

# Verantwoordelijkheid en voorzorg bij ‘de overgewichtepidemie’

## Onzekerheid en transparantie bij preventief leefstijlbeleid\*

Roel Pieterman

*Dat overgewicht gezondheidsrisico's zoals hartkwalen en suikerziekte met zich meebrengt, wordt door onder andere de WHO geclaimd maar door anderen juist ontkend. Toch vormt het idee van een 'obesogene samenleving' de kern van het huidige overgewichtbeleid in Nederland. Het is daarbij de verantwoordelijkheid van de overheid om ervoor te zorgen dat 'de gezonde keus gemakkelijk is'. Het blijft de verantwoordelijkheid van de burger om 'de gezonde keus' te maken. Bezien vanuit het heersende medisch paradigma is hierbij sprake van evenwichtige interventies. Een kritische analyse van dat paradigma roept hierover echter twijfel op. De onzekerheid van de medische kennis, het ontbreken van effectieve interventies en het meewegen van stigmatisering als negatieve bijwerking van het beleid vragen om serieuze heroverweging van het overgewichtbeleid. zeker in relatie met de noodzaak van transparantie in een democratische rechtsstaat.*

### Inleiding

Burgers beschermen tegen risico's geldt als een van de archetypische taken van de overheid. Bij 'overgewicht' kunnen we dan denken aan risico's op diabetes en hart- en vaatziekten. Preventief leefstijlbeleid specifiek gericht op het bestrijden van de 'overgewichtepidemie' is in Nederland voor het eerst ontwikkeld in de kabinetsnota *Langer gezond leven* van 2003.<sup>1</sup> Daarin wordt gesteld dat de problemen van 'overgewicht' bijna even groot zijn als die van roken:

'Roken en overgewicht zijn vermijdbare gezondheidsrisico's die een grote ziektebelasting veroorzaken. Stoppen met roken en/of minder overgewicht leiden op korte termijn tot winst. Roken is een bekend en groot volksgezondheid probleem waarvoor al meerdere jaren aandacht is in het beleid en waar de komende jaren de effecten van het beleid zichtbaar moeten worden. Overgewicht is een even groot volksgezondheid probleem aan het worden, waarop nu ingezet moet worden om de stijgende tendensen te keren.' (*Langer gezond leven*, 2003, p. 17)

\* Dr. R. Pieterman is universitair hoofddocent aan de Erasmus School of Law Sociology, Theory and Methodology, Erasmus Universiteit Rotterdam.

1 Woorden als 'overgewicht', 'obesitas' en combinaties daarvan met bijvoorbeeld 'epidemie' worden steeds tussen aanhalingstekens geplaatst. Hiermee wordt onderstreept dat ze verwijzen naar medische constructies en niet naar 'objectieve werkelijkheid'.

Nederland volgt hier het voorbeeld van de Verenigde Staten, waar eerder *The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity* verscheen (US Surgeon General, 2001). De wereldwijde opkomst van overgewichtbeleid vanaf het begin van deze eeuw is terug te voeren op de Wereldgezondheidsorganisatie, die in 2000 het rapport *Obesity: preventing and managing the global epidemic* uitbracht (WHO, 2000). Vrijwel altijd is het beleid in de kern beperkt tot voorlichting en educatie over de noodzaak van gezond eten en voldoende bewegen. Deze aspecten vormen echter al vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw de basis van het preventieve volksgezondheidsbeleid. Het beleid in de 21ste eeuw verschilt slechts daarin van het eerdere, niet direct op 'overgewicht' gerichte beleid dat meer mensen vaker en door meer bronnen gewezen worden op het belang van het maken van 'de gezonde keuze'. Van aanvang af is er wel een kritisch discours waarin niet de 'dikte' van mensen maar het beleid zelf als probleem wordt aangewezen (DeJong, 1980; LeBesco, 2004; Monaghan, 2008; Orbach, 2006; Rothblum & Solovay, 2009).

In deze bijdrage onderzoek ik of een kritische analyse van dit beleid en de onderliggende wetenschap aanleiding geeft om het beleid en de daarbij gekozen verdeling van verantwoordelijkheden te heroverwegen. Allereerst presenteer ik de 'intervention ladder' als inleiding op het vraagstuk van de verdeling van verantwoordelijkheden. Daarna onderzoek ik of de claims van overgewichtexperts die aan het beleid ten grondslag liggen, houdbaar zijn in het licht van de medische literatuur. Aansluitend ga ik na of de beleidsinterventies effectief zijn; ik wijs daarbij op stigmatisering als ongewenste bijwerking. Aansluitend zet ik uiteen hoe beleidsmakers en medische experts in de preventieve volksgezondheid er uit voorzorg principieel voor kiezen om over onzekerheden niet transparant te communiceren. Gebruikmakend van de 'intervention ladder' concludeer ik ten slotte op basis van deze analyses dat het beleid en de gekozen verantwoordelijkheidsverdeling niet evenwichtig zijn en heroverweging verdienen. Ik doe daartoe een drietal voorstellen.

