

Handvat obesitasmedicatie voor de huisartsenpraktijk

Met de herziening van de NHG-Standaard Obesitas is het voorschrijven van gewichtsreducerende medicatie een facultatief aanbod binnen de huisartsenpraktijk. Dit praktische handvat biedt ondersteuning voor huisartsenpraktijken die medicatie willen voorschrijven aan patiënten met obesitas.

Dit handvat is gebaseerd op de [NHG-Standaard Obesitas](#) (versie oktober 2025) en geeft een overzicht van consulten rondom de start en monitoring van obesitasmedicatie, inclusief de belangrijkste aandachtspunten en de rol van de huisarts en de POH-S.

Indien ervoor wordt gekozen om geen obesitasmedicatie binnen de eigen praktijk aan te bieden, dan kunt u verwijzen naar de tweede lijn, bij voorkeur naar een gespecialiseerd obesitascentrum of een internist gespecialiseerd in obesitas.

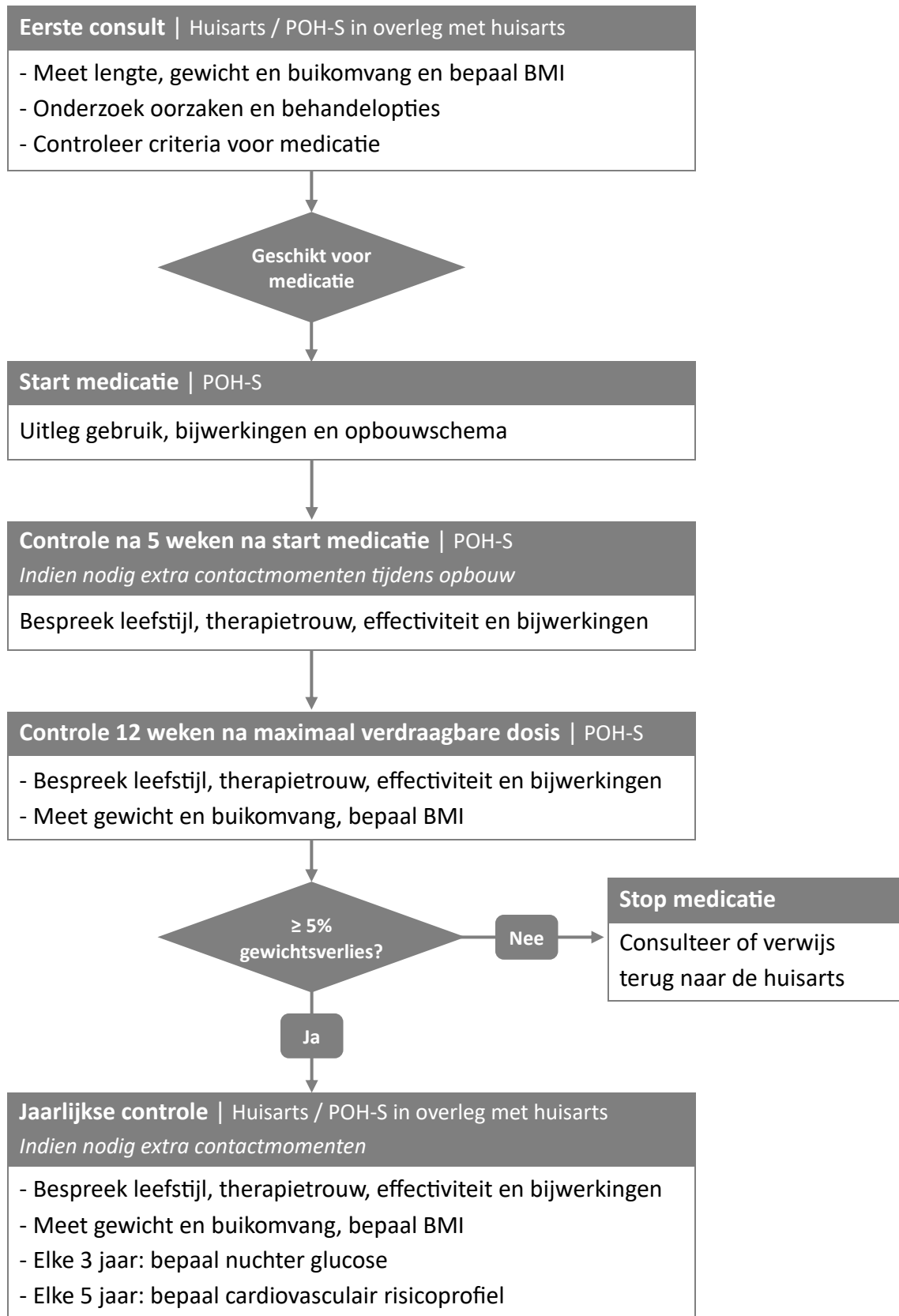
Doelgroep

- Dit handvat is uitsluitend van toepassing op patiënten met obesitas van 18 jaar en ouder.
- Dit handvat is niet van toepassing op patiënten met obesitas én diabetes mellitus type 2, voor deze patiënten is het [Zorgprogramma Diabetes Mellitus](#) van toepassing.

