

Aanpak van overgewicht en obesitas EZH 2025

Het aantal mensen met overgewicht of obesitas neemt snel toe met grote gezondheidsgevolgen en hoge zorgkosten. De behandeling verandert snel.

Aandacht voor overgewicht of obesitas binnen de EZH biedt kansen:

- Door de aanpak van overgewicht of obesitas kan de gezondheid van mensen worden verbeterd. Klachten en gevolgen kunnen worden voorkomen.
- De zorg kan afgestemd worden op de persoonlijke situatie van de patiënt en multidisciplinair worden geboden. Dit is van belang is omdat overgewicht of obesitas vaak meerdere oorzaken en bijdragende factoren heeft.

Er zijn ook uitdagingen:

- De kennis over behandeling verandert snel.
- Er zijn veel mensen die lijden aan overgewicht of obesitas en aanspraak op hulp kunnen doen.
- Zorgverleners hebben beperkte tijd en capaciteit.
- Er is beperkte financiering voor deze zorg.

EZH helpt zorgverleners om op de hoogte te blijven van de mogelijkheden in aanpak, nieuwe kennis en behandelmethodes. Dit gebeurt via de website, columns, en bijeenkomsten.

Vermijd in het gesprek stigmatiserend taalgebruik	
Spreek over: • Te hoog of ongezond gewicht • Patiënt met obesitas • Ernstige obesitas • Eetgewoontes	In plaats van: • Obees of dik • Obese patiënt • Morbide patiënt • Dieet

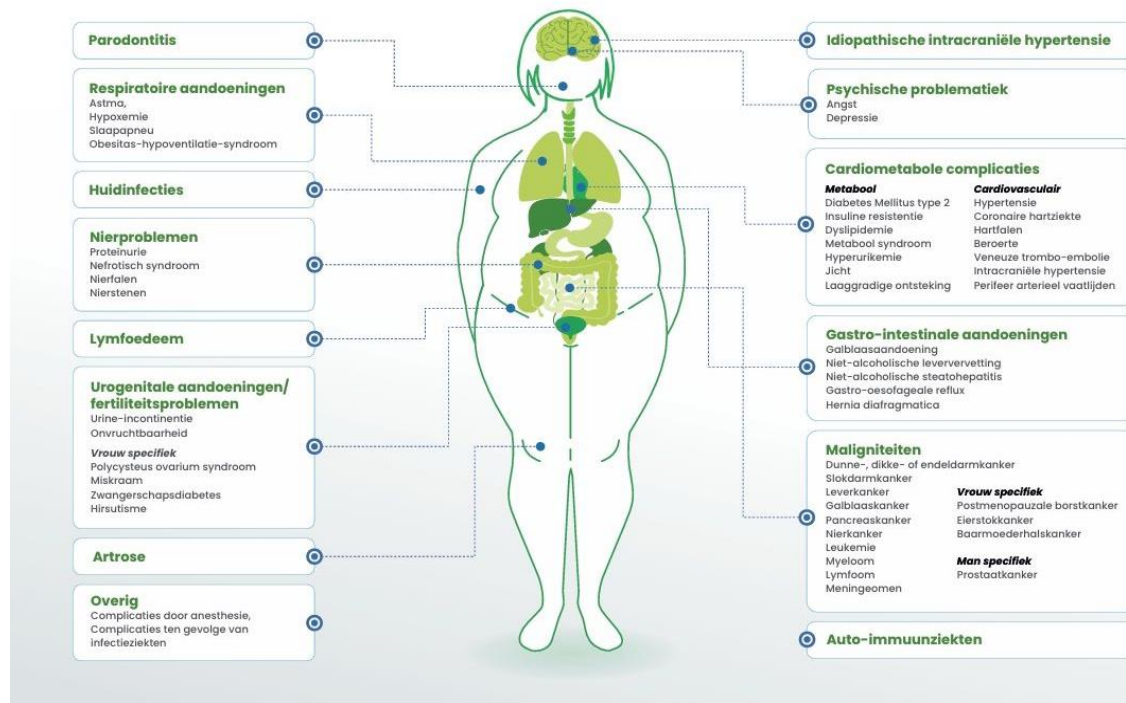
Inleiding

Gezondheid wordt beïnvloed door een veelheid van factoren welke worden weergegeven in onderstaande figuur.



© Partnerschap Overgewicht Nederland (PON)

Overgewicht en obesitas zijn een snelgroeiend gezondheidsprobleem. Obesitas is een poortziekte naar 200 andere aandoeningen hieronder weer gegeven.



