

Zorg voor volwassenen met obesitas

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Aanleiding

In Nederland heeft naar schatting ruim de helft van de volwassenen overgewicht, waarvan 15% ernstig overgewicht of obesitas heeft. Overgewicht komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Bij obesitas (ernstig overgewicht) is dat andersom: meer vrouwen hebben obesitas dan mannen. (RIVM, 2023). De verwachting is dat de prevalentie de komende jaren verder toeneemt. Het is belangrijk om obesitas te (h)erkennen, bespreekbaar te maken en te behandelen, omdat het een chronische ziekte is die leidt tot tal van lichamelijke en mentale verstoringen en ziekten (WHO, 2022). Er zijn verschillende behandelmodaliteiten beschikbaar, waarbij maatwerk essentieel is. Deze regionale transmurale afspraak omschrijft de verschillende behandelmodaliteiten.

Doelstellingen

Afstemming van het beleid rond behandeling en follow up van patiënten met obesitas in de 1^e en 2^e lijn.

Bespreken mogelijke behandelopties in de eerstelijns

Conform de richtlijn¹ zijn verschillende oorzaken en factoren die overgewicht of obesitas kunnen veroorzaken of in stand kunnen houden. Grofweg zijn deze factoren te verdelen in zeven categorieën: leefstijl, sociaal-economisch, psychisch, medicamenteus, hormonaal, hypothalaam en genetisch (monogenetisch/ syndromaal). Een ongezonde leefstijl (meer specifiek: ongezonde voedselkeuze, bewegingsarmoede, slaapgebrek en chronische stress) is de meest voorkomende oorzaak, hoewel dit vaak een combinatie is met eerdergenoemde andere oorzaken. Het hebben van overgewicht of obesitas is vaak omgeven door gevoelens van schaamte. Ook bestaan er veel misvattingen en vooroordelen in de maatschappij omtrent het hebben van overgewicht of obesitas. Het is daarmee een kwetsbaar onderwerp om te bespreken in de spreekkamer. Voor het slagen van de behandeling is een veilig klimaat en een vertrouwensrelatie tussen patiënt en hulpverlener van belang. Als zorgverlener is het van belang om op een empathische en niet veroordelende manier het gesprek aan te gaan met de patiënt. Het kan hierbij helpen om toestemming aan de patiënt te vragen om dit onderwerp te mogen bespreken. Dit kan helpen om het comfort en de waardigheid van de patiënt te bevorderen (Rueda-Clausen 2020).

Goede voorlichting en uitleg ten aanzien van de verschillende behandelopties en de te verwachten effecten zijn van belang. Het verliezen van grote hoeveelheden gewicht is niet altijd haalbaar. Stabilisatie van gewicht en afname van de buikomvang kan al een grote verbetering betekenen van de gezondheid en kwaliteit van leven. Onder andere door minder risico op het ontstaan van comorbiditeit of overlijden (zie module uitkomstmaten¹), door het vaststellen van de GGR (gezondheidsgerelateerde risico), op basis van BMI, buikomvang en comorbiditeit. Op basis van de GGR wordt zorg op maat geadviseerd (basis GLI, basis GLI met aanvullende zorg, gespecialiseerde GLI, farmacotherapie, metabole chirurgie).

¹ FMS richtlijn: Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen (juli 2023)

Belangrijk is ook dat de patiënt er zich van bewust is dat overgewicht of obesitas een chronische ziekte is met een progressief beloop. Net als met andere chronische ziekten zal de patiënt hiermee zo goed mogelijk moeten leren omgaan.