## Verdeling van verantwoordelijkheden

Van aanvang af bestaat er in de Nederlandse politiek overeenstemming over het oordeel dat het uiteindelijk de burger zelf is die verantwoordelijk is voor het maken van 'de gezonde keus' en zo, preventief, voor zijn of haar eigen gezondheid (Pieterman, 2017, pp. 48-53). De keuzevrijheid van de burgers wordt dus gerespecteerd, maar dat gebeurt niet zonder bezorgdheid. De overheid vindt namelijk dat '[d]e keuze die de Nederlander uit het beschikbare grote assortiment levensmiddelen maakt uit gezondheidsoogpunt bepaald niet altijd de beste en de verstandigste' is (*Kamerstukken II* 1983/84, 18108, 2, p. 14). De manier om uit deze ongemakkelijke positie te komen, is om door voorlichting en opvoeding de burger ertoe te bewegen om 'uit zichzelf de gezonde keus' te maken.

De dubbelzinnigheid in deze opstelling wordt wel samengevat in de stelling dat de overheid de burger weliswaar formeel keuzevrijheid gunt, maar in feite aangeeft dat diezelfde burger in wezen de *plicht* heeft om 'de gezonde keuze te maken' (vgl.

Roel Pieterman

Peeters, 2013). Sinds *nudging* een belangrijke beleidsstrategie is geworden, is er stevig gediscussieerd over de vraag of preventief volksgezondheidsbeleid, zoals het overgewichtbeleid, niet als paternalistisch verworpen moet worden. Bezorgdheid over het ontstaan van een *nanny state*, die de burger van zelfs al *voor* de wieg tot aan het graf met dwingende zorg omringt, staat daarin centraal.<sup>2</sup>

Veelal wordt zulke kritiek beantwoord door te betogen dat de omstreden interventies als ‘evenwichtig’ beoordeeld kunnen worden. Dat oordeel is vaak gebaseerd op de ‘intervention ladder’ die vanuit een ‘stewardship model’ is ontwikkeld door de Britse Nuffield Council on Bioethics in zijn rapport ‘Public health: ethical issues’ (2007).

De grondgedachte van deze ‘ladder’ is dat naarmate interventies ingrijpender zijn, er ook een zwaardere bewijslast bestaat voor de beleidsmakers om te laten zien dat de voordelen de nadelen overtreffen. De minst invasieve interventies vereisen weinig rechtvaardiging; sterk invasieve interventies vereisen juist een overtuigende rechtvaardiging. De minst invasieve interventies zijn volgens de raad niets of onderzoek doen. Iets verdergaand is het geven van voorlichting. Zeer vergaand zijn beperkingen van keuzevrijheid of het geheel elimineren daarvan. Het meest ver gaan verboden waaraan sancties gekoppeld zijn zoals bij roken en alcoholconsumptie het geval is (Nuffield Council on Bioethics, 2007, p. xix: Box 2: The intervention ladder).

In dit rapport wordt het overgewichtbeleid expliciet als evenwichtig en passend beoordeeld (Nuffield Council on Bioethics, 2007, pp. 79-98). In Nederland komt de WRR tot dezelfde conclusie (Faddegon, 2011). De vraag is of de hierna volgende evaluatie van de claims over de gezondheidsrisico’s en van die over de effectiviteit van de interventies aanleiding geeft tot een andere afweging. Datzelfde geldt voor het in de afweging betrekken van stigmatisering van ‘dikke mensen’ als negatieve bijwerking van het beleid.

### Hoe problematisch is ‘de overgewichtepidemie’?

In ons land gingen eerdere kritische analyses van het overgewichtbeleid niet in op de vraag hoe betrouwbaar de medische kennis is die dat beleid ondersteunt (vgl. Peeters, 2013). Vooral in de Angelsaksische literatuur zijn tal van publicaties verschenen waarin dat juist wel gebeurt (Basham, Gori, & Luik, 2006; Gaesser, 2002; Gard, 2011; Oliver, 2006; Rothblum & Solovay, 2009; Taubes, 2007). In het voetspoor van die literatuur is in Gewicht zit niet tussen je oren’ door Pieterman (2017) onderzocht hoe overtuigend de drie voornaamste claims van de overgewichtexperts door wetenschappelijke evidentie ondersteund worden.<sup>3</sup>

De eerste claim is dat er steeds meer ‘dikke mensen’ komen. De tweede stelt dat ‘dikke mensen’ eerder doodgaan. De derde claim luidt dat ‘dikke mensen’ vaker

2 Vgl. de vele bijdragen voortkomend uit het ‘Mini-Symposium: Who’s Afraid of the Nanny State? Freedom, Regulation, and Public Health’ in het jaar 2015 in *Public Health*, zie [www.publichealthjrn.com/issue/S0033-3506\(15\)X0008-4](http://www.publichealthjrn.com/issue/S0033-3506(15)X0008-4).

