, kunnen de verschillende Logo-partners een rol spelen, naast lokale actoren zoals

CLB's, SIT's, consultatiebureaus van Kind en Gezin, mutualiteiten en huisartsenkringen.

Gezondheidspromotie kan dus een goed kader bieden voor een meer effectieve aanpak van gewichtsproblemen. Ik heb vooral strategieën willen aangeven, omdat die een positieve benadering mogelijk maken, gericht op gezonde voeding en een positieve lichaamsbeleving. Dat is compatibel met een systematische werkwijze.

De Vlaamse overheid kan een rol spelen om deze benadering vorm te geven. Ze kan deze visie, waarbinnen de preventie van gewichtsproblemen kan kaderen, mee onderschrijven. Ze kan helpen met het uitstippelen van een strategie. Het werken met gezondheidsdoelstellingen is daarbij zeker een interessante piste, die mijns inziens dient voortgezet en nog kan worden verfijnd. De doelstelling inzake voeding heeft reeds gezorgd voor een aantal initiatieven, maar de middelen werden niet prioritair geïnvesteerd in het realiseren van die doelstelling. Dergelijke doelstellingen moeten trouwens aangevuld worden met een doelstelling inzake lichaamsbeweging. De Vlaamse overheid kan de uitvoering van de strategie verder ondersteunen door de samenwerking tussen de actoren te bevorderen en door overlegstructuren uit te bouwen. De stapsgewijze benadering die ik daarnet heb voorgesteld, en de taakverdeling die daarbij werd gesuggereerd, kan hiervoor een kapstok bieden. De overheid kan een gezonde leefstijl en leefomgeving steunen door middelen ter beschikking te stellen voor campagnes. Ik heb weliswaar twijfels bij het nut van massamediale voorlichtingscampagnes, maar toch kunnen deze campagnes een voedingsbodem zijn voor andere activiteiten die gericht en daardoor ook effectiever zijn. De overheid kan tenslotte ook werk maken van regelgeving inzake gezonde voeding en gezonde beweging.

Moet er een steunpunt voor gewichtsproblemen worden opgericht? Dat zou voordelen kunnen hebben op het vlak van coördinatie, wetenschappelijke onderbouwing, evaluatie en integratie van preventie en behandeling. Er zijn echter ook nadelen aan verbonden. Een dergelijk steunpunt dreigt los te staan van de reeds bestaande structuren waardoor de werking deels overlappend zou kunnen zijn. Het zou misschien ook in strijd zijn met de nood aan een settinggerichte benadering. Het alternatief is het versterken van de bestaande structuren zodat die de aandacht voor gewichtsproblemen in hun werking kunnen integreren.

De voorzitter : Het is vandaag 8 maart, internationale vrouwendag. Inzake voeding en eetgewoonten

speelt de vrouwenbeweging een belangrijke rol. Hier werd herhaaldelijk gewezen op het negatieve effect van diëten, maar toch worden diëten in vrouwenbladen vaak gepromoot. Heeft het VIG contacten gelegd met vrouwenbladen?

De heer Stephan Van den Broucke : Het was niet mijn bedoeling exhaustief te zijn. Uiteraard zijn ook vrouwenverenigingen een belangrijke partner, zowel op lokaal als op gemeenschapsniveau.

Het VIG heeft al pogingen gedaan om onderhandelingen aan te knopen met bepaalde actoren binnen de perswereld. Er werden echter nog geen gestructureerde initiatieven genomen om iets te doen aan de beeldvorming via de media. Dat heeft te maken met het ontbreken van de juiste kanalen en overlegstructuren. Het is niet duidelijk wie in de perswereld de gesprekspartner zouden zijn, en anderzijds is het natuurlijk ook niet haalbaar om alle weekbladen afzonderlijk te benaderen.

De voorzitter : Werden er al pogingen gedaan om de journalisten op deze problematiek attent te maken?

De heer Stephan Van den Broucke : Zelf journalisten attenderen gebeurt eerder sporadisch. Wel worden er regelmatig vragen gesteld door journalisten aan het VIG, ook wat betreft de voedingsproblematiek en beweging. De vraag is dan meestal of de informatie die in een artikel geboden wordt ook correct is, en daar geven we dan natuurlijk een antwoord op. Maar niet elke journalist heeft de neiging om dergelijke vragen voor te leggen.

De heer Felix Strackx : Ik wens nog een vraag te stellen aan professor Vansant. Ik wou weten wat de wetenschappelijke basis is van gedissocieerde voeding. Zijn er wetenschappelijke bewijzen dat dat werkt?

