

Behandeling op basis van risiconiveau's

De zorgketen bestaat uit een aantal verschillende fasen die elkaar opvolgen in het zorgproces. Na de diagnose volgt de aanvullende analyse van persoonsgegevens en het opstellen van het individueel zorgplan en de behandeling plus onderhoud, waarna de fase van begeleiding start. De interventies voor de behandeling van obesitas verschillen qua intensiteit, organisatie en benodigde competenties bij zorgverleners. Naarmate het risiconiveau hoger is, is een hogere intensiteit van de behandeling noodzakelijk, is de zorgorganisatie anders en zijn de benodigde competenties van zorgverleners hoger. We maken daarom een tweedeling in de beschrijving van de norm voor goede zorg; grofweg tussen:

- zorg die in de eerstelijnscontext kan worden aangeboden met daarbij indien nodig een consultatiefunctie van gespecialiseerde zorgverleners (hoog en zeer hoog gezondheidsrisico)
- zorg die dermate complex is dat het vraagt om een tijdelijke andere vorm van zorgcoördinatie en intensievere zorg met andere accenten, geleverd door in de behandeling van morbide obesitas gespecialiseerde zorgverleners (extreem hoog gezondheidsrisico)

Hierbij moet worden opgemerkt dat in de huidige ontwikkelingen op het gebied van chronisch ziekenmanagement de klassieke grenzen tussen eerste en tweede lijn steeds meer vervagen. Binnen de zorggroep van de eerstelijnscontext kunnen medisch specialisten wel degelijk een rol spelen. Er kan gesproken worden van 'anderhalvelijnszorg'. (VWS).

Behandeling hoog en zeer hoog gezondheidsrisico

De multidisciplinaire CBO richtlijn stelt dat een 'gecombineerde leefstijlinterventie' de meest effectieve vorm van behandeling is bij obesitas. Het gaat daarbij om een behandeling bestaande uit interventies gericht op voeding, bewegen en ondersteuning bij gedragsverandering die in samenhang worden aangeboden. Juist deze samenhang bepaalt de effectiviteit van de GLI en maakt dat deze interventie een meerwaarde heeft ten opzichte van de inzet van de onderdelen afzonderlijk. De GLI kan eventueel ondersteund worden door medicatie. Wat betreft medicatie is aanvullend op de richtlijn vastgesteld dat alleen de zeer hoog risicogroep hiervoor in aanmerking komt, wanneer enkel een GLI niet succesvol geweest is. De behandeling is gericht op het bewerkstelligen van gewichtsverlies, het verbeteren van de lichamelijke fitheid en daarmee het realiseren van gezondheidswinst. Overkoepeld doel van de behandeling is een blijvende verbetering van leefgewoonten (optimale mate van voeding, lichaamsbeweging en gedragsverandering), waardoor terugval zoveel mogelijk wordt voorkomen. Het College voor Zorgverzekeringen onderschrijft dat bij obesitas de onderdelen van de behandeling gecombineerd aangeboden dienen te worden. Aangenomen wordt dat een combinatie van deze drie interventiemogelijkheden effectiever is op het gewicht en/of comorbiditeit dan andere of losse interventies. (CBO, wg 2009, CVZ).

GLI's zijn in principe geheel gericht op het ondersteunen van zelfmanagement. Hoewel zorgverleners binnen de verschillende fasen van de behandeling ondersteuning op maat kunnen bieden, is het uiteindelijk de patiënt zelf die de leefstijlverandering door moet voeren en vol moet houden. De behandeling is daarbij slechts het begin, het gaat uiteindelijk om een levenslange verandering.

De behandeling van mensen met een hoog of zeer hoog gezondheidsrisico is niet exact hetzelfde: voor beide groepen bestaat de zorg grotendeels uit een GLI in de eerstelijnscontext, maar voor de groep met een *zeer* hoog risico geldt een hogere intensiteit, behoort medicatie ter ondersteuning van de GLI tot de mogelijkheden en ligt het succes criterium hoger. Waar de behandeling voor hoog en zeer hoog risico verschilt, wordt dit specifiek aangegeven.

In het hoofdstuk 'diagnostiek' wordt daarnaast gesproken over de nadere definiëring van intensiteit van de GLI voor mensen met een hoog gezondheidsrisico. In bijlage 4 wordt het conceptvoorstel gedaan de mensen bij wie 'enkel' sprake is van risicofactoren maar niet van comorbiditeit, voor een lichtere variant van de GLI in aanmerking te laten komen. Een voorbeeld hiervan zou kunnen zijn de interventie die in de GOAL studie wordt onderzocht, waarbij een gestandaardiseerde digitale leefstijlinterventie wordt aangeboden door een nurse practitioner. Deze interventie is geëvalueerd (ter Bogt et al. 2010) en laat een veelbelovend resultaat zien als het gaat om preventie van gewichtstoename. De GLI voor de hoogrisicogroep die in navolgende paragraaf wordt beschreven, zou in het verlengde van dit voorstel betrekking hebben op mensen uit de hoogrisicogroep *mét* comorbiditeit.