3 Meer informatie over het navolgende in deze paragraaf vindt de lezer bij Pieterman (2017, pp. 121-144).

ziek zijn en daardoor de kosten voor de volksgezondheid sterk verhogen. Alle drie de claims blijken niet goed houdbaar te zijn. Vooral Gard (2011) heeft in 'The end of the obesity epidemic' uitvoerig aangetoond dat de toename van het aantal 'dikke mensen' in de welvarende, geïndustrialiseerde landen vooral een verschijnsel is van de jaren tachtig en negentig. In de 21ste eeuw is de toename sterk afgevlakt of geheel gestopt.

Dit geldt ook voor Nederland (Visscher, Van Bakel & Zantinge, 2014). Daarbij moet bedacht worden dat het aantal 'te dikke mensen' in Nederland relatief gering is. Kijken we naar de volwassen bevolking met een BMI van 30 of hoger dan is dat in Nederland met minder dan 15 procent aanmerkelijk lager dan in Duitsland of Engeland met percentages rond de 25 procent, of de Verenigde Staten met een percentage van hoger dan 35 procent. Op mondiaal niveau is de uitspraak dat er steeds meer dikke mensen komen (nog) wel correct omdat in veel landen de ontwikkeling van de welvaart in een vroeger stadium verkeert.

De claim dat 'dikke mensen' eerder doodgaan, blijkt in de medische literatuur omstreden te zijn. Aan het begin van de 21ste eeuw verschijnen twee studies die 'dik zijn' statistisch in verband brengen met een groot aantal vroegtijdige overlijdens. Dat aantal, zo wordt gesteld, is hard op weg om het aantal slachtoffers van roken te overstijgen (Allison, Fontaine, Manson, Stevens, and VanItallie, 1999; Mokdad, Marks, Stroup, & Gerberding, 2004). Maar dan verschijnt de studie van Flegal en haar collega's, die een geheel ander beeld schetst en zo het startschot voor de controverse geeft. In plaats van ongeveer 400.000 doden aan 'overgewicht' toe te schrijven (Mokdad, Marks, Stroup, & Gerberding, 2004) zouden het er 'maar' 25.000 zijn (Flegal, Graubard, Williamson, & Gail, 2005). Intrigerend is dat deze beide studies gedaan zijn door onderzoekers van het US Centers for Disease Control (CDC). De studie van Mokdad en zijn collega's is door een intern onderzoek van de CDC gekritiseerd onder andere omdat interne integriteitsregels geschonden waren (Basham, Gori & Luik, 2006, p. 65; Oliver, 2006, pp. 24-25).

De controverse duurt voort en wordt ook in Nederland gevoerd. Onderzoekers van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) verkondigen de boodschap dat 'dikke mensen' juist langer leven dan mensen met een 'normaal gewicht'. Alleen voor mensen die extreem dik zijn, d.w.z. een BMI groter dan 35 hebben, ligt dat anders (Bonneux & Reuser, 2007; Reuser, Bonneux, & Willekens, 2008).<sup>4</sup> Seidell reageert kritisch op de stelling van Bonneux en Reuser onder verwijzing naar een zeer grote meta-studie waaraan hij heeft meegewerkt (Seidell, 2009; Prospective Studies Collaboration, 2009). Hij stelt dat in die studie de laagste sterfte gevonden wordt bij een BMI van 22,5 tot 25. Deze neiging om binnen de standaardcategorie van 'normaal gewicht' met een subcategorie te werken, blijkt vaker voor te komen in studies die stellen dat bij 'normaal gewicht' de kleinste kans op vroegtijdig overlijden wordt gevonden (vgl. The Global BMI Mortality

4 In het medisch discours over 'overgewicht' wordt vrijwel altijd een indeling gemaakt op basis van de *body mass index* (BMI). Van 'normaal gewicht' is sprake bij een BMI tussen 18,5 en 24,9; daaronder is sprake van 'ondergewicht'. 'Overgewicht' is aanwezig bij een BMI vanaf 25; 'ernstig overgewicht' of 'obesitas' treedt op bij een BMI groter dan 30. Bij een BMI groter dan 40 spreekt men van 'morbide obesitas'.

Roel Pieterman

Collaboration, 2016). Met vergelijkbare grote internationale studies hebben andere onderzoekers laten zien dat mensen met een BMI tot 35 een grotere overlevingskans hebben dan mensen met een 'normaal gewicht' (vgl. Flegal, Kit, Orpana, & Graubard, 2013).

De derde claim levert een complexer beeld op dan de eerste twee (Oliver, 2006, pp. 25-28). Vooral voor deze derde claim is het belangrijk te beseffen dat nagenoeg alle kennis voortkomt uit prospectief epidemiologisch onderzoek. Dit levert slechts inzicht in statistische samenhang op en niet in causale verbanden. Dit is ook relevant voor de tweede claim: ongeacht de uitkomst van de controverse kan niet gezegd worden dat 'dik zijn' de *oorzaak* is van vroegtijdig overlijden. Voor de derde claim is de relevantie nog groter, omdat er regelmatig gepubliceerd wordt over correlaties tussen 'overgewicht' en ziekten als diabetes en hart- en vaatziekten.