Inhoudsopgave

Stroomschema consulten obesitasmedicatie.....	2
Toelichting per consult	3
Bijlagen	4
Bijlage 1: Interventies voor patiënten bij wie een ongezonde leefstijl (mede) oorzaak is voor overgewicht of obesitas	4
Bijlage 2: Behandelen oorzaken overgewicht	5
Bijlage 3: Criteria voor gewichtsreducerende medicatie bij obesitas.....	5
Bijlage 4: Overzicht van gewichtsreducerende medicatie bij obesitas	6
Bijlage 5: Voorlichting aan patiënten	7
Bijlage 6: Stoppen met gewichtsreducerende medicatie	8
Bijlage 7: Verantwoordelijkheden huisarts en POH-S bij gewichtsreducerende medicatie.....	8

Stroomschema consulten obesitasmedicatie



Toelichting per consult

Consult	Zorgverlener	Uit te voeren handelingen	Opmerkingen
Eerste consult	Huisarts of POH-S in overleg met huisarts	<ul style="list-style-type: none"> - Meet lengte, gewicht en buikomvang en bepaal BMI. - Onderzoek onderliggende oorzaken en passende behandelmogelijkheden voordat met medicatie wordt gestart. - Controleer of de patiënt voldoet aan de criteria voor medicatie (zie bijlage 3). 	<ul style="list-style-type: none"> - Zie bijlage 1 voor interventies bij wie een ongezonde leefstijl oorzaak is voor obesitas. - Voor het onderzoeken van oorzaken kan de patiënt voorafgaand aan het consult de vragenlijst invullen op https://www.checkoorzakenovergewicht.nl. Kopieer de conclusie naar de O-regel in het HIS, de volledige vragenlijst kan worden toegevoegd als document. - Zie bijlage 2 voor een overzicht van diverse oorzaken en behandelmogelijkheden. - Zie bijlage 4 voor de mogelijke middelen en de belangrijkste contra-indicaties.
Start medicatie	POH-S	<ul style="list-style-type: none"> - Geef uitleg over gebruik, bijwerkingen en opbouwschema van de medicatie. - Bij naltrexon/bupropion: meet de bloeddruk. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zie bijlage 4 voor het opbouwschema per middel. - Zie bijlage 5 voor voorlichting aan patiënten.
Controle 5 weken na start medicatie	POH-S	<ul style="list-style-type: none"> - Bespreek leefstijl, therapietrouw, effectiviteit en bijwerkingen. - Bij naltrexon/bupropion: meet de bloeddruk. Stop met de medicatie bij aanhoudende bloeddrukstijging. - Als de maximale dosis van liraglutide of naltrexon/bupropion nog niet is bereikt is, overleg of de opbouwfase verlengd wordt of de actuele dosis wordt aangehouden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Overweeg extra contactmomenten indien begeleiding bij de opbouw van de medicatie gewenst is. - Bij liraglutide en naltrexon/bupropion is na 5 weken vaak de maximaal verdraagbare dosis bereikt. Semaglutide is nog in de opbouwfase.
Controle na 12 weken maximaal verdraagbare dosis	POH-S	<ul style="list-style-type: none"> - Bespreek leefstijl, therapietrouw, effectiviteit en bijwerkingen. - Meet gewicht en buikomvang, bepaal BMI. - Bij naltrexon/bupropion: meet de bloeddruk. Stop met de medicatie bij aanhoudende bloeddrukstijging. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stop met de medicatie bij gewichtsverlies <5% na 12 weken maximaal verdraagbare dosis (zie bijlage 6). Consulteer of verwijst terug naar de huisarts.
Jaarlijkse controle (vaker op indicatie)	Huisarts of POH-S in overleg met huisarts	<ul style="list-style-type: none"> - Bespreek leefstijl, therapietrouw, effectiviteit en bijwerkingen. - Meet gewicht en buikomvang, bepaal BMI. - Bij naltrexon/bupropion: meet de bloeddruk. Stop met de medicatie bij aanhoudende bloeddrukstijging. - Bepaal elke 3 jaar de nuchter glucose en elke 5 jaar het cardiovasculaire risicoprofiel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indien na 2 jaar behandeldoel behaald is/stabiele situatie optreedt: overweeg geleidelijk af te bouwen (zie bijlage 6). - Indien het gewicht toeneemt bij (langdurig) gebruik van medicatie: probeer de oorzaak te achterhalen en/of consulteer of verwijst naar een internist gespecialiseerd in obesitas.