Medicamenteuze behandeling bij obesitas

Indicaties

- Mensen met ernstig overgewicht (BMI > 40kg/m² of BMI > 35kg/m² met comorbiditeiten) kunnen in aanmerking komen voor het gebruik van medicatie, daarvoor dienen zij eerst minimaal 1 jaar een gecombineerde leefstijl interventie (GLI) programma te hebben gevolgd, met actieve deelname.
- Als GLI onvoldoende effect heeft kan de leefstijlcoach aangeven dat medicatie mogelijk van toegevoegde waarde is en hiervoor patiënt verwijzen naar de behandelaar. Onderstaand worden de randvoorwaarden hiervoor beschreven.
- Huisartsen/POH kunnen de begeleiding van de patiënten die medicatie gebruiken verzorgen. Er is zonder co-morbiditeit en met BMI <40 geen reden om de groep naar de tweede lijn te verwijzen.

Indicaties voor gebruik en vergoeding van middelen variëren. Achtergrondinformatie over indicatiestelling, criteria en artsenverklaringen zijn ook terug te vinden op de website van Zorgverzekeraars Nederland.

Bij start medicatie

- Aangeraden wordt om bij start van de medicatie een aantal (aanvullende) laboratoriumbepalingen te overwegen, als eenmalig bloedonderzoek om voor start eventuele onderliggende aandoeningen uit te sluiten: schildklierfunctie, Hb1Ac, nuchter glucose, nierfunctie en leverfunctie.
- Bij naltrexon/bupropion (Mysimba): wordt aangeraden om voor de start bloeddruk en pols te bepalen. Wees voorzichtig met dit middel bij mensen met hart- en vaatziekten en houd er rekening mee dat het invloed heeft op de rijvaardigheid (CBR adviseert: eerste week van gebruik niet autorijden).
- De internist-endocrinoloog kan betrokken worden bij behandeling van patiënten met comorbiditeit of bij verdenking genetische of endocriene oorzaak. Check eerst: www.checkoorzakenovergewicht.nl

Als sprake is van een verwijzing van of naar huisarts of specialist wordt de patiënt er door de verwijzende professional altijd op gewezen dat hij zelf contact moet opnemen met de partij waarnaar verwezen wordt.

Er is geen verschil in vergoeding voor patiënten afhankelijk van begeleiding door specialist of huisarts.

Vergoedingsvoorwaarden voor het gebruik van medicatie en werking

Als de GLI onvoldoende effect heeft, kan de behandelaar of leefstijlcoach aangeven dat medicatie mogelijk van toegevoegde waarde is en hiervoor de patiënt verwijzen naar de behandelaar. Voorwaarden voor het gebruik van medicatie zijn:

- De patiënt heeft tenminste een jaar lang actief deelgenomen aan een erkend GLI programma en desondanks niet voldoende gewichtsreductie kunnen bereiken.
- De patiënt voldoet aan de criteria die voor de verschillende middelen gelden.
- Na het starten van medicatie moet er tenminste 5% gewichtsreductie worden bereikt in 3 maanden. Anders moet de medicatie worden gestopt. Eveneens advies te staken bij te veel bijwerkingen.

Medicatie

Liraglutide (Saxenda):

Voor liraglutide (Saxenda) geldt dat er sprake moet zijn van:

- Een BMI ≥ 35 kg/m² in combinatie met een hart- en vaatziekte, slaapapnoe en/of artrose, óf
- Een BMI ≥ 40 kg/m²

Liraglutide (Saxenda) wordt niet vergoed bij patiënten die een bariatrisch chirurgische operatie hebben ondergaan.

Werking liraglutide (Saxenda):

Liraglutide (Saxenda) is een GLP-1-RA. Liraglutide (Saxenda) wordt bij obesitas in een hogere dosering gegeven dan bij DM2. Te verwachten bijwerkingen zijn: misselijkheid, braken, diarree, obstipatie, hoofdpijn (Bron: Farmacotherapeutisch kompas). Goede coaching bij de start van de behandeling is zinvol om de patiënt te helpen de behandeling vol te houden. Hiervoor kan worden verwezen naar een diëtist.