Professor Greet Vansant : Er zijn zo goed als geen wetenschappelijke bewijzen voor. Dit werkt zeker op korte termijn. Op lange termijn is het echter zeker niet aanbevolen.

8. Uiteenzetting door dokter Trees Ameloot, namens LBC-koepels (VCLB, OVSG, CVPO, gemeenschapsonderwijs)

Dokter Trees Ameloot : Als ik hier zit vertegenwoordig ik de verschillende CLB's van de verschillende netten en vertegenwoordig ik de multidisciplinaire CLB-teams. Deze teams proberen wij in werking te zetten. Mijn collega's hier aanwezig zijn

Nadine Moyson, werkzaam als orthopedagoge, de verpleegkundige Eliane Roodhooft en de psychologe Bernadet Parewijck. Zelf heb ik een verleden van schoolarts. Op een dergelijke manier zijn de teams momenteel multidisciplinair in de centra voor leerlingenbegeleiding. Ik hoop dan ook dat mijn collega's straks ook mogen tussenkomen.

Als centra voor leerlingenbegeleiding staan wij in voor de begeleiding van jongeren op school vanaf de eerste kleuterklas tot op het ogenblik dat zij het middelbaar onderwijs verlaten.

Wij werden opgericht bij decreet van december 1998. Wij kregen hierbij als opdracht bij te dragen tot het welbevinden van leerlingen, nu en in de toekomst. Hierdoor zou bij leerlingen de basis gelegd worden van alle leren zodat zij door hun schoolloopbaan heen de competenties kunnen verwerven en versterken die de grondslag vormen voor een actuele ontwikkeling en maatschappelijke participatie.

Zonder heel het decreet te willen citeren wil ik julie nog wijzen op het artikel dat stelt dat : “het centrum verwerft hiervoor de voldoende deskundigheid om minstens signalen bij leerlingen, ouders en hun omgeving te herkennen en te duiden. De eerste opvang te verzorgen van leerlingen en ouders en hen preventief of remediërend te begeleiden zo nodig adequaat door te verwijzen. De school te ondersteunen in haar beleid terzake.”

Dat in dit kader de prevalentie van gewichtsproblemen bij kinderen en adolescenten toeneemt, is ook aan onze aandacht niet ontsnapt. De factoren die een rol spelen bij het ontstaan van gewichtsproblemen zijn complex, divers en persoonsgebonden.

Het CLB, met zijn multidisciplinaire setting, is dan misschien ook goed geplaatst om het kind in zijn totaliteit te benaderen en om op die factoren in te spelen. Op die manier kan het de noden van elk individu in zijn omgeving optimaal opvolgen. Deze multidisciplinaire werking geeft ook een goede basis voor preventieve acties gedurende de schoolcarrière.

Dat overgewicht gevolgen kan hebben op zowel somatisch, psychisch als op sociaal functioneren is intussen voldoende aangetoond. Dit disfunctioneren komt zowel bij kinderen en jongeren voor als bij volwassenen. Wij willen echter ook stellen dat het omgekeerde waar is. Somatische, psychische of sociale problemen kunnen ook aanleiding geven tot obesitas. Het wordt dus een kringredenering.

De benadering van het probleem van het overgewicht moet vanuit verschillende invalshoeken en redeneringen gebeuren. Dit betekent niet dat deze invalshoeken onderling geen invloed op elkaar zouden kunnen uitoefenen.

Een eerste invalshoek is de vraag of het kind, de adolescent echt te zwaar is. Is er inderdaad een interventie nodig ? Bij overgewicht van kinderen moet bovendien de vraag gesteld worden of het overgewicht inderdaad moet behandeld worden. Dit moet allemaal gebeuren op louter objectieve maatstaven. Is het kind wel te zwaar ? Vertoont het risico's van psychische, sociale of medische aard ?

Verder moet men zich afvragen wat de persoonlijkheidskenmerken van het kind of de adolescent zijn. Om welke redenen helt men over naar overgewicht ? Wat is de psychische achtergrond ? Wat zijn de redenen achter een bepaald gedrag ? Men moet zeker ook de motivatie nagaan om rond de problematiek van overgewicht te kunnen werken. Motivatie- en gedragsondersteuning zijn in een begeleiding van gewichtsproblemen immers van cruciaal belang. Deze begeleiding steunt immers op gedragsverandering zoals gezonde eetgewoonten, minder televisie kijken en meer lichaamsbeweging. Het versterken van deze motivatie is een belangrijke doelstelling en aanvangspunt.