De eerste vraag is natuurlijk of statistische samenhang consistent gevonden wordt. Dat blijkt niet het geval. Gaesser laat bijvoorbeeld zien dat obesitas een zeer slechte voorspeller is van hoge bloeddruk en cholesterolniveaus. 'Overgewicht' blijkt volgens diverse studies zelfs helemaal niet samen te hangen met dichtslibbende aderen:

'Direct measures of atherosclerosis in a number of studies using a variety of techniques show obesity to be completely unrelated to the presence of this form of cardiovascular disease, or to the progression of this disease over time.' (Gaesser, 2002, pp. 70-77)

Hierbij aansluitend concludeert een *Cochrane Review*: 'Rigorous scientific evidence linking overweight or obesity with increased risk for stroke is missing' (Curioni, André, & Veras, 2006, p. 2).

Een tweede cruciale vraag is of gevonden correlaties opgevat mogen worden als een causaal verband. Bradford Hill, een van de grondleggers van dit vakgebied, stelt dat dan aan diverse aanvullende voorwaarden voldaan moet zijn (Bradford Hill, 1965). Voor de correlaties met diabetes is bijvoorbeeld belangrijk of er een medisch mechanisme bekend is. Het Diabetesfonds erkent het ontbreken hiervan: 'Mensen met overgewicht hebben een grotere kans om diabetes type 2 te krijgen. Maar hoe het een tot het ander leidt is onduidelijk' (Diabetesfonds, 2018). In de literatuur wordt ook wel geopperd dat beide eenzelfde oorzaak hebben. Er zijn bijvoorbeeld aanwijzingen dat diabetes en 'overgewicht' een gezamenlijke genetische grondslag hebben (Shuldiner, 2014; vgl. ook Gordon, 2014; Josefson, 1999). Een derde hypothese is dat de bezorgdheid voor dierlijk vet heeft geleid tot een hogere consumptie van koolhydraten en dat dit leidde tot meer diabetes en meer 'overgewicht' (Taubes, 2007).

De derde claim bestaat niet alleen uit de stelling dat 'dik zijn' leidt tot 'ziek worden', maar ook uit de daaruit af te leiden stelling dat een toename van het aantal 'dikke mensen' leidt tot een toename van de kosten voor de volksgezondheid. Omdat duidelijk is dat de statistische correlaties niet geïnterpreteerd mogen worden als oorzakelijke verbanden, ontbeert ook deze aanvullende claim ondersteu-





Roel Pieterman

Deze conclusie geldt ook voor de in Nederland, in navolging van het Franse EPODE-programma, gevolgde aanpak door het Convenant Gezond Gewicht. Hoewel deze aanpak tot een wereldwijd beleidsnetwerk heeft geleid, is er ook na ruim twintig jaar nog maar één wetenschappelijke publicatie die het – voorlopige! – succes ervan laat zien (Romon, Lommez, Tafflet, Basdevant, Oppert, & Bresson et al., 2009; vgl. Pieterman, 2017, pp. 158-159).

Het idee ‘we moeten iets doen’, lijkt zo sterk aanwezig dat informatie over het gebrek aan effectiviteit niet echt doordringt. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het stilzwijgen over de teleurstellende bevindingen van de Amerikaanse studie waarin een vergelijkbare *community based intervention* werd onderzocht (Caballero, Clay, Davis, Ethelbah, Rock, Lohman et al., 2003). Deze zeer grote studie kostte 20 miljoen dollar en werd gesponsord door de National Institutes of Health. De studie betrof 1700 leerlingen van 41 scholen die willekeurig werden verdeeld over de interventie- en de controlegroep. Op de interventiescholen kookten kinderen voor hun ouders en werden ook aan ouders lessen gegeven over gezond eten. Bovendien werd iedere dag een uur gymnastiekles gegeven. Na afloop van drie jaar interventie en later nog vijf jaar follow-up wisten de kinderen van de interventiescholen meer over gezond eten en zat er minder vet in hun dieet. Maar het beoogde lagere BMI werd niet bereikt. Vier jaar na de publicatie meldt Caballero: ‘The study continues to be essentially ignored in the U.S., in spite of being the only one so far of its kind [with] extremely rigorous data collection.’ Alsof de studie nooit gedaan is, sponsort de NIH het programma ‘We Can’, waarvan de opzet in essentie hetzelfde is als die van deze genegeerde studie (Kolata, 2007, pp. 197-200).

De conclusie dringt zich op dat er geen duurzaam effectieve interventies zijn als het doel is de toename van het aantal ‘te dikke mensen’ te stuiten of om ze dunner te maken. Uitsluitend voor zeer dikke mensen is een chirurgische ingreep een optie die overwogen kan worden. De teleurstelling die deze conclusie oproept, wordt versterkt als we onder ogen zien dat het beleid negatieve bijwerkingen kent. De dominante en alom verkondigde boodschap ‘eet minder en gezonder en beweeg meer’ bevestigt klassieke stigma’s van ‘dikke mensen’: luiheid en gulzigheid. Zo voorgesteld hebben ‘dikke mensen’ hun gewicht aan zichzelf te wijten. Dat is tevens het geval als het idee van de ‘obesogene samenleving’ in het beleid verweven is. Dan hebben overheid en bedrijfsleven de taak ‘de gezonde keuze gemakkelijk te maken’ maar blijft het aan de individuele burger zelf om ‘de gezonde keuze’ te maken.

