GLP-1 analogen voor vermagering bij volwassenen zonder diabetes in de eerste lijn

Annelies Vanhove (Universiteit Gent)

Promotoren: dr. Charlotte Verroken (Universiteit Gent), dr. Imke Matthys (Universiteit Gent)

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024-2025

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Allereerst wil ik voor het tot stand komen van deze thesis mijn promotoren dr. Charlotte Verroken en dr. Imke Matthys bedanken. Wat oorspronkelijk een duo-opdracht was, werd door omstandigheden een individueel traject. Dankzij hun begeleiding en waardevolle feedback vond ik richting in dit uitdagend project. Hun expertise binnen de endocrinologie, als specialisten in hun vakgebied, heeft me niet alleen enorm geholpen bij het schrijven van deze thesis, maar ook mijn kennis over het onderwerp aanzienlijk verrijkt.

Een bijzonder woord van dank gaat uit naar mijn partner. Niet alleen voor zijn onvoorwaardelijke steun tijdens het schrijven van deze thesis, maar ook voor zijn aanmoediging en begrip gedurende mijn hele opleiding tot huisarts.

Daarnaast wil ik ook mijn ouders, mijn stiefouders en mijn broer bedanken. Ik kon steeds ten volle rekenen op hun luisterend oor, steun en aanmoediging wanneer het schrijven moeilijker liep.

Dankjewel allemaal!

Abstract

Context: Obesitas vormt een toenemend gezondheidsprobleem met een verhoogd risico op diverse comorbiditeiten op lange termijn. Levensstijladviezen vormen de basis van de behandeling. Het effect van deze interventies is vaak beperkt in effectiviteit en duurzaamheid. Er is de afgelopen jaren veel onderzoek verricht naar het gebruik van GLP-1 analogen voor vermagering. Steeds vaker vragen patiënten naar dit soort geneesmiddel bij hun huisarts.

Onderzoeksvraag: Met dit onderzoek proberen we in kaart te brengen wat de effectiviteit, veiligheid en duurzaamheid van GLP-1 analogen voor vermagering is bij patiënten zonder diabetes en wat de richtlijnen zijn in de eerste lijn. Daarnaast trachten we aan de hand van een vragenlijst te analyseren wat de ervaring is van de Vlaamse huisartsen met het gebruik van GLP-1 analogen voor vermagering en wat hun visie is op het gebruik van deze medicatie voor de indicatie overgewicht en obesitas.

Methode: Voor het eerste deel van de onderzoeksvraag werd een uitgebreide literatuurstudie uitgevoerd. Voor het tweede deel werd gewerkt met een online vragenlijst via het platform Qualtrics. De vragenlijst werd tussen 20 augustus 2024 en 29 december 2024 verstuurd naar Vlaamse huisartsen en werd anoniem ingevuld. Enerzijds werden de resultaten van de vragenlijst beschrijvend weergegeven. Daarnaast werden er enkele statistische tests uitgevoerd in SPSS om een associatie tussen bepaalde categorieën weer te geven. Tot slot werd een link gelegd tussen de resultaten van het literatuuronderzoek en de resultaten van de vragenlijst.

Resultaten: Uit de literatuur blijkt dat GLP-1 analogen een efficiënte en waardevolle aanvulling op levensstijlveranderingen in de multimodale behandeling van overgewicht en obesitas kunnen zijn. De indicatiestelling dient hierbij wel goed te gebeuren, zo moet er rekening worden gehouden met bijwerkingen en is een levenslange opvolging belangrijk. 96% van de Vlaamse huisartsen neemt de opvolging van dit soort medicatie graag op zich, maar over de verantwoordelijkheid voor de opstart van de behandeling zijn de meningen verdeeld. Slechts een derde neemt deze verantwoordelijkheid graag op zich. Artsen lijken potentieel te zien in GLP-1 analogen ter preventie van gewichtsgerelateerde comorbiditeiten of als brug naar bariatrische chirurgie maar er is een zekere terughoudendheid. Voornamelijk de twijfel over veiligheid en effectiviteit op lange termijn, de kostprijs en de beperkte beschikbaarheid spelen een rol. Ook vrezen sommige artsen dat een behandeling met GLP-1 analogen mogelijks het belang van bijhorende levensstijlveranderingen ondermijnt en voelen sommigen zich onder druk gezet door patiënten om GLP-1 analogen voor te schrijven.

Conclusie: GLP-1 analogen kunnen in combinatie met levensstijlveranderingen passen binnen een multimodale aanpak van overgewicht en obesitas. Verschillende artsen benadrukten in de vragenlijst het belang van levensstijlveranderingen, ook bij het gebruik van GLP-1 analogen. Het lijkt ons aangewezen om in de toekomst maximaal in te zetten op een multidisciplinaire behandeling die deze aanpak vanuit verschillende perspectieven mogelijk maakt. Hierbij dient ook rekening te worden gehouden met het financiële plaatje voor de patiënt. De verdeeldheid van de huisartsen omtrent het gebruik van GLP-1 analogen voor vermagering, onderstreept de nood aan duidelijke evidence-based richtlijnen in de eerste lijn, ook op het vlak van indicatiestelling. Het is daarenboven aangewezen dat deze richtlijnen regelmatig vernieuwd worden, gezien de snelle evolutie binnen dit domein.

Inhoudstafel

Voorwoord 1

Abstract 2

1. Inleiding 5

1.1 Diagnose van overgewicht en obesitas 6

1.2 Richtlijnen behandeling van overgewicht en obesitas in de eerste lijn 7

1.2.1 Adviezen Domus Medica (DM) 7

1.2.2 Adviezen Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) 9

1.2.3 Adviezen *Belgian Association for the Study of Obesity* (BASO) 11

1.3 Het gebruik van GLP-1 analogen voor vermagering 14

1.3.1 Werkingsmechanisme GLP-1 analogen 14

1.3.2 Effectiviteit en doeltreffendheid GLP-1 analogen 14

1.3.3 Veiligheid en bijwerkingen GLP-1 analogen 19

1.3.4 Soorten GLP-1 analogen en beschikbaarheid 20

2. Doelstelling 21

3. Methode 22

3.1 Onderzoeksmethode 22

3.2 Onderzoekspopulatie en rekrutering 22

3.3 Dataverzameling 22

3.5 Data-analyse 24

4. Resultaten 25

4.1 Beschrijvende statistiek 25

4.1.1 Demografische karakteristieken 25

4.1.2 Vragen omtrent blootstelling aan obesitasproblematiek 25

4.1.3 Vragen omtrent opstart van GLP-1 analogen 26

4.1.4 Vragen omtrent de opvolging van patiënten onder behandeling met GLP-1 analogen 31

4.1.5 Vragen omtrent de globale ervaring van huisartsen met GLP-1 analogen 33

4.1.6 Vragen omtrent de redenen waarom artsen GLP-1 analogen al dan niet zouden voorschrijven 34

4.1.7 Vragen omtrent de plaats van GLP-1 analogen in de gezondheidszorg 35

4.1.8 Vraag omtrent de invloed van het koninklijk besluit 35

4.2 Associaties tussen demografische karakteristieken en de visie van huisartsen op het gebruik van GLP-1 analogen in de eerste lijn 36

4.2.1 Relatie met geslacht 36

4.2.2. Relatie met leeftijd 37
4.2.3 Relatie met soort praktijk 38
4.2.4 Relatie met provincie 39
4.2.5 Frequentie waarmee patiënten consulteren met als hoofdvraag obesitas 39
5. Discussie 40
5.1 Probleemstelling 40
5.2 Interpretatie van de resultaten 40
5.3 Sterktes en zwaktes 43
5.4 Klinische implicaties en aanbevelingen voor verder onderzoek 44
5.5 Conclusie 44
6. Referenties 46
7. Appendix 48

1. Inleiding

Overgewicht en obesitas komen steeds vaker voor. Sinds 1990 is de aanwezigheid van obesitas bij volwassenen verdubbeld. Volgens de cijfers van Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) had 43% van de volwassenen in 2022 wereldwijd overgewicht (BMI >= 25 kg/m²) en kampte 16% met obesitas (BMI >= 30 kg/m²) (1). In België liggen deze cijfers in dezelfde lijn. Volgens een bevolkingsonderzoek van Sciensano had in 2018 49,3% van de volwassen Belgen overgewicht en had 15,9% obesitas (2).

Volgens de WHO ontstaan overgewicht en obesitas ten gevolge van een disbalans tussen de hoeveelheid energie die een persoon inneemt via voedsel en de hoeveelheid energie die een persoon verbruikt met bijvoorbeeld fysieke activiteit. Hierdoor is er proportioneel teveel lichaamsvet aanwezig wat de gezondheid op een negatieve manier beïnvloedt (1).

Bij het grootste deel van de bevolking gaat het om een multifactoriële aandoening waarbij psychosociale factoren, genetische factoren en omgevingsfactoren zoals dieet, levensstijl en cultuur een rol spelen. Bij een kleine minderheid van de mensen heeft het overgewicht of de obesitas een specifieke oorzaak zoals medicatie (bijvoorbeeld corticosteroïden), genetische aandoeningen of externe factoren zoals immobilisatie (1, 3).

Overgewicht en obesitas gaan gepaard met tal van gezondheidsrisico's. Zo verhoogt het risico op hypertensie, diabetes type 2, ischemisch hartlijden, kanker, obstructief slaap apneusyndroom, cholecystitis, musculoskeletale aandoeningen en tot slot ook leverziekten zoals steatose of hepatocellulair carcinoom (4, 5). Naast deze lichamelijke gevolgen van obesitas, wordt obesitas ook in verband gebracht met psychologische of mentale problemen. Zo worden vaker stemmingsstoornissen, angststoornissen en post-traumatische stressstoornis gezien bij mensen met obesitas. Tot slot heeft obesitas ook economische implicaties. Volgens het artikel van Le Strat *et. al* (6) is het werkloosheidspercentage hoger bij mensen met obesitas. Dit zou verklaard kunnen worden door de fysieke en mentale comorbiditeiten die gepaard gaan met de ziekte (6).

Gewichtsreductie kan een grote impact hebben op deze comorbiditeiten (7, 8). Een reductie van 5% van het totale gewicht geeft reeds gezondheidswinst en heeft reeds een positief effect het metabool profiel. Een groter gewichtsverlies, namelijk minstens 10%, is nodig voor verbetering van slaapapneu *of metabolic dysfunction-associated steatohepatitis* (MASH) (8). Over het algemeen geldt dat hoe groter het gewichtsverlies, hoe groter het positief effect en hoe kleiner de gezondheidsrisico's (7, 8). Levensstijlaanpassingen zoals dieet en beweging zijn de gouden standaard in de behandeling van overgewicht en obesitas. Echter is het voor veel patiënten moeilijk om hiermee duurzaam gewichtsverlies te behouden (9). De laatste jaren zijn er verschillende nieuwe farmacologische producten op de markt gekomen dewelke een gunstig effect op gewichtsverlies zouden kunnen hebben. GLP-1 analogen zijn hier een voorbeeld van. In deze thesis willen we graag onderzoeken wat de positie van GLP-1 analogen in het obesitastraject is en wat de visie is van Vlaamse huisartsen op het gebruik van deze medicatie in de eerste lijn.

1.1 Diagnose van overgewicht en obesitas

De diagnose van overgewicht en obesitas kan gesteld worden door de *Body Mass Index* (BMI) te berekenen. Dit wordt gedaan aan de hand van een formule waarbij het gewicht (kg) van een persoon gedeeld wordt door de lengte (m) in het kwadraat. Een BMI vanaf 25 kg/m² wordt gedefinieerd als overgewicht, vanaf een BMI van 30 kg/m² spreekt men van obesitas (tabel 1) (1).

Tabel 1: classificatie van overgewicht en obesitas volgens WHO (1)

WHO classificatie gewicht	BMI (kg/m²)
Ondergewicht	<18,5
Normaal gewicht	18,5-24,9
Overgewicht	25,0-29,9
Obesitas klasse I	30,0-34,9
Obesitas klasse II	35-39,9
Obesitas klasse III	>40,0

Echter maakt BMI geen onderscheid tussen vet- en spiermassa en houdt het geen rekening met de verhoudingen van vetmassa in het lichaam. Hierdoor kan BMI bijvoorbeeld een vals verhoogd resultaat geven bij sporters met een hoge spiermassa (10). De verdeling van de vetmassa is een belangrijke risicofactor voor de ontwikkeling van cardiovasculaire en metabole aandoeningen. Zo is een grotere hoeveelheid vet in het bovenlichaam of abdominale obesitas geassocieerd met hogere mortaliteit en de ontwikkeling van aandoeningen gerelateerd aan obesitas, dit in vergelijking met een grotere hoeveelheid vet ter hoogte van de heup en de dijen (11). Abdominale obesitas kan worden gemeten aan de hand van de taille omtrek, de heupomtrek en de verhouding van deze 2 (taille - heup ratio). Abdominale obesitas wordt gekenmerkt door een taille omtrek van meer dan 88 cm bij vrouwen en taille omtrek meer dan 102 cm bij mannen (10). Aansluitend vond een grote studie van Yusuf *et al.* (12) dat abdominale obesitas, gemeten door de taille - heup ratio, zeer sterk gecorreleerd was aan het ontwikkelen van een acuut myocard infarct, dit bij alle leeftijden en bij zowel mannen als vrouwen. Ook de taille omtrek en de heupomtrek waren sterk geassocieerd. BMI was in dit onderzoek een mindere sterke predictor voor de ontwikkeling van een myocardinfarct in vergelijking met de taille-heup ratio, taille omtrek en heupomtrek (12).

Een bijkomend instrument voor de evaluatie van obesitas is de *Edmonton Obesity Staging System* (EOSS). Waar antropometrische metingen zoals BMI en taille-heup ratio indicatoren zijn voor de graad van het overgewicht en de vetmassa, geeft EOSS inzichten in de negatieve gevolgen van het overgewicht op de algemene gezondheid van de patiënt. Het is een classificatiesysteem bestaande uit 5 stadia. Deze stadia zijn ontwikkeld op basis van de ernst van de gewichtsgerelateerde gezondheidsproblemen, mogelijkse functionele beperkingen en/of verminderd welzijn. Hoe verder gevorderd het stadium, hoe slechter de gezondheidssituatie van de patiënt en hoe groter de noodzaak voor gerichte zorg. Het kan dus gebruikt worden ter aanvulling van BMI voor het personaliseren van de nodige zorg voor een patiënt met overgewicht of obesitas (13).

1.2 Richtlijnen behandeling van overgewicht en obesitas in de eerste lijn

In België doen veel huisartsen beroep op de adviezen van Domus Medica (14) en de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (15). We vatten hieronder de richtlijnen kort samen.

1.2.1 Adviezen Domus Medica (DM)

In december 2024 verscheen de nieuwste richtlijn van Domus Medica omtrent de behandeling van obesitas bij volwassenen in de eerste lijn. Waar de oorspronkelijke richtlijn van 2006 voornamelijk monodisciplinair was, wordt er in de meest recente richtlijn meer gefocust op een **multidisciplinaire en multimodale aanpak** (14).

1.2.1.1 Algemene principes

Obesitas is een complexe problematiek waarbij aanpak vanuit verschillende invalshoeken noodzakelijk is voor het behalen van een langdurig en succesvol resultaat. De basis van de behandeling is een gezonde levensstijl die tevens ook haalbaar is voor de patiënt. Dit houdt **evenwichtige voeding, adequate lichaamsbeweging, voldoende nachtrust, een gezond lichaamsbeeld en emotieregulatie zoals het verminderen van stress in**. Deze gezonde levensstijl aanleren en nadien behouden, is essentieel in het behalen van de vooropgestelde doelen (14). Op deze 5 bouwstenen is tevens ook de aanbeveling ALLES (afwisselend eten, leuk bewegen, lief zijn voor je lichaam, emoties hanteren, slapen) voor de aanpak van overgewicht van Eetexpert gebaseerd, het Vlaams Kenniscentrum voor eet-en gewichtsproblemen (16).

De nadruk moet liggen op haalbaarheid op lange termijn, eerder dan op enkel gewichtsverlies. Daarnaast is het belangrijk om de patiënt te motiveren en om de positieve gedragingen die de patiënt reeds heeft ontwikkeld, te versterken. Verder dient zoveel als mogelijk rekening gehouden te worden met de voorkeuren van de patiënt, om zo de therapietrouw bevorderen (14).

1.2.1.2 Niet-medicamenteuze behandeling

De behandeling van overgewicht en obesitas dient multimodaal te zijn, waar de patiënt centraal staat. Het dient een levenslange behandeling te zijn met doelen op lange termijn. Een gezonde levensstijl vormt de hoeksteen van de behandeling en bestaat uit verschillende onderdelen (14).

Ten eerste worden **gedragsmatige interventies** aangeraden die gerelateerd zijn aan de levensstijl, specifiek afgestemd op de persoon. Dit kan bijvoorbeeld zijn aan de patiënt vragen een eetdagboek bij te houden om zo tot zelfinzicht te komen wat betreft het ongezond eetgedrag. Nadien stelt de arts samen met de patiënt realistische doelen op, met het oog op het vergroten van de therapietrouw. Verder kan het helpen de patiënt bepaalde vaardigheden aanleren zoals stimuluscontrole, om zo ongezonde gewoonten om te zetten in gezonde. Daarnaast kunnen digitale tools helpen bij de veranderingen wat betreft een gezond eetpatroon en lichaamsbeweging. Voorbeelden van digitale tools zijn ‘de 10.000 stappen-app’ van Vlaams Instituut Gezond leven of Voedingscentrum-app ’Kies Ik Gezond?’ van Het Nederlands Voedingscentrum (14).

