

## DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

## Obesitas als structureel onrecht

### Een radicaal ander sociaal contract voor een gezondere samenleving

Marcel F. Verweij en Marcel F.M. Canoy

#### Een schadelijke marktcyclus, het dogma van individuele verantwoordelijkheid en een kennistheoretische kwestie: drie problemen die de obesitascrisis in stand houden. Wat kan het tij keren?

Recente cijfers van het CBS laten zien dat overgewicht en obesitas een gezondheidsprobleem vormen dat blijft groeien. In 2023 was meer dan de helft van alle volwassenen in Nederland te zwaar en had bijna 16% obesitas. De prevalentie van de ernstige vormen van obesitas is sinds 1981 verviervoudigd.<sup>1</sup>

Dit groeiende gezondheidsprobleem was een centraal onderwerp in het Preventieakkoord waarin overheid, maatschappelijke partners en voedingsindustrie afspraken maakten om ziekte te voorkomen. Onderzoek van het RIVM laat zien dat het Preventieakkoord de trend niet heeft kunnen ombuigen.<sup>2</sup>

#### Ongezond aanbod

Het geringe succes van preventie is niet verwonderlijk gezien het overweldigende aanbod van ongezonde producten in supermarkten, van fastfoodoutlets in het straatbeeld, en gezien de rol van marketing die al dat voedsel nóg aantrekkelijker maakt. Calorierijk voedsel wordt met behulp van wetenschappelijke kennis over smaak en beleving zo ontwikkeld dat je het graag en vaak wilt consumeren.<sup>3</sup> De voedingsindustrie brengt producten op de markt die als gezonde variant gelabeld kunnen worden, maar deze zijn zelden echt gezond: je kunt beter water nemen dan cola light.

Er wordt veel onderzoek gedaan naar hoe je mensen kunt bewegen gezondere keuzes te maken in hun koop-, kook-, eet- en leefpatronen. Maken nudges, labels en andere vormen van gedragsbeïnvloeding het verschil? Vooralsnog lijken alle gezonde bedoelingen de trend nog niet te keren. Beter informatie is weinig betekenisvol voor de doelgroep die het meeste baat heeft bij gezond gedrag.<sup>4</sup> Het beïnvloeden van de prijs van gezonde en ongezonde producten, zoals een 'junkfoodtaks', lijkt wel effect te hebben, maar die weg wordt in Nederland nog niet gekozen. En als we die kant opgaan, geeft het vaak gedoe om definities en slagen fabrikanten erin om de belasting alsnog te ontwijken.

Tegenwoordig hebben voedselproducenten belangstelling voor stoffen die suiker en vet op zo'n manier kunnen 'eliminieren' dat deze niet meer in het lichaam worden opgenomen. Deze middelen kun je gebruiken als apart voedingssupplement of verwerken in een voedselproduct; het idee is dat de consument met dergelijke middelen de ongezonde effecten van bepaalde middelen kan neutraliseren.<sup>5</sup>

Het is niet alleen de voedingsindustrie die met producten komt voor een gezonder gewicht. De afgelopen jaren ontstond er een run op het diabetesmedicijn semaglutide dat, met een wekelijkse injectie, het effect heeft dat je eerder verzadigd voelt en minder hongersignalen hebt – en daardoor minder eet. De producent heeft ook een prikpil ontwikkeld met een hogere dosis, speciaal voor mensen met obesitas.

#### Obesitascrisis in een vicieuze cirkel

Deze laatste ontwikkelingen zijn reden te meer om enkele structurele knelpunten te erkennen in hoe we maatschappelijk met voeding, overgewicht en gezondheid omgaan. De obesitascrisis wordt in stand gehouden door drie problemen die elkaar versterken: een schadelijke marktcyclus, het idee van obesitas als individueel probleem en een kennistheoretische kwestie. We laten zien hoe deze problemen een vicieuze cirkel creëren die resulteert in structurele onrechtvaardigheid.

#### Probleem 1: De schadelijke marktcyclus

Het eerste probleem is verankerd in onze markteconomie: de keten van voedingsindustrie, consument, farmaceutische industrie en leefstijlaanbod. Deze keten leidt tot maatschappelijk ongewenste uitkomsten. De voedingsindustrie produceert verleidelijke maar ongezonde producten, en consumenten zwichten massaal voor de verleidingen. Voor velen is gezond voedsel simpelweg te duur. De

gezondheidsschade die ontstaat wordt beantwoord met varianten van lightproducten. Leefstijlinterventies en afslankclubs hebben voor heel veel mensen slechts beperkt of tijdelijk en dus een teleurstellend effect. ‘Fitfluencers’ bieden bovendien niet zelden onzinproducten aan.<sup>6</sup> Afslankmedicijnen en voedings-supplementen waarvan beweerd wordt dat ze suiker kunnen neutraliseren vormen interessante innovaties, maar ze ondermijnen de motivatie om gezonder te leven.