Behandeling eerste behandeljaar en onderhoudsfase

In het eerste behandeljaar staat de GLI centraal. Op basis van de behandeling zoals vastgelegd in het individueel zorgplan gaat de patiënt met hulp van verschillende zorgverleners aan de slag met zijn gewicht. De centrale zorgverlener vormt het vaste aanspreekpunt voor de patiënt en zorgt dat de behandeling zoals beschreven in het individueel zorgplan wordt geleverd door een multidisciplinair team van zorgverleners. Het is belangrijk dat de zorg na dit eerste behandeljaar niet stopt. Er volgt een onderhoudsfase, waarin het nieuwe gedrag behouden dient te worden en de gewichtsverlies gehandhaafd. De nadruk ligt op educatie, gedragsbehoud en terugvalpreventie. Een voorbeeld van een interventie die in dit eerste jaar van de behandeling een rol kan spelen is de BeweegKuur.

Duur van de behandeling

De behandeling van obesitas bestaat uit een intensieve behandelfase van 12 maanden plus onderhoudsfase van 12 maanden, met daarin aandacht voor de onderdelen van de behandeling zoals vastgesteld in het individueel zorgplan. Dit geldt voor alle risiconiveaus. (CBO, wg 2009)

Wat betreft onderstaande inhoud en intensiteit van de behandeling hebben we aanvulling van zorgverleners nodig op bijgevoegd reactieformulier zorgmodules.

Inhoud behandeling

Binnen GLI's komen algemene principes aan bod die eveneens voor andere chronische ziekten gelden. Een gezonde leefstijl met daarin aandacht voor voeding en bewegen en behoud van dit gedrag is immers belangrijk voor alle mensen met een chronische aandoening. Daarnaast gelden echter een aantal ziektespecifieke onderdelen die essentieel zijn in de behandeling van obesitas. Hier worden de onderdelen van de GLI beschreven zoals die nadrukkelijk bij de behandeling van obesitas horen, met daarbij aandacht voor de obesitas specifieke onderdelen van de zorgmodules voeding, bewegen en ondersteuning bij gedragsverandering. In hoofdstuk 12 worden op termijn de generieke onderdelen van de zorgmodules beschreven.

Intensiteit

Obesitas is een ziekte waarvan de ernst tussen patiënten en ook in de tijd bij één patiënt kan verschillen. Het is aan zorgverleners binnen de verschillende disciplines om samen met de patiënt de juiste intensiteit van de behandeling te bepalen en persoonlijke behandeldoelen te stellen. De intensiteit komt tot uitdrukking in de frequentie (aantal contactmomenten en vervolgspraken), de tijdsduur per contactmoment en vorm van behandeling (individueel en/of in groepsverband). De behandeling van obesitas is in verschillende intensiteiten mogelijk, naar gelang de behoefte van de patiënt en inschatting van de zorgverleners.

Zorgmodule voeding

▪ *Behandeling eerste behandeljaar*

De voedingscomponent van de behandeling is gericht op het verminderen van de energie-inname, door een individueel samengesteld dieet. Centraal in de behandeling staat het vergroten van kennis, vaardigheden en inzicht bij patiënten.

Het dieet moet daarnaast ook qua eet- en leefgewoonten, psychologische en financiële draagkracht en persoonlijke effectiviteit op het individu zijn afgestemd. Uitgangspunt is een dieet gebaseerd op de richtlijnen Goede Voeding en op basis van de huidige individuele inname. Het is belangrijk dat een dieet in de fase van gewichtsverlies 600 kilocalorieën (2,5 Mj) minder bevat dan het dagelijks energieverbruik om een gewichtsafname van 300-500 gram per week te bereiken. De interventie moet leiden tot een blijvende verbetering van de voedingsgewoonten. (CBO).

▪ *Onderhoud*

De nadruk van de behandeling in de onderhoudsfase ligt op educatie, gedragsbehoud en terugvalpreventie.

▪ *Intensiteit*

Het uitgangspunt is in zowel het eerste behandeljaar als gedurende de onderhoudsfase gemiddeld vier uur voedingsondersteuning per jaar, waarbij individuele verschillen kunnen bestaan. Naast individuele

consulten zal het voedingsprogramma voornamelijk bestaan uit groepsvoorlichting bijeenkomsten. Literatuur toont aan dat terugval mogelijk minder is wanneer wordt gekozen voor face-to-face contacten gedurende de fase van onderhoud.