Ten tweede is **regelmatige en voldoende lichaamsbeweging** een essentieel onderdeel in de behandeling van overgewicht en obesitas. Zowel aerobe oefeningen als weerstandstraining worden aanbevolen. Aerobe oefeningen zijn lange trainingen waarbij men grote spiergroepen intensief gebruikt. Dit kan bijvoorbeeld stevig wandelen, lopen, zwemmen of fietsen zijn. Weerstandtraining zijn repetitieve bewegingen waarbij kracht wordt gebruikt om een weerstand te verzetten. Over het algemeen worden kortdurende fysieke oefeningen minder dan 30 minuten aanbevolen, omdat men van mening is dat deze vlotter worden opgevolgd dan langdurige fysieke oefeningen. Echter is het aangeraden de duur van de oefeningen af te stellen op maat van de patiënt, bijvoorbeeld in samenwerking met een kinesitherapeut of een beweegcoach (14). 'Bewegen op verwijzing' is voorbeeld van een initiatief van het Vlaams Instituut Gezond Leven waarbij een beweegcoach de patiënten begeleidt en motiveert in het bewegen (17). Tot slot is het belangrijk dat de patiënt gemotiveerd is om te blijven bewegen. Hierbij is een levensstijl met voldoende beweging belangrijker dan het soort oefeningen dat men uitvoert (14).

Ten derde staat ook **gezonde voeding** centraal in de aanpak van overgewicht en obesitas. Hierbij is het belangrijk dat de patiënt bewust wordt van hoe voeding bijdraagt tot de werking van het lichaam. Ook kennis omtrent de 3 macronutriënten namelijk proteïnen, vetten en koolhydraten en zo de samenstelling van een maaltijd horen hierbij. Er dient ook rekening te worden gehouden met sociaal-culturele aspecten van voedsel zoals de manier waarom voeding wordt gebruikt om stress te verminderen. Praktisch wordt er aangeraden om eerst en vooral een grondige anamnese te doen van de eetgewoonten van de patiënt met oog voor het eetgedrag. Een diëtist kan hierbij helpen. Nadien wordt een energiebeperkend dieet aangeraden, met als nadruk het laag houden van de hoeveelheid verzadigde vetten. Een mediterraan voedingspatroon bestaande uit lagere hoeveelheden verzadigde vetten en geraffineerde suikers en hogere hoeveelheden groenten en koolhydraten kan helpen om de therapietrouw te vergroten. Een koolhydraatarm dieet wordt niet aangeraden omwille van de teleurstellende resultaten op lange termijn. Tot slot kan de algemene energiebeperking zowel intermittent als continu worden uitgevoerd, er werd geen verschil waargenomen op vlak van lichaamsgewicht of BMI tussen de 2 vormen (14).

1.2.1.3 Medicamenteuze aanpak

Een medicamenteuze aanpak mag volgens Domus Medica enkel worden ingezet binnen een bredere multimodale aanpak, waarin ook langdurige aanpassingen in de levensstijl worden gestimuleerd. Voor de start van een behandeling dient men de verschillende behandelopties met de patiënt te bespreken om zo gezamenlijk een weloverwogen beslissing te nemen (14).

Over het algemeen is men het erover eens dat **gewichtsverlagende therapie aangewezen kan zijn bij patiënten met een BMI hoger dan 30 kg/m² of bij een BMI > 27 bij wie kg/m² in de aanwezigheid van gewichtsgerelateerde comorbiditeiten.** Dit bij patiënten bij wie niet-medicamenteuze interventies voorheen onvoldoende resultaat hebben opgeleverd (14).

GLP-1-analogen worden aanbevolen als eerste keuze indien de patiënt aan de voorschrijfvoorwaarden voldoet. Binnen deze klasse heeft semaglutide de voorkeur vanwege zijn betere risico-batenverhouding in vergelijking met liraglutide. **Semaglutide** (Wegovy®, Ozempic®) wordt éénmaal per week subcutaan toegediend in de bovenarm, buik of dij. Er wordt voor Wegovy® gestart aan een dosis van 0,25 mg per week dewelke maandelijks wordt verhoogd tot een onderhoudsdosis van maximaal 2,4 mg per week. Voor Ozempic® is de maximale onderhoudsdosis 1,0 mg per week. Verder wordt **liraglutide** (Saxenda®) dagelijks subcutaan gegeven in de bovenarm, buik

of dij. Er wordt gestart met een dosis van 0,6 mg per dag dewelke wordt verhoogd naar een onderhoudsdosis van 3,0 mg per dag over een periode van 5 weken. Voor beide producten geldt dat er dient rekening gehouden te worden met het optreden van ongewenste effecten bij het verhogen van de medicatie. Veel voorkomende bijwerkingen zijn reacties ter hoogte van de injectieplaats, hypoglycemie, gastro-intestinale stoornissen zoals misselijkheid of diarree, galsteenvorming en zelden cholecystitis of pancreatitis (14).

Daarnaast **kunnen naltrexon/bupropion (Mysimba®) of orlistat eventueel een alternatief vormen. Er is bij beide producten een positief effect in vergelijking met placebo maar ze hebben een minder gunstig risico-batenprofiel** in vergelijking met GLP-1 analogen**.** Naltrexon/bupropion is een medicament dat dagelijks in tabletvorm dient genomen te worden. Naltrexon is een opioidantagonist en bupropion remt de heropname van noradrenaline en dopamine in de hersenen. Het werkt in op de eetlust en het hongergevoel. Er wordt de eerste week gestart met 1 tablet 's ochtends. Vervolgens dient de tweede week 1 tablet 's ochtends en 1 tablet 's avonds genomen te worden. De derde week verhoogt men tot 2 tabletten 's ochtends en 2 tabletten 's avonds. Vervolgens dienen vanaf de 4de week 2 tabletten 's ochtends en 's avonds genomen te worden. Veel voorkomende bijwerkingen zijn angst, slapeloosheid, agitatie, hoofdpijn, gastro-intestinale stoornissen, gewrichtspijn en spierpijn. Extra voorzichtigheid is aangewezen indien er sprake is van hypertensie, hart- en vaatziekten, psychiatrische aandoeningen en suïcidaliteit. Bij dit middel is het aangewezen de dosering aan te passen wanneer de nier- en/of leverfunctie verminderd is (14).

Ook orlistat dient dagelijks in tabletvorm genomen te worden. Het remt de lipasen ter hoogte van het gastro-intestinale stelsel en beperkt zo de vetabsorptie uit de voeding. De dosering bedraagt 1 capsule van 60 of 120 mg tot maximaal driemaal per dag bij de maaltijd. Veelvoorkomende ongewenste effecten zijn steatorree, verminderde opname van vetoplosbare vitaminen, flatulentie, diarree, dyspepsie, hypoglycemie en hoofdpijn. Tijdens de behandeling met orlistat dient de vetinname uit de voeding sterk beperkt worden om het optreden van steatorree te vermijden. Daarnaast kan diarree door orlistat de opname van andere geneesmiddelen verminderen (14).

Tot slot werd eind 2024 ook **tirzepatide** (Mounjaro®) goedgekeurd en op de Belgische markt gebracht voor de behandeling van diabetes type 2 en obesitas. Tirzepatide is een combinatie van een GIP (g*lucose-dependent insulinotropic polypeptide*) en een GLP-1 analoog. Het wordt subcutaan toegediend en er wordt gestart met een dosis van 2.5 mg per week dewelke maandelijks kan worden verhoogd naar een onderhoudsdosis van 5 tot 15 mg per week. De bijwerkingen zijn gelijkaardig aan die van GLP-1 analogen. Het wordt door Domus Medica op het moment van het uitbrengen van de richtlijn in december 2024 nog niet aangeraden als behandeling van overgewicht en obesitas in de eerste lijn. Dit omwille van beperkingen op het vlak van dosering, veiligheid, kosten en beschikbaarheid van het product (14).

Over het algemeen geldt dat de **behandeling dient te worden stopgezet indien er na 4 maanden geen merkbaar effect is, dit wilt zeggen minder dan 5% gewichtsverlies.** Alsook indien de patiënt geen gezondere levensstijl heeft aangenomen of er sprake is van ernstige bijwerkingen. Ook na het stopzetten van de behandeling blijft een multimodale aanpak belangrijk voor het behoud van verdere gezondheidswinst. Domus Medica geeft geen concrete adviezen over hoelang gewichtsverlagende medicatie dient genomen te worden (14).

1.2.2 Adviezen Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

De adviezen van NHG werden ontwikkeld in oktober 2010 en laatst bijgewerkt in september 2020.

1.2.2.1 Diagnose volgens NHG

Anamnestisch ligt volgens NHG zowel de nadruk op het bevragen van symptomen van onderliggende oorzaken (bijvoorbeeld klachten van hypothyroïdie of polycysteusovariumsyndroom) als op het bevragen van klachten die het gevolg zouden kunnen zijn van obesitas of overgewicht (bijvoorbeeld dyspneu, gewrichtspijnen, moeheid enzovoort). Ook de mogelijkse aanwezigheid van psychische aandoeningen zoals depressie of eetstoornissen dient nagegaan te worden (15).

Verder bespreekt de arts de persoonlijke motivatie van de patiënt om af te vallen, de rol van omgevingsfactoren, eerdere pogingen om af te vallen, de voedingsgewoonten, de fysieke activiteit, alcoholgebruik, geneesmiddelengebruik en psychosociale problematiek (15).

Bij het klinisch onderzoek wordt aangeraden de lengte, het gewicht en de buikomtrek te meten, waarna het BMI kan berekend worden. Aanvullend onderzoek zoals een bloedanalyse wordt aangeraden bij het vermoeden van diabetes of hypothyroïdie of indien er een indicatie is tot het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel (15). Een cardiovasculair risicoprofiel dient volgens de NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement opgesteld te worden bij risicofactoren zoals roken, BMI > 30 kg/m², hypertensie, hypercholesterolemie, COPD, reumatoïde artritis, vermoeden van erfelijke dyslipidemie, chronische nierschade, diabetes mellitus en eerder vastgestelde hart- en vaatziekten (18).

1.2.2.2 Algemene principes

Eerst en vooral raadt NHG **patiënteneducatie** aan. Dit houdt onder andere informatie over de oorzaak van obesitas, de impact van obesitas op de levensverwachting en de mogelijke gevolgen van obesitas zoals het ontwikkelen van cardiovasculaire ziekten in. Verder wordt aangeraden om de patiënt mee te geven dat 5-10% verlies van het lichaamsgewicht reeds een belangrijke gezondheidswinst geeft en dat meer dan 10% gewichtsverlies doorgaans niet haalbaar is zonder operatieve interventies. Bovendien dient de patiënt op de hoogte te worden gesteld dat een blijvende aanpassing van de levensstijl nodig is om gewichtsverlies te bekomen, dit door middel van aanpassingen op het vlak van voeding, beweging en gedrag. Tot slot worden betere resultaten bereikt indien de partner en het gezin mee betrokken worden in het behandelproces. De behandeling van obesitas in de eerste lijn gebeurt bij voorkeur **multidisciplinair** (15).

1.2.2.3 Niet-medicamenteuze behandeling

De behandeling van overgewicht en obesitas bestaat uit 3 pijlers namelijk veranderingen op het vlak van dieet, beweging en gedrag. Men stelt dat een combinatie van deze 3 pijlers het meest effectief is voor langdurig gewichtsverlies en het behoud hiervan.

Ten eerste is een permanente aanpassing van de **voedingsgewoonten** nodig voor behoud van gewichtsverlies. Een dieet op maat wordt aangeraden, rekening houdend met de eventuele

aanwezigheid van comorbiditeiten, de leefgewoonten, de eetcultuur, de psychologische en financiële draagkracht. Adviezen omtrent gezonde voeding kunnen worden gegeven volgens de richtlijnen gezonde voeding van de Gezondheidsraad (19). Verwijzing naar een diëtist wordt voorgesteld indien blijvend gewichtsverlies niet mogelijk is of de behandelende arts van mening is dat een intensievere begeleiding nodig is. Streng diëten of telkens opnieuw diëten, moet worden afgeraden, mede omwille van het risico op het ontwikkelen van eetstoornissen (15).

NHG raadt volgens de Nederlandse Norm Gezond Bewegen aan om dagelijks minimaal 1 uur matig intensief **beweging**, waarbij de ademhaling versnelt maar praten nog mogelijk is. Beweging in combinatie met een dieet vergroot doorgaans het gewichtsverlies. Bewegen zou volgens NHG de cardiovasculaire risicofactoren verlagen, ook bij de afwezigheid van gewichtsafname. Samenwerking met een fysiotherapeut kan nuttig zijn bijvoorbeeld bij de aanwezigheid van comorbiditeiten zoals gewrichtsklachten. Tot slot dienen mogelijke bezwaren van de patiënt tegen de fysieke activiteit herkend en besproken te worden met de patiënt (15).

Ten derde heeft **cognitieve gedragstherapie** een bewezen positief effect en kan bijdragen tot het verminderen van extern of emotioneel eetgedrag. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van psychologische begeleiding (15).

1.2.2.4 Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze therapie raadt NHG in tegenstelling tot Domus Medica af voor de behandeling van overgewicht en obesitas. Ook orlistat wordt niet aangeraden gezien het beperkte effect en de frequent voorkomende bijwerkingen (15). Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de NHG-richtlijn dateert uit oktober 2010 en voor het laatst is herzien in september 2020. De meeste onderzoeken naar het gebruik van GLP-1-agonisten voor gewichtsverlies bij mensen zonder diabetes type 2 zijn echter pas na 2020 gepubliceerd.

1.2.2.5 Opvolging en verwijzing

Bijkomend raadt NHG aan om patiënten minstens gedurende 1 jaar te begeleiden bij het gewichtsverlies en vervolgens nog een jaar extra begeleiding gericht op gewichtsbehoud. Nadien dient de patiënt nog langdurig maar minder intensief opgevolgd te worden in het kader van gewichtsbehoud. Tijdens zowel het eerste als het tweede jaar wordt opvolging aan een frequentie van minstens driemaandelijks aanbevolen. Tijdens deze opvolging moet zowel het gewicht als de buikomtrek gemeten worden. Nadien is een zesmaandelijkse opvolging voldoende behalve bij aanwezigheid van diabetes of cardiovasculaire aandoeningen. Deze vereisen een meer frequente opvolging (15).

Tot slot dient verwijzing naar een specialistische setting te gebeuren bij het vermoeden van een onderliggende oorzaak van obesitas, bij het vermoeden van obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) of bij indicatie voor bariatrische chirurgie in overleg met de patiënt (15).

1.2.3 Adviezen *Belgian Association for the Study of Obesity* (BASO)

De *Belgian Association for the Study of Obesity* (BASO) ontwikkelde een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas in België. Deze werd ontwikkeld in 2020 en bevat recente en uitgebreide richtlijnen omtrekt de aanpak van obesitas in België. Net zoals Domus Medica en NHG raadt de BASO **een multidisciplinaire aanpak** aan voor de behandeling van overgewicht en obesitas. Bij deze aanpak staat het veranderen van de levensstijl van de patiënt centraal. Een **combinatie van veranderingen op het vlak van dieet, beweging en gedrag worden aanbevolen, eventueel aangevuld met medicamenteuze ondersteuning of bariatrische chirurgie** (13).

Daarnaast kunnen volgens de BASO consensus farmacotherapeutische interventies gebruikt worden in de behandeling van obesitas en overgewicht, ter aanvulling van maatregelen op het vlak van dieet, fysieke activiteit en gedragstherapie. Dit telkens in een multidisciplinaire setting en voor patiënten met een BMI > 30 kg/m² of BMI > 27 kg/m² met een obesitas gerelateerde aandoening. Zonder aanpassingen van de levensstijl wordt dit niet aanbevolen. Goedgekeurde producten voor gewichtscontrole in Europa in 2020 waren orlistat, liraglutide en naltrexon/bupropion (13).

Orlistat vermindert de vetopname uit de voeding. Het gemiddeld gewichtsverlies met orlistat in vergelijking met een placebogroep betreft 3,2kg. Na 12 weken zou 37% van de patiënten meer dan 5% van hun totale gewicht verloren zijn, dit vergeleken met 19% in de placebogroep (13).

Verder werkt **naltrexon/bupropion** in op hongergevoel een eetlust. Studies toonden aan dat een behandeling met dit product na 56 weken een gemiddeld gewichtsverlies van 3,7% tot 5,4% toonde in vergelijking met 1,3% tot 1,7% in een placebogroep. 28 tot 31% van de patiënten verloor meer dan 5% van hun lichaamsgewicht na 56 weken, in vergelijking met 12 tot 14% in de controlegroep (13).

Ten derde is **liraglutide** een GLP-1 receptor antagonist die voedselinname verlaagt door in te werken op de eetlust, het verzadigingsgevoel en de maaglediging. Het wordt eenmaal per dag subcutaan toegediend en dient te worden opgebouwd. Liraglutide leidt (in combinatie met levensstijladviezen) na 56 weken tot een gewichtsverlies van 4,0 tot 5,4% in vergelijking met placebo. 50 tot 64% van de patiënten verloor meer dan 5% lichaamsgewicht na 56 weken, in de placebogroep was dit slechts 14 tot 27%. Daarnaast verlaagt liraglutide het risico op de ontwikkeling van ernstige hart-en vaatziekten verminderen en heeft het een glucoseverlagend effect. Hierdoor zou het ook de evolutie van prediabetes naar diabetes type 2 vertragen. De meest voorkomende bijwerkingen zijn misselijkheid en braken maar verdwijnen veelal na enkele weken behandeling. Ook is er een verhoogd risico op pancreatitis en een acute galblaasaandoening (13).

