



Handvatten bij het voorschrijven van medicatie bij obesitas

Betrokken organisaties: RHOGO, SAGO, DVGO

Opgesteld door: namens SAGO: Nienke Kuitert; namens DVGO: Debbie Smiet, Renee de Kruijf; namens RHOGO: Merel Oosterling, Leonie Bisschop, Fiona Bart, Maaïke Ronda en Mirelle de Valk.

Versie V4 incl. aanpassingen betrokken organisaties, verwerking Zorgstandaard Obesitas NHG en laatste check Kaderhuisarts DM

Het voorschrijven van medicatie bij obesitas is facultatief. Verwijs naar een obesitascentrum indien medicatie niet door de huisarts zelf wordt voorgeschreven.

Inhoud

| | |
|---|---|
| 1. Drie instroomroutes: A, B, C | 3 |
| Route A — Verzekerde zorg (volgens richtlijnen en vergoedingsregels) | 3 |
| Route B — Zelfbetaler, met medische begeleiding- wie doet wat? | 3 |
| Route C — Zelf aangeschaft (zonder begeleiding) en nu met klachten - wie doet wat?..... | 4 |
| 2. Rollen in het netwerk | 4 |
| 3. Medicatie | 5 |
| 3.1 Kernprincipes | 5 |
| 3.2 Aandachtspunten bij gebruik gewicht reducerende medicatie | 5 |
| 3.3 Voorlichting/educatie..... | 5 |
| 3.4 Beloop en effectevaluatie (stop-/doorgaan criteria)..... | 6 |
| 3.5 Laboratorium (start en vervolg) – ‘co-lab op deficiënties’ | 6 |
| 3.6 Duur van behandeling en herbeoordeling..... | 6 |
| 3.7 Middelselectie en samenvatting | 7 |
| 3.8 Bijwerkingen melden | 8 |

1. Drie instroomroutes: A, B, C

In de regio onderscheiden we drie manieren waarop iemand in zorg kan komen m.b.t. obesitasmedicatie:

- Verzekerde zorg conform richtlijnen en vergoedingskaders;
- Zelfbetaler onder medische supervisie;
- Zelf aangeschaft (zonder supervisie) met klachten.

In alle routes geldt: leefstijlondersteuning en diëtetiek zijn basis, en we borgen veiligheid via triage en monitoring. Bij route C zorgen we ervoor dat we de schade zoveel mogelijk beperken, dat de apotheek controleert welke medicijnen precies zijn gebruikt, dat (vermoede) bijwerkingen worden gemeld bij Lareb, en dat we de patiënt actief begeleiden naar een traject met goede medische begeleiding (route A of B).

De nieuwe NHG standaard Obesitas 2025 adviseert stoppen bij <5% gewichtsverlies na 12 weken op maximale dosis. Dit geldt voor alle middelen.

Route A — Verzekerde zorg (volgens richtlijnen en vergoedingsregels)

- Patiënt voldoet aan NHG criteria (BMI ≥ 35 + comorbiditeit (coronaire hartziekten, beroerte, PAV, DM type2, OSAS, artrose van een dragend gewicht) of BMI ≥ 40 , BMI grens bij mensen met niet-westerse achtergrond is anders*)
- Minimaal 1 jaar actieve deelname aan GLI zonder voldoende resultaat
- Medicatie alleen als aanvulling op GLI, met monitoring en evaluatie
- Evaluatie na 12 weken maximaal verdraagbasere dosering: bij $\geq 5\%$ gewichtsverlies doorgaan, anders stoppen/afbouwen.

* Patiënten met een niet-westerse achtergrond (Aziatisch, midden-oosten, afrikaans, caribisch) met een BMI 32,5-37,4 + comorbiditeit of BMI ≥ 37.5

Wie doet wat bij Route A?