Zorgmodule bewegen

- *Behandeling eerste behandeljaar*

Lichaamsbeweging levert een belangrijke bijdrage aan het effect van de behandeling. Beweginginterventies richten zich voornamelijk op het verhogen van de lichamelijke activiteit ter bevordering van de gezondheidswinst en daarmee vermindering van risicofactoren. Uitgangspunt is de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en het advies van de Gezondheidsraad, welke voor mensen met overgewicht of obesitas adviseert elke dag minstens een uur matig intensief te bewegen. Hierbij moet rekening worden gehouden met fysieke condities en/of medisch inhoudelijke beperkingen. (GR, CBO)

Over het algemeen ligt bij een beweegprogramma voor mensen met obesitas de belastingsintensiteit iets lager en heeft de training een langere duur. Een beweeginterventie kan bestaan uit een aerobe training van minimaal 30-60 minuten op 60-80% van de maximale hartfrequentie gedurende minimaal drie maal per week. Bij obese patiënten met inspanningsbeperkingen wordt het beweegprogramma aangepast. (CBO)

- *Onderhoud*

De nadruk van de behandeling in de onderhoudsfase ligt op educatie, gedragsbehoud en terugvalpreventie. Behoud van gewichtsverlies is groter wanneer patiënten meer lichaamsbeweging hebben. Begeleiding naar regulier beweegaanbod speelt hierbij een belangrijke rol. Bewegen moet nadrukkelijk afgestemd worden op de persoonlijke wensen van patiënten.

- *Intensiteit*

De optimale frequentie is niet bekend. Het verdient de aanbeveling om voor het verhogen van de lichamelijke activiteit naast regelmatige bijeenkomsten tijdens het behandeljaar, in de fase van onderhoud maandelijkse bijeenkomsten te blijven organiseren. Bewegen vindt bij voorkeur plaats in een groep, waarnaast een individueel beweegadvies wordt meegegeven dat men thuis toe kan passen.

Zorgmodule ondersteuning bij gedragsverandering

- *Behandeling eerste behandeljaar*

Gedragsverandering is het geheel van gesprekken en materialen en behandelingen die de patiënt in staat stellen ongunstige gewoontes op het gebied van voeding, bewegen, en omgaan met emoties en de omgeving te veranderen, zodat gewichtsafname plaats vindt, de lichamelijke en geestelijke gezondheid verbetert, er van gewichtsbehoud sprake is en terugval wordt voorkomen.

Er is binnen de GLI sprake van ondersteuning bij gedragsverandering op verschillende niveau's.

Allereerst is er sprake van algemene ondersteuning bij gedragsverandering, hetgeen binnen verschillende disciplines wordt toegepast. Motivational Interviewing is hier een bekend voorbeeld van. Deze

ondersteuning bij blijvende gedragsverandering vormt het belangrijkste doel van de behandeling zowel bij voeding als bewegen voor alle risiconiveaus.

Naast deze algemene ondersteuning bij gedragsverandering dient het voor ieder mogelijk te zijn psychologische interventies zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) ter ondersteuning op maat toe te voegen. Het gaat bij leefstijlinterventies om een blijvende verandering op gebied van voeding en bewegen. Onafhankelijk van de inhoud van de adviezen wat betreft voeding en bewegen heeft CGT een positieve invloed op deze leefstijlaanpassing. Dit kan zowel plaatsvinden in groepsverband als gedurende individuele sessies, waarbij ook een partnerondersteunende therapie plaats kan vinden.

De belangrijkste cognitief gedragstherapeutische behandelingen van obesitas zijn:

- zelf-monitoring van eetgedrag en fysieke activiteit: objectivering van het gedrag door observatie en registratie in een eetdagboek en/of activiteitenlogboek.
- zelfcontrolemaatregelen: het anders omgaan met prikkels die aanleiding kunnen zijn voor overmatig eten.
- cognitieve herstructurering: onrealistische doelstellingen en inadequate overtuigingen over gewichtsverlies, lichaamsbeeld of de omgang met prikkels die directe aanleiding voor overmatig eten zijn worden bijgesteld.
- problem-solving: het verhogen van vaardigheden om met moeilijke situaties om te gaan door vooraf mogelijke oplossingen te verzinnen, de beste te kiezen en deze achteraf te evalueren.
- sociale ondersteuning: de directe omgeving kan helpen de gedragsverandering te ondersteunen. (CBO)

- *Onderhoud*

In de fase van onderhoud staat bestendiging van het gedrag centraal.

- *Intensiteit*

Cognitieve gedragstherapie moet op maat aangeboden worden en kan plaatsvinden in zowel individuele sessies als in groepsverband. Wanneer gedragstherapie aan de behandeling is toegevoegd kan dit in de fase van onderhoud voortgezet worden.

Succescriterium en monitoren van het beloop

Het beloop van de behandeling wordt gemonitord aan de hand van regelmatige controles bij de centrale zorgverlener. Hierdoor kunnen veranderingen in de gezondheidstoestand tijdig gesignaleerd worden en kan indien nodig het individueel zorgplan aan de veranderde zorgvraag aangepast worden.