Daarnaast zijn er volgens de BASO richtlijn van 2020 ook enkele producten op de markt die worden gebruikt voor de behandeling van diabetes type 2 maar tegelijkertijd een gunstig effect hebben op gewichtsverlies namelijk **semaglutide**, een GLP-1 analoog en gliflozines of sGLT2-remmers. Deze producten zijn ontwikkeld als antidiabetica en zijn in België op heden nog niet terugbetaald voor de behandeling van obesitas bij mensen zonder diabetes type 2. Semaglutide is net zoals liraglutide een GLP-1 receptor antagonist en werkt dus op een gelijkaardige manier. Het wordt eenmaal per week subcutaan toegediend in opbouwende dosis. Na 12 maanden behandeling verliezen 46% tot 62% van de patiënten meer dan 5% van hun lichaamsgewicht. De meest voorkomende bijwerkingen zijn gastro-intestinaal van aard namelijk buikpijn, diarree, misselijkheid, braken en constipatie. **Gliflozines** zijn sGLT-2 remmers die een inhiberend effect hebben op de terugresorptie van glucose in de nieren waardoor er meer glucose wordt uitgescheden via de urine. Dit zorgt voor zowel voor een verbetering van de glycemische controle bij patiënten met diabetes type 2 maar ook voor gewichtsverlies. Verschillende studies toonden een gewichtsverlies van 2,1 tot 2,5 kg aan na 24 weken behandeling met empagliflozine (13).

Tot slot raadt de BASO aan om patiënten nauwgezet op te volgen indien zij een farmacotherapeutische behandeling in het kader van obesitas krijgen. Een levenslange opvolging is aangewezen. Na 12 weken behandeling dient het effect van de behandeling op het gewichtsverlies bekeken te worden. Indien de patiënten minder dan 5% van zijn begingewicht verloren is, dient de behandeling te worden gestaakt. Indien er een meer dan 5% gewichtsverlies is en daarnaast zijn er geen contra-indicaties, kan de behandeling worden verdergezet. **In principe dient een medicamenteuze behandeling in het kader van gewichtscontrole chronisch te worden genomen**, omdat obesitas als een chronische aandoening wordt beschouwd. De patiënt dient voldoende opgevolgd en gemotiveerd te worden om de behandeling verder te zetten. Dit is een verschil met de richtlijn van Domus Medica waar de duur van de inname van de medicatie niet strikt werd vastgelegd. Domus Medica stelt enkel dat een goede opvolging geboden is omdat er weinig gekend is over de veiligheid van de producten op lange termijn. (13).

1.3 Het gebruik van GLP-1 analogen voor vermagering

GLP-1 (glucagon-like peptide 1) analogen zijn geneesmiddelen die oorspronkelijk zijn ontwikkeld voor de behandeling van type 2 diabetes mellitus. Naast hun effect op de bloedglucosespiegel, blijken ze ook gewichtsverlies in de hand te werken (7). Liraglutide was het eerste GLP-1 analoog dat werd onderzocht voor gewichtsverlies en had betere resultaten dan oudere producten Orlistat en naltrexon+bupropion (20). Naast liraglutide bleek ook semaglutide een gunstig effect op het gewicht te hebben (21).

1.3.1 Werkingsmechanisme GLP-1 analogen

GLP-1 analogen zijn structureel gelijkend op GLP-1 hormonen en bootsen hun effect na. Het GLP-1 hormoon is een van de soorten incretinehormonen die worden afgescheiden door de L-cellen van de dunne darm na een maaltijd. Het werkt in op de bloedglucosespiegel op verschillende manieren (7). De belangrijkste worden hieronder beschreven.

1.3.1.1 Stimulatie insuline en inhibitie van glucagon

Wanneer glucose orale wordt toegediend, leidt dit tot een significant hogere insulinesecretie in vergelijking met een equivalente intraveneuze toediening van glucose. Dit verschil wordt verklaard door het incretine effect. Een orale inname van glucose stimuleert de afgifte van incretinehormonen, met name GLP-1 en GIP hormonen ter hoogte van de darm. De GLP-1 hormonen stimuleren op hun beurt de beta-cellen van de pancreas om insuline vrij te geven en remmen tegelijkertijd de secretie van glucagon door de alfa cellen. Gezien glucagon normaal gezien de lever stimuleert om glucose te maken (gluconeogenese), resulteert de afname van glucagon in een verminderde glucoseproductie door de lever. De combinatie van deze 2 processen draagt bij tot een verlaging van de bloedglucoseconcentratie na een glucose-inname (22, 23).

1.3.1.2 Vertraging van de maaglediging

GLP-1 analogen zorgen voor het vertraging van de lediging van de maaginhoud naar de dunne darm (7, 23), voornamelijk het eerste uur na het consumeren van voedsel. Hierdoor wordt de postprandiale stijging van de bloedglucosespiegel vertraagt (7).

1.3.1.3 Vermindering van de eetlust en verhogen verzadigingsgevoel

GLP-1 receptoren bevinden zich in de hypothalamus in onze hersenen. De hypothalamus staat op zijn beurt in voor het hongergevoel. GLP-1 analogen activeren de GLP-1 receptoren en zorgen op deze manier voor een vrijlating van neurotransmitters dewelke signalen sturen om het hongergevoel te onderdrukken en het verzadigingsgevoel te verhogen (7).

1.3.2 Effectiviteit en doeltreffendheid GLP-1 analogen

1.3.2.1 Effectiviteit en doeltreffendheid van liraglutide

In 2015 verscheen een grote gerandomiseerde dubbel geblindeerde studie **(SCALE)** rond het gebruik van liraglutide 3 mg subcutane injecties voor gewichtsverlies (20). Er werden in totaal 3731 mensen geïncludeerd. Deze mensen hadden geen diabetes type 2 maar wel minstens een BMI van 30 kg/m² of

meer of een BMI van 27 kg/m² of meer maar in combinatie met dyslipidemie of hypertensie. Een deel van de groep kreeg dagelijks 1 subcutane injectie liraglutide 3 mg, de andere groep kreeg placebo. Beide groepen kregen dezelfde levensstijladviezen mee. **Na 56 weken hadden de patiënten uit de liraglutide groep gemiddeld 8.0 % of 8.4 kg van hun lichaamsgewicht verloren in vergelijking met 2.6% of 2.8 kg in de placebo groep. In de liraglutide groep hadden 63.2% van de mensen meer dan 5% van het lichaamsgewicht verloren en 33.1% van de groep zelfs meer dan 10% van het lichaamsgewicht. Dit in vergelijking met respectievelijk 27.1% en 10.6% in de placebogroep.** Ook de buikomtrek, bloeddruk en het BMI daalden significant zoals wordt weergegeven in tabel 2 (20).

Tabel 2: overzicht van de belangrijkste eindpunten uit de SCALE studie tussen week 0 en week 56 (20)

Eindpunt	Liraglutide (n=2437)	Placebo (n=1225)	P-waarde
Verschil in lichaamsgewicht (kg)	-8.4	-2.8	<0.001
Verschil in lichaamsgewicht (%)	-8.0	-2.6	<0.001
Verlies > 5% lichaamsgewicht (%)	63.2	27.1	<0.001
Verlies > 10% lichaamsgewicht (%)	33.1	10.6	<0.001
BMI (kg/m²)	-3.0	-1.0	<0.001
Buikomtrek (cm)	-8.2	-3.9	<0.001
Systolische bloeddruk (mmHg)	-4.2	-1.5	<0.001
Diastolische bloeddruk (mmHg)	-2.6	-1.9	<0.001

1.3.2.2 Effectiviteit en doeltreffendheid van semaglutide

De *Semaglutide Treatment Effect in People with obesity* (STEP) klinische studies onderzochten op grote schaal het effect van een wekelijkse toediening semaglutide 2.4 mg op patiënten met overgewicht en obesitas. In alle studies werd gestart aan een dosis van 0.25 mg, dit werd elke 4 weken opgedreven tot een dosis van 2.4 mg op 16 weken. Indien de patiënten de dosis van 2.4 mg niet konden verdragen, werd een lagere dosis geaccepteerd (24).

In de **STEP 1** studie werden 1961 deelnemers geïncludeerd zonder diabetes type 2 maar met een BMI van 30 kg/m² of meer of een BMI van 27 kg/m² of meer maar met een gewichtsgerelateerde comorbiditeit. De patiënten werden at random onderverdeeld in 2 groepen. De eerste groep gebruikte wekelijks semaglutide 2.4 mg subcutaan (op te starten in opklimmende dosis), de tweede groep kreeg placebo. Beide groepen kregen daarnaast ook levensstijladviezen en opvolging door een clinicus elke 4 weken. Gedurende 68 weken werd gekeken naar het gewicht. **Na 68 weken verloor de semaglutide groep gemiddeld 14.9% lichaamsgewicht of 15.3 kg in vergelijking met 2.4% of 2.6 kg in de placebogroep. In de semaglutide groep verloor 86.4% minstens 5% van hun lichaamsgewicht en 69.1% verloor zelfs 10% of meer. In de placebogroep was dit respectievelijk 31.5% en 12.0%.** Verder was de buikomtrek in de semaglutide groep gemiddeld 13.5 cm kleiner in vergelijking met 4.1 cm in de placebogroep. Het BMI daalde in de semaglutide groep met 5.5 eenheden en in de placebogroep

slechts 0.9 eenheden. De systolische bloeddruk ging in de semaglutide groep gemiddeld 6.2 mmgHg naar beneden, in vergelijking met 1.06 mmHg in de placebogroep (9). Een overzicht van deze cijfers is weergegeven in tabel 3 (9).

Tabel 3: overzicht van de belangrijkste eindpunten uit de STEP 1 studie tussen week 0 en week 68 (9)

Eindpunt	Semaglutide (n=1306)	Placebo (n=655)	P-waarde*
Verschil in lichaamsgewicht (kg)	-15.3	-2.6	Nvt
Verschil in lichaamsgewicht (%)	-14.9	-2.4	<0.001
Verlies > 5% lichaamsgewicht (%)	86.4	31.5	<0.001
Verlies > 10% lichaamsgewicht (%)	69.1	12.0	<0.001
BMI (kg/m²)	-5.5	-0.9	Nvt
Buikomtrek (cm)	-13.5	-4.1	<0.001
Systolische bloeddruk (mmHg)	-6.2	-1.1	<0.001
Diastolische bloeddruk (mmHg)	-2.8	-0.4	Nvt

*P-waarden werden enkel berekend voor de primaire eindpunten en *confirmatory secondary end points*, niet voor *supportive secondary end points. Supportive secondary end points* zijn in dit geval verschil in lichaamsgewicht (kg), BMI en diastolische bloeddruk.

In de **STEP 3** studie werd bij 611 deelnemers het verschil tussen wekelijks 2.4 mg semaglutide en wekelijks placebo gemeten waarbij ook **intensieve gedragstherapie** werd toegepast alsook een **caloriebeperkend dieet** gedurende de eerste 8 weken (24, 25). **Na 68 weken verloor de semaglutide groep gemiddeld 16.8 kg of 16.0% van hun lichaamsgewicht in vergelijking met 6.2 kg of 5.7% in de placebogroep. 86.6% van de semaglutide groep verloor meer dan 5% van lichaamsgewicht en 75.3% verloor meer dan 10% van hun lichaamsgewicht. Dit in vergelijking met respectievelijk 47.6% en 27.0% in de placebogroep**. Daarnaast was de buikomtrek gemiddeld 14.6 cm kleiner en daalde de BMI met 6 eenheden in vergelijking met 6.3 cm buikomtrek en 2.2 eenheden BMI in de placebogroep. Tot slot daalde de systolische bloeddruk gemiddeld met 5.6 mmgHg en de diastolische bloeddruk met 3 mmgHg in vergelijking met 1.6 mmHg en 0.8 mmHg in de placebogroep (25).

In de **STEP 4** studie werd bij 902 deelnemers gekeken naar de gewichtsevolutie na een periode van 20 weken semaglutide 2.4 mg wekelijks. De ene groep zette de behandeling met semaglutide verder, de ander groep kreeg placebo in de plaats. Bij beide groepen werden levensstijladviezen met maandelijkse opvolging voorzien. Het gewicht werd verder opgevolgd tot 68 weken (24, 26). Het primaire eindpunt was het gewichtsverschil tussen week 20 en week 68. Na 20 weken verloren de deelnemers gemiddeld 10.6% van hun lichaamsgewicht. Tussen week 20 en 68 verloor men in de semaglutide groep gemiddeld 7.1 kg of 7.9% van hun lichaamsgewicht, in de placebogroep kwam men gemiddeld 6.1 kg of 6.9% van hun lichaamsgewicht bij. De buikomtrek daalde in de semaglutide groep tijdens deze periode gemiddeld met 6.4 cm, in de placebogroep daarentegen steeg deze met 3.3 cm. Bij de deelnemers waarbij semaglutide werd verder genomen, werd gemiddeld genomen na 60 weken een plateaufase gezien waarbij het gewicht stagneerde. In totaal viel men gemiddeld over 68 weken 17.4% af in de semaglutide groep. Bij de deelnemers die na 20 weken placebo kregen, werd in totaal slechts een daling van 5% van het lichaamsgewicht gezien, waarvan men in de eerste 20 weken een

grote daling in het gewicht zag en tussen week 20 en 68 een stijging. **In conclusie toont deze studie aan dat men gemiddeld opnieuw bijkomt na het stoppen van de behandeling met semaglutide** (26).

In de **STEP 5** studie werd gedurende 104 weken gekeken naar het effect van semaglutide 2.4 mg eenmaal per week op het gewicht in vergelijking met placebo (24, 27). Er werden levensstijladviezen met maandelijkse opvolging voorzien. Na 104 weken was men gemiddeld 16.1kg of 15.2% van het lichaamsgewicht kwijt in de semaglutide groep. Dit vergelijking met 3.2 kg of 2.6% van het lichaamsgewicht in de placebogroep. Daarnaast was na 104 weken 77.1% van de deelnemers 5% of meer lichaamsgewicht kwijt en 61.8% meer dan 10% lichaamsgewicht. In de placebogroep betrof dit respectievelijk 34.4% en 13.3%. Daarnaast zag men een significante daling in buikomtrek en systolische bloeddruk. In de semaglutide groep daalde de buikomtrek met 14.4 cm terwijl dit in de placebogroep slechts 5.2 cm was. De systolische bloeddruk daalde tot slot 5.7 mmgHg in de eerste groep en 1.6 mmHg in de tweede**. Het gewichtsverlies bereikte een plateau rond week 60 en werd vervolgens behouden tot het einde van de studie op week 104. Dit suggereert dat semaglutide, in combinatie met gedragsinterventies, niet alleen effectief is in het verliezen van gewicht, maar ook in het voorkomen van gewichtstoename. Deze hypothese wordt bevestigd door de STEP 4 studie waaruit bleek dat dat stopzetting van semaglutide leidde tot gewichtstoename, wat benadrukt dat continu gebruik nodig is om gewichtsverlies vast te houden.** Het behouden van gewichtsverlies is essentieel omdat obesitas een chronische en terugkerende ziekte is. Gewichtstoename na een succesvolle afvalpoging is vaak onvermijdelijk zonder voortdurende interventies. Het continueren van semaglutide kan helpen in dit gewichtsbehoud (27).

Waar de STEP studies enkel de subcutane vorm van semaglutide onderzochten, keek de *Oral **Semaglutide Treatment Effect in People with Obesity*** **(OASIS) studie** tot slot naar de invloed van een perorale vorm van semaglutide op het gewicht. Het betreft een dubbel-gerandomiseerde studie waarbij 667 deelnemers werden geïncludeerd zonder diabetes type 2 maar met een BMI van minstens 30 kg/m² of BMI van minstens 27 kg/m² in combinatie met de aanwezigheid van een gewichtsgerelateerde comorbiditeit. Gedurende 68 weken kreeg de helft van de groep dagelijks semaglutide 50 mg per os en de andere helft dagelijks placebo. Na 68 weken verloor de semaglutide groep gemiddeld 15.5 kg of 15.1% van hun lichaamsgewicht in vergelijking met 2.5 kg en 2.4% in de controlegroep. 85% van de deelnemers in de semaglutide groep verloren meer dan 5% van hun lichaamsgewicht, 69% verloor meer dan 10 procent. In de controlegroep was dit respectievelijk 26% en 12%. Verder daalde ook de buikomtrek in de semaglutide groep met 13 cm, in de placebogroep 3 cm. Tot slot daalde het BMI in de semaglutide groep met 5.6 eenheden en in de placebogroep slechts 0.9 eenheden (28).

1.3.2.3 Het verschil in doeltreffendheid en effectiviteit van liraglutide en semaglutide

De **STEP 8** studie (21) vergeleek het effect van wekelijks semaglutide 2.4 mg subcutaan of dagelijks liraglutide 3 mg subcutaan op gewichtsverlies bij patiënten met overgewicht of obesitas zonder diabetes. Het betrof een gerandomiseerde studie waarbij 338 mensen (semaglutide n=126, liraglutide n = 127, placebo n = 85) gedurende 68 weken werden gevolgd. Naast een medicamenteuze behandeling werd ook ingezet op levensstijladviezen. Semaglutide werd gestart aan 0,25 mg en werd opgedreven tot 2.4 mg over 16 weken. Indien de maximale dosis niet kon getolereerd worden, werd een dosis van 1.7 mg gebruikt. Liraglutide werd gestart aan 0.6 mg en opgedreven tot 3 mg over 4 weken (21).