Bijlagen

Bijlage 1: Interventies voor patiënten bij wie een ongezonde leefstijl (mede) oorzaak is voor overgewicht of obesitas

Graad	BMI (kg/m ²)	Geen comorbiditeit		Gewichtsgelateerde comorbiditeit*
		Buikomvang niet vergroot	Buikomvang ≥ 88 cm (♀)/102 cm (♂)	
Overgewicht	25-29,9 ^{††}	Leefstijladviezen (eventueel onder begeleiding diëtist/fysiotherapeut)	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen (eventueel onder begeleiding diëtist/fysiotherapeut) Overweeg GLI 	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen (eventueel onder begeleiding diëtist/fysiotherapeut) Overweeg GLI
Obesitas	30-34,9 [†]	Leefstijladviezen (eventueel onder begeleiding diëtist/fysiotherapeut)	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen (eventueel onder begeleiding diëtist/fysiotherapeut) Overweeg GLI 	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen (eventueel onder begeleiding diëtist/fysiotherapeut) Overweeg GLI
Ernstige obesitas	35-39,9 [†]	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen (eventueel onder begeleiding diëtist/fysiotherapeut) Overweeg GLI 		<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen (eventueel onder begeleiding diëtist/fysiotherapeut) Overweeg GLI Overweeg gewichtsreducerende medicatie bij onvoldoende effect na 1 jaar GLI (< 10% gewichtsverlies) Overweeg bariatrische chirurgie
Zeer ernstige obesitas	≥ 40 [†]	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen (eventueel onder begeleiding diëtist/fysiotherapeut) Overweeg GLI Overweeg gewichtsreducerende medicatie bij onvoldoende effect na 1 jaar GLI (< 10% gewichtsverlies) Overweeg bariatrische chirurgie 		

Gebaseerd op tabel 13.1 uit MDR Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen (2023).

Behandeling van overgewicht zonder ernstig vergrote buikomvang of comorbiditeit valt buiten scope van deze standaard.

Voor GLP1-agonisten bij obesitas in combinatie met diabetes mellitus type 2, zie NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2.

Legenda Gewichtsgelateerd Gezondheidsrisico (GGR)

■ = licht verhoogd risico ■ = matig verhoogd risico ■ = sterk verhoogd risico ■ = extreem verhoogd risico

* Cardiovasculaire aandoeningen (coronaire hartziekten, beroerte, perifere arterieel vaatlijden), diabetes mellitus type 2, slaapapneu, artrose van een dragend gewricht).

† Personen met een Aziatische (inclusief Hindostaanse), Midden-Oosterse, Afrikaanse of Afrikaans-Caribische migratieachtergrond hebben een lagere referentiewaarde (gemiddeld 2,5 punt lager).

‡ Ouderen ≥ 70 jaar hebben een hogere referentiewaarde voor overgewicht: BMI 28 - 29,9.

Bijlage 2: Behandelen oorzaken overgewicht

Bespreek samen met de patiënt welke oorzaken er spelen of bespreek de antwoorden op de vooraf ingevulde vragenlijst <https://www.checkoorzakenovergewicht.nl/> en bespreek de behandel mogelijkheden:

- Leefstijlfactoren: zie [bijlage 1](#) voor behandel mogelijkheden op basis van het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico (GGR).
- Sociaal-economische factoren: verwijst naar het sociaal domein.
- Psychische factoren: behandel deze of verwijst voor behandeling, bijvoorbeeld naar de POH-GGZ.
- Medicamenteuze factoren: vervang medicatie die gewichtstoename als bijwerking heeft (zie tabel h2 van de [NHG richtlijn Obesitas](#)) indien mogelijk door een alternatief zonder gewichtsverhogende bijwerking. Overleg zo nodig met de tweede lijn of een apotheker.
- Hormonale factoren (buiten schildklierandoening), hypothalamische of genetische factoren: verwijst naar de tweede lijn.

Zie tabel h1 van de [NHG richtlijn Obesitas](#) voor een uitgebreider overzicht van de factoren die kunnen bijdragen aan deze oorzaken.

