

## RICHTLIJN

# NHG-Standaard Obesitas herzien: beperkte plaats voor gewichtsreducerende medicatie

Door Judith Poldervaart, Jolanda Wittenberg

Gepubliceerd 13 oktober 2025

Leestijd 5 minuten

De herziene NHG-Standaard Obesitas beschrijft duidelijk welke rol de huisarts heeft bij de diagnostiek en behandeling van kinderen en volwassenen met obesitas. Hierbij is rekening gehouden met beschikbaar wetenschappelijk bewijs en de haalbaarheid voor de huisarts. In de nieuwe standaard is beperkt plaats voor gewichtsreducerende medicatie bij de behandeling van volwassenen met obesitas. Het voorschrijven hiervan valt onder het extra aanbod.

In Nederland heeft 50% van de volwassenen overgewicht en 15% obesitas. Van alle kinderen heeft 13% overgewicht of obesitas. Obesitas is een chronische ziekte, die bovendien kan leiden tot vele andere lichamelijke en mentale klachten en ziekten. Preventie en behandeling zijn dus belangrijk. Door de grote aantallen patiënten en de hoge werkdruk in de huisartsenpraktijk waren er bij de herziening van de NHG-Standaard zorgen over de haalbaarheid van deze zorg voor patiënten met obesitas.

Op basis van discussies in de NHG-werkgroep, input tijdens de commentaarronde, een huisartsenfocushoofdgroep en overleg met de LHV is in de herziene standaard geformuleerd wat wel en niet tot de taak van de huisarts behoort. Zo is duidelijk benoemd dat preventie van overgewicht geen taak van de huisarts is, en is gewichtsreducerende medicatie als extra aanbod (facultatief) in de standaard opgenomen.

## Rol andere zorgverleners

Verschillende zorgverleners in de eerste en tweede lijn zijn bezig om hun rol in de zorg voor patiënten met obesitas vorm te geven. Aanleiding voor de volledige herziening van deze NHG-Standaard was de publicatie van de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen in 2023. De NHG-Standaard is afgestemd met de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH) en Jeugdartsen Nederland (AJN).

De rol van de huisarts bij kinderen met obesitas is duidelijker beschreven. Signalering van overgewicht en obesitas bij kinderen vindt meestal plaats bij de jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij de vaste contactmomenten. Een deel van de kinderen is hierdoor al in beeld bij de JGZ. Daarnaast heeft ook de huisarts een signalerende rol en verwijst naar het sociale domein (meestal de JGZ) of de kinderarts. De huisarts kan elk kind in de spreekkamer met mogelijk of zichtbaar overgewicht vragen om op de weegschaal te gaan staan en het kind te meten, om vervolgens het gesprek hierover te voeren.

## Aandacht voor oorzaken van obesitas

Er is in de herziene richtlijn meer aandacht voor de combinatie van verschillende oorzaken van obesitas. Waar voorheen de focus lag op leefstijl, zijn er nu ook andere oorzaken om te exploreren en zo nodig te behandelen of voor te verwijzen, zoals of er een eetbuistoornis speelt, of dat de patiënt langdurig corticosteroïden gebruikt heeft. De context bepaalt hoe uitgebreid de anamnese is. De huisarts kan gebruikmaken van de website [checkoorzakenovergewicht.nl](https://checkoorzakenovergewicht.nl) om snel een goed overzicht te krijgen.

## Gewichtsreducerende medicatie bij volwassenen

Er was en is in de media veel aandacht voor gewichtsreducerende medicatie, terwijl het bewijs voor werkzaamheid en veiligheid nog in ontwikkeling is. Om de huisartsen richting te geven, heeft de NHG-werkgroep ernaar gestreefd om zo spoedig maar ook zo zorgvuldig mogelijk huisartsgeneeskundige aanbevelingen te formuleren.

## Indicatie

De indicatie voor gewichtsreducerende medicatie zoals geformuleerd in de MDR Obesitas is: 'Overweeg gewichtsreducerende medicatie toe te voegen aan een gecombineerde leefstijlinterventie bij mensen met obesitas ( $\text{BMI} \geq 30$ ) of overgewicht ( $\text{BMI} \geq 27$ ) in combinatie met een vergrote buikomvang en/of comorbiditeit.' De comorbiditeit is hierbij niet gespecificeerd.

De NHG-werkgroep heeft de literatuursearch van de MDR uit 2020 aangevuld met recente literatuur. GLP-1- en GLP-1/GIP-agonisten lijken op korte termijn ( $\leq 2$  jaar) effectief te kunnen zorgen voor gewichtsverlies. Over de langetermijneffecten (sterfte, cardiovasculaire events, nieuwe diabetes mellitus type 2, gewichtsverlies, andere late effecten) is echter nog veel onzeker. De gevonden onderzoeken naar GLP-1-agonisten, GLP1/GIP-agonisten en naltrexon-bupropion includeerden met name patiëntengroepen met een gemiddelde BMI  $\geq 35$  en bijna geen patiënten met BMI  $< 30$ . Alle onderzoeken keken naar het effect van gewichtsreducerende medicatie in combinatie met een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Het effect van deze medicatie zonder GLI is daarom nog onduidelijk. Op basis hiervan heeft de werkgroep de volgende indicatie opgesteld voor volwassen patiënten in de huisartsenpraktijk: ‘Overweeg gewichtsreducerende medicatie bij patiënten met BMI 35-39,9 en gewichtsgerelateerde comorbiditeit (coronaire hartziekten, beroerte, perifeer arterieel vaatlijden, diabetes mellitus type 2, slaapapneu of artrose van een dragend gewricht), óf bij patiënten met BMI  $\geq 40$ .