Na 68 weken was het lichaamsgewicht in de semaglutide groep gemiddeld 15.8% gedaald, in de liraglutide groep was dit 6.5% en in de placebogroep 1.9%. Gemiddeld verloor een patiënt in de semaglutide groep 15.3 kg, in de liraglutide groep was dit 6.8 kg en in de placebogroep 1.6 kg. 70.9% van de deelnemers verloor met semaglutide meer dan 10% van hun lichaamsgewicht, 55.6% zelfs meer dan 15%. Dit in vergelijking met 25.6% en 12.0% met liraglutide. Tot slot was er ook een verschil merkbaar in buikomtrek en bloeddruk (21). Een overzicht van deze cijfers werd samengevat in tabel 4.

Tabel 4: overzicht van de belangrijkste eindpunten uit de STEP 8 studie tussen week 0 en week 68 (21).

Eindpunt	Semaglutide (n=126)	Liraglutide (n=127)	Placebo (n=85)	P-waarde*
Verschil in lichaamsgewicht (kg)	-15.3	-6.8	-1.6	Nvt
Verschil in lichaamsgewicht (%)	-15.8	-6.4	-1.9	<0.001
Verlies > 10% lichaamsgewicht (%)	70.9	25.6	15.4	<0.001
Verlies > 15% lichaamsgewicht (%)	55.6	12.0	6.4	<0.001
Buikomtrek (cm)	-13.2	-6.6	-2.0	Nvt
Systolische bloeddruk (mmHg)	-5.7	-2.9	3.2	Nvt
Diastolische bloeddruk (mmHg)	-5.0	-0.5	0.7	Nvt

*P-waarden werden enkel berekend voor de primaire eindpunten en *confirmatory secondary end points*, niet voor *supportive secondary end points. Supportive secondary end points* zijn in dit geval verschil in lichaamsgewicht (kg), buikomrek, systolische bloeddruk en diastolische bloeddruk.

1.3.2.4 Het effect van GLP-1 analogen op cardiovasculaire eindpunten

Een meta-analyse van Cleto *et.al* onderzocht het effect van een behandeling met semaglutide, zowel in subcutane als per orale toediening, op cardiovasculaire eindpunten bij patiënten met en zonder diabetes (29). Over het algemeen is er 76% minder risico op een ziekenhuisopname door gedecompenseerd hartfalen bij patiënten met HFpEF. Daarnaast is er 17% minder kast op sterfte ten gevolge van een cardiovasculaire oorzaak en 21% minder kans op sterfte omwille van een andere oorzaak. 24% minder kans op een niet-fataal acuut myocardinfarct en nood aan coronaire revascularisatie. Specifiek patiënten met diabetes type 2 hadden 35% minder kans op het krijgen van een beroerte onder de behandeling met semaglutide (29).

Daarnaast ging men in de *Semaglutide Effects on Cardiovascular Outcomes in People with Overweight or Obesity* (SELECT) studie het effect na van semaglutide op het voorkomen van cardiovasculaire events bij patiënten met een vooraf bestaande cardiovasculaire aandoening én overgewicht of obesitas maar zonder diabetes. Het betrof een dubbel geblindeerde gerandomiseerde placebo-gecontroleerde studie met in totaal 17 604 deelnemers. De patiënten waren 45 jaar of ouder, hadden een BMI van 27 kg/m²

of meer, geen diabetes maar waren wel cardiovasculair belast. Een cardiovasculaire belasting betekende in deze studie de aanwezigheid van een symptomatische perifere arteriële aandoening, een vroeger myocardinfarct of een vroegere beroerte. De primaire eindpunten waren overlijden ten gevolge van cardiovasculaire ziekte, niet-dodelijk myocardinfarct en niet-dodelijke beroerte. In de semaglutide groep stierf 2.5% ten gevolge van een cardiovasculair event, in de placebogroep was dit 3%. 2.7% van de mensen in de semaglutide groep kreeg een niet-dodelijk myocardinfarct in vergelijking met 3.7% in de placebogroep. Tot slot kreeg 1.7% van de mensen met semaglutide een niet-dodelijke beroerte. In de placebogroep was dit 1.9%. **In totaal kregen 6.5% van de mensen uit de semaglutide groep te maken met een overlijden, een niet-dodelijk myocardinfarct of een niet-dodelijke beroerte in vergelijking met 8% in de placebogroep. Het risico werd dus verminderd met 20% door het gebruik van semaglutide 2.4mg subcutaan wekelijks gedurende een periode van 39.8 maanden (30).**

1.3.3 Veiligheid en bijwerkingen GLP-1 analogen

1.3.3.1 Veiligheid en bijwerkingen van liraglutide

Volgens de SCALE studie van Pi-Sunyer *et Al.* (20) waren de **meest frequente bijwerkingen van gastro-intestinale aard**. In de liraglutide groep rapporteerden 40.2% van de deelnemers misselijkheid (14.7% in de controlegroep), 20.9% diarree (9.3 in de controlegroep), 20.0% constipatie (8.7% in de controlegroep), 16.3% braken (4.1% in de controlegroep), 9.5% dyspepsie (3.1% in de controlegroep), 5.8% hoge abdominale pijn (3.5% in de controlegroep) en 5.2% abdominale pijn (3.5% in de controlegroep). Misselijkheid en braken komen **voornamelijk de eerste 4 tot 8 weken na de opstart** van de behandeling voor (20).

Daarnaast kwamen in de liraglutide groep vaker ernstige verwikkelingen voor in vergelijking met de placebo groep. Galblaas gerelateerde verwikkelingen, voornamelijk cholelithiasis en cholecystitis, kwamen in de liraglutide groep in 2.5% van de gevallen voor in vergelijking met 1% in de placebogroep. Pancreatitis kwam in 0.4% van de patiënten voor die liraglutide gebruikten. In de placebo groep betrof dit < 0.1%. Er was geen significant verschil in het ontwikkelen van een maligniteit in beide groepen. Tot slot kwamen symptomen van een hypoglycemie voor in 1.3% van de deelnemers in de liraglutide groep, in vergelijking met 1.0% in de placebogroep. Er was geen tussenkomst van derden nodig in de behandeling van deze hypoglycemieën (20).

1.3.3.2 Veiligheid en bijwerkingen van semaglutide

In de STEP 1 studie rapporteerde rapporteerden in de semaglutide groep 44.2% misselijkheid (17.4% in de controlegroep), 31.5% diarree (15.9% in de controlegroep), 24.8% braken (6.6% in de controlegroep), 23.4% constipatie (in de controlegroep), 21.5% nasofaryngitis (20.3% in de controlegroep), 15.2% hoofdpijn (12.2% in de controlegroep), 10.3% dyspepsie (3.5% in de controlegroep), 10.0% abdominale pijn (5.5% in de controlegroep), 8.7% bovenste luchtweginfectie (12.2% in de controlegroep). Net zoals bij liraglutide waren hier **gastro-intestinale bijwerkingen** het meest frequent. Deze bijwerkingen waren ook hier het meest aanwezig gedurende de eerste periode van de proef, gedurende de periode waarin de dosis van semaglutide werd opgedreven (9).

Daarnaast ging de behandeling ook gepaard met het ontwikkelen van complicaties, dewelke gelijkaardig zijn aan degenen bij de behandeling van liraglutide. Zo kreeg 2.6% in de semaglutide groep te maken met galblaas relateerde verwikkelingen, meest frequent cholelithiasis. In de controle groep was dit 1.2%. Verder kreeg 0.2% van de semaglutide groep te maken met acute pancreatitis, in vergelijking met 0% in de placebogroep. Tot slot was er geen verschil in het ontwikkelen van een maligniteit in beide groepen (9).

1.3.4 Soorten GLP-1 analogen en beschikbaarheid

Tabel 5 geeft een overzicht van de soorten GLP-1 analogen, alsook welke soorten in april 2025 zijn goedgekeurd door de *European Medicines Agency* (EMA) voor de behandeling van overgewicht en obesitas bij patiënten zonder diabetes type 2. **Op heden zijn enkel Saxenda® en Wegovy® door EMA goedgekeurd voor de behandeling van overgewicht en obesitas** (31-33). Wegovy® is een relatief nieuw product en was op het moment van het ontwikkelen van de vragenlijst in dit onderzoek nog niet op de markt. Ook in de laatste fase van dit onderzoek, in april 2025, is het nog steeds niet beschikbaar in België (31).

Tabel 5: soorten GLP-1 analogen en goedkeuring door EMA voor de indicatie gewichtsverlies in april 2025 (31-33)

Stofnaam	Merknaam	Goedgekeurd door EMA voor gewichtsverlies?
Liraglutide	Saxenda®	Ja
	Victoza®	Neen
Semaglutide	Rybelsus®	Neen
	Ozempic®	Neen
	Wegovy®	Ja

GLP-1 analogen zijn in België op heden enkel terugbetaald voor mensen met diabetes type 2 en dit onder bepaalde voorwaarden. Semaglutide is in België op heden nog niet beschikbaar voor de indicatie obesitas. Hierdoor werden GLP-1 analogen vaak off-label gebruikt voor de indicatie obesitas bij patiënten zonder diabetes. Dit zorgde de afgelopen jaren vaak voor tekorten waardoor de patiënten met diabetes type 2 soms niet aan de nodige medicatie geraakten (31). Om deze reden werd op 14 november 2023 een **koninklijk besluit** gepubliceerd waarin strengere voorwaarden werden vastgelegd voor het voorschrijven en afleveren van GLP-1 analogen (34). GLP-1 analogen meer bepaald Ozempic™, Rybelsus®, Victoza®, Trulicity®, Bydureon® en alle magistrale bereidingen van Semaglutide, Liraglutide, Dulaglutide en Exenatide kunnen enkel worden voorgeschreven in bepaalde omstandigheden. De medicatie kan worden voorgeschreven voor patiënten met diabetes type 2. Daarnaast kan het ook worden voorgeschreven bij patiënten met een BMI hoger dan 35 kg/m² of een BMI hoger dan 30 kg/m² in combinatie met ten minste 1 gewichtsgerelateerde comorbiditeit. In dit geval dient het eerste voorschrift telkens worden afgeleverd door een arts-specialist in de endocrinologie met het oog op een multidisciplinaire aanpak. Tot slot kan het ook worden voorgeschreven in het kader van een klinische proef. Saxenda® en Wegovy® vallen hier niet onder. (34)

2. Doelstelling

Obesitas is een toenemend gezondheidsprobleem met potentieel ernstige gevolgen. Levensstijladviezen zoals aangepaste voeding en beweging zijn de basis van de behandeling van overgewicht/obesitas maar hebben slechts een beperkt effect. Ook is het gewichtsverlies met enkel levensstijladviezen moeilijk te behouden op lange termijn.

Recent onderzoek heeft uitgewezen dat semaglutide en liraglutide effectief zijn bij gewichtsverlies. De EMA keurde beide producten goed voor de behandeling van overgewicht en obesitas bij bepaalde patiënten. Steeds vaker hebben patiënten vragen rond deze medicatie. In deze thesis willen we graag onderzoeken wat de positie en toepasbaarheid van GLP-1 analogen zijn binnen het obesitastraject in de eerste lijn**. We willen in kaart brengen wat de effectiviteit, de veiligheid en de duurzaamheid van GLP-1 analogen voor vermagering is bij patiënten zonder diabetes**. Daarnaast willen we nagaan voor welke patiënten GLP-1 analogen kunnen gebruikt worden en **wat de richtlijnen zijn omtrent gebruik in de eerste lijn**. Tot slot willen we door middel van een vragenlijst analyseren **wat de ervaring is van de Vlaamse huisartsen met het gebruik van GLP-1 analogen voor vermagering en wat hun visie is op het gebruik van deze medicatie voor de indicatie overgewicht en obesitas.**

3. Methode

3.1 Onderzoeksmethode

Voor de verzameling van de gegevens in de inleiding van deze thesis werd gebruikt gemaakt van wetenschappelijke artikels en websites. De informatie werd hoofdzakelijk verzameld via de databases Pubmed en Web of Science. Er werd gestreefd naar zo recent mogelijke artikels gezien de snelle evolutie van de wetenschappelijke kennis rond GLP-1 analogen voor vermagering.

Voor het tweede deel van deze thesis werd gewerkt met een online vragenlijst. Dit is een observationeel onderzoek waarbij gemengd gebruikt gemaakt wordt van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden.

Het onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van Universiteit Gent (referentienummer THE 2023-0438). Voor de aanvang van de vragenlijst werd er gevraagd aan de deelnemers om een *informed consent* te lezen en goed te keuren. De vragenlijst kon niet worden gestart alvorens de *informed consent* werd goedgekeurd.

3.2 Onderzoekspopulatie en rekrutering

De onderzoekspopulatie in deze thesis bestond uit huisartsen en huisartsen-in-opleiding actief werkzaam in Vlaanderen. De vragenlijst werd opgesteld via Qualtrics en werd tussen 20 augustus 2024 en 29 december 2024 online gepubliceerd. Dit is een platform goedgekeurd door de Universiteit van Gent om vragenlijsten mee af te nemen in het kader van onderzoek. De dataverzameling gebeurde anoniem. De vragenlijst werd via een kort bericht met een publieke online link verspreid naar huisartsen over heel Vlaanderen, dit via lokale kwaliteitsgroepen van huisartsen (LOK), de nieuwsbrief van Domus Medica (DM) en de nieuwsbrief Interuniversitair Centrum Huisartsen Opleiding (ICHO). Er werd gestreefd naar een minimum van 75 ingevulde vragenlijsten.

3.3 Dataverzameling

De vragenlijst werd opgesteld in samenwerking met endocrinologen dr. Charlotte Verroken en dr. Imke Matthys, beiden werkzaam in UZ Gent. De vragenlijst duurde in dit onderzoek gemiddeld 15 minuten om in te vullen. Er werden uitsluitend meerkeuze vragen gesteld (met uitzondering van de laatste vraag dewelke een open vraag betreft) met meestal de mogelijkheid om zelf een bijkomend antwoord te formuleren.

De vragenlijst kan in 8 onderdelen verdeeld worden zoals beschreven hieronder.

- Deel 1: Demografische karakteristieken
    - Vraag 5: Wat is uw geslacht?
    - Vraag 6: Wat is uw leeftijd?
    - Vraag 7: In welk soort praktijk werkt u?
    - Vraag 8: In welke provincie in Vlaanderen is uw praktijk gelegen?

- Deel 2: vragen omtrent blootstelling aan obesitasproblematiek
    - Vraag 9: Hoe vaak ziet u mensen die consulteren met als hoofdvraag overwicht of obesitas?
    - Vraag 10: Volgt u in uw praktijk patiënten zonder diabetes die een GLP-1 analoog gebruiken met als hoofddoel vermagering?
- Deel 3: vragen omtrent opstart GLP-1 analogen
    - Vraag 11: Bij welke patiënten zou u eventueel een GLP-1 analoog opstarten?
    - Vraag 12: Wanneer past volgens u een GLP-1 analoog in het obesitas traject?
    - Vraag 13: Probeert u eerst andere, non-medicamenteuze, therapie? Welke?
    - Vraag 14: Hoe schat u het belang in van de onderstaande parameters of comorbiditeiten voor de opstart van GLP-1 analogen? Kruis aan wat het meeste past.
    - Vraag 15: Indien u rekening houdt met het BMI, welke BMI is voor u een indicatie tot opstart van GLP-1 analogen?
    - Vraag 16: Welk product gebruikt u het meest?
    - Vraag 17: Waarom verkiest u dit product?
    - Vraag 18: Wanneer u deze medicatie start, doet u dit dan in combinatie met een andere therapie?
    - Vraag 19: Welke onderzoeken voert u uit voor de opstart van de medicatie?
- Deel 4: vragen omtrent opvolging van patiënten onder behandeling met GLP-1 analogen
    - Vraag 20: Welke controles bouwt u in ter opvolging?
    - Vraag 21: GLP-1 analogen worden in principe in opklimmende dosis gestart. Wanneer hoogt u de dosis op?
    - Vraag 22: Wanneer wordt de behandeling met GLP-1 analogen naar uw mening het beste gestopt?
- Deel 5: vragen omtrent de globale ervaring van huisartsen met GLP-1 analogen
    - Vraag 23: In welke mate bent u akkoord met onderstaande stellingen? Wat is uw globale ervaring met GLP-1 analogen met als indicatie vermagering in de eerste lijn?
- Deel 6: vragen omtrent de redenen waarom artsen GLP-1 analogen al dan niet zouden voorschrijven
    - Vraag 24: Waarom zou u wel een GLP-analoog voorschrijven?
    - Vraag 25: Waarom zou u geen GLP-1 analoog voorschrijven?
- Deel 7: vragen omtrent de plaats van GLP-1 analogen in de gezondheidszorg
    - Vraag 26: Behoort de opstart van dit soort behandeling naar uw mening eerder tot het takenpakket van de huisarts of endocrinoloog?
    - Vraag 27: Behoort de opvolging van dit soort behandeling tot de eerste lijn?
- Deel 8: vragen omtrent de invloed van het koninklijk besluit
    - Vraag 28: Heeft het koninklijk besluit van 14/11/2023 iets veranderd aan de manier waarop u met GLP-1 analogen omgaat in het kader van vermagering bij mensen zonder diabetes?