Liraglutide (Saxenda) is een medicijn dat subcutaan moet worden geïnjecteerd. Het medicijn zit in een voorgevulde pen. Goede pen-instructie en instructie ten aanzien van subcutane toediening is van belang. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor een goede instructie en follow up. Dit kan in overleg aan de praktijkondersteuner of aan de verpleegkundige worden gedelegeerd.

Naltrexon/bupropion (Mysimba):

Hiervoor geldt dat er sprake moet zijn van:

Een BMI van ≥ 30 kg/m² óf

Een BMI ≥ 27 kg/m² in combinatie met DM2, hart- en vaatziekte, slaapapneu en/of artrose.

Werking naltrexon/bupropion (Mysimba):

Hierin zitten 2 stoffen die op de hersenen werken. Bupropion remt de heropname van dopamine, waardoor het hongergevoel afneemt. Naltrexon zorgt ervoor dat het gevoel van verzadiging langer aanhoudt.

Uit onderzoek blijkt verder dat mensen die naltrexon/bupropion (Mysimba) gebruiken veel last kunnen hebben van bijwerkingen, zoals misselijkheid, verstopping en duizeligheid. Hierdoor stopt de helft van de mensen tijdens de behandeling met het middel.

Chirurgische behandeling van obesitas

Bij patiënten met ernstige obesitas, die zonder structureel succes een professionele afvalmethode hebben gevolgd⁵, hebben leefstijlaanpassingen of medicatie over het algemeen onvoldoende effect. De patiënt kan dan in aanmerking komen voor bariatrische chirurgie. Hiervoor kan worden verwezen naar de bariatrische centra van het Catharina Ziekenhuis of van Máxima Medisch Centrum (beide locaties).

De meest toegepaste behandel mogelijkheden zijn:

- Gastric sleeve;
- Gastric bypass (Roux-en-Y / one-anastomosis / banded).

Ongeveer 10% van de patiënten krijgt na multidisciplinair overleg advies niet nu voor een metabole procedure geïndiceerd te zijn. Vaak is dan het advies een extern diëtistisch traject, externe psychologische behandeling van eetpathologie en/of interfererende psychopathologie of een (gespecialiseerd) GLI traject. Patiënten komen na afwijzing voor operatie niet altijd actief terug bij de huisarts. De huisarts wordt door het ziekenhuis geïnformeerd over het advies en kan

de patiënt indien gewenst begeleiden en alternatieve behandelopties bieden. Zoals na het succesvol doorlopen van een GLI traject aanbieden van medicatie om af te vallen, als dat niet al eerder gedaan is. Voor een traject van advies en begeleiding ligt het initiatief bij de (afgewezen) patiënt.

Na afwijzing kan de patiënt, in principe, minimaal 1 jaar niet in aanmerking komen voor een nieuwe beoordeling.

Verwijzen naar de 2^e lijn

Indicaties:

Verwijzing naar de internist-endocrinoloog is geïndiceerd indien er op basis van de vragenlijst op www.checkoorzakenovergewicht.nl en/of het klinische beeld een verdenking bestaat op een (zeldzame) endocriene ziekte, hypothalame of monogenetische/syndromale vormen van obesitas. Het verzoek is om de ingevulde vragenlijst mee te sturen met uw verwijzing.

Verwijzing² voor bariatrische chirurgie is geïndiceerd bij patiënten, waarbij conservatieve of medicamenteuze behandeling onvoldoende resultaat had, en met een:

- BMI \geq 40 kg/m²;
- BMI \geq 35 kg/m² met een gerelateerde comorbiditeit³;
- BMI \geq 30 kg/m² met moeilijk instelbare type 2 diabetes³.

NB. Voortschrijdend inzicht m.b.t. de behandelindicaties leidt tot een verschuiving van de leeftijds- en BMI-grenzen. Bij goede argumenten is bariatrische chirurgie ook mogelijk bij patiënten > 65 jaar en < 18 jaar, op indicatie en in overleg met de chirurg.

NB. Bij Aziatische etniciteit gelden andere BMI-grenzen. In overleg met de chirurg kunnen de mogelijkheden besproken worden.