Bijlage 3: Criteria voor gewichtsreducerende medicatie bij obesitas¹

- Een BMI 35-39,9 en gewichtsgelateerde comorbiditeit (coronaire hartziekten, beroerte, perifere arterieel vaatlijden, diabetes mellitus type 2, obstructief slaapapneu of artrose van een dragend gewricht)
óf een BMI \geq 40.
óf Aziatische (inclusief Hindostaanse), Midden-Oosterse, Afrikaanse of Afrikaans-Caribische achtergrond met BMI 32,5-37,4 en bovengenoemde gewichtsgelateerde comorbiditeit, of een BMI \geq 37,5.
- **én** \geq 1 jaar gemotiveerd hebben deelgenomen aan een (gecombineerde) leefstijlinterventie met onvoldoende gewichtsreductie ($<$ 10% gewichtsverlies vanaf extreem verhoogde GGR)
én blijven deelnemen aan deze leefstijlinterventie, of na afronding van het 2-jarige GLI-programma gemotiveerd zijn voor continuering van de gezonde leefstijl.

Schrijf medicatie niet voor bij patiënten $>$ 75 jaar en tijdens zwangerschap of lactatie.

¹ Dit zijn de criteria volgens de NHG-Standaard Obesitas. De vergoedingsvoorwaarden kunnen hiervan afwijken, bekijk de [ZN formulieren](#) voor de meest recente informatie.

Bijlage 4: Overzicht van gewichtsreducerende medicatie bij obesitas

Middel (stofnaam), toedieningsvorm	Start- en opbouwdosering	Gewichtsverlies*	Bijwerkingen	Belangrijkste contra-indicaties/interacties
Liraglutide 3 mg (pen met 18 mg liraglutide levert doses van 0,6 mg, 1,2 mg, 1,8 mg, 2,4 mg en 3,0 mg)	Week 1: 0,6 mg s.c. 1 dd Week 2: 1,2 mg s.c. 1 dd Week 3: 1,8 mg s.c. 1 dd Week 4: 2,4 mg s.c. 1 dd Week 5 (onderhoud): max. 3 mg s.c. 1 dd	4,3%	- Zeldzaam: pancreatitis, cholecystitis - Veelvoorkomend: maagdarms- toornissen, hoofdpijn	Absolute contra-indicatie: ernstige nierfunctiestoornis (eGFR < 10) Relatieve contra-indicatie: pancreatitis in voorgeschiedenis
Semaglutide ² 2,4 mg (pen met 4 doses van 0,25 mg, 0,5 mg, 1,0 mg, 1,7 mg of 2,4 mg)	Week 1: 0,25 mg s.c. 1 × per week Week 5: 0,5 mg s.c. 1 × per week s.c. Week 9: 1 mg s.c. 1 × per week Week 13: 1,7 mg s.c. 1 × per week Week 17 (onderhoud): 2,4 mg s.c. 1 × per week	11,8%	- Zeldzaam: pancreatitis, cholecystitis - Veelvoorkomend: maagdarms- toornissen, hoofdpijn, vermoeidheid	Absolute contra-indicatie: ernstige nierfunctiestoornis (eGFR < 10) Relatieve contra-indicatie: pancreatitis in voorgeschiedenis
Naltrexon/bupropion (8/90 mg tablet mga)	Week 1: 1 tablet 's ochtends Week 2: 2 dd 1 tablet (max. 2 tabletten per dag bij matige of ernstige nierfunctiestoornis) Week 3: 2 tabletten 's ochtends, 1 tablet 's avonds Vanaf week 4: 2 dd 2 tabletten	4,5%	- Zeldzaam: psychosen, ITP, suïcidepoging, hepatitis, cholecystitis, convulsies - Veelvoorkomend: maagdarms- toornissen, hoofdpijn, slapeloosheid, duizeligheid, angst, droge mond, spierpijn, hypertensie	Absolute contra-indicaties: epilepsie, CZS-tumor, ongereguleerde hypertensie, opioïdengebruik (risico op acuut onthoudingssyndroom, insulten, serotoninesyndroom), MAO-remmers, (voorgeschiedenis van) bipolaire stoornis / boulimia / anorexia nervosa, ernstig leverfalen, eindstadium nierfalen, brugadasyndroom Relatieve contra-indicaties: cardiovasculaire en psychiatrische aandoeningen Interacties o.a. met antidepressiva, antipsychotica, bètablokkers

ITP = idiopathische trombocytopenische purpura; CZS = centraal zenuwstelsel.

Schrijf geen gewichtsreducerende middelen voor bij leeftijd > 75 jaar en bij zwangerschap/lactatie.