De vragenlijst bestaat in feite uit 3 versies, waarbij het mogelijk is dat een deelnemers enkele vragen overslaat die niet voor hen van toepassing zijn. De splitsing werd gemaakt in deel 2 bij vraag 10 “Volgt u in uw praktijk patiënten zonder diabetes die een GLP-1 analoog gebruiken met als hoofddoel vermagering?”.

- Indien het antwoord “ja, ik heb dit ook al zelf opgestart” was, kreeg de deelnemer de volledige vragenlijst te zien. Naar deze groep zal in de resultaten gerefereerd worden als groep 1.

- Indien het antwoord “neen” was, werden alle vragen uit deel 3 en 4 met betrekking opstart en opvolging van GLP-1 analogen met als indicatie vermagering overgeslagen (vraag 11 tot en met 22). Naar deze groep deelnemers zal in de resultaten gerefereerd worden als groep 2.
- Indien het antwoord “Ja, maar enkel patiënten bij wie dit opgestart is door een endocrinoloog of andere specialist” was, werden alle vragen uit deel 3 met betrekking tot opstart van GLP-1 analogen met als indicatie vermagering overgeslagen (vraag 11 tot en met vraag 19) maar werden de vragen met betrekking opvolging van deze therapie uit deel 4 wel getoond (vraag 20 tot en met 22). Naar deze groep zal in de resultaten gerefereerd worden als groep 3.

Op basis van vraag 10 werden de artsen dus ingedeeld in 3 groepen. Gezien niet alle vragen in de enquête relevant waren voor alle groepen van artsen, zal er bij de bespreking van de resultaten aangegeven worden welke groepen deel uitmaken van de desbetreffende analyse.

Tot slot is de volledige vragenlijst inclusief gegeven antwoorden beschikbaar in de appendix achteraan.

3.5 Data-analyse

De resultaten zullen worden opgesplitst in twee onderdelen. Het eerste deel omvat een beschrijving van de resultaten zoals deze uit de vragenlijst werden bekomen. In een tweede deel van de resultaten in dit onderzoek werd er getracht een relatie te zoeken tussen enerzijds demografische karakteristieken van de artsen (meer bepaald geslacht, leeftijd, soort praktijk, provincie) en anderzijds meerkeuzevragen omtrent de opstart en opvolging van GLP-1 analogen (o.a. “Hoe vaak ziet u mensen consulteren met als hoofdvraag obesitas?”, “Volgt u in uw praktijk patiënten zonder diabetes die een GLP-1 analoog gebruiken met als hoofddoel vermagering?” , “Behoort de opstart van dit soort behandeling naar uw mening eerder tot het takenpakket van de huisarts of endocrinoloog?” en “Behoort de opvolging van dit soort behandeling tot de eerste lijn?”).

Om tot een statistisch significant resultaat te komen, werd er eerst *datacleaning* toegepast. De ontbrekende waarden werden in de dataset als missing aangeduid in SPSS. Verder werden de categorische waarden voor de variabelen “leeftijd” en “hoe vaak ziet u mensen consulteren met als hoofdvraag obesitas?” aangepast. Bij de variabele leeftijd werden de categorieën “46-55 jaar”, “56-65 jaar” en “65+ jaar” samengenomen tot 1 categorie “45+ jaar”. Bij de variabele “hoe vaak ziet u mensen consulteren met als hoofdvraag obesitas?” werd de categorie “dagelijks” gecombineerd met de categorie “wekelijks” en de categorie “maandelijks” met “enkele keren per jaar”. Deze beide correcties werden uitgevoerd met de bedoeling voldoende antwoorden binnen elke categorie te bekomen om zo optimale uitvoering van de statistische proeven hieronder besproken te bekomen.

De statistische analyses werden uitgevoerd met behulp van SPSS. Gezien we in deze dataset enkel werken met categorische variabelen, werd gebruikt gemaakt van kruistabellen en vervolgens Chi-kwadraat testen of Fisher’s exact testen voor het aantonen van de statistische significantie van de relatie tussen 2 categorieën. Een p-score van minder dan 0.05 wijst op een statistisch significant resultaat. Een Chi-kwadraat test kon pas worden toegepast indien minder dan 20% van de cellen in de kruistabel een verwachte frequentie van minder dan 5 had. Voor het aantonen van sommige associaties was het niet mogelijk een chi-kwadraat test uit te voeren om deze reden. Indien niet aan deze voorwaarde werd voldaan, werd de Chi-kwadraattoets niet uitgevoerd.

4. Resultaten

4.1 Beschrijvende statistiek

In dit gedeelte zullen de resultaten van de vragenlijst op een beschrijvende manier worden weergegeven. Een kopij van de uitslag van de vragenlijst is beschikbaar in de appendix achteraan.

4.1.1 Demografische karakteristieken

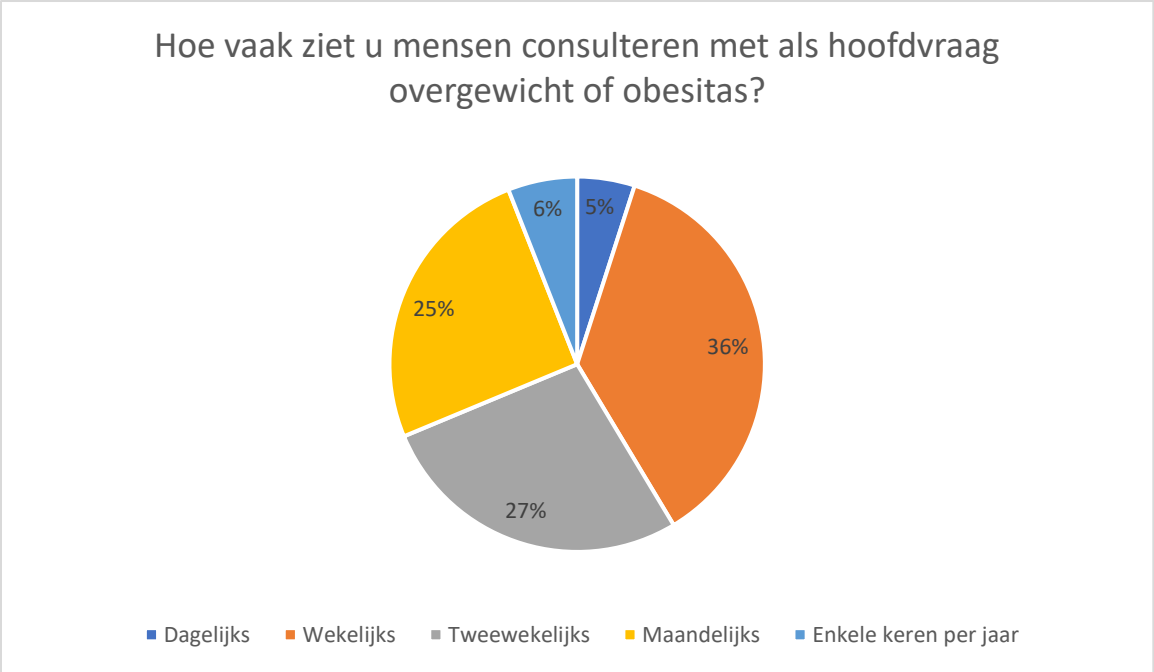
In totaal werd de vragenlijst 102 keer ingevuld. Ongeveer driekwart van de deelnemende artsen bleken vrouwen te zijn Het grootste percentage namelijk 48.0% van de deelnemers bleek tussen 25 en 35 jaar oud te zijn. Slechts 5.9% was ouder dan 65 jaar. Verder bleken de meeste deelnemers in Oost-Vlaanderen werkzaam te zijn en de minste in Limburg. Tot slot waren de deelnemers globaal gezien het meest werkzaam in een groepspraktijk. Een overzicht van de demografische gegevens wordt weergegeven in tabel 6.

Tabel 6: Demografische karakteristieken vragenlijst

Vraag	Antwoordmogelijkheden	Aantal (n)	Percentage (%)
Geslacht	Man	27	26.5
	Vrouw	75	73.5
Leeftijdscategorie	25-35 jaar	49	48.0
	36-45 jaar	23	22.5
	46-55 jaar	16	15.7
	56-65 jaar	8	7.8
	>65 jaar	6	5.9
Soort praktijk	Solo	10	9.8
	Groepspraktijk	55	53.9
	Multidisciplinaire praktijk	37	36.3
Welke regio werkzaam	West-Vlaanderen	12	11.8
	Oost-Vlaanderen	58	56.9
	Antwerpen	16	15.7
	Vlaams-Brabant	9	8.8
	Limburg	7	6.9

4.1.2 Vragen omtrent blootstelling aan obesitasproblematiek

De eerste vraag uit dit gedeelte bevroeg hoe vaak patiënten kwamen consulteren bij de artsen met als voornaamste klacht overgewicht of obesitas. 1 op 3 artsen schatten in dat patiënten wekelijks met een soortgelijke vraag tot bij hen komen. Zelfs 5% geeft aan dagelijks met deze problematiek in contact te komen. Een overzicht wordt weergegeven in figuur 1.



Figuur 1: taartdiagram samengesteld met de gegevens uit de vragenlijst omtrent frequentie waarmee patiënten consulteren bij de huisarts met een vraag over overgewicht of obesitas.

Met een tweede vraag werd gepeild of de artsen patiënten zonder diabetes volgen dewelke een GLP-1 analoog gebruiken met als hoofddoel vermagering. 54.9% van de deelnemers gaf aan zo'n patiënten te volgen en ook reeds zelf een GLP-1 analogen te hebben opgestart met als hoofddoel vermagering (groep 1). 35.3% van de deelnemers volgt zo'n patiënten in hun praktijk maar enkel patiënten bij wie deze behandeling is opgestart door een endocrinoloog of een andere specialist (groep 2). 9.8% van de deelnemers geeft aan geen patiënten zonder diabetes te volgen onder behandeling met GLP-1 analogen (groep 3).

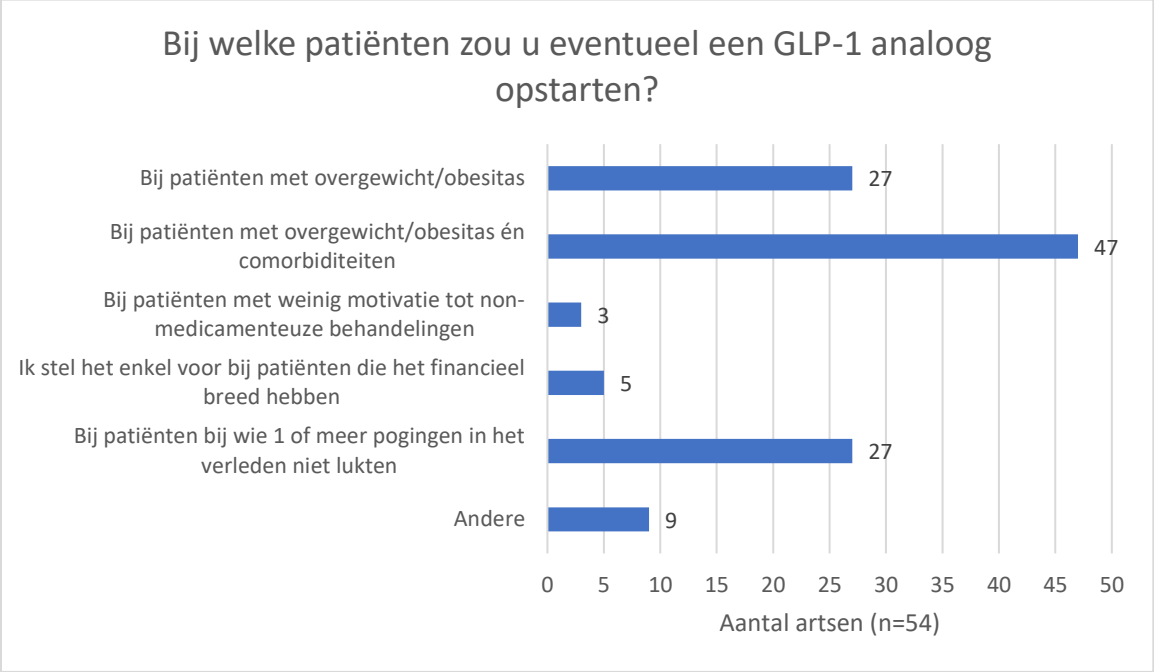
Beide vragen uit dit deel werden door iedereen beantwoord.

4.1.3 Vragen omtrent opstart van GLP-1 analogen

Gezien niet alle vragen in de enquête relevant waren voor alle artsen, werd op basis van de voorgaande vraag een opsplitsing gemaakt in welke artsen welke vragen te zien kregen. Groep 2 en 3 gaven aan zelf geen GLP-1 analogen op te starten, om deze reden kregen deze artsen de vragen uit dit gedeelte niet te zien. Aldus konden de vragen omtrent de opstart van GLP-1 analogen enkel door groep 1 ingevuld worden. De vragen uit dit onderdeel werden door 54 artsen beantwoord.

Een eerste vraag in dit gedeelte gaat na bij **welke patiënten** de huisarts eventueel GLP-1 analogen zou opstarten. Er waren telkens meerdere antwoorden mogelijk waarbij er ook een mogelijkheid was om zelf een optie toe te voegen. Een overzicht van de antwoorden is beschikbaar in figuur 2. De meerderheid namelijk 87.0% geeft aan dat patiënten met overgewicht/obesitas en met gewicht gerelateerde gezondheidsproblemen mogelijks in aanmerking komen voor een behandeling met GLP-1 analogen. Bij de helft van de deelnemers kan de aanwezigheid van overgewicht/obesitas zonder comorbiditeiten een reden zijn om de behandeling op te starten. Evenveel artsen duidden aan dat

patiënten die 1 of meer pogingen in het verleden ondernamen om te vermageren maar niet slaagden, in aanmerking zouden kunnen komen voor de opstart van GLP-1 analogen. Slechts 5.6% van de deelnemers zou eventueel een GLP-1 analoog opstarten bij patiënten die weinig motivatie hebben voor non-medicamenteuze behandelingen en 9.3% van de deelnemers stelt de behandeling enkel voor aan mensen die het financieel breed genoeg hebben.



Figuur 2: grafiek samengesteld met de gegevens uit de vragenlijst omtrent bij welke patiënten artsen eventueel een GLP-1 analoog zouden opstarten.

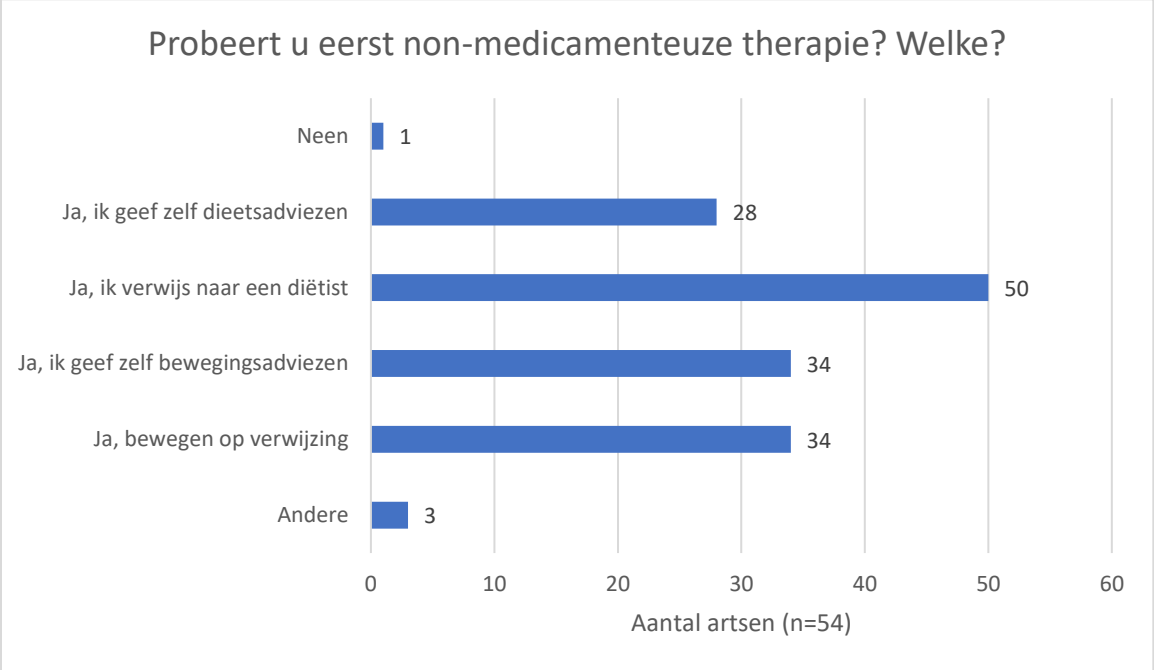
Tot slot werden door sommige artsen nog een aantal bijkomende redenen gegeven. Door 2 artsen werd vermeld dat wanneer patiënten expliciet om GLP-1 analogen vragen en hierop aandringen, dit een reden kan zijn om het voor te schrijven. Verschillende artsen geven aan het enkel te willen opstarten indien patiënten ook bereid zijn in te zetten op niet-medicamenteuze behandelingen zoals levensstijlveranderingen en zich hier eventueel in laten begeleiden. Een andere arts schrijft het enkel voor bij patiënten met morbide obesitas, niet bij overgewicht. Een tweede arts schrijft het ook voor bij dames met polycysteus ovarium syndroom.