Deze marktcyclus houdt een ongezonde leefstijl in stand. Het leidt tot verspilling van middelen, verdringing in de zorg en doet afbreuk aan humane en planetaire gezondheid. Het creëert een verdere afhankelijkheid van de voedings- en farmaceutische industrie. En het zal de maatschappelijke tweedeling vergroten tussen groepen die zich afslankmedicijnen en supplementen kunnen veroorloven, en zij die dat niet kunnen.

### Probleem 2: Het idee van individuele verantwoordelijkheid

Het tweede probleem is dat deze cyclus het idee versterkt dat overgewicht en obesitas in eerste instantie een verantwoordelijkheid zijn van het individu. Dankzij de talloze mogelijkheden om de gezondheidseffecten van ongezond voedingsgedrag te vermijden, lijkt dit vooral een keuzevraagstuk voor de consument. Soms doet ook de gezondheidszorg hieraan mee door keuzeopties te bieden die vooral gevolgschade van overgewicht en symptomen bestrijden. De diepere oorzaken worden niet aangepakt. Het aanspreken van de patiënt op diens gewicht en het aanpakken van de diepere oorzaken is immers lastig.

Juist daarom zou iedere arts zich moeten inzetten voor een maatschappij die minder ziekmakend is en gezond leven makkelijker maakt, zoals ook Hagenaars en collega's elders in het NTVG betogen.<sup>7</sup> Als zoveel mensen te zwaar zijn, is er geen enkele reden om individuele verantwoordelijkheid centraal stellen. Het dogma van individuele verantwoordelijkheid gaat vooral ten koste van mensen die sociaal en economisch onder druk staan en voor wie zelf kiezen en verantwoordelijkheid nemen juist extra lastig is.

### Probleem 3: Een kennistheoretische kwestie

Het derde probleem is kennistheoretisch van aard. Vanzelfsprekend verwachten we dat gezondheidszorg en -beleid zoveel mogelijk gebaseerd zijn op wetenschappelijk bewijs. De voedingsindustrie en farmaceutische industrie hebben hierin een gigantische voorsprong. Ze hebben enorme financiële middelen, en hebben hun tentakels op allerlei manieren in onderzoeksgroepen op universiteiten verankerd. En bovenal hebben ze het ‘geluk’ dat effectiviteit en veiligheid van producten goed zijn te testen in dubbelblinde gerandomiseerde trials – de gouden standaard voor wetenschappelijk onderzoek.

Vergelijk dat met preventie. Financiering en implementatie zijn ingewikkeld, de methodologische uitdagingen om beleid te evalueren zijn groot, en de onderzoeksmiddelen zijn minimaal in vergelijking met onderzoeksbudgetten van voeding en farma. Volgens de huidige wetenschappelijke normen is het soort bewijs dat verkregen kan worden voor de effectiviteit van collectieve preventie van mindere kwaliteit dan de bewijskracht die de voedingsindustrie en farmaceutische industrie kunnen voorleggen. Daarmee worden maatregelen die de maatschappelijke oorzaken van gezondheid kunnen tackelen, al voordat ze ingevoerd worden, op onoverbrugbare achterstand gezet ten opzichte van individugerichte farmaceutische interventies.

### Structureel onrecht als gevolg

Deze drie fundamentele problemen vormen een vicieuze cirkel die resulteert in ongezonde uitkomsten. De cirkel ondermijnt solidariteit omdat de gezondheidsschade het grootst is bij kwetsbare groepen die vaak het verwijt krijgen dat ze betere keuzen moeten maken. Die groepen hebben al te maken met het stigma van overgewicht of ze leven in stress en armoede waardoor een gezond leven nauwelijks bereikbaar is. In navolging van politiek filosoof Iris Marion Young kunnen we dit een structureel onrecht noemen.<sup>8</sup> Er is geen sprake van onrechtmatig handelen door een specifieke persoon of organisatie, maar kwetsbare groepen worden systematisch benadeeld door de manier waarop bedrijven, overheden zorgorganisaties en wetenschappelijke instellingen elk hun eigen doelen nastreven; doelen die individueel legitiem zijn, maar gezamenlijk leiden tot collectief falen. Het betekent dat die partijen gezamenlijk een morele verantwoordelijkheid dragen om dit onrecht tegen te gaan.