Dit figuur is onderdeel van de Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen

In de regio Twente heeft 52,6% van de volwassenen overgewicht en 16,3% ernstig overgewicht. Deze percentages liggen boven het landelijke gemiddelde van respectievelijk 49,4% en 14,3%.

Overgewicht en obesitas hebben vaak meerdere oorzaken en bijdragende factoren. Deze zijn te achterhalen door de patiënt de vragenlijst op www.checkoorzakenovergewicht.nl vragen in te vullen. Behandelopties moeten aansluiten bij de oorzaken. Op www.behandelovergewicht.nl krijgt de zorgverlener hier tips en adviezen over.

Mogelijke factoren bij het ontstaan in stand houden van overgewicht

Relevante factoren die van invloed kunnen zijn op het gezondheidsrisico gerelateerd aan gewicht (GGR), leefstijlgedrag en motivatie en dus een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van overgewicht:

Leefstijl:

- voeding, beweging, ontspanning, slaap, roken en alcohol- en middelengebruik
- eerdere pogingen tot leefstijlverandering

Lichamelijke gezondheid:

- aan- of afwezigheid van ziekten
- andere mogelijk nog onbekende medische en lichamelijke factoren
- de door de persoon ervaren lichamelijke gezondheid

Mentale gezondheid:

- de door de persoon ervaren mentale gezondheid, zoals mentaal welbevinden en zingeving
- de aan- of afwezigheid van psychische of psychiatrische aandoeningen

Psychosociaal welzijn (iemand's functioneren in relatie tot anderen):

- de aanwezigheid, de mate en kwaliteit van sociale contacten en betekenisvolle relaties
- maatschappelijke participatie en maatschappelijke betrokkenheid
- het door de persoon zelf ervaren psychosociaal welzijn

Sociaal-economisch welzijn (verworven eigenschappen en andere kenmerken waardoor iemand bij een bepaalde groep is gaan horen):

- de financiële situatie, huisvesting, werk (inhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden)
- opleiding, kennis en vaardigheden
- het door de persoon zelf ervaren sociaal-economisch welzijn

Gezondheidsvaardigheden: cognitieve en sociale vaardigheden die men nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van een goede gezondheid

Persoonskenmerken zoals:

- leeftijd en geslacht
- verstandelijke vermogens
- mate van geletterdheid, mate van zelfredzaamheid, taalbeheersing
- karaktereigenschappen
- culturele achtergrond
- normen, waarden, ideeën en gedachten die iemand heeft over zichzelf en de wereld om hem heen

Directe omgeving (kenmerken van de fysieke en de sociale omgeving):

- wijk/buurt en typische kenmerken van de wijk op het gebied van voorzieningen, veiligheid en samenstelling
- woonsituatie, samenstelling huishouden, primair gesproken taal
- werk- of schoolomgeving
- culturele en geloofsgemeenschap
- vrienden- en kennissenkring
- leefwijzen, gebruiken, normen, waarden en overtuigingen van mensen in deze verschillende omgevingen

Motivatie: mate van intrinsieke motivatie om te veranderen, gevoel van autonomie, benodigde vaardigheden en steun bij verandering

Multidisciplinaire samenwerking EZH

Omdat overgewicht of obesitas meerdere oorzaken en bijdragende factoren kan hebben is samenwerken belangrijk.

Op de hier beschreven manier kan de overgewicht of obesitas zorg door de EZH-zorgverleners worden ingevuld.

Door wie:	
Actie:	

Stap 1 Netwerk EZH

Herken overgewicht en obesitas. Vraag toestemming dit te bespreken. Zorg dat je voldoende kennis hebt om deze stap te maken, door de informatie op de website van de EZH over dit onderwerp te kennen.

Voorbeeld openingsvraag: vindt u het goed dat we het over uw gewicht hebben?

Stap 2 Netwerk EZH

Exploreer wensen en mogelijkheden. Verwijs naar de patiënten-informatie op de EZH-website en naar Thuisarts.nl. Wijs patiënt op de mogelijkheid dit onderwerp met de huisarts, POH-S of diëtiste verder te bespreken.

Stap 3 Huisarts, POH-S, diëtist

Stel vast wat er speelt en bijdraagt aan overgewicht of obesitas middels de vragenlijst te laten invullen door de patiënt op www.checkoorzakenovergewicht.nl.

Stap 4 Huisarts, POH-S, diëtist

Bespreek de uitkomsten van de vragenlijst. Verwijs gericht n.a.v. de resultaten van de vragenlijst en wensen patiënt.