In een tweede vraag werd gepeild naar de **timing** van de opstart van GLP-1 analogen in het obesitastraject. Het merendeel van de artsen namelijk 81.5% vindt een opstart met GLP-1 analogen passend na diverse pogingen om af te vallen. Dit in tegenstelling tot 9.3% van de artsen die vindt dat 1 gefaalde poging om af te vallen voldoende is. 74.0% vindt het passend om een GLP-1 analoog te starten om bariatrische chirurgie uit te stellen. Tot slot zou 24.0% van de artsen het opstarten wanneer de patiënt er expliciet om vraagt.

Ook bij deze vraag kwam het argument motivatie opnieuw boven. Verschillende artsen gaven als bijkomende reden dat er voldoende motivatie van de patiënt dient te zijn alvorens een GLP-1 analoog kan worden opgestart. Een andere arts vermeldt expliciet dat er meerdere grondige pogingen moeten gebeurd zijn, bij voorkeur onder begeleiding van een huisarts of diëtist. 2 artsen vermelden ook het belang van de aanwezigheid comorbiditeiten, dit kan een extra argument zijn om toch een GLP-1 analoog te starten. Tot slot start iemand enkel een GLP-1 analogen bij voldoende inzet op levensstijl

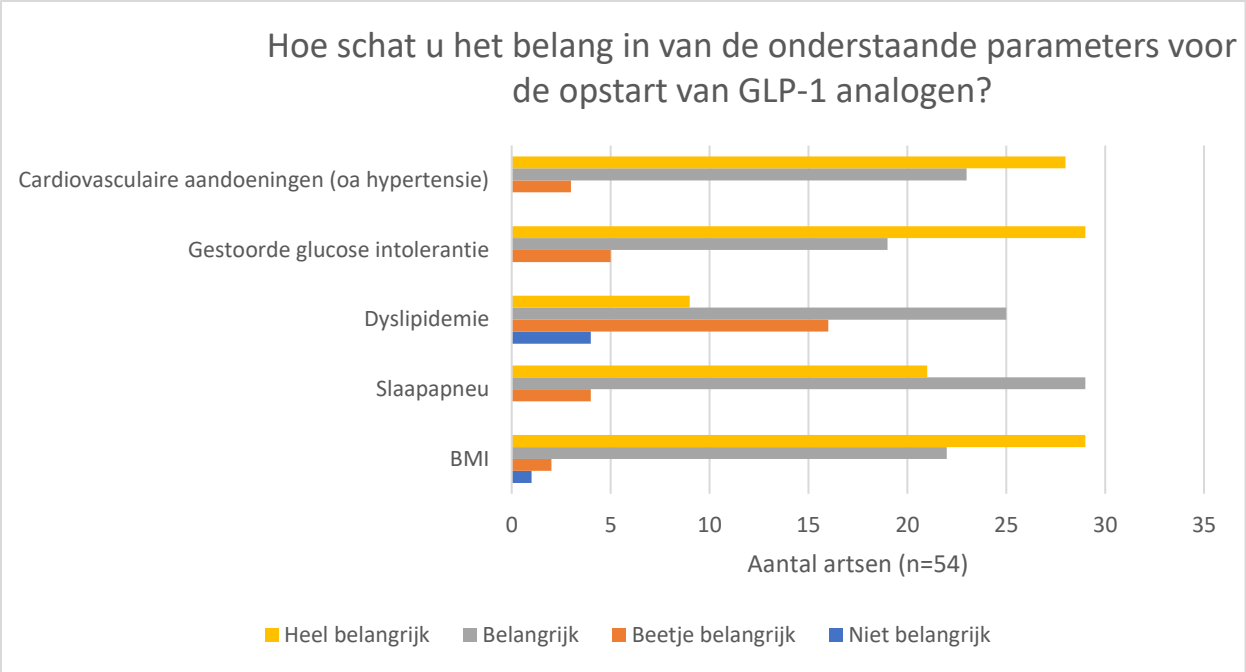
en wanneer de patiënt het financieel kan dragen en wanneer de patiënt op de hoogte is van het langdurig gebruik van de medicatie.

In een derde vraag wordt gekeken of de huisarts **eerst non-medicamenteuze interventies** probeert alvorens er GLP-1 analogen worden opgestart. Figuur 3 toont dat een grote meerderheid van de artsen namelijk 92.6% patiënt eerst naar een diëtist verwijst. 64.8% geeft eerst bewegingsadviezen of verwijst de patiënt naar beweging op verwijzing. Iets meer dan de helft geeft zelf dieetadviezen, 1 arts probeert niets anders alvorens de therapie te starten. Een bijkomende suggestie van een arts was verwijzing naar een psycholoog voor gedragsverandering. Een tweede arts start metformine als tussenoplossing bij patiënten met significante insulineresistentie in combinatie met levensstijlveranderingen op het vlak van dieet en beweging.



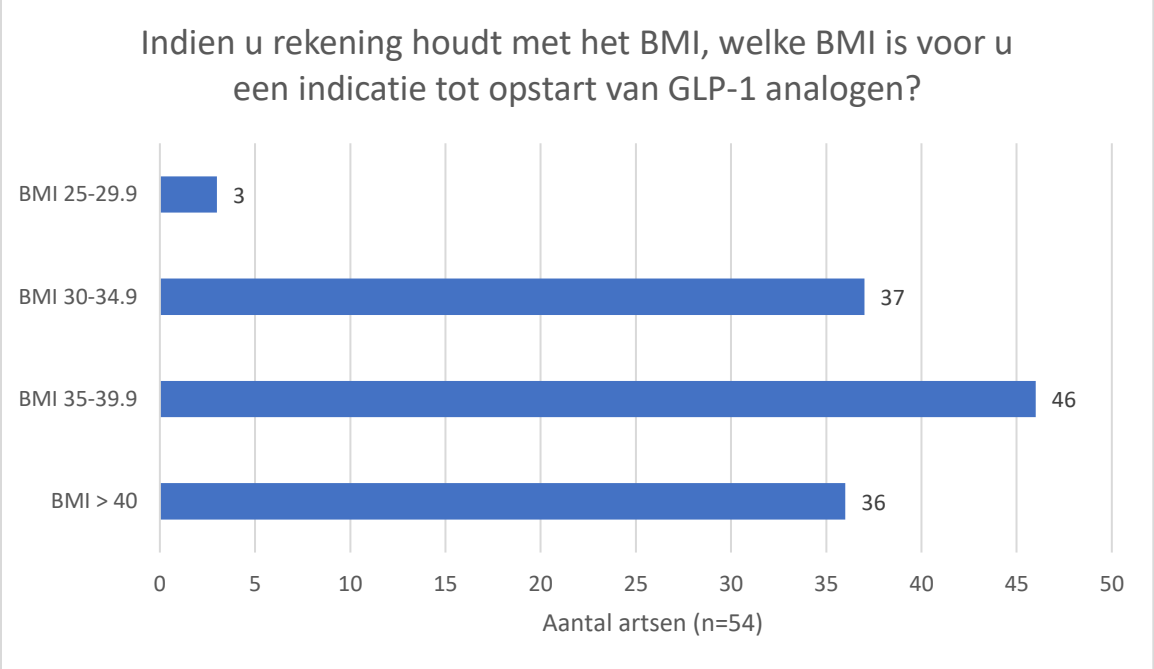
Figuur 3: grafiek samengesteld met de gegevens uit de vragenlijst welke non-medicamenteuze therapie eerst wordt geprobeerd alvorens een GLP-1 analoog te starten.

Verder werd er met een vierde vraag gekeken naar **het belang van bepaalde parameters en comorbiditeiten** in de keuze voor het opstarten van een GLP-1 analoog voor gewichtsverlies. Hierbij konden de deelnemers de parameters BMI, slaapapneu, dyslipidemie, gestoorde glucose intolerantie en cardiovasculaire aandoeningen zoals hypertensie een score geven die varieerde tussen niet-belangrijk (1), beetje belangrijk (2), belangrijk (3) en heel belangrijk (4). Een overzicht hiervan wordt weergegeven in figuur 4. Hier kwam naar boven dat BMI, gestoorde glucose intolerantie en cardiovasculaire aandoeningen zoals hypertensie door de meeste deelnemers als heel belangrijk (4) werd ingeschat. Dyslipidemie en slaapapneu werden door de meerderheid als belangrijk (3) ingeschat.



Figuur 4: grafiek samengesteld met de gegevens uit de vragenlijst omtrent het belang van bepaalde parameters bij de opstart van GLP-1 analogen voor vermagering.

In een vijfde vraag werd gepeild naar het **belang van BMI**, er waren meerdere antwoorden mogelijk. Er werd gevraagd welk BMI de deelnemers mogelijks een indicatie vonden voor het opstarten van een GLP-1 analoog. Slechts 4% vond een BMI tussen 25 en 29.9 kg/m² een indicatie tot opstart van GLP-1 analogen. De meerderheid van de artsen acht dus een BMI groter dan 30 kg/m² een indicatie tot opstart GLP-1 analogen zoals wordt weergegeven in figuur 5.



Figuur 5: grafiek samengesteld met de gegevens uit de vragenlijst omtrent welk BMI een indicatie kan zijn tot opstart van GLP-1 analogen voor vermagering.

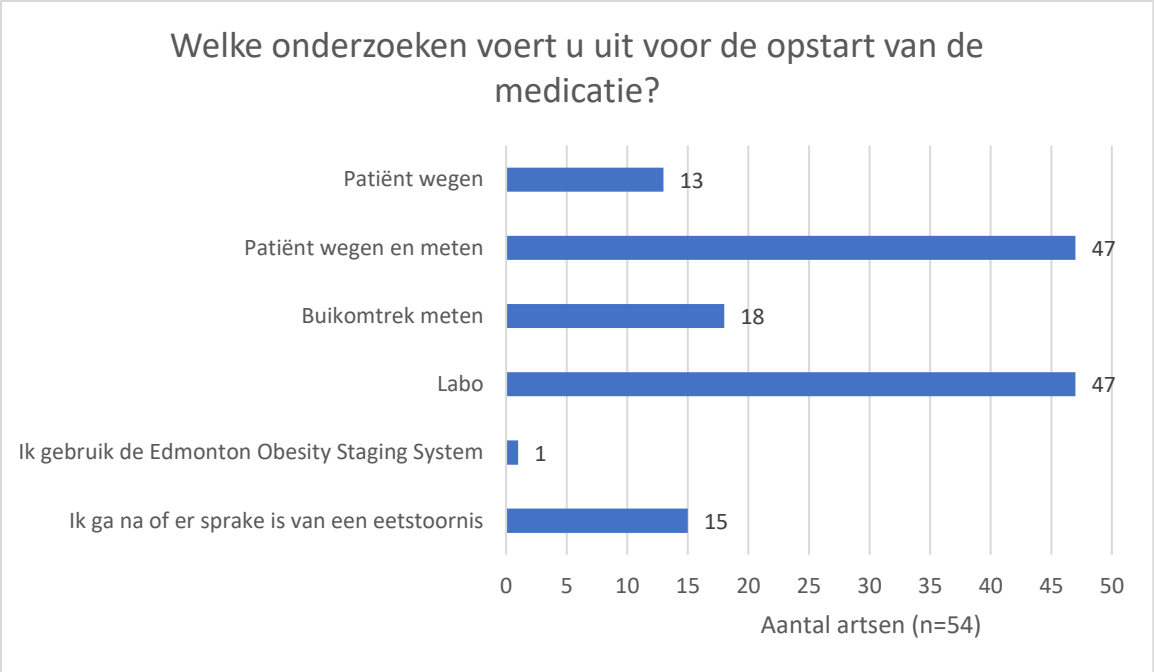
Daarnaast werd ook gepeild naar **welk product** het meest gebruikt werd. Ozempic® werd met 74.1% het meeste gebruikt, gevolgd door Rybelsus® met 53.7% en vervolgens Saxenda® met 20.4%. In een volgende vraag werd gekeken **waarom een bepaald product** gekozen werd. Bij beide vragen waren meerdere antwoorden mogelijk. De verkozen producten worden hoofdzakelijk gekozen op basis van eigen ervaring en toedieningsvorm. Kostprijs, omdat de patiënt ernaar vraagt, ervaring van collega's of het zien van een vertegenwoordiger wegen minder zwaar door in de beslissing om een product te kiezen. Een overzicht van deze redenen wordt weergegeven in figuur 6. Andere vernoemde redenen waren beschikbaarheid, wetenschappelijke onderzoek en de restrictieve regels opgelegd door de Belgische overheid omtrent het gebruik van GLP-1 analogen voor de indicatie vermagering.



Figuur 6: grafiek samengesteld met de gegevens uit de vragenlijst omtrent de voorkeur van het soort GLP-1 analoog.

In een volgende vraag werd nagegaan of er **simultaan een andere therapie gestart werd in combinatie met opstart van een GLP-1 analogen**. Er waren meerdere antwoorden mogelijk met ook de mogelijkheid om zelf antwoorden toe te voegen. De grote meerderheid namelijk 77.8% van de deelnemers stuurt de patiënt tegelijkertijd naar een diëtist, gevolgd door 65.8% van de deelnemers die ook bewegingsadviezen geeft. 50.0% geeft zelf voedingsadviezen, 44.4% stuurt de patiënt naar beweging op verwijzing en tot slot geeft 4% aan niets anders te ondernemen. Tot slot werd door een enkele arts nog vermeld dat hij de patiënt soms verwijst naar een kinesist, een andere arts stuurt zijn patiënten soms naar een psycholoog bij opstart van een GLP-1 analoog.

Tot slot illustreert figuur 7 werd **welke onderzoeken** doorgaans worden uitgevoerd alvorens een GLP-1 analoog op te starten. Er waren meerdere antwoorden mogelijk. De patiënt wegen én meten alsook het nemen van een labo werden bij meer dan driekwart van de artsen gedaan. Een derde van de artsen meet de buikomtrek. Slecht 1 arts gebruikt het *Edmonton Obesity Staging System* (EOSS).

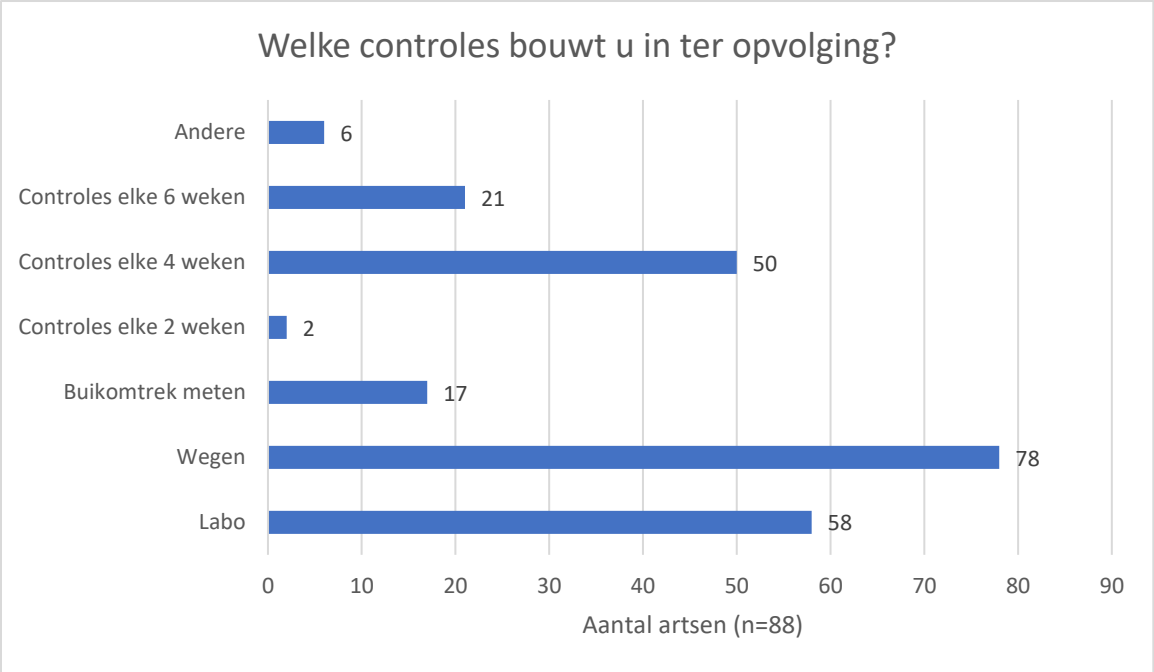


Figuur 7: grafiek samengesteld met de gegevens uit de vragenlijst omtrent welke onderzoeken worden uitgevoerd voor de opstart van GLP-1 analogen.

4.1.4 Vragen omtrent de opvolging van patiënten onder behandeling met GLP-1 analogen

De vragen omtrent de opvolging van patiënten onder GLP-1 analogen werden enkel voor de artsen uit groep 1 en 2 van de artsen weergegeven. Deze vragen werden door 88 van de 102 deelnemers ingevuld.

In een eerste vraag werd gepeild naar **welke controles** werden ingebouwd ter opvolging. Er waren telkens meerdere antwoorden mogelijk. Figuur 8 geeft een overzicht van de mogelijke controles. De meerderheid weegt zijn patiënten ter opvolging, de minderheid neemt ook de buikomtrek. Het grootste percentage van de artsen zien hun patiënten terug om de 4 weken. Een enkele arts gaf aan zijn patiënten pas elke 3 maanden terug te zien. Enkele bijkomende controles die daarnaast werden vermeld, waren het nemen van de bloeddruk, net nagaan van beweging en het nagaan van neveneffecten. Daarenboven verklaarde een arts enkel een controle labo te doen indien het voorafgaande controle labo afwijkend was. Tot slot liet een enkele arts weten dat hij geen patiënten opvolgt waarbij een GLP-1 analoog door de specialist is opgestart, tenzij de specialist expliciet vraagt dit op te volgen en er een goede communicatie is tussen huisarts en specialist.