Schrijf alleen medicatie voor bij patiënten die  $\geq 1$  jaar gemotiveerd hebben deelgenomen aan een (G)LI met onvoldoende gewichtsreductie ( $< 10\%$  gewichtsverlies) én die blijven deelnemen aan deze (G)LI, of die na afronding van het 2-jarige GLI-programma gemotiveerd zijn voor continuering van de gezonde leefstijl.’

## Facultatief

Omdat het een grote patiëntenpopulatie betreft en de werkdruk bij de huisarts hoog is, heeft de werkgroep in overleg met de LHV besloten dat het voorschrijven van gewichtsreducerende medicatie niet onder het basisaanbod van de huisarts valt, maar extra aanbod is. Het staat daarom als facultatief benoemd in de standaard. Verwijs naar de tweede lijn (bij voorkeur naar een obesitascentrum in een ziekenhuis of een internist gespecialiseerd in obesitas) wanneer je medicatie niet zelf voorschrijft.

## Keuze middel

Voorkeursmiddelen zijn GLP1-agonist (liraglutide subcutaan of semaglutide subcutaan) en naltrexon/bupropion. Het gewichtsreducerende effect is bij individuele patiënten niet op voorhand vast te stellen. Semaglutide 2,4 mg lijkt effectiever dan liraglutide 3 mg of naltrexon/bupropion. Liraglutide en naltrexon/bupropion lijken even effectief.

Naltrexon/bupropion heeft relatief meer contra-indicaties en interacties, en is daardoor minder breed toepasbaar.

## Niet aanbevolen middelen

- Schrijf geen metformine voor, omdat het gewichtsreducerende effect beperkt is en omdat het niet geregistreerd is voor deze indicatie.
- Semaglutide oraal wordt niet aanbevolen vanwege beperkt bewijs.
- De richtlijn raadt tirzepatide (GIP/GLP1-agonist) af, omdat hier nog nauwelijks ervaring mee opgedaan is, er nog te veel onzekerheid is over de veiligheid en de kosten zeer hoog zijn.

## Praktijkvraagstukken

Wat als een patiënt medicatie wil, maar geen GLI wil volgen? Wat als een patiënt een ander middel wil dan de voorkeursmiddelen uit de NHG-Standaard? Wat als een patiënt medicatie heeft voorgeschreven vanuit de tweede lijn? Het NHG heeft een document met praktijksituaties opgesteld om op deze vragen antwoord te geven.

## Nazorg na bariatric

De nazorg na bariatrische chirurgie is op dit moment niet geborgd. In de richtlijn Chirurgische behandeling van obesitas (2020), staat als aanbeveling dat de patiënt na 2 jaar terugverwezen kan worden naar de huisarts of POH voor de nazorg. Deze aanbeveling is niet met het NHG afgestemd. In een knelpunteninventarisatie is naar voren gekomen dat de follow-up van patiënten na bariatric nu regelmatig zonder overdracht bij de huisarts terechtkomt. Het idee dat de huisarts de nazorg bij deze patiënten (na x aantal jaar) overneemt van de tweede lijn is uitgebreid besproken in de NHG-werkgroep. De volgende knelpunten voor de praktijk kwamen naar voren:

- Er is geen ketenzorgprogramma of financiering.
- Het is onduidelijk welk aanvullend onderzoek is geïndiceerd. Er zijn verschillende Regionale Transmurale Afspraken (RTA) in omloop, deels in tegenspraak met de tweedelijns richtlijn.
- Het is onduidelijk wat er gedaan moet worden bij afwijkende waarden van aanvullend onderzoek en consultatie en/of terugverwijzing is niet geborgd. Het NHG heeft hierover contact gehad met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH), maar heeft geen overeenstemming bereikt. In overleg met de

LHV heeft de NHG-werkgroep besloten om nazorg na bariatric niet op te nemen in de standaard. Nazorg na bariatric is geen huisartsenzorg.

Raadpleeg de volledige versie van de herziene NHG-Standaard op [richtlijnen.nhg.org](https://richtlijnen.nhg.org).

Beluister ook de 2 podcasts over dit onderwerp en laat je bijpraten over alle wijzigingen in de herziene NHG-Standaard Obesitas. Van diagnostiek tot gewichtsreducerende medicatie en van praktijkdilemma's tot de nazorg bij bariatrische chirurgie.

Is dit artikel nuttig voor jouw dagelijkse praktijk?

Poldervaart JM, Wittenberg J. NHG-Standaard Obesitas herzien: beperkte plaats voor gewichtsreducerende medicatie. Huisarts Wet 2025;68.55572.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

De NHG-werkgroep bestond uit [op alfabetische volgorde]: Eshuis MS, el Hajoui M, Huls MHJ, van Kemenade JE, Oud M, Poldervaart JM, Schalkwijk AAH, Stijntjes F, Wittenberg J.

## VERDER LEZEN

## RICHTLIJN

### Herziene NHG-Stan...

De NHG-Standaard Schouderklachten is herzien. De NHG...

---

## RICHTLIJN

### Volledige herziening...

De belangrijkste wijziging in de NHG-Standaard b...

## RICHTLIJN

### Gewijzigd advies over ...

De belangrijkste wijzigingen in de herziene NHG-St...