Stap 5 Netwerk EZH (verwijsmogelijkheden)

Leefstijl GLI Leefstijlcoach Diëtist Slaaptherapie Ontspanningstherapie	Sociaaleconomisch Maatschappelijk werk Sociaal domein	Psychisch POH-GGZ Psycholoog Huisarts
Medicatie Apotheek Huisarts Medisch specialist	Medisch (genetisch, hormonaal, hypothalaam) Huisarts Medisch specialist	

Stap 6 Huisarts, POH-S, diëtist, medisch specialist

Overweeg, na optimalisatie van leefstijl en andere bijdragende factoren, de inzet van medicatie of van bariatric (bij de juiste indicatie).

Bij patiënten met een extreem verhoogd gewichtsgeseguleerde gezondheidsrisico kan deze inzet parallel lopen aan stap 5. Zie hiervoor www.behandelovergewicht.nl. De huisarts kan kiezen inzet van medicatie zelf te doen of hiervoor te verwijzen. Indien de huisarts zelf medicatie voorschrijft is de mogelijke taakverdeling hieronder weergegeven.

Welke keuzes hierin gemaakt worden zijn afhankelijk van beschikbare menskracht en kennis in de huisartsenpraktijk en van voorkeuren van de patiënt en vergoedingsmogelijkheden*.

*Diëtetiek wordt 3 uur vergoed uit basispakket. Wel wordt het eigen risico aangesproken. Vaak zijn mensen aanvullend verzekerd. Indien mensen de GLI volgen, kan een deel van de contactmomenten daarin ondergebracht worden.

Taakverdeling bij inzet medicatie

Taakverdeling bij inzet obesitasmedicatie in de eerste lijn		
	Optie 1	Optie 2
Voorschrijven medicatie	Huisarts	Huisarts
Preventief voedingsconsult	Diëtist	Diëtist
Sputuinstructie	Apotheek	Apotheek
Uitleg medicatiegebruik	Apotheek	Apotheek
Startconsult	POH-S	Diëtist
Controle na 1 maand	POH-S	Diëtist
*Evt. controle na 2 maanden	POH-S	Diëtist
Controle na 3 maanden	POH-S	Diëtist
*Evt. controle na 6 maanden	POH-S	Diëtist
Jaarcontrole	POH-S	Diëtist

*Controle advies NHG 2025 na 1, 3, 12 maanden. Overige controles naar inzicht zorgprofessional. Controles 2, 6 maanden kunnen telefonisch.

Huisarts verwijst naar diëtist met duidelijke vraagstelling en taakbeschrijving (preventief voedingsconsult alleen of preventief voedingsconsult plus begeleiding bij medicatie). Diëtist rapporteert aan de huisarts:

- Na 3 maanden over het behaalde resultaat, en wel/niet voortgang medicatie
- Bij vermoeden deficiënties waarbij verder onderzoek gewenst is
- Bij jaarcontrole

Verwijsmogelijkheden in de regio tweedelijns zorg voor obesitasmedicatie:
• Obesitas Centrum ZGT • Twente Kliniek Oldenzaal

Behandeladviezen

De [multidisciplinaire richtlijn](#) geeft de volgende behandeladviezen (klik op het schema om bij de interactieve versie te komen).

Gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) en indicatie algemene behandelmogelijkheden voor volwassenen met overgewicht en obesitas

(klik op elk onderdeel in de tabel voor nadere informatie).

Tabel 2

¹ BMI KG/M ²	GEEN VERGROTE BUIKOMVANG ¹ OF COMORBIDITEIT ²	BUIKOMVANG ¹ Man ≥102 cm vrouw ≥88 cm	COMORBIDITEIT ²
≥ 25 BMI < 30 Overgewicht	Adviezen gezonde leefstijl ³	Basis GLI ⁴ Bij BMI ≥ 27 kg/m ² : overweeg gewichtsreducerende medicatie toe te voegen na één jaar behandeling met de geïndiceerde GLI naar oordeel van de zorgprofessional(s) ⁴	Basis GLI (met aanvullende zorg) ⁴
≥ 30 BMI < 35 Obesitas klasse I	Adviezen gezonde leefstijl ³	Basis GLI ⁴ Overweeg gewichtsreducerende medicatie toe te voegen na één jaar behandeling met de geïndiceerde GLI naar oordeel van de zorgprofessional(s) ⁴	Basis GLI (met aanvullende zorg) ⁴ Bij DM2: indien GLI en maximale inzet gewichtsreducerende medicatie onvoldoende effect hebben, overweeg metabole chirurgie
≥ 35 BMI < 40 Obesitas klasse II	Basis GLI	Gespecialiseerde GLI ^{4,5} (evt. basis GLI met/zonder aanvullende zorg) Overweeg toevoegen van gewichtsreducerende medicatie na één jaar behandeling met de geïndiceerde GLI of vroeger in de behandeling naar oordeel van de zorgprofessional(s) ^{4,5} Patiënt met een Aziatische of Hindoestaanse achtergrond: Overweeg metabole chirurgie	Gespecialiseerde GLI ^{4,5} (evt. basis GLI met aanvullende zorg) Overweeg metabole chirurgie
BMI ≥ 40 Obesitas klasse III	Gespecialiseerde GLI ^{4,5} Overweeg toevoegen van gewichtsreducerende medicatie vroeg in de behandeling met de geïndiceerde GLI naar oordeel van de zorgprofessional(s) ^{4,5} Overweeg samen met de patiënt en een multidisciplinair behandelteam de mogelijkheid van metabole chirurgie		

