

Hoe verhouden de behandelopties obesitasmedicatie en bariatrische chirurgie zich tot de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht?

Samenvatting van bekende informatie gecombineerd met aanbevelingen



Door Bibian van der Voorn, Leandra Koetsier en Jutka Halberstadt

Care for Obesity, Vrije Universiteit Amsterdam

Mei 2023

Aanleiding

Vanuit praktijk en beleid nemen de vragen toe over hoe de beschikbaarheid van obesitasmedicatie en bariatrische chirurgie voor kinderen zich verhoudt tot de implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG) zoals beschreven in het [‘Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas’](#). Hoe lopen deze ontwikkelingen? Waar wordt de verbinding gezocht? Zijn er aanvullende organisatorische acties nodig?

Doel

Care for Obesity (VU) heeft in opdracht van JOGG uiteengezet hoe de beschikbaarheid van obesitasmedicatie en bariatrische chirurgie voor kinderen zich verhoudt tot de KnGG-aanpak .

Uiteenzetting reeds bekende informatie

Informatie uit [de overkoepelende richtlijn ‘Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen’](#) (sept 2022)

Op de startpagina van deze richtlijn wordt het volgende vermeld: “Naast leefstijl kunnen farmacotherapie en bariatrische chirurgie een rol spelen in de behandeling van obesitas bij kinderen. Hiervoor verwijzen wij naar de modules medicamenteuze behandeling en bariatrische chirurgie van de NVK-richtlijn. Voor klinische opname van kinderen met obesitas verwijzen wij naar de module klinische opname.”

Informatie uit [de beroepsspecifieke NVK-richtlijn 'Behandeling van kinderen met obesitas'](#) (nov 2020)

In de [module 'Medicamenteuze behandeling bij kinderen met obesitas'](#) staat de aanbeveling “Overweeg EMA-approved medicatie als de maximale GLI interventie niet effectief is.”

In deze module staat daarnaast vermeld “In 2017 is door de European Society of Endocrinology, de Pediatric Endocrine Society en de Endocrine Society gezamenlijk de Clinical Practise Guideline: Pediatric Obesity gepubliceerd (Styne, 2017). Men adviseert om geen anti-obesitas medicatie voor te schrijven bij kinderen < 16 jaar, tenzij in trialverband. Men stelt voor met de laagste mate van bewijs om FDA-approved medicatie voor te schrijven als een GLI niet helpt waarbij dit alleen gedaan moet worden door mensen met ervaring met deze medicatie. Een behandeling moet worden gestaakt als de BMI of BMI z-score minder dan 4% afneemt na 12 weken.”

Hierop is de volgende aanbeveling geformuleerd “deze medicatie kan alleen worden voorgeschreven in combinatie met een intensieve GLI en door kinderartsen met ervaring met deze medicatie. “

In de module [Indicatiestelling bariatrische chirurgie bij kinderen met obesitas](#) uit dezelfde richtlijn staan de volgende aanbevelingen:

“Verricht alleen bariatrische chirurgie bij adolescenten als voldaan wordt aan de volgende criteria:

- Eerst moet goed begrepen worden wat de oorzakelijke en onderhoudende factoren van de obesitas bij een individu zijn en in welke mate deze beïnvloedbaar zijn.

- De adolescent heeft een voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde BMI van ≥ 40 kg/m², of van 35 tot 40 kg/m² in combinatie met ernstige co-morbiditeit(en).
- De adolescent is gedurende een lange periode (>1 jaar) begeleid met gecombineerde leefstijlinterventies onder leiding van een expertise centrum met onvoldoende resultaat.
- De adolescent is individueel besproken in een lokaal multidisciplinair team en daarna door een landelijk expertiseplatform van onafhankelijke experts. Zowel lokaal multidisciplinair team als landelijk expertiseplatform staan achter bariatrische interventie.

Indien geconcludeerd wordt dat bariatrie noodzakelijk is, zijn er de volgende vereisten:

- Als minimale leeftijd geldt de eind-pubertaire adolescenten (Tanner stadium 4).
- De adolescent is bereid te participeren in een postoperatief multidisciplinair behandelprogramma, mee te werken aan zorgevaluatie en levenslange follow-up.”