Er is geen evidence ten aanzien van de juiste frequentie van monitoring. Grofweg kan een frequentie van driemaandelijks controle aangehouden worden, waarnaast eens per jaar uitgebreid het effect van de behandeling geëvalueerd wordt.

Het slagen van de behandeling wordt bepaald aan de hand van het primaire doel van de behandeling.

Daarnaast bestaan er andere uitkomstmaten die als effect van de behandeling bepaald kunnen worden.

Op grond van de analyse van de persoonsgegevens bij het opstellen van het individueel zorgplan kan de verwachting over het effect van de interventie bijgesteld worden.

Primair doel

Er wordt onderscheid gemaakt in het succes criterium voor mensen met een hoog en zeer hoog gezondheidsrisico (wg 2009):

- voor mensen met *een hoog risico* wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van $\geq 5\%$ na één jaar behandeling.
- voor mensen met *een zeer hoog risico* wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van $\geq 10\%$ na één jaar behandeling.

Voor beide geldt dat een afname van 10% van de buikomvang ook als succesvol beschouwd wordt na één jaar behandeling. Dit percentage gewichtsverlies of afname van de buikomvang dient gehandhaafd te blijven in het onderhoudsjaar.

Secundaire uitkomstmaten

Een secundair doel van de behandeling is de daadwerkelijke verbetering van de gezondheid, fitheid en het welbevinden. (CBO). Parameters die hierbij in kaart kunnen worden gebracht:

- bloedglucose, cardiovasculaire risicofactoren, comorbiditeit
- gedragsverandering mbt lichamelijke activiteit en voedingspatroon
- kwaliteit van leven (met name ook verbetering in ADL / functioneren)
- psychisch, lichamelijk en conditioneel welbevinden
- verder uit anamnese naar voren gekomen aandachtspunten

Behandeling ondersteund door medicatie

Voor de groep patiënten met een zeer hoog gezondheidsrisico bestaat de mogelijkheid de GLI te ondersteunen met medicatie, wanneer na één jaar serieuze behandeling blijkt dat enkel de GLI onvoldoende effect ($<10\%$) heeft. De medicamenteuze behandeling is altijd ter ondersteuning van de GLI.

Indicatie

Er is een beperkte indicatie voor medicatie. De literatuur over de effecten van farmacologische interventies met de nu beschikbare middelen laat betrekkelijk geringe effecten zien op lichaamsgewicht en risicofactoren voor type 2 diabetes mellitus en cardiovasculaire ziekte. Bovendien zijn er nauwelijks gegevens over effecten op morbiditeit en ontbreken gegevens over het effect op mortaliteit. Ook over de effecten van medicatie op lange termijn is weinig evidentie voorhanden. De nodige terughoudendheid met voorschrijven van medicatie is daarom vereist.

Het is belangrijk dat het voor patiënten duidelijk is wat ze van medicatie ter ondersteuning van de behandeling kunnen verwachten en dat ze op de hoogte zijn van mogelijke bijwerkingen. Het is aan de behandelend arts om in samenspraak met de patiënt en mede op basis van de CBO-richtlijn obesitas en indicaties en contra-indicaties zoals vermeld in het Farmacotherapeutisch Kompas te bepalen of medicatie tot de mogelijkheden behoort. Het Informatorium Medicamentorum beschrijft eveneens indicaties en contra-indicaties. Er bestaan verschillen tussen de voorschriften in het

Farmacotherapeutisch Kompas, Informatarium Medicamentorum en de CBO richtlijn obesitas. Binnen de Zorgstandaard Obesitas worden de criteria van de CBO richtlijn aangehouden. (CBO, FK, IM)

Orlistat

Op dit moment is de enige medicatie uit de CBO richtlijn die voorgeschreven kan worden orlistat (xenical) 120 mg. In de CBO richtlijn worden daarnaast sibutramine en rimonabant genoemd, maar de EMEA adviseert sibutramine niet meer voor te schrijven en rimonabant is inmiddels van de markt gehaald. Zelfzorgmiddelen (waaronder UA middelen) vallen niet binnen de zorgstandaard.

Het Farmacotherapeutisch Kompas laat orlistat toe ter ondersteuning van leefstijlmaatregelen bij de behandeling van obesitas bij een BMI>30 kg/m² of BMI>28 kg/m² met comorbiditeit. In het addendum van de CBO richtlijn is vastgesteld dat alleen mensen met een zeer hoog gezondheidsrisico waarbij enkel gecombineerde leefstijlinterventie niet voldoende effect heeft gehad in aanmerking komen voor medicatie. Bij een GLI gecombineerd met orlistat geldt het succespercentage van 10% na twaalf maanden, gelijk aan een behandeling zonder medicatie. Het gewichtsverlies moet tijdens de onderhoudsfase van 12 maanden behouden blijven.