Mate van Gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR)

Licht verhoogd
 Matig verhoogd
 Sterk verhoogd
 Extreem verhoogd

Gezond Leven

Wijs patiënten op de algemene adviezen verzameld op de EZH pagina [gezond leven](#).



Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)

Er is goed [aanbod voor GLI](#) beschikbaar. Ook zijn er [online GLI](#) mogelijkheden.

Vergoedingsvoorwaarden	BMI >25 en <35, in combinatie met een grote buikomvang (vrouwen >88 cm, mannen >102 cm of co-morbiditeit BMI > 35
Advies multidisciplinaire richtlijn	De GLI is de basis van alle behandeling bij overgewicht en obesitas

Bariatric

Vergoeding	BMI $\geq$ 40 of BMI $\geq$ 35 én comorbiditeit.
Advies <u>multidisciplinaire richtlijn</u>	BMI$\geq$40 of BMI$\geq$35 én comorbiditeit BMI$\geq$35 én patiënt met een Aziatische of Hindoestaanse achtergrond én buikomvang >102 cm man, >88cm vrouw. BMI 30-35 én DM2: indien GLI en maximale inzet gewichtsreducerende medicatie onvoldoende effect hebben

Voor bariatric kan worden verwezen verwijzen naar [Obesitascentrum ZGT](#) of elders in Nederland naar een centrum van voorkeur van de patiënt.

Medicatie bij obesitas

Gezonde leefstijl blijft de basis van de behandeling.

Het is aan de individuele huisartspraktijken hoe zij invulling geven aan de medicamenteuze ondersteuning. Hierbij werken huisarts, POH-s, diëtist en apotheker nauw samen. We beschrijven hier na de indicaties, vergoeding en adviezen. Huisarts kan kiezen voor verwijzing naar de tweede lijn, indien die dit niet zelf voorschrijft. In de regio zijn hiervoor 2 mogelijkheden:

- [Kliniek Twente](#)
- [Obesitascentrum ZGT](#)

Overzicht medicatie voor volwassenen

Dit overzicht bevat de medicatie die geadviseerd wordt in de [richtlijnendatabase](#).

Ter vergelijking zijn Semaglutide (Wegovy®) en Tirzepatide (Mounjaro) toegevoegd omdat ze ook de registratie voor behandeling obesitas hebben. Nieuwere middelen als zoals retatrutide, orforglipron en MarTide zijn niet opgenomen, deze zijn (nog) niet geregistreerd.

Medicijn (merknaam)	Registratie	Vergoeding	Advies multidisciplinaire richtlijn	NHG standaard (onder embargo)	Geschatte kosten (exclusief afleverkosten apotheek)	Effect op gewicht	Opmerking
Orlistat (Alli®/Xenical®)	BMI ≥ 30 of ≥ 28 met comorbiditeit	Geen	Overweeg medicatie bij BMI ≥ 27 met buikomvang >102 cm man, >88cm vrouw, of tenminste één gewichtsgelateerde comorbiditeit na één jaar behandeling met GLI	Overweeg medicatie bij BMI>35 met gewichtsgelateerde comorbiditeit óf BMI>40 na één jaar behandeling met GLI en waarbij reeds geprobeerde leefstijlinterventies niet het gewenste effect hebben op gewichtsreductie	€910 per jaar	3–5 % (soms tot 8 %)	Alleen effectief bij vetbeperkte voeding. Klachten: winderigheid, diarree. Goedkoop, zonder centrale werking, en geschikt bij voorkeur voor niet-systemische middelen
Naltrexon/bupropion (Mysimba®)	BMI ≥ 30, of ≥ 28 met comorbiditeit	Vergoed onder voorwaarden	BMI 30-35 overweeg toevoegen vroeger in de behandeling		€1.400 per jaar	6–9 %	Werkt op eetlustregulatie en beloning. Is geschikt bij eetbuistoornissen, emotie-eten, verslavingsgevoeligheid.
Liraglutide (Saxenda®)	BMI ≥ 30, of ≥ 27 met comorbiditeit	Vergoed onder voorwaarden	BMI>40: overweeg toevoegen medicatie vroeg in de behandeling		€2.800 per jaar	8–10 %	Activeert GLPI receptor: verhoogt verzadiging, vertraagt maaglediging, vermindert eetlust, stimuleert insuline.
Semaglutide (Wegovy®)	BMI ≥ 30 of ≥ 27 met comorbiditeit	Geen	Niet aanbevolen (was niet beschikbaar ten tijde van de richtlijnuitgifte)	Niet aanbevolen	€3.000 per jaar	12–16 %	
Tirzepatide (Mounjaro)	BMI ≥ 30 of ≥ 27 met comorbiditeit	Geen		Niet aanbevolen	€3.100–5.600 per jaar	21%	Activeert GLP-1 én GIP receptoren: GIP : synergetisch effect op vetverbranding en insulinegevoeligheid, mogelijk minder nausea dan GLP-1 alleen