Contra-indicaties voor verwijzing zijn:

- Een niet-behandelde eetstoornis;
- Psychopathologie dan wel psychiatrische problematiek die een interfererende rol speelt ten aanzien van het postoperatieve aanpassingspotentieel;
- Alcohol- en/of drugsmisbruik.

Beleid in de 2^e lijn

a. Pre-operatieve screening

In de 2^e lijn vindt na verwijzing een preoperatieve screening plaats, bestaande uit:

- Groepsvoorlichting;
- Invullen vragenlijsten;
- Carrousel verschillende disciplines:
 - Diëtist;
 - Psycholoog;
 - Fysiotherapeut;
 - Casemanager;
 - Labonderzoek;

² Verwijzen voor bariatrische chirurgie kan via ZorgDomein

³ Zie de toelichting. Noodzaak verwijzing vanuit internist

- Chirurg.
- Op indicatie: internist/longarts

Na overleg met alle disciplines volgt een advies:

- Bij een negatief advies volgt terugverwijzing naar de huisarts met advies tot aanpak van het gestelde probleem bijvoorbeeld multidisciplinair traject volgens GLI of traject externe psychologische behandeling van eetpathologie en /of interfererende psychopathologie (zoals Co-eur).
- Bij een voorlopig negatief advies volgt eerst bezoek aan diëtist en psycholoog (en fysiotherapeut in MMC)
- Bij een positief advies volgt:
 - Groepsvoorlichting;
 - Nagesprek met de chirurg;
 - Plaatsing op de wachtlijst;
 - Bloedafname.
- Terugkoppeling vindt plaats door de chirurg.

b. Traject perioperatief

Preoperatief:

- Gedurende 2 weken voor de operatie een very low calory diet, bijvoorbeeld Modifast® Intensive. Op indicatie gebeurt dit onder begeleiding door de internist.

Postoperatief:

- Gedurende 2 weken een vloeibaar/gepureerd dieet;
- Gedurende 3 maanden (bypass en sleeve in MMC) of 12 maanden (sleeve in CZE) PPI;
- Gedurende 4 weken tromboseprofylaxe;
- Vitaminesuppletie (levenslang!), zie bijlage 1.

c. Berichtgeving

Berichtgeving na een verwijzing naar de tweede lijn:

- De huisarts ontvangt na de preoperatieve screening een bericht met de uitslag;
- De huisarts ontvangt direct postoperatief een bericht;
- Bij een ernstige bevinding neemt de specialist telefonisch contact op met de huisarts.

Onderlinge doorverwijzing naar een ander specialisme:

- Indien onderlinge verwijzing direct noodzakelijk is vanwege het betreffende ziektebeeld, wordt de huisarts telefonisch of via een elektronisch bericht op de hoogte gesteld;
- Bij vermoeden van een ander ernstig ziektebeeld dat om snel handelen vraagt wordt de huisarts op de hoogte gesteld door middel van telefonisch contact;
- In alle andere gevallen verwijst de specialist eerst terug naar de huisarts, of wordt de verwijzing telefonisch afgestemd met de huisarts.

Terugverwijzen naar de 1^e lijn in het natraject

Terugverwijzing na analyse internist

In het geval dat patiënt is verwezen naar de internist en er bij evaluatie geen aanwijzingen zijn voor een (zeldzame) endocriene ziekte, hypothalamische of monogenetische/syndromale vormen van obesitas, zal de patiënt terugverwezen worden naar uw praktijk met het advies over te gaan tot de juiste aanpak van obesitas zoals hierboven beschreven (www.behandelovergewicht.nl).