- Huisarts: beoordeelt of medicatie past bij de situatie en stelt het behandelplan vast. Bespreekt kosten vanuit het eigen risico.
- POH-S: plant controles, bespreekt werking/bijwerkingen en ondersteunt leefstijl. Voorwaarden voor de vergoeding (ZN formulier) volgt klachten en effect; stimuleert GLI-deelname en/of verwijzing diëtiste.
- Diëtist: voert een intake uit, geeft voedingsadvies, preventie klachten, voedingsdeficiënties, Sarcopenie
- Apotheker: controleert op interacties en juiste dosering.
- Leefstijlcoach/GLI: begeleidt bij blijvende gedragsverandering.

Route B — Zelfbetaler, met medische begeleiding- wie doet wat?

Voorbeeld: Iemand wil medicatie zelf betalen. De huisarts legt uit wat wel/niet vergoed wordt en welke controles nodig zijn. De POH-S bespreekt bijwerkingen en leefstijl, de apotheeker checkt interacties met bestaande medicatie.

- Huisarts: bespreekt voor- en nadelen, kosten en alternatieven; legt afspraken vast (informed consent).
- POH-S: plant controles, bespreekt werking/bijwerkingen en ondersteunt leefstijl. Volgt klachten en effect; stimuleert GLI-deelname en/of verwijzing diëtiste.
- Diëtist: voert een intake uit, geeft voedingsadvies, preventie klachten, voedingsdeficiënties, Sarcopenie
- Apotheker: controleert op interacties en juiste dosering.

Route C — Zelf aangeschaft (zonder begeleiding) en nu met klachten - wie doet wat?

Doel: veiligheid eerst, schade beperken, en de patiënt begeleiden richting route A of B.

Stap 1: Beoordelen van urgentie (triage)

Wie: Huisarts/POH-S

Wat: inschatten of klachten acuut zijn (bijv. ernstige buikpijn, uitdroging, aanhoudend braken, angstklachten, hartkloppingen).

Voorbeeld: Iemand kocht semaglutide online en heeft fors braken. De POH-S plant dezelfde dag een beoordeling; de huisarts beoordeelt of er spoed nodig is.

Stap 2: Controleren welke middelen zijn gebruikt

Wie: Apotheker

Wat: medicatie-check (werkzame stof, sterkte, herkomst, interacties).

Voorbeeld: De patiënt neemt doosje en pen mee. De apotheker controleert of het product echt en veilig is en belt de huisarts bij risico's.

Stap 3: Bijwerkingen melden

Wie: Huisarts of apotheker (samen met patiënt)

Wat: (Vermoede) bijwerkingen melden bij Lareb.

Voorbeeld: Na start van naltrexon/bupropion ontstaan hartkloppingen. De apotheker en huisarts doen samen met de patiënt een melding bij Lareb.

Stap 4: Overstap aanbieden naar begeleide zorg

Wie: Huisarts/POH-S (en diëtist/leefstijlcoach/GLI voor vervolg)

Wat: uitleggen waarom medische begeleiding nodig is; patiënt actief geleiden naar route A of B (met leefstijl/diëtetiek als basis).

Voorbeeld

De patiënt stopt met online bestellen en kiest voor route A: controles via POH-S, voedingsbegeleiding via diëtist, en evaluatie na 12–16 weken.

2. Rollen in het netwerk

- De huisarts is medisch eindverantwoordelijk bij het voorschrijven van medicatie en bewaakt overzicht en coördinatie
- De POH-S neemt taken over van de huisarts, zoals controles en uitleg geven over medicatie en leefstijl
- De POH-GGZ helpt bij psychische of gedragsproblemen die samenhangen met overgewicht
- De diëtist doet een intake en geeft voedingsadvies om klachten en deficiënties te voorkomen en het effect van de behandeling te vergroten.
- De apotheker controleert welke medicijnen de patiënt gebruikt, let op risico's en meldt samen met de patiënt of huisarts eventuele bijwerkingen bij Lareb en doet een medicatiecheck bij deelnemers van de GLI en/of op verzoek van de huisarts of POH
- De leefstijlcoach/GLI begeleidt de patiënt bij het aanleren van gezondere gewoontes op de lange termijn
- Het leefstijlloket en wijkteam helpen de patiënt als er ook andere problemen spelen, zoals schulden, werk of stress, en zorgen dat de juiste hulp wordt ingeschakeld.
- Bij complexiteit of twijfel consulteren we internist via MCC-werkafspraken.