Wanneer een patiënt na 12 weken therapie minder dan 5% van het initiële lichaamsgewicht verloren heeft, dient de behandeling te worden gestaakt.

Wanneer de patiënt succesvol gewicht verliest, wordt langdurige continuering van de medicamenteuze behandeling aanbevolen, aangezien de literatuur duidelijk laat zien dat het effect verdwijnt zodra men stopt met de therapie. In de fase van begeleiding moet hiervoor blijvende aandacht zijn. (CBO, FK)

Farmaceutische zorg

Indien voor medicatie gekozen wordt, geeft de zorgverlener de patiënt een voorschrift/verwijzing mee voor de medicatie. De patiënt krijgt voorlichting over de medicatie en het gebruik ervan. De zorgverlener begeleidt de patiënt bij het gebruik van de medicatie in vervolgspraken. De begeleiding voor de duur van de medicatie bestaat o.a. uit:

- medicatiebewaking. De zorgverlener gaat na of de gekozen medicatie geschikt is voor de patiënt door o.a. controle op dosering, controle op interacties met andere medicatie die de
- patiënt gebruikt en controle op contra-indicaties. Vooral voor patiënten met comorbiditeit is dit van belang. Vaak gebruiken zij ook andere medicatie.
- voorlichting met betrekking tot de medicatie. De patiënt ontvangt informatie met betrekking tot gebruik van het voorgeschreven geneesmiddel, de werking en de eventuele bijwerkingen. Bij tweede uitgifte of na een afgesproken periode wordt gesproken over ervaringen, werkingen en gebruik.
- bevorderen therapietrouw. De patiënt ontvangt begeleiding om het middel volgens voorschrift te (blijven) gebruiken. Motivatie in combinatie met leefstijlverandering is een aandachtspunt. Verder is er aandacht voor problemen bij gebruik. Het volgens voorschrift gebruiken van de medicatie verhoogt de effectiviteit.

- algemene voorlichting. De patiënt ontvangt algemene informatie over de behandeling. Hierbij wordt ook gebruikt gemaakt van informatie van andere organisaties. (KNMP)

Behandeling extreem hoog gezondheidsrisico

De GLI is de meest effectieve vorm van behandeling bij obesitas. Wanneer een intensieve variant van deze GLI wordt toegepast, geldt dit eveneens voor mensen met een extreem hoog gezondheidsrisico.

Voor mensen met dit hoge risiconiveau is aanvullend op de richtlijn vastgesteld dat al vroeg in de behandeling medicatie ter ondersteuning van de intensieve GLI ingezet mag worden.

De intensieve GLI is niet de juiste behandeling wanneer comorbiditeit en/of multimorbiditeit een dermate gezondheids- of levensbedreigende ernstgraad heeft dat intensievere vormen van therapie (bv. bariatrische chirurgie) geïndiceerd zijn.

Wanneer de intensieve GLI onvoldoende effect genereert, vormt bariatrische chirurgie onder strenge criteria een mogelijke behandeling.

Gezien het hoge gezondheidsrisico is het belangrijk dat de behandeling plaatsvindt door in de behandeling van morbide obesitas gespecialiseerde zorgverleners. Deze behandeling kan plaatsvinden in diverse settings, maar heeft altijd een hogere intensiteit met andere accenten dan de zorg voor mensen met een hoog of zeer hoog risico.

Voor alle behandelingen voor mensen met een extreem hoog gezondheidsrisico geldt dat dit een tijdelijke behandeling is, waarna het individu terugstroomt naar de reguliere organisatie in de eerstelijnscontext.

Gecombineerde leefstijlinterventie eerste behandeljaar en onderhoudsfase

In het eerste behandeljaar staat de intensieve GLI centraal. De behandeling van de patiënt met een extreem hoog risico is gericht op verbetering van kwaliteit van leven middels terugdringen van de gevolgen van obesitas, voorkomen van nieuwe gevolgen van obesitas, het verlagen van het overlijdensrisico en in extreme gevallen het afwenden van acuut overlijdensgevaar. Met behulp van de zorgverleners gaat de patiënt aan de slag met de behandeling zoals vastgelegd in het individueel zorgplan. Bij deze risicogroep is het nog belangrijker dat de zorg na het eerste behandeljaar niet stopt en de patiënt in de onderhoudsfase ondersteund wordt in behouden van het gewichtsverlies.

Duur van de behandeling

De behandeling van obesitas bestaat uit een intensieve behandelingsfase van 12 maanden plus onderhoudsfase van 12 maanden, met daarin aandacht voor de onderdelen van de behandeling zoals vastgesteld in het individueel zorgplan. Dit geldt voor alle risiconiveaus. (CBO, wg 2009)

Wat betreft onderstaande inhoud en intensiteit van de behandeling hebben we aanvulling van zorgverleners nodig op bijgevoegd reactieformulier zorgmodules.