Een derde invalshoek zijn de omgevingsfactoren. Thuis, school en vrije tijd spelen hierbij een cruciale rol. Hoe kan deze omgevingscontext voor het individu een ondersteuning betekenen ? Of omgekeerd : hoe kan deze omgeving een hindernis zijn om te kiezen voor een gezonde levensstijl en voedingsgewoontes ?

De werkingsprincipes die eveneens in het decreet vermeld zijn geven daarbij belangrijke aanzetten en steunpunten. Het gaat hierbij om multidisciplinair werken. De begeleiding van gewichtsproblemen vraagt immers om een totaalbenadering van het kind en de adolescent. De multidisciplinaire benadering geniet de voorkeur op het louter medische, paramedische of psychologische. Het vraaggestuurd werken wijst zeker op de eigen probleemervaring van het kind, de adolescent en zijn ouders. Verder moet men zich afvragen of dit probleem hen eigen is. Vanuit die eigenheid vertrekkend, moet men zich afvragen wat de aanknopingspunten zijn die zij vaak zelf al aanbrengen om daadwerkelijk, gemotiveerd verder te gaan. Het subsidair werken betekent dat onze begeleiding ook aandacht moet besteden aan de ondersteuning voor de zorg en verantwoordelijkheid van de school en de ouders. Bij hen berust immers de eer-

ste zorg voor het kind. Ten slotte is er ook het emancipatorisch werken waarbij de begeleiding de jongere actief wenst te betrekken en hem als een volwaardig partner ziet. Dit moet allemaal gebeuren in een geest van respect voor zijn persoonlijkheid, zijn mogelijkheden en zijn tempo. De begeleiding is er bij dit laatste voornamelijk op gericht om de persoonlijkheid te versterken zodanig dat de jongere als een sterkere volwassene gebruik kan maken van deze mogelijkheden.

Wat kan het CLB nu aanbieden ? In de eerste plaats kan het CLB werken aan signaaldetectie. Hierbij is het voor het CLB enorm belangrijk om de signalen te onderkennen die door de school, de leerkrachten gegeven worden. Anderzijds kan het CLB ook de ondersteuning betekenen voor leerkrachten om een eerste gesprek aan te gaan ; een eerste lijnsfunctie op te nemen en eventuele ontwikkelingsdoelen en eindtermen na te streven.

Soms merkt het CLB zelf een aantal signalen op, bijvoorbeeld tijdens het medisch onderzoek of begeleidende activiteiten. Ten slotte kunnen leerlingen en ouders zelf ook contact opnemen met het CLB.

Bij elk medisch onderzoek gebeurt een lengte- en gewichtsmeting. Dit levert de parameters om te komen tot een objectieve meting van overgewicht.

Gegevens over voeding, eet- en bewegingsgewoonten kunnen ingewonnen worden door voedingsanamnese en via een vragenlijst die door de leerlingen en de ouders wordt ingevuld.

Op basis van voormelde gegevens kan in samenspraak met de leerling, de problematiek verder geëxploreerd worden. Verder kunnen de risicoleerlingen geïnformeerd worden over de mogelijkheden van begeleiding. Dit kan zowel intern als extern gebeuren. Hiervoor maakten de CLB-medewerkers zich al vele vaardigheden, zoals motiverende gespreksvoering en begeleidingstechnieken, eigen.

Bij het hele verhaal is een goede en duidelijke communicatie naar de ouders toe heel belangrijk. In die mate werd er een mogelijkheid gecreëerd om er een consult bij te wonen. Vooral voor het consult van de tweede kleuterklas wordt dit gepromoot. Anderzijds kunnen ze uitgenodigd worden voor een persoonlijk gesprek of kunnen ze telefonisch of schriftelijk gecontacteerd worden.

Indien gewenst kan er in de school of in het centrum een individuele begeleiding gestart worden.

Hierbij moeten we aanstippen dat, willen we een kans op succes hebben, deze begeleiding vrij intensief moet zijn. In de literatuur spreekt men zelfs van tien therapiesessies en acht maandelijks follow-ups. Dit betekent een enorme investering van tijd, middelen en personen.

Een bespreking binnen het multidisciplinaire team maakt een integrale benadering mogelijk. Hierbij kan zowel advies ingewonnen worden ; kunnen collega's aangesproken worden om een deel van de begeleiding over te nemen en kan samen nagedacht worden over behandelmogelijkheden, behandelingsplannen en verdere uitbouw van de begeleiding.