Het uitgangspunt van ‘respect voor de keuzevrijheid’ versterkt het stigmatiserend effect, zeker als niet gewezen wordt op de complexiteit van het vraagstuk (DeJong, 1980).<sup>6</sup> Onderzoek laat helaas zien dat stigmatisering en discriminatie van ‘dikke mensen’ de laatste decennia zijn toegenomen (Andreyeva, Puhl, & Brownell, 2008; Puhl & Brownell, 2001; Puhl & Heuer, 2009; Puhl & Kyle, 2014). Het beleid en de wetenschap hebben hieraan vooral deze eeuw bijgedragen door

6 In haar oratie ‘Dik ben je niet voor je lol’ geeft Van Rossum als hoogleraar obesitas en stress het goede voorbeeld. Zie [www.erasmusmc.nl/centrumgezondgewicht](http://www.erasmusmc.nl/centrumgezondgewicht), geraadpleegd op 11 februari 2018.

extra gronden voor veroordeling toe te voegen en door bestaande gronden te legitimeren (Pieterman, 2015; Pieterman, 2017, pp. 189-204; Pieterman, 2018).

### Preventieve leefstijlinterventies tussen preventie en voorzorg

Twee karakteristieken van beleid en wetenschap maken duidelijk dat principieel wordt gekozen voor 'voorzorg' boven 'preventie' (Pieterman, 2017, pp. 245-251; vgl. Pieterman, 2008). Allereerst is preventief volksgezondheidsbeleid van aanvang af, zeker waar het gaat om 'gezonde voeding', ingezet *voordat* er overtuigende wetenschappelijke evidentie beschikbaar was. In de klassieke formulering van Lalonde (1974) vereist de urgentie van de problematiek dat hierop niet gewacht kan worden. Opmerkelijk is dat in deze nota uit 1974 de vraag 'Is obesity an important contributory factor to sickness and death?' al bevestigend beantwoord wordt. De grondslag van de beleidsaanpak lijkt dat de nagestreefde effectiviteit van voorlichting en opvoeding niet verstoord mag worden door openlijk te spreken over wetenschappelijke twijfel. In het hoofdstuk over 'science versus health promotion' lezen we:

"The spirit of enquiry and skepticism, and particularly the Scientific Method, so essential to research, are, however, a problem in health promotion. The reason for this is that science is full of "ifs", "buts", and "maybes" while messages designed to influence the public must be loud, clear and unequivocal. To quote I Corinthians, Chapter XIV, Verse 8: If the trumpet give an uncertain sound, who shall prepare himself to the battle?" (Lalonde, 1974, p. 57)

De preventieve medische wetenschap kent een karakteristiek die deze aansporing om niet transparant te zijn versterkt. Het oordeel van Rose (1981 en 1985) dat de pogingen tot gedragsbeïnvloeding gericht moeten zijn op de overgrote meerderheid van de bevolking, staat hierbij voorop (vgl. Mackenbach & Van der Maas, 2004). Inzetten op gedragsverandering bij de subgroep die aan grote risico's blootstaat, kent weliswaar de beste verhouding van gevraagde aanpassing en verwacht resultaat, maar heeft slechts een gering effect op de *volksgezondheid*. Daarom moet volgens Rose gekozen worden voor de aanpak met de slechtste verhouding tussen gevraagde aanpassing en verwacht resultaat. Omdat de bevolkingsgroep met de kleinste risico's zo groot is, is de individuele kans op voordeel weliswaar nihil, maar zal – zo verwacht men sinds Rose – het totale nut voor de *volksgezondheid* toch groot zijn (vgl. voor kritiek hierop Taubes, 2007, pp. 67-70). In het discours over *nudging*, paternalisme en de *nanny state* is dit perspectief recent verdedigd. Daarbij neemt men expliciet afstand van de benadering waarin het maken van een eigen keuze door de individuele burger het uitgangspunt is (Gostin & Gostin, 2009).