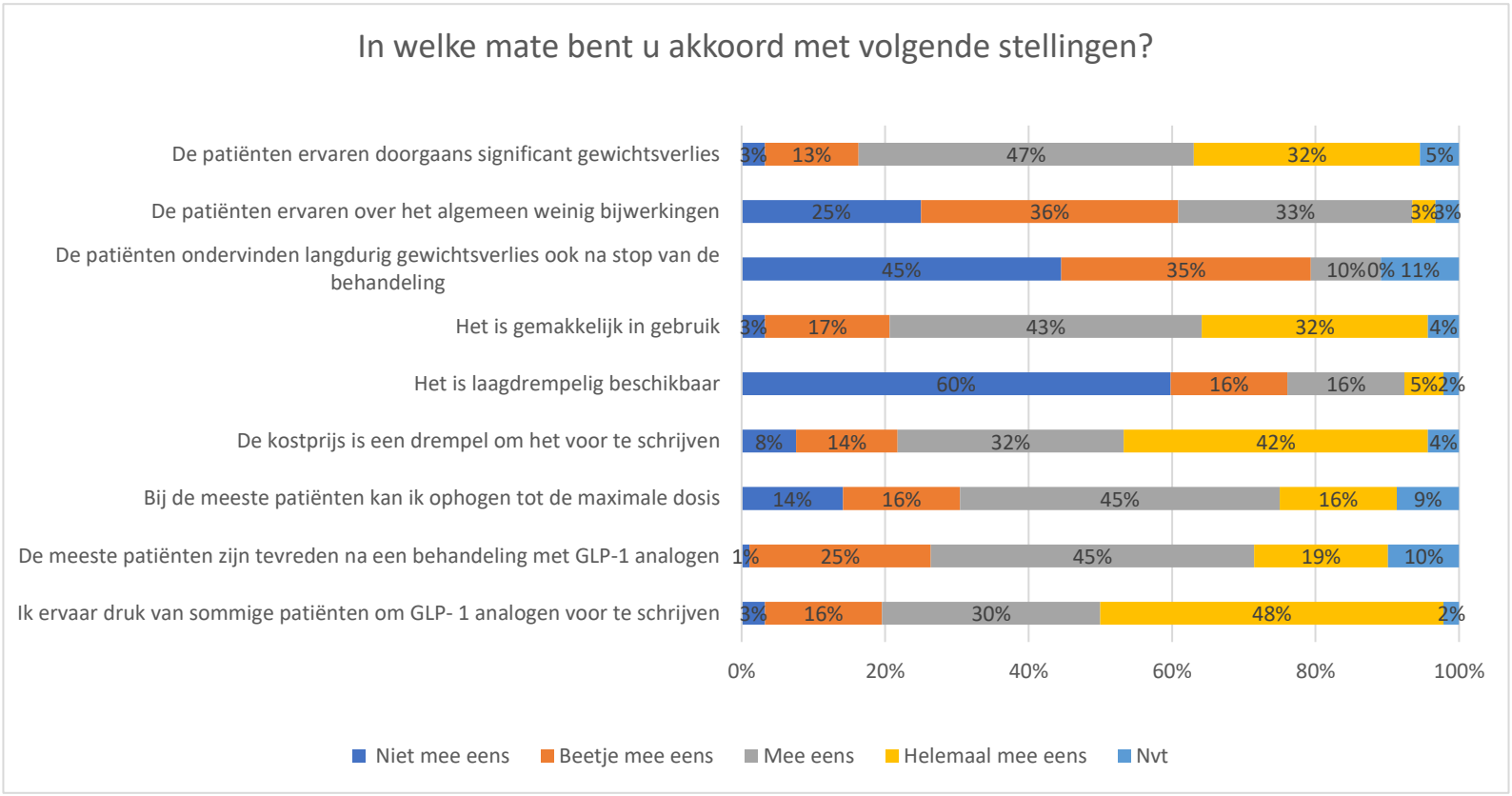


Figuur 8: grafiek samengesteld met de gegevens uit de vragenlijst omtrent de aard en de frequentie van de opvolging bij de behandeling met GLP-1 analogen voor vermagering.

In een volgende vraag werd nagegaan **wanneer de dosis werd opgehoogd**. Er waren meerdere antwoorden mogelijk. De helft van de deelnemers bouwt sowieso op tot de maximaal tolereerbare dosis. 39.8% verhoogt op vaste tijdstippen, bijvoorbeeld wanneer er een controle gepland staat. 22.8% verhoogt de dosis op het moment dat het gewichtsverlies stagneert. Een klein percentage namelijk 1.1% houdt rekening met de financiële mogelijkheden van de patiënt bij het ophogen. Verschillende artsen lieten bijkomend weten dat ze rekening houden met zowel de tolerantie van de patiënt als het bekomen effect. Bij een goede respons zal niet altijd verhoogd worden tot de maximale dosis. Daarnaast lieten 4 artsen weten dat ze ophogen op advies van de endocrinoloog.

Verder werd er gepeild naar **wanneer GLP-1 analogen volgens de huisartsen het best werd gestopt**. 36.4% houdt de behandeling langdurig aan omdat de kans op gewichtstoename te groot is na het stopzetten van de behandeling. De meeste artsen lijken echter op een bepaald moment in het traject de behandeling te stoppen. 32.9% van de artsen stopt wanneer het gewenste gewicht is bereikt. 85.2% stopt wanneer de patiënt teveel bijwerkingen ervaart, 75.0% wanneer er onvoldoende gewichtsverlies wordt bereikt, 52.3% wanneer de patiënt het niet meer kan betalen en 29.5% wanneer het gewichtsverlies stagneert ondanks de maximale dosis. Bijkomend wordt er vermeld dat er lang genoeg behandeld dient te worden om op die manier levensstijlveranderingen teweeg te brengen. Een andere arts benadrukt dat dit een levenslange behandeling is. Een bijkomende arts maakt de bedenking dat er tegenstrijdige informatie rondgaat omtrent het stoppen van de behandeling maar dat hij het advies volgt van de obesitaskliniek van UZ Leuven om verder te zetten aan een zo laag mogelijke dosis. Tot slot vindt een van de artsen dat het de verantwoordelijkheid is van de specialist die de medicatie is opgestart om te stoppen.

4.1.5 Vragen omtrent de globale ervaring van huisartsen met GLP-1 analogen



Figuur 9: grafiek samengesteld met de gegevens uit de vragenlijst omtrent de globale ervaring van huisartsen met GLP-1 analogen voor vermagering.

Vanaf dit gedeelte werden opnieuw alle vragen voor alle groepen van artsen weergegeven. In deze vraag werden verschillende stellingen aan de artsen voorgesteld. Ze konden aanduiden of zij met de stellingen niet eens, beetje mee eens, mee eens of helemaal mee eens waren. Deze vraag werd door 93 van de 102 artsen ingevuld. De resultaten worden uiteengezet in figuur 9.

Over het algemeen lijken de meeste artsen het eens of helemaal mee eens dat patiënten significant gewichtsverlies ervaren met GLP-1 analogen. Over de stelling dat patiënten weinig bijwerkingen ervaren, zijn de meningen meer verdeeld. Ongeveer een derde is het er niet mee eens, een derde beetje mee eens en een derde wel mee eens. Verder lijken de meeste artsen het niet mee eens dat patiënten langdurig gewichtsverlies ervaren, ook na stop van de therapie.

De meerderheid van de artsen is het ermee eens en helemaal mee eens dat de medicatie gemakkelijk in gebruik is. **De beschikbaarheid blijkt een probleem, ruim 60% vindt dat het niet laagdrempelig beschikbaar is.** Verder zijn de meerderheid van de artsen het eens en helemaal mee eens dat de kostprijs een drempel is om het voor te schrijven.

Daarenboven zijn de meeste artsen het eens dat men meestal kan ophogen tot de maximale dosis. Daarnaast lijken meeste patiënten tevreden na hun behandeling met GPL-1 analogen voor gewichtsverlies.

Tot slot zijn veel artsen het ermee eens of helemaal mee eens dat ze veel druk ervaren van sommige patiënten om toch GLP-1 analogen voor te schrijven.

4.1.6 Vragen omtrent de redenen waarom artsen GLP-1 analogen al dan niet zouden voorschrijven

Ook deze vragen konden door alle groepen van artsen gezien en ingevuld worden. Onderstaande vragen werden door 93 artsen beantwoord.

De eerste vraag was een meerkeuzevraag waarbij meerdere antwoorden mogelijk waren en waarbij werd gepeild waarom de arts **wél een GLP-1 analoog** zou voorschrijven. De meerderheid namelijk 75.3% van de artsen schrijft deze therapie voor met als voornaamste reden dat de patiënten deze therapie van de endocrinoloog of een andere specialist hebben gekregen. 52.7% van de artsen heeft goede ervaringen met deze therapie gehad. 0.6% schrijft het voor op aanraden van collega's die hier goede ervaringen mee hebben gehad. 28.0% van de artsen schrijft het niet voor.

Verder konden de huisartsen ook zelf bijkomende redenen neerschrijven. Hieruit blijkt dat huisartsen het voorschrijven van GLP-1-analogen voor gewichtsverlies overwegen om verschillende uiteenlopende redenen. Sommigen schrijven het enkel voor op herhaald verzoek van de patiënt. Een andere arts start enkel een behandeling bij patiënten die al onder begeleiding van een andere huisarts met GLP-1 begonnen zijn. Verder benadrukken sommigen dat obesitas een complexe problematiek is en dat GLP-1 analogen nuttig kunnen zijn ter preventie van gewichtsgerelateerde comorbiditeiten. Ook hier wordt opnieuw het belang aangehaald van levensstijladviezen die tegelijkertijd dienen te worden gegeven. De patiënt moet zich bewust zijn van het langdurig karakter van de behandeling. Een andere huisarts geeft aan dat hij GLP-1-analogen enkel overweegt bij patiënten met morbide obesitas en wanneer de patiënt er voldoende gezondheidswinst uit kan halen. Ook psychologische problematiek door overgewicht, waarbij dieet en beweging onvoldoende effect hebben, wordt als reden genoemd. Ten slotte wordt erop gewezen dat huisartsen momenteel niet de toelating hebben om deze behandeling voor deze indicatie op te starten en dat de beschikbaarheid een probleem vormt.

Met een tweede vraag werd gepeild naar de redenen waarom de artsen **geen GLP-1 analogen** zouden voorschrijven. Ook hier waren er meerdere antwoorden mogelijk. De grote meerderheid namelijk 86.0% zou het niet doen omwille van de beperkte beschikbaarheid. 57.% vindt de grote kostprijs een drempel om het voor te schrijven. 21.5% vindt dat patiënten teveel bijwerkingen ervaren. Een kleine minderheid namelijk 14% had er weinig tot geen ervaring mee en 7.5% vond dat patiënten er niet tevreden over waren.

Ook bij deze vragen was er plaats voor vrije antwoorden. Meerdere artsen melden dat gewichtstoename vaak optreedt na stopzetting van de behandeling en dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor langdurige effectiviteit. Ze vinden het geen duurzame oplossing. Anderen benadrukken dat gebrek aan motivatie een reden kan zijn, sommige patiënten zijn minder geneigd hun levensstijl aan te passen wanneer ze deze medicatie gebruiken. 2 artsen geven aan dat de focus op gedragsverandering moet blijven middels een gezonde levensstijl in plaats van medicatie. Tot slot wordt het ontbreken van een wettelijk kader genoemd als argument om deze medicatie niet voor te schrijven aan niet-diabetische patiënten. Sommige huisartsen wijzen erop dat het momenteel niet is toegestaan om deze behandeling zonder een eerste voorschrift van een specialist op te starten.

4.1.7 Vragen omtrent de plaats van GLP-1 analogen in de gezondheidszorg

De vragen uit dit gedeelte kon door elke groep van arts gezien worden. Deze vragen werden door 93 van de 102 artsen ingevuld.

In een eerste vraag werd gekeken of de opstart volgens de huisarts tot het takenpakket van een huisarts of endocrinoloog behoorde. Een derde van de artsen houdt dit het liefst in eigen beheer. Een derde van de artsen stuurt de patiënten hiervoor liefst naar een endocrinoloog en een derde stuurt enkel bepaalde patiënten door.

Meerdere huisartsen verwijzen patiënten door wanneer er twijfel bestaat over de onderliggende pathologie zoals het syndroom van Cushing. Ook patiënten met een complexe polypathologie of comorbiditeiten zoals diabetes type 2 of OSAS worden door verschillende artsen doorgestuurd. Verder wordt er bij twijfel over de aanwezigheid van een eetstoornis ook verwezen. Daarnaast geven verschillende artsen aan door te sturen indien er twijfel is over de indicatie tot opstart, de therapietrouwheid of over de motivatie van de patiënt om ook levensstijlveranderingen door te voeren. **Verschillende artsen geven aan door te sturen wanneer ze het eigenlijk niet eens zijn met de opstart van GLP-1 analogen voor vermagering maar de patiënt toch aandringt op een behandeling.** Tot slot wijzen enkele artsen erop dat ze liever een multidisciplinaire aanpak hanteren en dus doorsturen naar de endocrinoloog. Hierbij wordt door sommigen het belang van een goede samenwerking aangehaald. Bij patiënten met een BMI >30 verwijzen sommigen naar obesitasklinieken, waar een bredere aanpak mogelijk is. Een enkele arts is het hier niet mee eens. Hij staat niet achter deze medicatie en zou ze niet opstarten maar ook geen patiënten doorsturen. Hij is van mening dat huisartsen hun patiënten met een meer holistische blik benaderen en meer tijd nemen om de patiënt te begeleiden. Hij zou het eerder zelf opstarten indien het echt noodzakelijk is.

Met de vraag in deze categorie over de opvolging van GLP-1 analogen werd duidelijk dat **96.0% van de artsen vindt dat de opvolging van deze behandeling tot het takenpakket van een huisarts hoort**. Slechts 4% vindt dit niet de taak van een huisarts.

4.1.8 Vraag omtrent de invloed van het koninklijk besluit

In de laatste open vraag werd gepeild naar de invloed van het koninklijk besluit van 14/11/2023 op het voorschrijfgedrag van huisartsen van GLP-1 analogen met als hoofddoel vermagering. Deze vraag kon door elke groep artsen gezien en ingevuld worden.

De meerderheid van de artsen namelijk **80% antwoordde met ja, het koninklijk besluit van 14/11/2023 had een invloed op mijn voorschrijfgedrag**. Een groot deel van de artsen gaf aan dat het koninklijk **besluit helpt om patiënten te weigeren die GLP-1 analogen als gemakkelijke oplossing zijn om te vermageren**. Hierdoor ervaren ze minder druk van patiënten om het voor te schrijven. Een tweede veel voorkomende verandering is dat ze huisartsen het enkel nog voorschrijven aan patiënten met diabetes, zoals de wetgeving voorschrijft. Ze starten het vaak niet meer zelf op bij patiënten zonder diabetes en verwijzen sneller naar een endocrinoloog voor de opstart. Sommige artsen schrijven het wel nog voor maar zijn strenger in de opstart. Tot slot betreuren sommige artsen dat de regelgeving hen beperkt in het opstarten van de behandeling, terwijl studies de voordelen ervan voor obesitas aantonen. Sommigen benadrukken dat GLP-1 analogen een plaats verdienen in de aanpak van obesitas, omdat dit preventief meerdere gezondheidsproblemen zoals diabetes type 2 kan vermijden.

Bij 20% had het koninklijk besluit geen invloed en bleef hun voorschrijfgedrag onveranderd. Het voornaamste argumenten hier was dat artsen het voordien ook al niet voorschreven. Men verkiest opstart door een endocrinoloog, omdat de aanpak dan multidisciplinair kan verlopen wat belangrijk is voor langdurige gezondheidswinst.

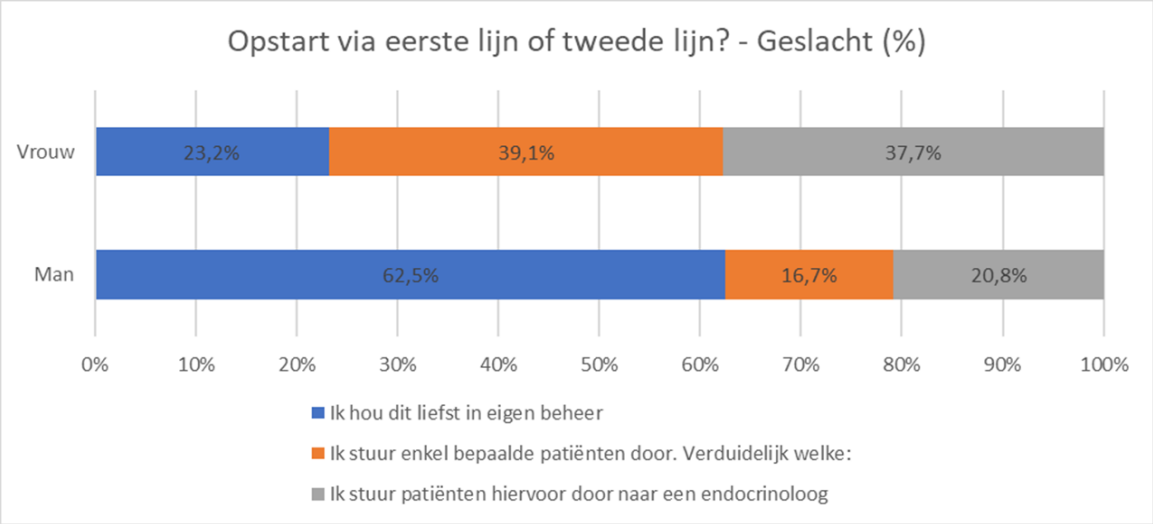
4.2 Associaties tussen demografische karakteristieken en de visie van huisartsen op het gebruik van GLP-1 analogen in de eerste lijn

In dit gedeelde wordt een mogelijke significante relatie onderzocht tussen enerzijds demografische karakteristieken van de artsen (Geslacht? Leeftijd? Soort praktijk? Provincie?) en anderzijds de visie van huisartsen op het gebruik van GLP-1 analogen in de eerste lijn. De meerkeuzevragen die in aanmerking kwamen, waren: 'Hoe vaak ziet u mensen consulteren met als hoofdvraag obesitas?', 'Volgt u in uw praktijk patiënten zonder diabetes die een GLP-1 analoog gebruiken met als hoofddoel vermagering?', 'Behoort de opstart van dit soort behandeling naar uw mening eerder tot het takenpakket van de huisarts of endocrinoloog?' en 'Behoort de opvolging van dit soort behandeling tot de eerste lijn?'.