Tenslotte kan het CLB ook een brugfunctie vervullen tussen de verschillende betrokkenen, zijnde de school, de leerlingen en de externen.

Wat kan het CLB doen voor een groep leerlingen, voor scholen ? Voor gezondheidsbevordering wordt, in samenspraak met school en leerkrachten, aandacht besteed aan de zorg voor de individuele leerling : het signaleren van problemen, preventieve ondersteuning aan leerlingen met een laag zelfbeeld of zelfwaardergevoel.

We ondernemen interventies in de klas rond gezonde voedingspatronen, aandacht voor de invloed van reclame en het nemen van beslissingen. We besteden aandacht aan structurele beleidsbeslissingen op schoolniveau, zoals het al dan niet plaatsen van frisdrankautomaten of drinkwaterfontein en het werken aan een gezond schoolklimaat.

We begeleiden projecten, werkgroepen en initiatieven rond gezonde voeding en maaltijden. We werken samen met leerkrachten lichamelijke opvoeding.

Gezondheidsbevordering is echter een traag lopend en langdurig proces wegens de complexiteit van de organisatie en de vele betrokkenen. Het 'Gezonde School'-project van het VIG en de Logo's kunnen hierbij belangrijke partners zijn maar dit dient in de toekomst nog verder vorm te krijgen. De samenwerking tussen verpleegkundigen, artsen, psychologen en maatschappelijk werkers binnen het CLB biedt potentieel de kans om in de toekomst de initiatieven rond groepswerking en gedragstherapeutische benadering verder vorm te geven. Het is op dit ogenblik nog de vraag of het CLB dit ook moet doen. Het vereist in elk geval een niet geringe tijdsinvestering en specialisatie van het hele multidisciplinaire team.

Dit verhaal wordt niet in alle centra in dezelfde gradatie toegepast. Er zijn een aantal remmende factoren. De tijd tijdens een routine consult is beperkt. Risicoleerlingen zullen dan ook meestal uitgenodigd worden voor een tweede gesprek met een CLB-medewerker. Ongeveer 15 procent van de leerlingen kampt met mogelijke gewichtsproblemen, maar ook andere problemen vragen soms een opvolgconsult. Het is niet mogelijk om na een routine consult 20 tot 30 procent van de leerlingen uit te nodigen voor een tweede consult. Een heleboel leerlingen worden dan ook extern verwezen. De mogelijkheden om kinderen en jongeren naar een goed gestructureerde multidisciplinaire begeleiding te verwijzen zijn op dit ogenblik beperkt. Vergeten we bovendien niet dat het kind of de jongvolwassen volop zichzelf aan het zoeken is en nood heeft aan zelfbevestiging. Nog meer dan bij volwassenen is het een delicate opdracht om hen aan te spreken op hun al dan niet vermeende overgewicht.

Kinderen en jongeren zijn ook onderhevig aan de invloed van hun omgeving : familie, school en media. Zij spelen een bepalende rol in het eet- en leefgedrag van de jongere. Daarbij komt dat een aantal sociaal-economische factoren ongezonde eetgewoonten en levenswijze eerder bevorderen, denken we maar aan de beperkte tijd voor het bereiden van maaltijden in gezinnen waar beide ouders werken of aan verplaatsingen die wegens tijdsgebrek of onveilige fietspaden met de auto of het openbaar vervoer gebeuren. Het concept van de gezondheidszorg is ten slotte bij de verschillende partners nog niet bekend of het wordt nog onvoldoende toegepast.

De CLB's beschouwen het begeleiden van jongeren met problemen van overgewicht als een van hun opdrachten. Maar we willen er op wijzen dat dit slechts een beperkt onderdeel kan zijn van het totale CLB-takenpakket. In de huidige context en met de huidige bemanning mag niet verwacht worden dat dit duidelijke resultaten op bevolkingsniveau zal opleveren. Bij de CLB's heerst een hoge werkdruk. Desondanks volgen onze medewerkers momenteel ongeveer een kwart van de kinderen met obesitas en/of eetstoornissen. Daaruit blijkt mogelijk een tekort aan goede externe opvang en opvolging maar tegelijkertijd ook een grote bekommernis en betrokkenheid van de CLB's voor dit probleem.