(Gebaseerd op [taken en verantwoordelijkheden van PON](#))

3. Medicatie

3.1 Kernprincipes

- Schrijf alleen volgens richtlijn en vergoedingen medicatie bij obesitas voor. Vul de artsverklaring eerlijk en volledig in. Dit is niet nodig bij zelfbetalers
- Ozempic wordt niet vergoed bij de behandeling van obesitas (Ozempic is voor DM type 2)
- Bij het voorschrijven van GLP-1 aan een zelfbetaler, verwijs altijd naar het leefstijlloket en diëtist en borg monitoring

3.2 Aandachtspunten bij gebruik gewicht reducerende medicatie

- Tip: Laat patiënt vragenlijst op checkoorzakenovergewicht.nl invullen
- Check eerst volgens de [richtlijn obesitas](#) wat mogelijke oorzaken zijn en handel daar zo nodig naar. Stel BMI en buikomvang vast en bepaal het GGR.
- Bepaal het nuchter glucose bij patiënten > 45 jaar én BMI ≥ 27 ; stel een cardiovasculair risicoprofiel op bij patiënten met BMI ≥ 30 , overweeg ALAT te bepalen, tenzij < 6 maanden geleden bepaald (screening op MASLD).
- Ga samen met patiënt motivatie, belang en mogelijkheden na voor leefstijlondersteuning, GLI en (eventueel) medicatie.
- Verwijs vóór start standaard naar een diëtist (intake + voedingsadvies; preventie misselijkheid/obstipatie; borg volwaardige voeding).

3.3 Voorlichting/educatie

Medicatie werkt vooral in combinatie met leefstijlverbetering.

Verwijzing diëtist

- Verwijs de patiënt vóór de start met een GLP1 naar een diëtist met als vraagstelling om het huidige voedingspatroon in kaart te brengen. Daarnaast is het van belang dat de diëtist voedingsadviezen geeft, zodat misselijkheidsklachten, spiermassaverlies en obstipatie zoveel mogelijk worden voorkomen en er een volwaardig voedingspatroon genuttigd wordt.
- Begeleiding door diëtiste is essentieel voor succes: minder uitval na start, voorkomen tekort aan nutriënten als eetlust afneemt. Anders leren eten met kleinere porties.

Voedingsadvies

- Kwaliteit van voeding heeft effect op succes van medicatie: meer vezels, beter microbioom, betere werking GLP-1.
- Het is belangrijk om patiënten te vertellen om minder te eten dan ze gewend zijn, langzaam te eten, goed te kauwen en bij het eerste gevoel van verzadiging te stoppen met eten
- Vette voeding en te veel eten verergeren de misselijkheidsklachten
- Zorg voor voldoende vochtinname (geen koolzuurhoudende of zoete dranken)

Voldoende beweging is van belang voor een optimaal resultaat van de behandeling.

- Verbetering spiermassa zorgt minder terugval in gewicht na stoppen medicatie: sporten belangrijk, met name krachttraining is van belang.

3.4 Beloop en effectevaluatie (stop-/doorgaan criteria)

Doel: duidelijke afspraak vooraf met de patiënt over wanneer we stoppen of doorzetten op basis van effect en veiligheid.

In onze regio spreken we af (conform de NHG Standaard Obesitas 2025):

Na 12 weken behandeling (na gebruik van maximaal verdraagbare dosis) evalueren we het effect.

- Is het gewichtsverlies minder dan 5%? Dan stoppen of bouwen we de medicatie af.
- Is het gewichtsverlies 5% of meer? Dan gaan we door.