De opvattingen van Lalonde en Rose versterken elkaar. De gehele bevolking wordt immers gevraagd 'de gezonde keus' te maken ondanks het feit dat er, zoals onder andere bij 'overgewicht', veel onzekerheid bestaat over wat '(on)gezond' is. Dit betekent dat de meerderheid van de bevolking, voor wie het risico laag is,



Roel Pieterman

essentiële informatie wordt onthouden, die bij uitstek relevant is voor het maken van hun gedragskeuzen. Transparantie is in deze context *by default* ver te zoeken. Dit lijkt in strijd te zijn met belangrijke algemene beginselen van behoorlijk bestuur zoals het zorgvuldigheidsbeginsel, het motiveringsbeginsel, het fair play-beginsel en het evenredigheidsbeginsel.<sup>7</sup>

## Evenwichtig beleid?

Eerder zagen we dat op basis van het afwegingskader van de ‘intervention ladder’ het oordeel luidde dat de beleidsinterventies evenwichtig waren. De problematiek werd immers als ‘ernstig’ gekwalificeerd en de interventies als ‘beperkt invasief’. Op basis van de analyse in de voorgaande paragrafen lijkt deze afweging niet houdbaar. Er lijkt immers geen sprake te zijn van – consensus over het feit dat hier sprake is van – een ernstige bedreiging van de volksgezondheid. De interventies blijken daarbij geen duurzame positieve effecten op te leveren, maar wel negatieve bijwerkingen te hebben. Bovendien wordt hierover in voorlichting en onderwijs niet transparant gecommuniceerd.

Het is goed om in dit verband nog eens te kijken naar de interventies die met behulp van de covenant-aanpak zijn ingevoerd. Deze zijn gericht op de verandering van de culturele en materiële inrichting van de samenleving met als doel het obesogene karakter ervan te bestrijden. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in programma’s als ‘de gezonde stad’, ‘de gezonde school’ en ‘de gezonde kantine’.<sup>8</sup> Als in een stad meer groen en speelplekken worden aangelegd, is daar niets op tegen omdat er voor burgers alleen keuzemogelijkheden bij komen. Maar als ‘de gezonde school’ een restrictief ‘traktatiebeleid’ gaat voeren of de sport- en bedrijfskantines vet, zout en suiker in de ban doen, dan verdwijnen er opties. Daarnaast betalen mensen met een BMI tussen 25 en 35 hogere premies voor hun levensverzekering, terwijl het de vraag is of hun risico op overlijden echt hoger is.

Burgers ontvangen de boodschap ‘dik zijn is ongezond’ van alle kanten en iedereen. Hun huisarts spreekt ze erop aan, dat doet ook de werkgever en zelfs bij de fysiotherapeut hangen posters. De boodschap is zo effectief gecommuniceerd dat er in de media voortdurend aandacht aan wordt geschonken. Tv-programma’s als ‘Obese’, ‘The biggest loser Holland’ en ‘Je echte leeftijd’ zijn alom tegenwoordig. In ons taalgebruik is deze ‘kennis’ ook al binnengeslopen met begrippen als ‘databese overheid’ en ‘bestuursobesitas’ (vgl. Pieterman, 2017, pp. 16-19). Voor kinderen geldt dat zij de boodschap ‘kies voor slank want dik is ongezond’ bovendien

7 Zie het ‘Integraal afwegingskader voor beleid en regelgeving’, beschikbaar op [www.kcwj.nl/kennisbank/integraal-afwegingskader-beleid-en-regelgeving/6-wat-het-beste-instrument/62/623-algemene?cookie=yes.1518351119072-1197478653](http://www.kcwj.nl/kennisbank/integraal-afwegingskader-beleid-en-regelgeving/6-wat-het-beste-instrument/62/623-algemene?cookie=yes.1518351119072-1197478653), geraadpleegd op 11 februari 2018.

8 Van 2005-2009 was het Covenant overgewicht actief; aansluitend van 2010-2014 het Convenant gezond gewicht. De rijksoverheid participeerde in beide convenanten, maar doet dat sindsdien niet meer. De activiteiten zijn nu gebundeld in de stichting Jongeren op gezond gewicht. De strategie van deze stichting is erop gericht om de voorgestane en aan EPODE ontleende aanpak door zoveel mogelijk gemeenten te laten uitvoeren.

op school voorgeschoteld krijgen. Daar gaat het niet om 'voorlichting' maar om 'opleiding', terwijl de kennis op grond van de hiervoor geleverde kritiek als onzeker gekwalificeerd moet worden. Zeker voor jongeren lijkt er door de werkzaamheden van het deelconvenant Jongeren op gezond gewicht, voortgezet door de stichting Jongeren op gezond gewicht, geen ontkomen aan de boodschap 'wees slank en eet daartoe minder en beweeg meer'.

Zoals eerder opgemerkt, wordt in de gebruikelijke afweging op basis van de interventieladder geen rekening gehouden met stigmatiserende effecten van het overgewichtbeleid. Die effecten bestaan wel zoals hierboven is uiteengezet. 'Dikke mensen' zijn in de loop van de twintigste eeuw steeds sterker gestigmatiseerd als 'lui' en 'lelijk'. Onder invloed van het overgewichtbeleid zijn daar veroordeling als 'on gezond' en 'onmaatschappelijk' bij gekomen. De aansporing 'maak de gezonde keuze' leidt er bovendien toe dat 'dikke mensen' veroordeeld worden door de gedachte 'eigen schuld, dikke bult'. Dat 'dikke mensen' gestigmatiseerd worden is bij de overheid zeker bekend, maar beleid ter bestrijding hiervan is er niet.