Tabel medicatie

Definitie gewichtsgelateerde comorbiditeit wordt wisselend gedefinieerd.
Voor de volledige lijst zie richtlijnen.database.nl
Vergoeding Saxenda: hart- en vaatziekte, slaapapneu of artrose. Geen diabetes.
Vergoeding Mysimba: hart- en vaatziekte, diabetes, slaapapneu of artrose.
Registratie Saxenda, Wegovy, Mysimba, Mounjaro: dysglykemie (prediabetes, diabetes) hypertensie, dyslipidemie, obstructief slaapapneu of hart en vaatziekten.
NHG: cardiovasculaire aandoeningen, diabetes mellitus type 2, slaapapneu en artrose.

Registratie versus vergoeding

Registratie betekent dat een medicijn is goedgekeurd voor gebruik als geneesmiddel voor een specifiek ziektebeeld. In Nederland wordt goedkeuring gedaan door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en op Europees niveau door het European Medicines Agency. Goedkeuring betekent dat het medicijn uitgebreid is onderzocht op effectiviteit, veiligheid, en juiste dosering. Het medicijn heeft een registratienummer en een productinformatiedossier en mag legaal verkocht en voorgeschreven worden.

Bij middelen voor obesitas bestaat een verschil tussen **registratie** en **vergoeding**. Dit leidt bij zowel zorgverleners als patiënten tot onduidelijkheid en vragen. Het kan ook leiden tot morele dilemma's over gezondheidsverschillen op basis van financiële draagkracht. Arts en patiënt kunnen samen tot het besluit komen medicatie voor te schrijven die niet vergoed, maar wel geregistreerd is. De patiënt betaalt dit dan zelf.

Middel	Registratie
Liraglutide (Saxenda®)	BMI $\geq$ 30 of tussen 28-30 met tenminste één gewicht gerelateerde co-morbiditeit dysglykemie (prediabetes, diabetes) hypertensie, dyslipidemie, obstructief slaapapneu of hart en vaatziekten
Semaglutide (Wegovy®)	
Tirzepatide (Mounjaro)	
Naltrexon/bupropion (Mysimba®) Orlistat (Alli®/Xenical®)	

Vergoeding

Middelen die voor obesitas in aanmerking komen voor vergoeding en vergoedingsvoorwaarden zijn:

Middelen	Voorwaarden vergoeding
Liraglutide (Saxenda®)	BMI > 40 of een BMI > 35 met een aandoening zoals hart- en vaatziekte, slaapapneu of artrose. Geen diabetes. Minstens 1 jaar de GLI gevolgd* en blijft dit doen**. Komt (nog) niet in aanmerking voor maagverkleining.
Naltrexon/bupropion (Mysimba®)	BMI > 30 of een BMI tussen 28-30 met een aandoening zoals hart- en vaatziekte, diabetes slaapapneu of artrose. Minstens 1 jaar de GLI gevolgd* en blijft dit doen**. Komt (nog) niet in aanmerking voor maagverkleining.

*Naast dat patiënt minimaal één jaar de GLI heeft gevolgd, moet die voor vergoeding ook voldoen aan deze 2 punten:

1. In het jaar GLI minder dan 5-10% van het startgewicht afgefallen.
2. Actieve deelname volgens de volgende criteria:

- Voldoende aanwezig geweest: $\geq$ 80% groepsbijeenkomsten en 100% op de individuele consulten.