Obesitas is, in termen van Riziv-uitgaven, een zwaar probleem voor de volksgezondheid. Investeren in preventie zou dus op langere termijn een positief rendement kunnen opleveren. Ik pleit er voor om in de eerste plaats de bestaande structuur

sterker te maken. Wij blijven bereid om, binnen onze huidige mogelijkheden, na te denken over good practice, onze werkmethode verder te verfijnen en aan te passen aan nieuwe inzichten en ontwikkelingen.

Mevrouw Margriet Hermans : Ik begrijp dat de opdrachten van het CLB veel ruimer zijn dan dit probleem.

Ouders nemen steeds minder de tijd om voeding voor hun kinderen klaar te maken. Bestaan er tips over de inhoud van een lunchpakket ? Ik ben voor de herinvoering van warme maaltijden op school. Ziet u daar iets in ?

Mevrouw Eliane Roofthoof, verpleegkundige CLB : in de meeste scholen worden opnieuw warme maaltijden aangeboden, zij het meestal geleverd door een firma. Dat geeft soms aanleiding tot klachten, bijvoorbeeld over het gebrek aan verse groenten.

Mevrouw Nadine Moyson, orthopedagoge CLB gemeenschapsonderwijs Vilvoorde : We hebben een preventieprojecten lopen in een aantal basis- en secundaire scholen. Een van de onderdelen daarvan is dat we het schoolmenu samen met de diëtiste van het Logo gaan analyseren en samen met de kok en de econoom gaan bijsturen in functie van kwaliteit en betaalbaarheid.

Ook de lunchbox en gezonde tussendoortjes zitten in dat project. De belangrijkste doelstelling van preventie is dat we moeten streven naar scholen waar kinderen en leerkrachten in alle opzichten goed kunnen leven. Voeding is één van de basisbehoeften. Als daar niet aan voldaan is, kan het kind zich ook niet goed voelen. We willen kinderen, leerkrachten en ouders leren nadenken over hun voedingsgewoonten : waarom eten we, wat is de betekenis van eten en hoe situeert zich dat binnen onze cultuur ? Zolang daar niet bewust mee omgegaan wordt, is gedragsverandering moeilijk.

Mevrouw Trees Ameloot : Er moet grondig nagedacht worden over de samenstelling van warme maaltijden. Maar soms zoeken we de oplossingen te ver. Een evenwichtige voeding aanbieden, is echt niet zo moeilijk. Waarom bijvoorbeeld op school geen verse groenten aanbieden, als aanvulling op de inhoud van de lunchbox ?

De heer Jan Van Duppen : Hoeveel scholen zijn verlost van de frisdrankautomaten ?

Mevrouw Trees Ameloot : Daar heb ik geen cijfers over. Maar de wil is er om de frisdrankautomaten om te bouwen of waterfonteintjes te installeren.

Het weghalen van de frisdrankautomaten stuit op drie problemen. Ten eerste kost het installeren van waterfonteintjes ook geld. Ten tweede stellen de leveranciers bepaalde eisen bij het plaatsen van de automaten. Ten derde vormen deze automaten een bijkomende inkomstenbron voor de scholen. Ook het aanbieden van melk door de school, verloopt niet altijd probleemloos. Zo wordt vaak volle melk aangeboden aan kinderen die halfvolle en magere melk zouden moeten drinken. Het probleem is vaak complexer dan op het eerste gezicht lijkt.

Mevrouw Nadine Moyson : Momenteel lopen een aantal kleine pilootprojecten. Voor scholen die het bewijs leveren dat ze zich inspannen op het vlak van een kwalitatief goede voeding, stellen de Logo's waterfonteinen ter beschikking.

Ik ben er trouwens niet van overtuigd dat het bannen van automaten de oplossing is. Leerlingen zouden zelf moeten kiezen voor het drinken van water in plaats van cola.

De heer Felix Strackx : Dat is toch onrealistisch. Als kinderen voor een automaat met water én cola staan, is het toch evident dat ze voor cola kiezen.

Mevrouw Nadine Moyson : Veel hangt af van hun mentaliteit en van wat ze thuis horen vertellen. Reclame speelt daar natuurlijk ook een grote rol in. Er is een groot verschil tussen spotjes voor cola en die voor water.

Mevrouw Margriet Hermans : Zou het geen oplossing zijn om light producten aan een lagere prijs aan te bieden dan suikerrijke dranken ?