Inhoud behandeling

De inhoud en onderdelen van de intensieve GLI zijn op hoofdlijnen gelijk aan die voor hoog en zeer hoog risico zoals in vorige paragraaf ziektespecifiek beschreven. Bij een hoog percentage patiënten zal echter comorbiditeit voorkomen en zal sprake zijn van lichamelijke beperkingen die om aanpassing van bepaalde onderdelen vragen (door bijvoorbeeld inspanningsbeperkingen). De behandeling moet daarom altijd worden aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt. (wg 2009).

Intensiteit

Het ligt voor de hand dat de behandeling van morbide obesitas om een intensieve behandeling vraagt. Het aantal contactmomenten plus vervolgspraken ligt hoger, de tijdsduur per contactmoment is ruimer er is meer ruimte voor individuele consulten. Dit geldt voor zowel het eerste behandeljaar als de fase van onderhoud.

Behandeling ondersteund door medicatie

Voor de groep patiënten met een extreem hoog gezondheidsrisico bestaat de mogelijkheid de behandeling te ondersteunen met medicatie. Dit kan al vroeg in de behandeling ingezet worden. Hierbij moet rekening gehouden worden met de beperkte effecten die van medicatie verwacht mogen worden. De medicamenteuze behandeling is altijd ter ondersteuning van de gecombineerde leefstijlinterventie. De indicatie (te verwachten effect), het type medicatie en de farmaceutische zorg zijn gelijk aan de zorg beschreven voor zeer hoog risico in de vorige paragraaf.

Succescriterium en monitoren van het beloop

Ook voor mensen met een extreem hoog gezondheidsrisico vinden driemaandelijke controles bij de centrale zorgverlener plaats om veranderingen in de gezondheidstoestand tijdig te signaleren. Eens per jaar wordt uitgebreid het effect van de behandeling geëvalueerd op basis van het primaire doel en secundaire uitkomstmaten.

Primair doel

Voor mensen met extreem hoog risico wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van $\geq 10\%$ na één jaar behandeling. Dit percentage gewichtsverlies dient gehandhaafd te blijven in het onderhoudsjaar.

Secundaire uitkomstmaten

Deze zijn gelijk aan die voor mensen met een lager gezondheidsrisico.

Bariatrische chirurgie

Bariatrische chirurgie kan voor mensen met een extreem hoog risico overwogen worden na een niet succesvolle intensieve GLI (al dan niet gecombineerd met medicatie). Hierbij geldt dat de chirurgische behandeling altijd gepaard gaat met een intensieve GLI. Bij een acute levensbedreiging kan in extreme situaties besloten worden tot bariatrische chirurgie, ook als eerder falen van een serieuze behandeling

met een intensieve GLI (met of zonder medicatie) niet is vastgesteld. Ook voor mensen met een BMI>50 kg/m² (super obees) kan bariatrische chirurgie als eerste behandeling worden overwogen.

Indicatie volwassenen

Bariatrische chirurgie kan overwogen worden als behandeling van morbide obesitas, wanneer aan de volgende criteria wordt voldaan (Fried, CBO, wg 2009):

- leeftijd 18-60 jaar
- BMI≥40 kg/m², of BMI tussen 35 en 40 kg/m² in combinatie met ernstige comorbiditeit die kan verbeteren indien gewichtsverlies optreedt
- een intensieve GLI is uitprobeerd maar heeft niet geresulteerd in gewichtsverlies of behoud
- de patiënt is fysiek in staat om anesthesie en chirurgie te ondergaan (dit is gebaseerd op een afweging van het operatierisico en de potentiële gezondheidswinst door de operatie)
- de patiënt begrijpt de noodzaak van en is bereid mee te werken aan langdurige follow-up
- de patiënt bereid is dagelijks levenslang vitaminepreparaten te slikken
- de patiënt heeft eerder aangetoond zich aan afspraken te kunnen houden

Bij een leeftijd boven 60 jaar is verhoogde aandacht vereist bij de afweging tussen te verwachten effecten en risico's van de chirurgische behandeling van de patiënt met een extreem hoog risico (Fried et al 2007). Extreem verslavingsgedrag, leverfalen en portale hypertensie zijn exclusiecriteria voor chirurgische behandeling.