Deze afspraak geldt voor alle middelen, dus ook voor Mysimba, Saxenda). Voor Mysimba en Saxenda is deze 5%-regel verplicht volgens de officiële richtlijnen.

Bronnen:

- Mysimba: [CBG-nieuwsbericht, 2025](#)
- Saxenda:
 - [Saxenda product informatie](#)
 - [Saxenda formulieren](#)

3.5 Laboratorium (start en vervolg) – ‘co-lab op deficiënties’

Doel: gericht screenen op contra-indicaties/comorbiditeit, en klachten door verminderde intake vroeg signaleren. (Let op: routinematig uitgebreid deficiëntiepakket is niet standaard; kies *gericht* op indicatie.)

A. Voor start (baseline)

- Altijd: lengte/gewicht, BMI, buikomvang, GGR; medicatie- en comorbiditeitencheck.
- Lab :
 - Lever (ALAT)
 - stel een cardiovasculair risicoprofiel op volgens NHG Standaard CVRM/ Lipaemisch profiel (secundair risico).

B. Vervolg tijdens behandeling

- Na 12weken (evaluatie-moment): gewicht, BMI, klachten/bijwerkingen,.

C. Na een jaar behandeling (vaker op indicatie)

- Meet gewicht en buikomvang, bepaal BMI
- Lab: bepaal bij patiënten met (blijvende) obesitas elke 3 jaar het nuchter glucose en bepaal elke 5 jaar het cardiovasculaire risicoprofiel

3.6 Duur van behandeling en herbeoordeling

- Kernboodschap aan patiënt (vooraf): obesitas is een chronische aandoening; gewichtstoename na stoppen komt vaak voor. Behandeling is daarom langdurig en vraagt jaarlijkse herbeoordeling van effect, bijwerkingen, voorkeuren en doelen.
- Praktisch:
 - Na 12 weken na maximaal verdraagbare dosering: doorgaan bij $\geq 5\%$ gewichtsverlies en aanvaardbare bijwerkingen; anders staken of switchen.
 - Daarna elke 12 maanden: evaluatie (gewicht, bijwerkingen, CV-risico, doelen, leefstijl).
 - Stoppen → bespreek terugvalrisico en nazorgplan (GLI/diëtist/leefstijlcoach).