Mevrouw Nadine Moyson : Voor jonge kinderen is het gevaarlijk te veel light producten te gebruiken. Jonge meisjes beginnen soms al te diëten vanaf hun acht of tien jaar. De basis van ongezonde leefgewoontes wordt vlug gelegd.

De voorzitter : U zegt dat u erin slaagt 25 procent van de leerlingengroep te begeleiden. Hoe lang duurt die begeleiding ?

Wat als oudercomités willen werken rond bijvoorbeeld anorexia. Wat bieden jullie dan concreet aan ?

Mevrouw Trees Ameloot : De CLB's begeleiden natuurlijk niet alleen zware gevallen. Vaak levert

de ondersteuning van het zelfbeeld resultaten op. Wij focussen ons daarbij niet altijd op de beheersing van het lichaamsgewicht. Eetstoornissen vallen trouwens duidelijk buiten onze bevoegdheid. Wij houden ons bezig met het detecteren van de problemen en het opvangen van de kinderen binnen de school. We doen aan preventie door een individuele benadering van de kinderen.

Voor de scholen geldt dezelfde redenering. Eventuele acties van het oudercomité moeten passen in het algehele concept en plan van de school. Wat we aanbieden, proberen we te doen in een jarenwerkplan, waarin plaats is voor veel elementen : een gezonde omgeving, inspraak van de leerlingen, de mogelijkheid van aandacht voor elke leerling. We hopen dat preventieactiviteiten mee resultaten zullen opleveren.

De voorzitter : Ik zal het boek 'Van eetlust naar eetlast' aan de bibliotheek bezorgen. Het tijdschrift Klasse is trouwens een ideaal instrument om leerlingen, ouders en leerkrachten te bereiken.

9. Uiteenzetting door professor Stijn Jannes, psychiater Universiteit Gent namens de CGG's (centra voor geestelijke gezondheidszorg)

Professor Stijn Jannes : In een gemeenschap is er steeds sprake van algemeen verspreid gedrag, algemeen aanvaard gedrag en gedrag dat afwijkt van de algemene aanvaarding. De aard van de houding van de maatschappij tegen mensen die een afwijkend gedrag vertonen, wordt bepaald door de aard van het afwijkend gedrag, door de gevolgen die het heeft voor de anderen en door wie dit gedrag vertoont.

In onze maatschappij vertonen een duidelijk waarneembaar aantal individuen afwijkende gedragingen op het vlak van lijnen en vermageren, snoepen en zwaarlijvigheid, ongezonde eet- en leefgewoonten. Het is wel belangrijk erop te wijzen dat een vrij grote groep mensen een normaal gewicht heeft. De acties zijn dus wel degelijk gericht op minderheden. Onrustwekkend is wel het feit dat het probleem van de afwijkingen steeds toeneemt : anorexia, het diëten, het overgewicht.

De maatschappij reageert niet steeds eenduidig en rechtlijnig op deze minderheden. Men promoot overal dat slank mooi is, maar treedt zeer streng, bestraffend en afkeurend op wanneer dit overslaat naar anorexia. Men gaat er aan voorbij dat het dikwijls de uitdrukking is van ontredde of een gebrekkige opbouw van het gevoel van zelfwaarde.

Hetzelfde geldt voor alcoholisme. Een pint drinken is stoer, maar men kijkt afkeurend op als het doorslaat naar een overdreven gebruik.

Onze maatschappij benadert fenomenen minder dan vroeger vanuit ideologieën. Er wordt tegenwoordig meer gewerkt met kleine regeltjes, omdat die het beste voor ons zijn, omdat de meerderheid daar zo overdenkt enzovoort. Het voedselaanbod is rijkelijk : elke dag feest. Alles is overal te verkrijgen, zelfs op school of op het werk. Veel tijd wordt voor schermen doorgebracht. Een mogelijkheid werd een must. Tegelijk bestaat subtiel bestraffingsgedrag tegenover wie niet weet om te gaan met dat verhoogde aanbod. Zwaarlijvige mensen worden bespot en gediscrimineerd, zoals op het werk.

Welke kenmerken hebben de problemen die minderheden treffen ? Hoe komt het dat sommigen vatbaarder zijn en dat anderen weerstand vertonen ? Wat zijn de risicogroepen en wat kunnen we voor hun doen ?

Dat er minderheden zijn die getroffen worden door eetstoornissen is een feit. Aan anorexia nervosa lijdt 0,5 tot 2 procent van de bevolking, aan boulimia nervosa 1 tot 3 procent. Ook obesitas treft een minderheid.