Verder staat er in deze module '[Indicatiestelling bariatrische chirurgie bij kinderen met obesitas](#)' dat de NVK recent [een standpunt](#) ingenomen heeft ten aanzien van bariatrische chirurgie bij adolescenten. De werkgroep van [deze richtlijn 'Behandeling van kinderen met obesitas'](#) sluit zich aan bij dit standpunt. Het NVK-standpunt vermeldt een aantal criteria en kaders waaraan voldaan moet worden, inclusief dat bariatrische chirurgie uitsluitend plaats kan vinden als de zorg volgens de richtlijnen inclusief een volledige GLI is geprobeerd én als onthouding van een bariatrische ingreep een gereede kans zou geven op lichamelijke of geestelijke schade. Bovendien dient de ingreep onderdeel te zijn van een levenslange leefstijlbegeleiding. Verder stelt het standpunt dat de operaties alleen worden uitgevoerd in wetenschappelijk studieverband.

In dezelfde module staat ook “Bariatrische chirurgie is geen onderdeel van protocollaire behandeling kinderen met obesitas. In uitzonderingsgevallen kan bariatrische chirurgie overwogen worden adolescenten met extreme obesitas. Op korte termijn kan dit leiden tot significante daling in overgewicht en/of vermindering van co-morbiditeit. Er is echter terughoudendheid geboden omdat met name de lange termijn resultaten van de verschillende operaties bij adolescenten niet goed bekend zijn.”

In de module '[Criteria voor bariatrische chirurgie bij kinderen met obesitas](#)' staat: “Op dit moment zijn er geen prognostische factoren aan te wijzen waarbij rekening gehouden moet worden bij het selecteren van kinderen met obesitas voor een bariatrische ingreep”.

In de [module 'Organisatie van zorg bij kinderen met obesitas'](#) staat verder beschreven:

“De ondersteuning en zorg vindt plaats conform de principes van stepped en matched care: de inzet van de ondersteuning en zorg is zo laag als mogelijk en zo hoog als nodig - afhankelijk van de ernst van de problematiek - en wordt zo nodig geïntensiveerd.”

“Farmacotherapie wordt niet protocollair voorgeschreven door kinderartsen bij obesitas, maar EMA-goedgekeurde medicatie kan overwogen worden als aanvulling op een GLI, wanneer die op zichzelf niet effectief (genoeg) is. Voor enkele kinderen zou bariatrische chirurgie bij wijze van uitzondering beschikbaar moeten zijn.”

“De basis van de behandeling, de GLI, duurt 1 jaar, gevolgd door een onderhoudsfase van een jaar. Voor kinderen met ernstige obesitas geldt dezelfde basisaanpak, maar kan het nodig zijn om te intensiveren indien het gewicht gerelateerd gezondheidsrisico blijft toenemen (tabel 1 met hulpmiddel 1-3). De complexiteit van de vaak multifactoriele problematiek vraagt van alle betrokken partijen veel inzet en samenwerking, vaak resulterend in een langere behandelduur.”

Hierop is de volgende aanbeveling geformuleerd “De zorgprocessen beschreven in het landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas en de bijbehorende materialen worden aanbevolen. Overweeg om het proces te intensiveren naarmate de zorg complexer is of het overgewicht leidt tot een hoger cardiovasculair risico”.

Verder staat er in deze [module 'Organisatie van zorg bij kinderen met obesitas'](#) dat de indicatie voor intensivering van de behandeling pas gesteld kan worden als er minimaal 1 jaar GLI + psychologische/ systemische/ pedagogische aanpak moet zijn doorlopen en er door een obesitas expertisecentrum is vastgesteld dat maximale non-invasieve behandeling aan de patiënt is geboden en er sprake is van therapieresistentie. Én dat er in het verwijzend ziekenhuis vaste aanspreekpunten aanwezig zijn en er een centrale zorgverlener dichtbij huis is, die de ketenzorg en de brede aanpak rondom het kind met ernstige obesitas kan coördineren.

“De organisatie van zorg wordt deels in gespecialiseerde zorgpaden of expertise centra obesitas uitgevoerd, maar in de basis vindt de zorg plaats in de lokale ketenaanpak, al dan niet aangevuld met inzet van zorgpaden in de regionale ziekenhuizen. Elk onderdeel van deze organisatie heeft specifieke kenmerken en mogelijkheden voor behandeling of verwijzing.”

[Informatie uit het Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas \(dec 2018\)](#)

Het landelijk model biedt voldoende kaders waarbinnen medicatie een mogelijke optie kan zijn als onderdeel van de netwerkaanpak, zonder dat het wordt geëxpliciteerd. De GLI als onderdeel van de KnGG-aanpak wordt ook niet geëxpliciteerd. In het landelijk model staat het nu als volgt:

Visie

Pagina 8: “Kind en ouders zijn zelf verantwoordelijk voor het veranderen van hun gedrag en leefstijl, waar nodig gesteund door professionals en - zo mogelijk - hun eigen sociale netwerk. Zij volgen een leerweg zonder afgebakend eindpunt waarin het proces van gedragsverandering voorop staat. Het landelijk model ketenaanpak is erop gericht dit proces in gang te zetten. Dat kan door tijdelijk gespecialiseerde professionals in te zetten of één of meerdere interventies die wel een eindmoment kennen. Met andere woorden: de aanpak en de interventies kennen een tijdelijk karakter, het proces van veranderen niet.”