Pre-operatieve screening

Wanneer een patiënt is doorverwezen voor een chirurgische behandeling, volgt de pre-operatieve screening. Hierin wordt door een multidisciplinair team gekeken of de patiënt aan zowel de lichamelijke als psychische eisen voor chirurgie voldoet. Om goede resultaten te bereiken met een chirurgische interventie is het van groot belang dat aan een aantal voorwaarden is voldaan. Met de interventie op zichzelf kan men namelijk niet de onderliggende oorzaak wegnemen; de ingreep is feitelijk slechts een hulpmiddel om de patiënt te helpen af te vallen. De monodisciplinaire richtlijn die in ontwikkeling is bij de NVvH beschrijft voor welke onderdelen aandacht moet zijn binnen deze screening. (NVvH, NVTG)

Een chirurgische behandeling is een ingrijpende ingreep met levenslange gevolgen. Het is belangrijk dat voorafgaand aan de behandeling bepaald wordt of die patiënt klaar is voor de behandeling. In de pre-operatieve screening moet ruimte zijn voor een psychologische intake, waarbij het voornamelijk belangrijk is persoonlijkheidsstoornissen of eetstoornissen te identificeren die een nadelig effect kunnen hebben op de uitkomst van chirurgie. Ook is het belangrijk de patiënt goed voor te bereiden op de behandeling die komen gaat en de aanpassingen die hij/zij daar levenslang voor dient te maken.

Vaststellen individueel zorgplan

Het zorgteam, waarvan de specialist onderdeel uitmaakt, maakt samen met de patiënt een individueel zorgplan waarin de voor de patiënt geschikte ingreep bepaald wordt. Bij de keuze van de behandeling worden in overweging genomen:

- graad van obesitas (ernst)
- comorbiditeit
- risico van de ingreep
- mentale conditie van de patiënt
- de effectiviteit van de behandeling en de lange termijn effecten
- de faciliteiten en uitrusting die beschikbaar zijn
- de ervaring van de chirurg met de operatie die hij gaat uitvoeren

Behandeling

Bariatrische chirurgie heeft tot doel het ingrijpend en langdurig verlagen van het lichaamsgewicht van patiënten met morbide obesitas. Er zijn twee typen operaties te onderscheiden, namelijk ingrepen die het innemen van voedsel beperken (restrictieve operaties) en ingrepen die de opname van de voeding in het maag-darmstelsel beperken (malabsorptieve operaties). (NVTG)

Restrictieve operaties (reversibel)

De meest toegepaste restrictieve operaties zijn de aanpasbare siliconenmaagband, waarmee een kleine 'voormaag' met een regelbare nauwe uitgang wordt gecreëerd, en de vooral in de VS veel toegepaste maagomleiding. Beide operaties kunnen laparoscopisch worden uitgevoerd. Vooral het snelle postoperatieve herstel en de geringe kans op wondproblemen zijn grote voordelen. Ook de zogenaamde 'gastric sleeve'-resectie (een verkleining van de maag in de lengterichting) wordt steeds meer toegepast, maar aangezien langetermijnresultaten van deze techniek ontbreken dient deze methode als experimenteel te worden beschouwd. Mensen met een BMI>50 lijken minder baat te hebben bij een maagband dan mensen met een BMI<50. (JdJ)

Malabsorptieve operaties (irreversibel)

Van de malabsorptieve ingrepen zijn de biliopancreatische omleiding volgens Scopinaro en de 'duodenal switch' de belangrijkste. Beide kenmerken zich door een beperkte verkleining van de maag en een aanzienlijke kortsluiting van de dunne darm met een resterend functioneel absorberend deel van de dunne darm. Deze worden in Nederland op kleine schaal toegepast bij patiënten met extreem overgewicht en als revisieoperatie na een eerdere restrictieve ingreep.

Postoperatieve zorg, onderhoud en begeleiding na chirurgische interventie

Morbide obesitas is een levenslange aandoening. Het behandeltraject behorende bij een chirurgische interventie bestaat niet enkel uit de operatie zelf, maar dient vervolgd te worden door postoperatieve zorg, onderhoud en begeleiding. Met name na restrictieve operaties is het behaalde resultaat sterk afhankelijk

van de begeleiding van de patiënt, waarbij een frequente controle gepaard gaat met een significant beter resultaat. Ook langetermijncomplicaties na malabsorptieve ingrepen kunnen met adequate controles worden voorkomen. Hierin begeleidt een breed behandelteam de patiënt bij het optimaliseren van het voedingspatroon en de gedragsverandering gericht op (behoud van) gewichtsverlies.