- Actief mee doen en voorbereid op bijeenkomst als dit gevraagd werd.

**Na 2 jaar de GLI gevolgd te hebben, is het voor de vergoeding niet noodzakelijk deze door te laten lopen.

Artsenverklaring ([Mysimba](#)) ([Saxenda](#)),

Er dient een artsverklaring te worden ingevuld bij:

- Start: voor 4 maanden.
- Na 3 maanden gebruik van maximaal haalbare dosering: indien voldaan aan >5% gewichtsverlies voor 24 maanden.
- Na 24 maanden gebruik en nog steeds van medisch belang: voor 24 maanden.

Kosten en leverbaarheid

Zie hiervoor de tabel medicatie en overleg met de apotheek over actuele kosten en leverbaarheid.

Contra-indicaties

Raadpleeg het Farmacotherapeutisch Kompas en de apotheker bij vragen en twijfel over contra-indicaties en interacties.

Effecten

Zie hiervoor tabel medicatie en volg eventueel de laatste ontwikkelingen op www.partnerschapovergewicht.nl

Richtlijn en adviezen bij voorschrijven

Hier worden de adviezen samengevat uit de [multidisciplinaire richtlijn obesitas 2023](#).

Het NHG heeft hieraan meegewerkt. De NHG standaard obesitas verschijnt eind 2025. NHG kiest de indicaties te beperken tot voorwaardes conform de vergoeding.

Overweeg (naar oordeel zorgprofessional)	
Medicatie	BMI 27-35 met buikomvang ≥ 102 cm man, ≥ 88 cm vrouw, en/of tenminste één gewicht gerelateerde comorbiditeit na één jaar behandeling met GLI BMI 35-40 overweeg toevoegen vroeger in de behandeling BMI >40: overweeg toevoegen medicatie vroeg in de behandeling

(Uit tabel 13.1 [richtlijndatabase.nl](#))

Adviezen

1. **Leefstijl blijft de pijler van de behandeling, medicatie kan aanvullend zijn.**
2. Maak in communicatie helder: medicatie als langdurige ondersteuning, vaak levenslang noodzakelijk en is geen quick fix.
3. Integreer medicatiebehandeling altijd binnen GLI. Werk samen met POH, diëtist en/of leefstijlcoach.
4. Zie stappenplan voor multidisciplinaire samenwerking EZH
5. Start met inventarisatie via www.checkoorzakenovergewicht.nl.
6. Verwijs n.a.v. de uitkomst gericht.
7. Bij start GLI, evalueer na 6–12 maanden.
8. Selecteer medicatie op maat op basis van co morbiditeit, effect, kosten, wensen patiënt en contra-indicaties. Voorkeur:
 - a. GLP-1 (liraglutide, semaglutide) bij DM2/HVZ.
 - b. Naltrexon/bupropion bij controledruk, psyche; monitor psycho-somatische component.
 - c. Orlistat bij contra-indicatie voor GLP-1 en focus op darmfuncties.
9. Bespreek duidelijk stopbeoordeling bij <5 % gewichtsverlies na 12 weken gebruik optimale dosis
10. Bewaak stopcriteria bij starten. Stopcriteria en monitoring zijn cruciaal om effectiviteit en veiligheid te waarborgen
11. [Naltrexon/bupropion](#) vraagt extra monitoring (bloeddruk, pols, nierfunctie)
12. Begeleiding door diëtist op om volwaardige intake te houden en deficiënties te voorkomen is essentieel. Verwijs GLP1 gebruikers bij voorkeur voor de start naar de diëtist.
13. Controleer actief de voedingsstatus, met name op vitamine D, B12 en ijzer.
14. Bevorder spierbehoud via voldoende eiwitname en het stimuleren van krachttraining.

Voedingsdeficiëntie bij GLP1-gebruik

Uit een groot Amerikaans onderzoek (met 460.000 GLP1-gebruikers) is naar voren gekomen dat 22% van de gebruikers na één jaar een voedingsstoftekort had. De meest voorkomende tekorten zijn: vitamine D, B12 en ijzer. Ook leveren gebruikers spiermassa in. Om dit zoveel mogelijk tegen te gaan is het belangrijk om voldoende te blijven bewegen en voldoende eiwitten te gebruiken. Daarom is het advies om altijd een voedingscheck bij een diëtist te laten doen.