Proces. Stap 5 (Aan de slag)

Pagina 22 “In het plan staat beschreven welke professionals betrokken zijn bij de uitvoering van het plan. In ieder geval:

- de centrale zorgverlener;
- professionals met wie in een eerdere processtap is afgesproken dat zij betrokken worden bij de aanpak

Partners

Pagina 25: “Betrokken gespecialiseerde partners kunnen zijn:

- specialisten psychosociale zorg zoals een gespecialiseerde jeugdhulpverlener, psycholoog, psychiater en orthopedagoog;

- specialisten medische zorg, zoals een endocrinoloog of een klinisch geneticus;
- paramedici, zoals een (kinder)fysiotherapeut of een diëtist;
- professionals uit andere beroepsgroepen, zoals de tandarts en
- professionals rond geboortezorg.

Gespecialiseerde partners hebben een signalerende rol en kunnen betrokken worden voor aanvullend onderzoek en - zo nodig – voor het bespreken van de casus of als aanbieder van gespecialiseerde ondersteuning of zorg.”

Nieuwe ontwikkelingen

Sinds het uitkomen van [de NVK-richtlijn 'Behandeling van kinderen met obesitas'](#) (nov 2020) zijn er twee medicamenten door de EMA goedgekeurd voor gebruik bij therapieresistente obesitas bij kinderen. Dit betreft liraglutide voor adolescenten van >12jr en setmelanotide voor kinderen >6jr. Liraglutide wordt momenteel niet vergoed voor adolescenten. Kosten kunnen oplopen tot €270/maand. Setmelanotide kan alleen voorgeschreven worden aan kinderen en volwassenen die bekend zijn met één van deze drie vormen van genetische obesitas: Bardet-Biedl-syndroom, POMC-deficiëntie of LEPR-deficiëntie. Voor deze kinderen wordt behandeling met setmelanotide vergoed.

Daarnaast worden sinds kort maagverkleiningen bij Nederlandse jongeren met obesitas vanaf 13 jaar uitgevoerd in Nederland. Hier is aandacht aan besteed in de media, onder andere in De [Volkskrant en NRC](#).

Ook is er een beleidsregel in de maak voor de financiering van de CZV en GLI voor kinderen. Vanaf 1 januari 2024 zullen deze onderdelen van de KnGG-aanpak vergoed worden voor kinderen en adolescenten met obesitas en overgewicht met risicofactoren en/of comorbiditeit vanuit het basispakket van de zorgverzekering. De invoering van deze beleidsregel tezamen met financiële ondersteuning waar gemeentes vanuit het Integrale Zorgakkoord aanspraak op kunnen maken, zal leiden tot een opschaling van de lokale implementatie van de KnGG aanpak.

Samenvatting

- De behandelvormen obesitasmedicatie en bariatrische chirurgie worden deels in gespecialiseerde zorgpaden of expertisecentra obesitas uitgevoerd. In de basis vindt de obesitaszorg plaats binnen de lokale netwerkaanpak, al dan niet aangevuld met inzet van zorgpaden in de regionale ziekenhuizen.
- De indicatie voor obesitasmedicatie en bariatrische chirurgie kan pas gesteld worden in een tweede cyclus van het stappenplan van het landelijk model. Stap 1-5 moeten al eens doorlopen zijn en bij stap 5 zal dan gebleken zijn dat een GLI tot onvoldoende gewenste resultaten heeft geleid. Er moet dan door een obesitas expertisecentrum worden vastgesteld dat de huidige geboden behandeling onvoldoende is gebleken voor de patiënt en er dus sprake is van therapieresistentie. Een vereiste om deze behandelopties in te zetten is dat er in het verwijzend ziekenhuis vaste aanspreekpunten aanwezig zijn en er een centrale zorgverlener dichtbij huis is, die de ondersteuning en zorg volgens de netwerkaanpak kan blijven coördineren.
- Het landelijk model biedt voldoende kaders om behandelvormen zoals obesitasmedicatie en bariatrische chirurgie als onderdeel van de netwerkaanpak te zien, zonder dat het wordt geëxpliciteerd.