Postoperatieve zorg

Postoperatieve zorg is voornamelijk gericht op de voorafgaande chirurgische interventie en het voorkomen of behandelen van eventuele complicaties na de operatie. Postoperatief wordt het dieet van de patiënt regelmatig, en bij voorkeur door een voedingsdeskundige met ervaring bij morbide obese patiënten gemonitord. Daarbij zijn van belang:

- informatie over het juiste dieet voor de bariatrische procedure
- bewaking van de micronutriënt status van de patiënt
- informatie over patiënten belangen groepen
- individuele voedingssupplementen, begeleiding en aanwijzingen om gewichtsverlies en behoud op lange termijn te bewerkstelligen

Onderhoudsfase

Na de eerste postoperatieve zorg direct volgend op de ingreep gaat de zorg over in de fase van onderhoud. Bij groot gewichtsverlies moet er gedurende deze fase inhoudelijk aandacht zijn voor:

mogelijke tekorten zoals vitamines, proteïnen en andere micronutriënten

- tekort op eiwit, albumine en PTH na chirurgie
- aanpassing van de behandeling van comorbiditeit zoals diabetes
- psychologische gevolgen van gewichtsverlies en eventuele gewichtstoename (op korte of langere termijn)
- mogelijkheden van lotgenotencontact
- mogelijkheden van reconstructieve chirurgie
- het opsporen van vroege en late complicaties

De behandeling gericht op onderhoud na een chirurgische interventie focust zich naast eventuele complicaties voornamelijk op het counselen van de patiënt en het bijhouden van het gewichtsverloop en de bijbehorende leefstijl. De onderhoudsfase duurt minimaal vijf jaar, waarin eerst geregeld contacten plaatsvinden en later eens per jaar. Contacten vinden plaats binnen de gespecialiseerde setting:

- na 6 weken;
- 3 maanden;
- 6 maanden;
- 12 maanden;
- waarna eens per jaar voor vier jaar

De uitkomst van de behandeling is erg afhankelijk van onder andere de compliance van patiënten gedurende de onderhoudsfase en begeleiding voor onbepaalde tijd. Voor een adequate onderhoudsfase is het belangrijk dat:

- patiënten na een bariatrische behandeling voor onbepaalde tijd begeleiding krijgen
- patiënten 24 uur per dag toegang hebben tot de zorg van het chirurgisch centrum voor noodgevallen
- patiënten verantwoordelijkheid hebben bij het naleven van de voorschriften behorende bij de begeleiding
- patiënten geschreven informatie krijgen over de behandeling en mogelijke (nadelige) effecten

Begeleiding

Wanneer de fase van onderhoud aansluitend op de behandeling is afgesloten, gaat deze over in begeleiding voor indien gewenst onbepaalde tijd. Hier stroomt de patiënt wanneer mogelijk terug in de keten van GLI's voor hoog, zeer hoog en extreem hoog risico en bijbehorende begeleiding in eerstelijnscontext.

Succes van de chirurgische behandeling

Er zijn meerdere criteria om de effectiviteit van chirurgie te meten. Internationaal is er geen consensus. In de meeste richtlijnen ontbreken deze criteria.

Aanbevolen wordt het succes van de ingreep aan te geven middels de criteria van Reinhold, waarbij de uitkomst gedefinieerd wordt in termen van percentage overgewichtsverlies:

- >75% overgewichtsverlies: excellent
- 50-75% overgewichtsverlies: goed
- 25-50 overgewichtsverlies: redelijk
- <25 % overgewichtsverlies: treatment failure

Het is daarnaast van belang dat het succes niet alleen gedefinieerd wordt in termen van gewichtsverlies en verbetering van de risicofactoren, maar dat ook naar verbeteringen in eetgedrag en psychosociale variabelen en kwaliteit van leven wordt gekeken. (GvH)

Reconstructieve chirurgie

Aanzienlijk gewichtsverlies na een chirurgische behandeling gaat gepaard met verminking en functionele beperkingen voor de patiënt. In het kader van optimale begeleiding en kwaliteit van leven behoren postbariatrische reconstructies onder bepaalde voorwaarden tot onderdeel van de ketenzorg voor mensen met morbide obesitas. Dit kan ook worden overwogen voor patiënten die zonder chirurgie groot gewichtsverlies bereikt hebben. (wg 2009)

Voorwaarden waaraan patiënten moeten voldoen om in aanmerking te komen voor reconstructieve chirurgie:

- patiënt heeft stabiel gewichtsverlies over een periode van minimaal één jaar bereikt
- er is sprake van vermindering van de aan obesitas gekoppelde comorbiditeit en verbetering van de levensverwachting

- patiënt heeft een BMI \leq 35
- er is sprake van graad drie verminking vastgesteld door de Pittsburgh Rating Scale (REF)
- er is sprake van graad twee misvorming vastgesteld door de Pittsburgh Rating Scale in combinatie met functionele en/ of psychische beperkingen (REF)

De grens waarboven de mate van functionele en/ of psychische beperkingen reconstructieve chirurgie rechtvaardigt, dient door het team van behandelaars met kennis van het individuele dossier van de patiënt bepaald te worden.

De monodisciplinaire richtlijn reconstructieve chirurgie beschrijft hoe de behandeling en begeleiding bij postbariatrische reconstructies vormgegeven wordt. (REF).

Bron: concept Zorgstandaard Obesitas blz. 39- 50