Terugverwijzing na bariatrische chirurgie

Na bariatrische chirurgie wordt de patiënt de eerste 5 jaar gevolgd in de 2e lijn. Daarna vindt terugverwijzing plaats naar de 1^e lijn:

- De patiënt heeft een exitgesprek met de chirurg/ verpleegkundig specialist van het obesitascentrum;
- De specialist adviseert in de terugverwijsbrief aan de huisarts om de patiënt aan te melden bij een bariatrische oproepdienst voor de uitvoering van de periodieke controles;
- Deze oproepdienst roept de patiënt, na aanmelding door huisarts, voor het eerst na een jaar op voor labonderzoek;
- De labuitslagen gaan, met een advies erbij, per digitale post naar de huisarts;
- Bij een patiënt buiten de regio ZOB wordt het advies aan de huisarts gegeven om jaarlijks op te roepen voor laboratoriumonderzoek;
- Bij eventuele aandachtspunten op psychologisch vlak vindt een terugkoppeling plaats van de medisch psycholoog naar de huisarts.

In de ontslagbrief geeft de specialist aan de huisarts informatie over:

- Bijzonderheden die tijdens het exitgesprek besproken zijn;
- Het gewenste follow up beleid.

Follow up/shared care⁵

Obesitas is een chronische ziekte. Het advies is daarom om patiënten na bariatrische chirurgie levenslang onder controle te houden i.v.m. een verhoogd risico op gezondheidsproblemen.

Na bariatrische chirurgie is controle van bloeddruk, glucose en lipiden door de huisarts gewenst, omdat deze waarden aanzienlijk kunnen zijn verbeterd en de preoperatieve behandeling zal moeten worden aangepast.

Na bariatrie (vooral na een gastric bypass) is de kans op alcoholproblematiek toegenomen. Deze problemen kunnen ook pas na langere tijd ontstaan, Het is belangrijk om hier bij de follow up alert op te blijven.

NB. Om te signaleren of een patiënt al dan niet problemen ervaart op psychosociaal gebied, is het van belang dat de labuitslagen niet alleen telefonisch besproken worden, maar dat er een consult volgt.

Na terugverwijzing naar de 1^e lijn wordt jaarlijks aanvullend laboratoriumonderzoek verricht naar:

- HbA1c;
- Hb/Ht;
- Ferritine en transferrine;
- Vit D;
- Vit B12;
- Vit B6;
- Foliumzuur;
- PTH;
- (Gecorrigeerd) calcium.

(Evt. gecombineerd pakket met jaarlijkse DM of CVR-controle. Deze bloedafname is mede van belang voor de landelijke DATO registratie).

Op indicatie wordt nader labonderzoek verricht, of de chirurg/internist geconsulteerd. Bij gesignaleerde afwijkende uitslag geldt het beleid zoals vermeld in bijlage 1.

Daarnaast jaarlijkse controle van:

- Gewicht;
- Psychologische problematiek;

Op indicatie:

- Kwaliteit van leven⁴;
- Bloeddruk.

Ernstige obesitas en bariatrische chirurgie hebben invloed op de farmacokinetiek van geneesmiddelen. Dit kan verstrekkende consequenties hebben. Om fouten bij het voorschrijven van medicatie te voorkomen, kan in het HIS automatische medicatiebewaking worden ingeschakeld door de juiste contra-indicaties vast te leggen.⁵

NB. Foliumzuur is een goede indicator voor de therapietrouw. Een tekort aan foliumzuur is een aanwijzing dat de vitaminesupplementen postoperatief niet adequaat worden genomen.

NB. Deficiënties postoperatief zijn niet volledig te suppleren met voeding, suppletie is noodzakelijk. Daarnaast gelden er andere streefwaarden bij deze patiëntengroep. Levenslang gebruik van vitaminesuppletie is noodzakelijk! (zie bijlage 1)

NB. Na een bariatrische ingreep (sleeve of bypass) wordt sommige medicatie niet meer goed opgenomen waardoor de werking vermindert en de dosering moet worden aangepast. Denk aan: de anticonceptiepil, psychofarmaca en antibiotica.