Behandelprotocol

Medicijn (merknaam)	Dosisopbouw	Behandelduur & Stopcriteria	Follow-up & Controles
Orlistat (Xenical®, Alli®)	120 mg 3x/dag bij elke vethoudende maaltijd (60 mg OTC)	Geen vaste maximale duur bewezen; doorgaans behandeling ondersteund door GLI. Aanbeveling FK: maximaal 6 maanden	FK: Evalueer effect na 12–16 weken ($\geq 5\%$ gewichtsverlies gewenst) Controle 4–8 weken na start: gewicht, bijwerkingen (darmklachten) Vitaminesuppletie (vetoplosbaar ADEK) bij langdurig gebruik.
Naltrexon/bupropion (Mysimba®) 9/80mg	- Week 1: 1 tablet ochtend - Week 2: 1T-1T - Week 3: 2T-1T - Week 4: 2T-2T	Evalueer na 12–16 weken; stop als $<5\%$ gewichtsverlies, toegenomen CV risico, en bij het optreden van onaanvaardbare bewerkingen (zie FK)	FK; Controleer regelmatig bloeddruk, pols, stemming, en nierfunctie NHG standaard 2025: Follow-up: na 5 weken, na 12 weken, daarna minimaal jaarlijks. Bespreek leefstijl, effectiviteit en bijwerkingen. Meet gewicht en buikomvang, bepaal BMI
Liraglutide (Saxenda®)	- Week 1: 0,6 mg/dag - Week 2: 1,2 mg - Week 3: 1,8 mg - Week 4: 2,4 mg - Vanaf week 5: 3,0 mg/dag Subcutaan	Evalueer na 12–16 weken; stop als $<5\%$ gewichtsverlies of bij het optreden van onaanvaardbare bijwerkingen (zie FK).	NHG standaard 2025: Follow-up: na 5 weken, na 12 weken, daarna minimaal jaarlijks. Bespreek leefstijl, effectiviteit en bijwerkingen. Meet gewicht en buikomvang, bepaal BMI.
Semaglutide (Wegovy®)	- Week 1-4: 0,25 mg/week - Week 5-8: 0,5 mg/week - Week 9-12: 1mg/week - Week 13-16: 1,7 mg/week - Vanaf week 16 2,4 mg/week Subcutaan	Evalueer na 12–16 weken; stop als $<5\%$ gewichtsverlies of bij het optreden van onaanvaardbare bijwerkingen (zie FK).	Niet beschreven: advies als bij Liraglutide
Tirzepatide (Mounjaro)	- Week 1-4: 2,5 mg/week - Week 5-9: 5 mg/week - Zn elke 4 weken verhogen tot maximaal 15 mg, met 2,5 mg per week Subcutaan	Stopcriterium is niet beschreven in FK Stop bij het optreden van onaanvaardbare bewerkingen (zie FK).	Niet beschreven; advies als bij Liraglutide

Misselijkheid komt vaak voor, vooral in opbouwfase — dosering vertraagd opbouwen bij intolerantie.

Samenvatting follow-up & controleplan bij medicatiegebruik

1. **Startfase**
 - o Orlistat: begin 120 mg 3x daags bij vetrijke maaltijden; direct starten multivitaminen.
 - o GLP1 en Mysimba: titreren met wekelijkse/maandelijkse aanpassing.
2. **Controle na 5 weken:** bespreek bijwerkingen en opbouwschema
3. **Eerste evaluatie (week 12 na maximaal haalbare dosis)**
 - o Bevestig $\geq 5\%$ gewichtsverlies bij alle middelen.
 - o Bij onvoldoende reactie: stop medicatie.
 - o Meten: gewicht, BMI, bloeddruk, bijwerkingen, soms lab
4. **Onderhoudsfase (>16 weken)**
 - o Controleer minimaal jaarlijks (NHG advies).
 - o Controle advies eerste jaar (EZH): iedere 3–6 maanden: gewicht, bijwerkingen en voedingsdeficiënties*.
5. **Dieetadvies**
 - o Orlistat: het hypo calorische dieet dient circa 30% van de calorieën te bestaan uit vet en het dient rijk aan groente en fruit te zijn en coping met GI-klachten.
 - o GLP-1: anticiperen op misselijkheid
 - o Bij alle middelen: anticiperen op het voorkomen voedingsdeficiënties

Controle op voedingsdeficiënties

Anamnese kan gedelegeerd worden naar de diëtist. Indien de diëtist niet betrokken is dit de verantwoordelijkheid van de voorschrijver.

Indien er aanwijzingen zijn voor deficiëntie is het verdere beleid aan de huisarts. De diëtist rapporteert aan de huisarts over diens bevindingen.