### Een radicaal ander sociaal contract

De cyclus is hardnekkig en kan niet met een simpele beleidswijziging of een hernieuwd preventieakkoord worden doorbroken. Tegelijkertijd hebben alle betrokkenen een morele verantwoordelijkheid om het tij te keren. Wat is er nodig? Een sociaal contract dat resulteert in andere maatschappelijke structuren (zie het infokader Sociaal contract). Een contract waarin ieders morele verantwoordelijkheid zo mogelijk ook juridisch wordt afgedwongen. Zo'n sociaal contract kan met drie pijlers een antwoord bieden op de drie deelproblemen. Deze bespreken we hier achtereenvolgens.

### Pijler 1: Doorbreek de schadelijke marktcyclus

Ten eerste moet de schadelijke marktcyclus worden doorbroken. Dat kan door veel strengere eisen te stellen aan voedingsindustrie en supermarkten. Reclames voor ongezonde producten worden in de ban gedaan. De wetgeving rond misleiding van gezondheidsclaims is slap en gebaseerd op rationele consumenten die kleine lettertjes lezen – niemand voldoet aan dat beeld. Naast het verbieden van misleiding bij ‘gezonde’ producten kunnen veel producten ook een verplichte gezondheidswaarschuwing krijgen. Stimuleer supermarkten om ongezonde producten minder ruimte te geven. De farmaceutische industrie kan op afstand worden gehouden door afslankmedicijnen alleen beschikbaar te stellen voor de meest kwetsbare doelgroepen die zonder een afslankmedicijn grote risico's lopen.

### Pijler 2: Erken een gedeelde morele verantwoordelijkheid

De tweede pijler start vanuit de erkenning dat obesitas bestreden moet worden door maatschappelijke verandering – een gedeelde morele verantwoordelijkheid. Individuele burgers hebben ook hun eigen verantwoordelijkheid, maar die is niet leidend in het sociaal contract.

Het sociaal contract presenteert morele verantwoordelijkheden die maatschappelijke actoren sowieso hebben en het drukt de wil uit daarnaar te handelen. Het contract is dus niet, zoals het Preventieakkoord, de uitkomst van onderhandelingen met het bedrijfsleven; het volgt uit ethische en juridische argumentatie en maatschappelijke discussie.<sup>9</sup> Dat geeft de industrie de noodzaak om verantwoordelijkheid te accepteren. Succesvolle bedrijven weten als geen ander hoe gedrag beïnvloed kan worden. Die kennis kunnen zij gezamenlijk inzetten voor een gezonder leven. In veel gevallen betekent dat: minder consumeren, minder suiker, een stuk fruit in plaats van een reep, meer groente en minder vlees. Maatschappelijke verantwoordelijkheid is geen marketinginstrument, maar een plicht waarop bedrijven worden afgerekend.

### Pijler 3: Kijk anders naar onderzoek

De derde pijler richt zich op het kennistheoretisch probleem. Dat probleem raakt het hart van de wetenschap: kennisproductie moet betrouwbaar zijn en niet bepaald worden door economische belangen. Om met dat laatste te beginnen: de ongezonde invloed van de industrie is groot.<sup>10</sup> Er kunnen veel strengere eisen worden gesteld aan financiering van onderzoek en beïnvloeding van onderzoeksagenda's, zowel binnen universiteiten als in publiek-private subsidieprogramma's. Er is daarnaast behoefte aan andere 'gouden standaarden' voor wetenschappelijk onderzoek. Een voorbeeld: heel veel sociaal-maatschappelijke innovaties kennen 'softere' baten. De ouderenzorg is sterk gebaat bij zorgzame buurten,<sup>11</sup> maar die baten kun je niet aantonen in een dubbelblinde gerandomiseerde studie. Wetenschappelijke methoden om maatschappelijke baten en lasten vast te stellen, verdienen veel meer aandacht en waardering. Voor maatschappelijke interventies zijn de in de medische wetenschappen gebruikelijke niveaus van bewijskracht dus irrelevant.

### Tot besluit

Het sociaal contract voor gezonder leven kan leren van klimaatbeleid. Daar is de grens van anderhalve graad opwarming een helder baken. Voor preventie kan ook zo'n doel worden gesteld, bijvoorbeeld dat in 2040 de prevalentie van obesitas moet zijn teruggedrongen van 16% tot 10%. Dit kan worden gezien als een nadere invulling van het recht op gezondheid (artikel 22 van de Grondwet en artikel 11 van het Europees Sociaal Handvest van de Raad van Europa).<sup>12,13</sup> Zo'n doel biedt in de toekomst wellicht mogelijkheden om overheden en bedrijven juridisch aan te spreken wanneer zij onvoldoende actie ondernemen, zoals ook in klimaatrechtzaken gebeurt.