Men kan de risicogroepen opsporen. Voor anorexia zijn dat meisjes in de puberteit en adolescentie. Voor obesitas gaat het om pubers, adolescenten en volwassenen die een bepaalde levensstijl hebben gevonden.

Beïnvloedende factoren bij magerzucht zijn, naast de voorbeschikte persoonlijkheid bij bepaalde meisjes, het maatschappelijke verwachtingspatroon, de rolmodellen en de veranderde eisen aan de vrouw. Bij obesitas heeft de aandacht die onze maatschappij aan plezier besteedt, een grote invloed. Men moet leren omgaan met het grote aanbod.

Om de getroffen minderheid beter te kunnen opvangen, moet de competentie van de hulpverleners verbeterd worden. Zij moeten scherper bewustge maakt worden van het probleem. De professionaliteit moet vergroten. Er zijn ook te weinig gespecialiseerde centra. Bepaalde equipeleden moeten specialistisch opgeleid worden. Samenwerkingsmodellen tussen verschillende niveaus en opsporen en handelen zijn aangewezen. Multidisciplinariteit moet bevorderd worden, bijvoorbeeld door bij maagcerclage een verplichte psychologische proce-

dure in te lassen. Een steunpunt en een meldpunt voor discriminatie zijn eveneens wenselijk.

Voor een betere detectie van de getroffen minderheid zijn kinderarts en huisarts sleutelfiguren. De Artsenkrant zou aandachtspunten van de maand kunnen brengen. Voor risicogroepen is de schoolarts een sleutelfiguur, maar hij moet dan wel specifiek opgeleid worden.

Inzake preventie moet een onderscheid worden gemaakt tussen de kwetsbare individuen en het brede publiek. Voor dat laatste zijn verbeeldingrijke campagnes aangewezen. Voor de eerste doelgroep moet men binnen- en buitenlandse initiatieven evalueren. Over wetenschap wordt niet altijd begrijpelijk gecommuniceerd, met misverstanden en nonsensverspreiding tot gevolg. Een taskforce, binnen of buiten de administratie, moet zich daarmee bezighouden. Hij moet belastende en ziekmakende factoren zoeken en aanpakken.

Kiest men een bekende Vlaming (BV), of de man of de vrouw uit de buurt die iets meegemaakt heeft, bijvoorbeeld Luc Alloo of Man bijt Hond ?

Wat het idee ?dag van de? betreft is het belangrijk dat het een positieve dag wordt van gezond dan wel ander voedsel. Dat moet dan op multimedianeiveau en met een hoog amusementsgehalte. Waarom reikt men geen prijs uit voor een film, een strip of een actie van een BV of een niet-BV die iets wezenlijks gedaan heeft voor de bewustmaking. Die prijs moet niet noodzakelijk in geld uitgedrukt worden. Het gaat om de erkenning.

Voorts is het heel belangrijk om in het onderwijs een vak of een deelvak over gezondheid in het algemeen in te voeren. Daarin moet aandacht besteed worden aan een gezond lichaam, een gezonde geest en een gezond milieu.

Men kan zich ook afvragen of men niet moet gaan beïnvloeden. Moet men wegens minderheden de hele bevolking reguleren of niet ? Is er een absolute solidariteit, namelijk totale geneeskunde voor iedereen in alle omstandigheden, of moet solidariteit gekoppeld worden aan responsabilisering ? Men kan bijvoorbeeld een gezondheidstaks invoeren op sigaretten, alcohol, snoep en frisdranken. Op de verpakking kan men vermelden dat men meer betaalt omdat men rookt, ongezond eet en drinkt en dat laten zeggen door een stripfiguur.

Wat de regelgeving betreft meen ik, dat men zeker moet ingrijpen op discriminatie. Zo kan men een actie voeren die vergelijkbaar is met die over pes-

ten. Moet men de automaten in de scholen betugelen of moet men mensen bewustmaken van de risico's ? Zo kan een stripfiguur vragen of men het snoepje wel nodig heeft.

Ik ben voorstander van het aanbrengen van een boodschap en niet van het verbieden. Boodschappen bereiken ook de kwetsbaren die nog aan het wankelen zijn en nog niet ziek geworden zijn. Mensen met een ziektegedrag storen zich dikwijls niet aan het verbod, en gaan dan over tot leugen en bedrog die soms een negatieve spiraal veroorzaken. Daar moet men rekening mee houden.