Alles overziend is het beleid nauwelijks evenwichtig te noemen. Daarom is er alle aanleiding om het beleid en de onderliggende kennis nog eens goed te herijken. Het is goed daarbij de volgende mogelijkheden te overwegen. Allereerst zouden adviezen ter bevordering van 'gezond gedrag' aan dezelfde bewijsstandaarden gekoppeld kunnen worden, die gelden voor gezondheidsclaims die de voedingsindustrie aan hun producten wil verbinden. In het verlengde hiervan lijkt het noodzakelijk transparantie als leidend beginsel te nemen bij voorlichting en onderwijs om daarmee te voldoen aan de eisen van behoorlijk bestuur.

Deze aanpassingen vereisen een paradigmawisseling bij de beleidsmakers en medische experts die zich laten leiden door Lalonde en Rose. Zonder 'revolutie' zal dat niet gaan, zeker nu er sprake is van samenlopende belangen van beleidsmakers en wetenschappers. Op veel beleidsterreinen is een dergelijke samenloop aan de orde. Om hier verandering mogelijk te maken, is een derde aanpassing in bredere zin belangrijk. Deze aanpassing betreft het systeem van beleidsadviesing door adviesraden. Steekproefsgewijs en zeker waar het ingrijpende adviezen betreft, is een contraexpertise aanbevelenswaardig. Een panel bestaande uit deskundigen die wel over relevante expertise beschikken, maar niet afkomstig zijn uit het desbetreffende beleidsdomein, krijgt dan de opdracht de hypothesen die het beleidsadvies dragen aan een kritisch onderzoek te onderwerpen.

Bij het uitvoeren van een dergelijke contraexpertise zouden de volgende vragen, zoals ook in deze bijdrage gesteld zijn, leidend moeten zijn. Allereerst: is de probleemdefinitie wel door voldoende wetenschappelijke evidentie onderbouwd? Ten tweede: zijn alle relevante elementen voor een goede afweging van voor- en nadelen onder ogen gezien? Ten derde: leidt een realistische afweging van alle relevante factoren tot een positief oordeel over de verhouding van voor- en nadelen? Bij het nemen van beslissingen moet de politiek zich dan expliciet rekenschap geven van het beleidsadvies en van de contraexpertise. De verwachting is dat dit zal leiden tot beter gefundeerde en breder gedragen beleidsbeslissingen.

Roel Pieterman

## Literatuur

- Allison, D.B., Fontaine, K.R., Manson, J.E., Stevens, J., & VanItallie, T.B. (1999). Annual deaths attributable to obesity in the United States, *Journal of the American Medical Association*, 282(16), p. 1530-1538.
- Andreyeva, T., Puhl, R., & Brownell, K. (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity Journal* 16(5), 1129-1134.
- Basham, P., Gori, G.B., & Luik, J. (2006). *Diet nation: Exposing the obesity crusade*. London: The Social Affairs Unit.
- Bonneux, L., & Reuser, M. (2007). Overgewicht en sterfterisico: Geen samenhang tussen overgewicht op middelbare en oudere leeftijd en verhoogde sterfte. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151(50), 2764-2769.
- Bradford Hill, A. (1965). The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, (58), 295-300.
- Caballero, B., Clay, T., Davis, S.M., Ethelbah, B., Rock, B.H., Lohman, T., et al. (2003). Pathways: A school-based randomized controlled trial for the prevention of obesity in American Indian children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 78(5), 1030-1038.
- Convenant Overgewicht-rapport. (2005). *Energie in balans: actieplan* (rapport van 2005, Convenant Overgewicht GEZO-TB-0011). Den Haag.
- Curioni, C., André, C., & Veras, R. (2006). Weight reduction for primary prevention of stroke in adults with overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). doi:10.1002/14651858.CD006062.pub2
- DeJong, W. (1980). The stigma of obesity: The consequences of naive assumptions concerning the causes of physical deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(1), 75-87.
- Diabetesfonds. (2018). De schakel tussen overgewicht en diabetes type2. Verkregen op 23 januari 2018 via [www.diabetesfonds.nl/onderzoek/de-schakel-tussen-overgewicht-en-diabetes-type-2](http://www.diabetesfonds.nl/onderzoek/de-schakel-tussen-overgewicht-en-diabetes-type-2).
- Faddegon, K.J. (2011). *Landelijk overgewichtbeleid gespiegeld aan kennis uit de gedragswetenschappen. Verkennende studie voor het WRR-project Keuze, Gedrag en Beleid* (webpublicatie nr. 60). Den Haag: WRR.
- Flegal, K.M., Graubard, B., Williamson, D.F., & Gail, M.H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 293(15), 1861-1867.
- Flegal, K.M., Kit, B.K., Orpana, H., and Graubard, B.I. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 309(1), 71-82.
- Gaesser, G.A. (2002). *Big fat lies: The truth about your weight and your health*. Carlsbad: Gürze Books.
- Gard, M. (2011). *The end of the obesity epidemic*. New York: Routledge.
- Gordon, S. (2014, 25 september). Obesity isn't sole cause of type 2 diabetes. *WebMD*.
- Gostin, L.O., & Gostin, K.G. (2009). A broader liberty: J.S. Mill, paternalism and the public's health. *Public Health*, 123(3), 214-221. doi:10.1016/j.puhe.2008.12.024
- Heine, R.J. (z.d.). *De schakel tussen overgewicht en diabetes type 2?* Verkregen op 23 januari 2018 via <http://rapportdiabetesfonds.nl/onderzoek/de-schakel-tussen-overgewicht-en-diabetes-type-2>
- Interventie-overzicht Overgewicht*. Verkregen op 23 januari 2018 via <https://www.loketgezondleven.nl/interventieoverzicht2/Overgewicht>