* Gemiddeld gewichtsverlies bij gebruik als aanvulling op een (gecombineerde) leefstijlinterventie

² Semaglutide wordt op dit moment niet vergoed, bekijk de [ZN formulieren](#) voor de meest recente informatie.

Bijlage 5: Voorlichting aan patiënten

- Gewichtsreducerende medicatie kan bij patiënten met een extreem verhoogde gewichtsgerateerde gezondheidsrisico (GGR) worden ingezet als aanvulling op een GLI bij voldoende inzet maar met onvoldoende resultaat. Doel van de medicatie is ondersteuning van blijvende gedragsverandering.
- Over de langetermijneffecten van gewichtsreducerende medicatie na 2 jaar is weinig bekend (effectiviteit, nadelige effecten, hoe af te bouwen).
- De voorwaarden waaronder gewichtsreducerende medicatie vergoed wordt, verschillen per middel (gebruik de [ZN formulieren](#) voor de huidige stand van zaken).
- GLP1-agonisten vertragen de maaglediging en vergroten daardoor het verzadigingsgevoel.
- Naltrexon zorgt ervoor dat het gevoel van verzadiging langer aanhoudt. Bupropion remt de heropname van dopamine, waardoor het hongergevoel afneemt.
- Belangrijk is dat gewichtsverlies vooral bestaat uit afname van vetmassa en geen spiermassa. Bij GLP1-agonisten komt afname van spiermassa regelmatig voor. Voldoende beweging volgens de beweegnorm, met name krachttraining, speelt een belangrijke rol in het behoud van spiermassa. Dit is extra belangrijk voor patiënten die weinig bewegen of immobiel zijn, vanwege een verhoogd risico op sarcopenie. Daarnaast is een adequate eiwitname van belang, verwijst eventueel naar een diëtist.
- De effectiviteit van gewichtsreducerende medicatie varieert tussen 5-15% gewichtsverlies. Het is niet te voorspellen welk middel bij welke patiënten goed zal aanslaan. Na een aantal maanden wordt een plateau bereikt.
- Abrupt stoppen met gewichtsreducerende medicatie leidt vaak tot opnieuw gewichtstoename.
- Bijwerkingen zoals misselijkheid komen vaak voor.

Opbouw en dosering

- Instrueer de patiënt om bij bijwerkingen of bij direct groot gewichtsverlies een langzamer opbouwschema aan te houden.
- Verhoog de dosering geleidelijk, afhankelijk van effectiviteit en bijwerkingen, tot de maximaal verdraagbare dosering. De patiënt kan dit vaak zelf inschatten, tot aan het eerste controlemoment op 5 weken. Het is belangrijk dat de patiënt noteert op welke dag(en) de dosis is opgehoogd.
- Naltrexon/bupropion heeft invloed op de rijvaardigheid. Adviseer de patiënt om bij de start van het middel en na elke dosisverhoging 1 week niet te rijden.

Bijlage 6: Stoppen met gewichtsreducerende medicatie

- Het is onbekend of het nodig is om gewichtsreducerende medicatie langdurig (bijvoorbeeld > 2 jaar) te gebruiken. Overweeg daarom in overleg met de patiënt de medicatie na 2 jaar geleidelijk af te bouwen tot proefstop indien een langdurig stabiele situatie optreedt of het behandeldoel behaald is.
- Het is onbekend wat de beste manier van afbouwen is. Abrupt stoppen lijkt te leiden tot gewichtstoename. Pragmatisch kan hetzelfde schema worden aangehouden als bij het opbouwen. Als een patiënt weer aankomt bij een lagere dosis of proefstop, kan een herstart overwogen worden.

Bijlage 7: Verantwoordelijkheden huisarts en POH-S bij gewichtsreducerende medicatie

- De huisarts is verantwoordelijk voor het besluit om te starten met medicatie. De POH-S kan dit in overleg met de huisarts initiëren.
- De huisarts kan overwegen om medicatie voor te schrijven aan patiënten die niet aan de voorwaarden voor vergoeding voldoen. In dat geval valt de medicatie buiten de basisverzekering en blijft de huisarts verantwoordelijk voor de periodieke controles en monitoring van bijwerkingen en complicaties.
- De huisarts draagt geen verantwoordelijkheid voor periodieke controles bij elders verkregen medicatie. De huisarts heeft wel een rol in het signaleren van bijwerkingen en complicaties van dergelijke middelen. Het behandelen van deze bijwerkingen dan wel complicaties is de verantwoordelijkheid van de voorschrijver. De patiënt is verantwoordelijk behandelaren te informeren over het medicatiegebruik.