NB. In principe mogen NSAID's niet meer gebruikt worden. Als dit onverhoopt toch moet gedurende korte tijd, omdat er geen alternatief is, dan maximaal voor 2 weken en bij elke NSAID ook een PPI. Dus 2x dgs NSAID is 2x dgs PPI.

Consultatie van en verwijzing naar de 2^e lijn

Consultatie van en/of verwijzing naar het obesitascentrum (chirurgie) is geïndiceerd als:

- Er klachten zijn t.g.v. inwendige hernatie, ernstig dumping syndroom, ulcuslijden, symptomatisch galsteenlijden;
- Er sprake is van ernstige psychologische problemen (zie hieronder).
- Internist: deficiënties/afwijkingen bloedbeeld, die niet gereguleerd kunnen worden;

Consultatie van de psycholoog van het behandelteam:

Indien er sprake blijkt van psychologische problematiek na de bariatrische ingreep, kan de psycholoog van het behandelteam laagdrempelig geconsulteerd worden.

Contactgegevens

Catharina Ziekenhuis: 040 – 239 98 50

Máxima MC: 040 – 888 85 50

⁴ Om de kwaliteit van leven na te gaan kan de Obesi-Q of de - gebruikt worden.

⁵ H&W Richtlijn Slim noteren gewichtsproblemen en bariatrie in het HIS, januari 2023

Consultatie van de psycholoog van het behandelteam is geïndiceerd bij:
Een vermoeden van gewichtsgerelateerde psychologische problematiek. Denk daarbij onder andere aan:

- Gewichtstoename;
- Onvoldoende gewichtsreductie;
- Angst/stemmingsstoornissen;
- Complianceproblemen;
- Aanpassingsproblemen;
- Verstoord eetpatroon dan wel eetstoornis;
- Anorectische en/of boulimische attitude;
- Stoornis in het zelfbeeld of de lichaamsbeleving;
- Fors gewichtsverlies bij een normaal voedingspatroon conform protocol.

Bij verwerkingsproblemen of andere psychische problemen wordt het reguliere traject binnen de eerste lijn gevolgd.

NB. T.b.v. het assessment door huisarts en/of praktijkondersteuner wordt geadviseerd een signaleringstool te gebruiken.

Namens de obesitascentra:

Marieke Aarts, obesitasverpleegkundige Catharina Ziekenhuis
Francois van Dielen, chirurg Máxima MC
Carmen Dillen, verpleegkundig specialist Catharina Ziekenhuis
Wouter Leclercq, chirurg Máxima MC
Arijan Luijten, chirurg Máxima MC
Misha Luyer, chirurg Catharina Ziekenhuis
Gust van Montfort, chirurg Catharina Ziekenhuis
Simon Nienhuijs, chirurg Catharina Ziekenhuis
Mohammed Said, verpleegkundig specialist Catharina Ziekenhuis
Myrthe van de Voort, nurse practitioner Máxima MC
Jean-Paul de Zoete, chirurg Catharina Ziekenhuis

Namens huisartsen:

Anne-Marie der Kinderen
Francesca Wittkämper
Ilse Herfst
Jaap Kroon
Nikol Snoeren

Namens de apothekers

Maarten de Greef, apotheker Catharina Ziekenhuis

Namens internisten:

Ronald Erdsieck, Máxima MC
Karin Blijdorp, Máxima MC
Mirjam Oosterwerff, Catharina Ziekenhuis

Namens klinisch chemici:

Arjen-Kars Boer, Catharina Ziekenhuis
Etienne Michielsen, Diagnostiek voor U

Namens medisch psychologen:

Iris van Loon, Catharina Ziekenhuis
Vivianne Sterk, Máxima MC

Namens transmuraal coördinatoren:

Yvonne van Oosterhout, medisch coördinator transmurale zorg, HaCa

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, Transmurale Zorg Elkerliek, THEMA, TransMáx. Voor deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van de landelijke richtlijnen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van HaCa.

© 2025 HaCa