Voor effectieve preventie is een radicale aanpak noodzakelijk. Het is niet realistisch te verwachten dat het nieuwe sociale contract zomaar tot stand komt. Enkele eerste stappen liggen wel voor de hand, zoals het inperken van reclame en gezondheidsclaims, medicatie om af te slanken beperken tot de meest kwetsbare doelgroepen en wetenschappelijk onderzoek minder afhankelijk maken van de farmaceutische en voedingsindustrie.

Het is vooral nodig dat de overheid en het bedrijfsleven hun morele verantwoordelijkheid accepteren. Het politieke tij lijkt niet gunstig, maar de morele verantwoordelijkheid van de overheid kan niet afhankelijk zijn van de politieke kleuren in de regering en het parlement. Er is geen goede andere weg: preventie loopt vast in belangen en gepolder, terwijl de obesitasklok venijnig verder tikt. Een ziekmakende maatschappij mag de behandeling niet afwentelen op individuele burgers. Die maatschappij moet zelf worden genezen.

- Online artikel en reageren op [ntvg.nl/D8242](https://ntvg.nl/D8242)
- Universiteit Utrecht, Ethiek Instituut, Utrecht: prof.dr. M.F. Verweij, filosoof.Vrije Universiteit, afd. Ethics, Governance and Society, Amsterdam: prof.dr. M.F.M. Canoy, gezondheidseconoom.
- Contact: M.F. Verweij ([m.f.verweij@uu.nl](mailto:m.f.verweij@uu.nl))

- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 24 april 2024 Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2024;168:D8242

## Literatuur

1. 1. CBS. [Obesitas afgelopen 40 jaar verdrievoudigd](#) (gegevens uit Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor), 4 maart 2023.
2. 2. Eykelenboom M, Boer JMA, ten Dam J, et al. Doorrekening impact Nationaal Preventieakkoord: deelakkoord overgewicht. Worden de ambities voor 2040 bereikt? RIVM-rapport 2023-0414. Bilthoven: RIVM, 2024. [doi:10.21945/RIVM-2023-0414](#)
3. 3. De Amicis R, Mambriani SP, Pellizzari M, et al. Ultra-processed foods and obesity and adiposity parameters among children and adolescents: a systematic review. Eur J Nutr. 2022;61(5):2297-2311. [doi:10.1007/s00394-022-02873-4](#). [Medline](#)
4. 4. Shrestha A, Cullerton K, White KM, Mays J, Sendall M. Impact of front-of-pack nutrition labelling in consumer understanding and use across socio-economic status: A systematic review. Appetite. 2023;187:106587. [doi:10.1016/j.appet.2023.106587](#). [Medline](#)
5. 5. Corbyn Z. [Can we have our cake and eat it?](#) The Guardian, 24 februari 2024.
6. 6. Friedman D. Most Fitness Influencers Are Doing More Harm Than Good. New York Times. Mei, 2023.
7. 7. Hagens LL, ter Ellen F, Stronks K. [Hoe maken we de samenleving minder obesogeen? Inzichten uit de politicologie en complexiteitswetenschappen](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2024;168:D8231.
8. 8. Young IM. [Responsibility for Justice](#). Oxford University Press, 2011.
9. 9. Verweij M, Dawson A. Sharing Responsibility: Responsibility for Health Is Not a Zero-Sum Game. Public Health Ethics. 2019;12(2):99-102. [doi:10.1093/phe/phz012](#). [Medline](#)
10. 10. Canoy M, Hollak CF. [Farmareclame: een niet-noodzakelijk kwaad](#). Medisch Contact, 29 januari 2020.
11. 11. Canoy M, Smelik J, Ham M. (red). Zorgzame buurten. Movisie, 2023.
12. 12. Dute JCJ. De vrijblijvendheid voorbij. Over het recht op preventie, Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2013.
13. 13. Toebes B. Gezondheid als mensenrecht. Overpeinzingen in het licht van de coronacrisis. Ars Aequi. 2021;70(3):225-233.

## Het begrip 'sociaal contract'

Het sociaal contract is een van de fundamentele denkwijzen in de politieke filosofie, ontleend aan de verhandeling 'Du contrat social ou Principes du droit politique' van de filosoof Jean-Jacques Rousseau (1712–1778). Een sociaal contract beschrijft een daadwerkelijke of hypothetische overeenkomst die in een maatschappij wordt gesloten over de manier waarop die maatschappij is georganiseerd. Het kan gaan om een pakt tussen burgers onderling of tussen burgers en hun heersers dan wel het politiek bestuur. Dit contract legt de verhoudingen en ieders plichten en rechten binnen de samenleving tussen bevolking en regeerders vast. (bron: Encyclopaedia Britannica, lemma 'Social contract').