- Josefson, D. (1999). Scientists discover a gene involved in diabetes and obesity, *British Medical Journal*, 318(7185).
- Kolata, G. (2007). *Rethinking thin: The new science of weight loss – and the myths and realities of dieting*. New York: Picador.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada (Cat. No. H31-1374). Verkregen van Public Health Agency of Canada-website: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- LeBesco, K. (2004). *Revolting bodies? The struggle to redefine fat identity*. Amherst: University of Massachusetts Press.
- Mackenbach, J.P., & Maas, P.J. van der (red.). (2004). *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier.
- Mokdad, A., Marks, J.S., Stroup, D.F., Gerberding, J.L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *Journal of the American Medical Association*, 291(10), 1238-1245.
- Monaghan, L.F. (2008). *Men and the War on Obesity. A Sociological Study*. London: Routledge.
- Nuffield Council on Bioethics. (2007). *Public health: ethical issues*. Cambridge Publishers. Verkregen op 24 januari 2018 via <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Public-health-ethical-issues.pdf>
- Oliver, E.J. (2006). *Fat politics: The real story behind America's obesity epidemic*. Oxford: Oxford University Press.
- Orbach, S. (2006). *Fat is a feminist issue*. London: Arrow.
- Peeters, R. (2013). *The preventive gaze: How prevention transforms our understanding of the state* Den Haag: Eleven International Publishing.
- Pieterman, R. (2008). *De voorzorgcultuur: Streven naar veiligheid in een wereld vol risico en onzekerheid*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Pieterman, R. (2015). Obesity as disease and deviance: Risk and morality in early 21st century. In T. Müller (Ed.), *Contributions from European symbolic interactionists: Reflections on methods: Studies in symbolic interaction* (Vol. 44, p. 117-138). Bingley: Emerald Group Publishing. doi:10.1108/S0163-239620150000044006
- Pieterman, R. (2017). *Gewicht zit niet tussen je oren: Beleid en wetenschap in perspectief*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Pieterman, R. (2018). Obesity and deviance. In S.E. Brown & O. Sefiha (Eds.), *Routledge handbook on deviance* (pp. 408-419). New York: Routledge.
- Prospective Studies Collaboration. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*, 373(9669), 1083-1096.
- Puhl, R., & Brownell, K.D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805.
- Puhl, R., & Heuer, C. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity Journal*, 17(5), 941-964.
- Puhl, R., & T. Kyle, T. (2014). *Pervasive bias: An obstacle to obesity solutions: Commentary*. Institute of Medicine. <http://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/pervasivebias.pdf>
- Reuser, M., Bonneux, L., & Willekens, F. (2008). The burden of mortality of obesity at middle and old age is small: A life table analysis of the US Health and Retirement Survey, *European Journal of Epidemiology*, 23(9), 601-607.
- Romon, M., Lommez, A., Tafflet, M., Basdevant, A., Oppert, J.M., Bresson, J.L., et al. (2009). Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of

Roel Pieterman

- 12-year school- and community-based programmes. *Public Health Nutrition*, 12(10), 1735-1742.
- Rose, G. (1981). Strategy of prevention: Lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal*, 282(6279), 1847-1851.
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1), 32-38.
- Rothblum, E., & Solovay, S. (Eds.). (2009). *The fat studies reader*. New York: New York University Press.
- Seidell, J.C. (2009). Verhoogde sterfte bij ondergewicht, overgewicht en obesitas. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, (153).
- Shuldiner, A.M.D. (2014). *Causes of diabetes*. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. <http://niddk.nih.gov/health-information/health-topics/Diabetes/causes-diabetes/Pages/index.aspx/>
- Taubes, G. (2007). *Good calories, bad calories*. New York: Alfred A. Knopf.
- The Global BMI Mortality Collaboration. (2016). Body-mass index and all-cause mortality: individual participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*, 388(10046), 776-786. doi:dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30175-1
- 'The Surgeon General's Call To Action To Prevent and Decrease Overweight and Obesity', *US Surgeon General* 13 december 2001. [www.surgeongeneral.gov/library/calls/index.html](http://www.surgeongeneral.gov/library/calls/index.html)
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44206/>
- Visscher, T.L.S., Bakel, A.M. van & Zantinge, E.M. (2014). Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van overgewicht? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- WHO. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Genève: WHO. [www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en)