1. Anamnese
 - Vraag gericht naar klachten die kunnen wijzen op deficiënties:
 - o Vitamine D: vermoeidheid, spierzwakte, botpijn.
 - o Vitamine B12: tintelingen, geheugenproblemen, vermoeidheid, glossitis.
 - o IJzer: vermoeidheid, bleekheid, kortademigheid, rusteloze benen.
 - Bespreek dieet, leefstijl (bijv. veganistisch dieet), blootstelling aan zonlicht (voor vitamine D).
 - Vraag naar risicofactoren zoals:
 - o Maag-/darmklachten (coeliakie, IBD)
 - o Gebruik van andere medicatie zoals metformine, protonpompremmers
 - o Chronische ziekten of recente operaties
2. Lichamelijk onderzoek
 - Let op: bleekheid, glossitis, huidveranderingen, tekenen van neuropathie.
 - Meet gewicht, lengte, en eventueel BMI.
3. Aanvullend onderzoek (labdiagnostiek)

Vraag indien er aanwijzingen zijn voor een deficiëntie de volgende bepalingen aan:

 - Vitamine D
 - Vitamine B12
 - IJzerstatus
4. Beleid
 - Bij afwijkende waarden:
 - o Start suppletie conform NHG-richtlijnen.
 - o Bepaal zo nodig oorzaak (bijv. malabsorptie, menstruatie, voeding).

- Geef voedingsadvies en verwijst, indien nog niet betrokken, opnieuw naar een diëtist bij structureel onevenwichtige voeding.

5. Follow-up

- Controleer na 3-6 maanden bij een vastgestelde deficiëntie op verbetering van klachten en normalisering van labwaarden.

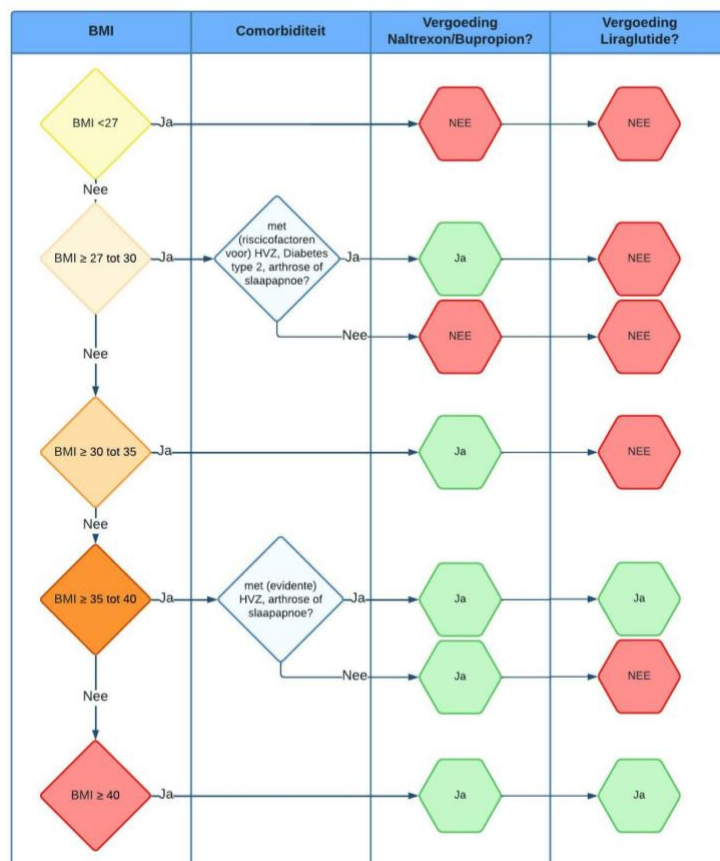
Bronnen

- [Partnerschap overgewicht Nederland](#)
- Farmacotherapeutisch Kompas
- Zorginstituut NL voor actuele vergoedingsbesluiten
- [Richtlijndatabase FMS](#)
- NHG richtlijn obesitas 2025 (onder embargo)

Bijlage 1 Schema vergoeding farmacotherapie bij obesitas

Altijd in combinatie met minimaal 1 jaar gevolgdde GLI (zie eerdergenoemde voorwaarden).

(Maaïke Aarnink, Inez van Roosmalen 2022)



Meer weten?

De serie Podcasts van Huisartsen & Wetenschap over obesitas vind je hier:



Medicamenteuze opties voor obesitas
(volledige uitleg)



Prisma podcast: Obesitas, #1:
Over het zieke orgaan en hoe ontstaat het jojo-effect?



Prisma podcast: Obesitas, #2:
Wat kan je vervolgens als huisarts doen?



Prisma podcast: Obesitas, #3:
Kernpunten in de behandeling



Prisma podcast: Obesitas, #4:
Bariatrische chirurgie