3.7 Middelenselectie en samenvatting

| | GLP-1 receptor agonisten: Liraglutide/Saxenda | Mysimba (naltrexone-bupropion) |
|---|--|---|
| Werkingsmechanisme | Stimuleren insulinesecretie, remmen glucagon, vertragen maaglediging, verhogen verzadiging | Beïnvloedt het beloningssysteem in de hersenen; vermindert eetlust. |
| Gewichtsverlies | Effectief (Liraglutide gemiddeld 4.3% bij gebruik in aanvulling op GLI). | Effectief (gemiddeld 4,5% bij gebruik in aanvulling op GLI) |
| Cardiovasculaire effecten | Verminderen ernstige cardiovasculaire gebeurtenissen. | Onzeker; er zijn zorgen over cardiovasculaire veiligheid, nader onderzoek vereist. |
| Bijwerkingen | Maagdarmstoornissen treden vaker op in het begin van de behandeling en nemen gewoonlijk af binnen enkele dagen of weken. Verminderen bij langzame dosisopbouw. | Zeer vaak (> 10%): hoofdpijn. Misselijkheid, braken, obstipatie. Mogelijke cardiovasculaire risico's; verder onderzoek nodig. |
| Dosering | <ul style="list-style-type: none"> - Startdosering 0,6 mg subcutaan, 1x/dag met een voorgevulde pen - Met tussenpozen van tenminste 1 week verhogen tot een onderhoudsdosering van 3,0 mg 1x/dag | <ul style="list-style-type: none"> - Week 1: 1 tablet 's ochtends - Week 2: 1 tablet 's ochtends en 1 tablet 's avonds, - Week 3: 2 tabletten 's ochtends en 1 tablet 's avonds, - Week 4 en verder: 2 tabletten 's ochtends en 2 tabletten 's avonds. Max. 2 tabletten 2x/dag. |
| Aandachtspunten bij start | | <ul style="list-style-type: none"> - Controleer de bloeddruk (ongereguleerde hypertensie is een contra-indicatie) - Bij mensen met lichte tot matige nierschade de egfr vervolgen. - Bij leverfunctiestoornissen wordt lab controle aanbevolen. - Naltrexon/bupropion heeft invloed op de rijvaardigheid. Adviseer de patiënt om bij start van het middel en an elke dosisverhoging 1 week niet te rijden. |
| Vergoeding (machtiging invullen: ZN - Formulieren - Documenten (znformulieren.nl)) | <ul style="list-style-type: none"> - >18 jaar, verhoogd GGR, geen diabetes en komt (nog) niet aanmerkingen voor metabole chirurgie (bijv. bij een afwijzing door obesitascentrum of afzien van een operatie door patiënt) - BMI>40 of BMI 35-40 + co morbiditeit (minimaal één van de volgende: hart- en vaatziekte, slaapapneu, artrose) - minimaal 1 jaar met actieve inzet een erkend GLI-programma gevolgd en dit heeft niet het resultaat opgeleverd zoals aangegeven in de richtlijn obesitas* (minder dan 5% gewichtsverlies bij GGR en minder dan 10% gewichtsverlies bij SGGR) - moet in combinatie met GLI gebruikt worden - Evaluatie na 3 maanden (>5% vermindering lichaamsgewicht) en na 2 jaar behandeling of de patiënt nog baat heeft. Indien dit zo is, dient er een nieuwe artsenverklaring te worden ingevuld. | <ul style="list-style-type: none"> - >18 jaar, verhoogd GGR, - BMI>30 of BMI 27-30 + co morbiditeit (minimaal één van de volgende: hart- en vaatziekte, diabetes type 2, slaapapneu, artrose) - minimaal 1 jaar met actieve inzet een erkend GLI-programma gevolgd en dit heeft niet het resultaat opgeleverd zoals aangegeven in de richtlijn obesitas (minder dan 5% gewichtsverlies bij GGR en minder dan 10% gewichtsverlies bij SGGR) - moet in combinatie met GLI gebruikt worden - Evaluatie na 4 maanden (>5% vermindering lichaamsgewicht) en na 2 jaar behandeling of de patiënt nog baat heeft. Indien dit zo is, dient er een nieuwe artsenverklaring te worden ingevuld. |

Contra-indicaties

- Absolute CI: eGFR <10
- Relatieve CI: pancreatitis in de voorgeschiedenis

- ouderen \geq 75 jaar; voorzichtig bij ouderen > 65 jaar
- kinderen < 18 jaar
- epilepsie of CZN tumor
- gebruik of MAO remmers
- ongereguleerde hypertensie
- eindstadium nierfalen
- ernstig leverfalen
- (voorgeschiedenis van) bipolaire stoornis/eetstoornis
- Zwangerschap

Relatieve CI
cardiovasculaire en psychiatrische aandoeningen

Interacties o.a. met antidepressiva, antipsychotica, betablokkers

3.8 Bijwerkingen melden

Zorgverleners (en patiënten) melden (vermoede) bijwerkingen bij **Bijwerkingencentrum Lareb**. Ook bij zelfmedicatie/zelfaanschaf is melden relevant vanwege de signaalwaarde.

- [Bijwerkingencentrum Lareb](#)
- [College ter Beoordeling van Geneesmiddelen – Bijwerking melden](#)

Nuttige sites voor huisartsen:

- [NHG Standaard obesitas 2025](#)
- [Check Oorzaken Overgewicht](#)
- [PON – Behandel overgewicht](#) (ook vergoedingen te vinden)
- [PON – Optimale aanpak van overgewicht](#)