De heer Jan Van Duppen : Ik mis de seks in uw uiteenzetting. We hebben twee dagen gesproken over eten en niemand van uw voorgangers heeft het over seks gehad. Ook u hebt erover gezwegen. Waarom ? Uit de cijfers en de klinische praktijk blijkt een zeer grote correlatie tussen zeer ernstige vormen van overgewicht en problemen van misbruik, mishandeling en misbruik. Dat mag gezegd worden.

Een tweede element is het element van de onmiddellijke behoeftebevrediging. In de Verenigde Staten is dat zo erg dat volwassenen met zuigbekers om hun behoefte aan zoetigheden op elk moment te bevredigen. Dat kan daar ook mee te maken hebben.

Professor Stijn Jannes : Ik ben het volledig met u eens. Daarom vestig ik er de aandacht op dat men moet kijken naar de totale gezondheid. Seksualiteit speelt daar een belangrijke rol in. In het geval van anorexia nervosa is dat zeer duidelijk een belastende factor.

Ook incest en andere misbruiken spelen daar een zeer grote rol. Ook bij de boulimia nervosa en obesitas bestaan er duidelijke verbanden. Dan zitten we op het niveau van de individuele benadering en de competentieverhoging. Maar men moet het ruimer stellen. Een onbevredigd gevoel of het moeilijk tot een bevredigende relatie komen met de partner kunnen ook een invloed hebben op de eetgewoonten van mensen. Er hangt nog altijd een verschrikkelijk taboe rond seks.

Daarom is het heel belangrijk om gezondheid als vak of deelvak in te voeren. Daar heeft ook seksualiteit een plaats.

Mevrouw Margriet Hermans : Ik herinner me dat een non me kwam vragen of ik als dik negentienjarig meisje fysiek aan seks kon doen. Er zijn heel wat misverstanden op dat gebied.

De heer Felix Strackx : Eten is een manier van vrijetijdsbesteding geworden. Alle mogelijke gelegenheden worden te baat genomen om te eten. Eigenlijk is het de hele dag feest. Mensen reageren vaak dat eten het enige plezier is in hun leven. Dat toont toch aan dat er iets mis is. Wat kunnen we mensen in de plaats geven ?

Professor Stijn Jannes : Het VIG maakt mensen bewust van alternatieven. Men kan bijvoorbeeld een discussie koppelen aan een film. Over het algemeen worden die goed gevolgd. Op Arte zijn er thema-avonden. Dat is misschien een idee voor Canvas. Vier tot vijf creatieve mensen kunnen een alternatief aanbieden. Het is belangrijk dat ze enerzijds zicht hebben op het probleem en anderzijds weten wat mensen prikkelt en op welke manier ze een positieve boodschap kunnen geven.

De heer Felix Strackx : Het blijkt ontzettend moeilijk te zijn om het gedrag van mensen te beïnvloeden.

Professor Stijn Jannes : Men heeft twee strekkingen. De ene wil dat iedereen zich aan de regels houdt en de andere wil zoveel mogelijk mensen bereiken. Toen ik op internaat zat, rookte 90 procent van de jongens van het internaat en van de leerlingen. Er is een bewustmakingscampagne geweest en er is een reductie tot 40 procent gekomen. Maar de vraag is of men het overige percentage moet beïnvloeden.

De heer Felix Strackx : Als ik de recentste cijfers mag geloven, gaat de slinger nu opnieuw de andere richting uit. De bewustmakingscampagne heeft dus maar tijdelijk effect gehad.

Professor Stijn Jannes : Misschien moeten we 0,2 euro meer vragen per pakje sigaretten omdat roken ziek maakt.

De heer Felix Strackx : Geloof u daar nu echt in ?

Professor Stijn Jannes : Als ik er dankzij deze boodschap in slaag enkele mensen te overtuigen niet te roken, dan heb ik die mensen tenminste gewonnen. Al is het maar tien procent van de bevolking. Als we niets doen, zullen we ze nooit overtuigen en komen ze ooit in de handen van de hulpverleners terecht. Zij moeten het dan maar oplossen. Zon campagne zal een aantal mensen tot nadenken aanzetten. Daar twijfel ik niet aan.

De voorzitter : Afsluitend dank ik alle sprekers voor hun bijdrage, alle leden voor hun aandacht en alle medewerkers.

De commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen zal overleggen hoe ze de bevindingen van deze hoorzittingen kan verwerken in aanbevelingen voor de regering.

De verslaggever,

Jan VAN DUPPEN

De voorzitter,

Patricia CEYSENS