4.2.1 Relatie met geslacht

Er kon geen statistisch significante relatie gevonden worden tussen geslacht en de frequentie van consultatie met als hoofdvraag obesitas (p=0.659). Ook met de vraag of de arts patiënten volgt in zijn praktijk zonder diabetes die een GLP-1 analoog gebruiken met als hoofddoel vermagering, is er geen verschil tussen mannen en vrouwen (p=0.207).

Wel noteren wel een duidelijk statistisch significant verschil tussen mannen en vrouwen bij de vraag of opstart van dit GLP-1 analogen naar hun mening eerder tot het takenpakket van de huisarts of endocrinoloog hoort (p=0.002). **62.5% van de mannen houdt de opstart van deze behandeling het liefst in eigen beheer, dit in tegenstelling tot slechts 23.2% van de vrouwen. Vrouwen lijken meer geneigd om patiënten door te sturen naar de endocrinoloog.** 37.7% van de vrouwelijke artsen stuurt deze patiënten in elk geval door naar de endocrinoloog en 39.1% van de vrouwen stuurt enkel bepaalde patiënten door. Dit in vergelijking met respectievelijk 20.8% en 16.7% bij de mannen. Een overzicht van deze cijfers zijn weergegeven in figuur 10.

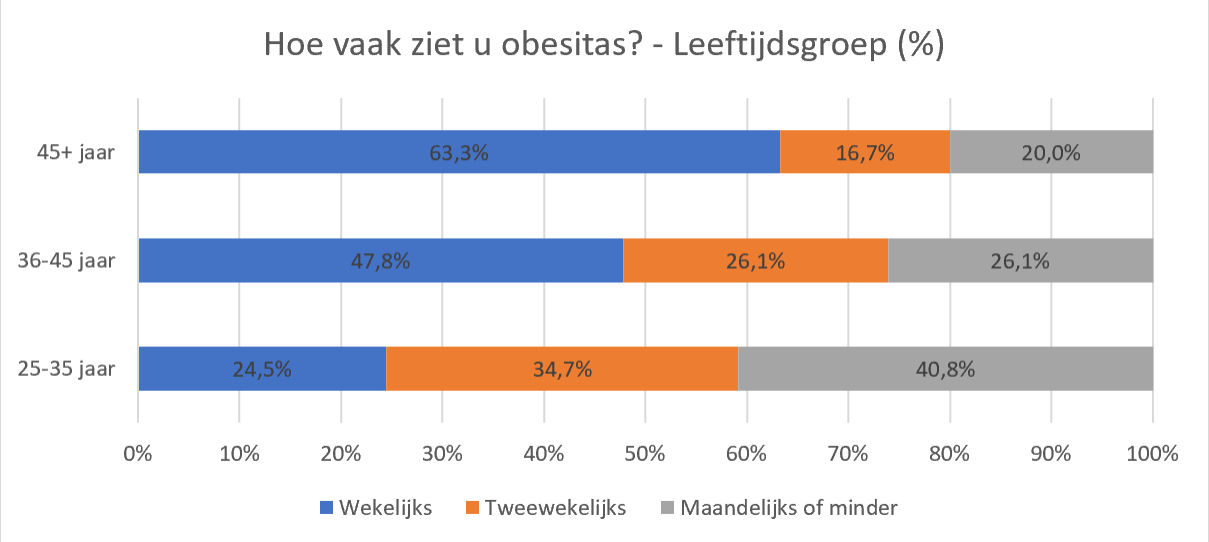


Figuur 10: grafiek samengesteld met de gegevens uit de vragenlijst omtrent het geslacht (%) en of de opstart van GLP-1 analogen volgens de artsen in eerste of tweede lijn thuis hoort.

Voor de vraag of de opvolging van dit soort behandeling tot de eerste lijn of tweede lijn behoort, kon er geen significante relatie vastgesteld worden op basis van het geslacht (p=0.273).

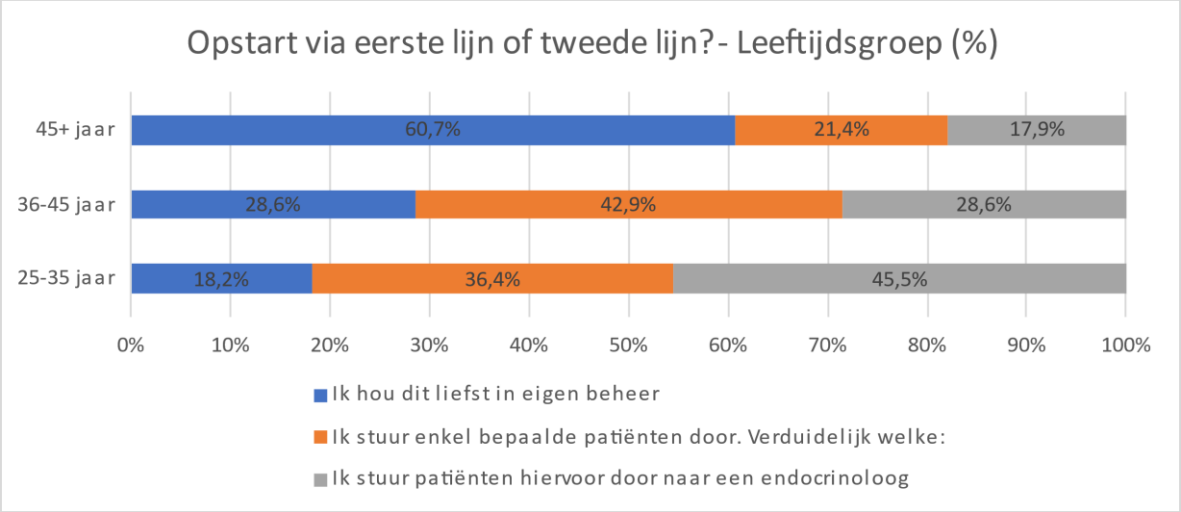
4.2.2. Relatie met leeftijd

Ten eerste werd een significante relatie (p=0.016) tussen leeftijdscategorieën en de frequentie waarmee artsen patiënten zien met als voornaamste vraag obesitas. Zoals wordt weergegeven in figuur 11, lijken **oudere artsen over het algemeen vaker patiënten te zien met vragen over obesitas.** 63.3% van de 45 plussers ziet zo'n patiënten wekelijks of meer, bij de 36 tot 45 jarigen is dit 47.8% en bij de 25 tot 35 jarigen slechts 24.5%.



Figuur 11: grafiek samengesteld met de gegevens uit de vragenlijst omtrent de leeftijdsgroepen (%) en de frequentie waarmee artsen patiënten zien consulteren met als hoofdvraag obesitas.

Ten tweede werd een significante relatie (p=0.004) gevonden tussen leeftijd en de vraag of de opstart van GLP-1 analogen tot de eerste of de tweede lijn behoort. Figuur 12 illustreert de associatie tussen de 2 variabelen. **Over het algemeen lijken iets oudere artsen meer geneigd om deze medicatie zelf op te starten, terwijl jongere artsen eerder geneigd lijken om door te sturen naar de specialist.** Bij de artsen ouder dan 45 jaar start 60.7% van de artsen GLP-1 analogen het liefst zelf op voor vermagering. 17.9% van deze groep artsen stuurt de patiënten hiervoor allemaal naar de endocrinoloog. 21.4% van de artsen stuurt enkel bepaalde patiënten door. In de groep van 36 tot 45 jarigen ligt de verdeling anders. De meerderheid, namelijk 42.9% stuurt enkel bepaalde patiënten door. 28.6% start bij voorkeur zelf op terwijl 28.6% bij voorkeur doorstuurt. In de jongste groep namelijk 25 tot 35 jarigen stuurt de meerderheid namelijk 45.5% het liefst door naar de endocrinoloog. 36.4% stuurt enkel bepaalde patiënten door en 18.2% start het liefst zelf op.



Figuur 12: grafiek samengesteld met de gegevens uit de vragenlijst omtrent de leeftijdsgroepen (%) en of de opstart van GLP-1 analogen volgens de artsen in eerste of tweede lijn thuis hoort.

Een Chi-kwadraat test kon niet worden uitgevoerd voor de relatie tussen de categorie “leeftijd” en de vragen omtrent enerzijds of de opvolging van dit soort behandeling tot de eerste lijn of tweede lijn behoort en anderzijds of de respondenten in hun praktijk patiënten zonder diabetes volgen die een GLP-1-analoog gebruiken met als hoofddoel vermagering.

4.2.3 Relatie met soort praktijk

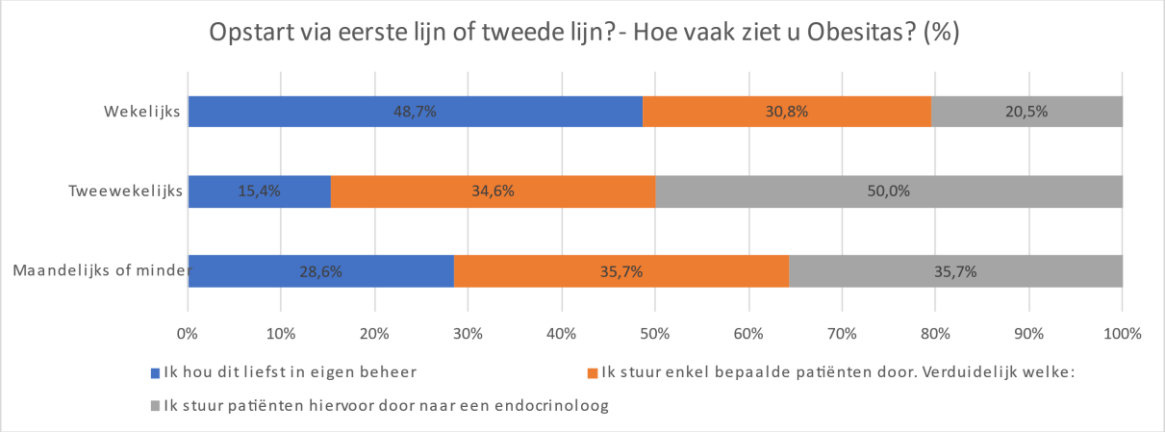
Door de kleine vertegenwoordiging van solopraktijken in onze vragenlijst, kon er geen statistische test uitgevoerd worden voor het aantonen van een associatie tussen soort praktijk (solopraktijk, groepspraktijk, multidisciplinaire praktijk) en de vooropgestelde vragen zoals hierboven beschreven.

4.2.4 Relatie met provincie

Ook hier kon geen statistische test uitgevoerd worden voor het aantonen van een associatie tussen de provincies en de andere vragen.

4.2.5 Frequentie waarmee patiënten consulteren met als hoofdvraag obesitas

Er kon een statistisch significante relatie (p=0.045) aangetoond worden tussen de frequentie waarmee artsen patiënten op consultatie zien met als hoofdvraag obesitas en of de opstart volgens de artsen tot de eerste of tweede lijn behoort. Figuur 13 illustreert dat **artsen die zo'n patiënten wekelijks of vaker over de vloer krijgen, de opstart van deze medicatie doorgaans liever in eigen beheer houden**. 48.7% van de artsen die wekelijks patiënten zien met als hoofdvraag obesitas, start deze medicatie ook het liefst zelf op. 20.5% van deze artsen stuurt deze patiënten naar de endocrinoloog terwijl 30.8% slechts een beperkt aantal patiënten doorstuurt. Bij de artsen die deze vraag gemiddeld elke twee weken krijgt, zit de verdeling helemaal anders. Slechts 15.4% zou deze medicatie het liefst zelf opstarten, 50.0% stuurt deze patiënten door naar de endocrinoloog en 34.6% stuurt enkel bepaalde patiënten door. Bij de artsen die deze patiënten maandelijks of minder zien houdt 28.6% de opstart van deze medicatie liefst in eigen beheer, 35.7% stuurt deze patiënten door en 35.7% stuurt enkel bepaalde patiënten door.



Figuur 13: grafiek samengesteld met de gegevens uit de vragenlijst omtrent de frequentie waarmee artsen patiënten zien consulteren met als hoofdvraag obesitas (%) en of de opstart van GLP-1 analogen volgens de artsen in eerste of tweede lijn thuis hoort.

Voor de overige vragen kon geen betrouwbare statistische test uitgevoerd worden.

5. Discussie

5.1 Probleemstelling

Obesitas vormt een toenemend gezondheidsprobleem met een verhoogd risico op diverse comorbiditeiten op lange termijn. Langdurig gewichtsverlies blijkt in de praktijk moeilijk haalbaar wanneer enkel op levensstijladviezen wordt ingezet. Het onderzoek naar GLP-1 analogen voor vermagering zit de laatste jaren in de lift. Ze worden vaak in de media afgeschilderd als een effectief vermageringsmiddel. Met dit onderzoek wilden we middels een literatuurstudie in kaart brengen wat de effectiviteit, veiligheid en duurzaamheid van GLP-1 analogen voor vermagering is bij patiënten zonder diabetes en wat de richtlijnen zijn hieromtrent in de eerste lijn. Daarnaast wilden we aan de hand van een vragenlijst analyseren wat de ervaring is van de Vlaamse huisartsen met het gebruik van GLP-1 analogen voor vermagering en wat hun visie is op het gebruik van deze medicatie voor de indicatie overgewicht en obesitas.

5.2 Interpretatie van de resultaten

Als eerste werd middels een literatuurstudie gekeken naar de richtlijnen over de behandeling van overgewicht en obesitas. De Vlaamse richtlijnen van Domus Medica uit december 2024 stellen dat obesitas een complex en chronische ziekte is dat het best multimodaal wordt benaderd. De basis van de behandeling is een gezonde levensstijl waarbij de 5 pijlers, namelijk evenwichtige voeding, adequate lichaamsbeweging, voldoende nachtrust, een gezond lichaamsbeeld en emotieregulatie zoals het verminderen van stress, in centraal staan (14). Deze langdurige aanpassingen in levensstijl kunnen volgens Domus Medica en BASO eventueel gecombineerd worden met een medicamenteuze behandeling bij patiënten met een BMI hoger dan 30 kg/m² of bij een BMI > 27 kg/m² bij wie van gewichtsgerelateerde comorbiditeiten aanwezig zijn (13, 14).

In België zijn de voorwaarden vastgelegd door het koninklijk besluit voor het off-label voorschrijven van GLP-1 analogen strenger. De afgelopen jaren werden GLP-1 analogen vaak off-label voorgeschreven waardoor er tekorten ontstonden voor patiënten met diabetes type 2 die deze medicatie nodig hadden. Om deze reden werd op 14 november 2023 een koninklijk besluit gepubliceerd waarin strengere voorwaarden werden vastgelegd voor het off-label voorschrijven en afleveren van GLP-1 analogen. Het off-label voorschrijven van GLP-1 analogen is toegestaan voor patiënten met een BMI > 35 kg/m² of een BMI > 30 kg/m² in combinatie met minstens 1 gewichtsgerelateerde comorbiditeit. Het eerste voorschrift dient steeds te worden afgeleverd door een endocrinoloog (34). De goedgekeurde geneesmiddelen door EMA voor de behandeling van obesitas (Saxenda®, Wegovy® en Mounjaro®) vallen hier niet onder.

GLP-1 analogen hebben hierin de eerste keuze, waarbij semaglutide de voorkeur geniet in vergelijking met liraglutide (14). Volgens de richtlijnen van BASO dient deze medicatie chronisch te worden genomen, gezien het risico op gewichtstoename na het stoppen van de behandeling. De patiënt dient hierin voldoende opgevolgd en gemotiveerd te worden (13). De BASO richtlijn verschilt hierin met de richtlijn van Domus Medica, waar chronische inname van medicatie voor vermagering niet expliciet wordt aangeraden (14).

Verder zijn semaglutide en liraglutide bewezen effectief in de behandeling van obesitas, ook bij mensen zonder diabetes. Ze hebben niet enkel een effect op gewichtsverlies maar kunnen ook het cardiovasculair risico verlagen bij een specifieke groep van patiënten (30). Deze effectiviteit werd bewezen door de STEP 8 studie waarin een daling van 15.8% van het totale lichaamsgewicht aangetoond werd na 68 weken behandeling met semaglutide. De deelnemers onder liraglutide verloren in deze studie gemiddeld 6.5% van hun totale lichaamsgewicht (21). Verder toonde de STEP 4 studie aan dat stopzetting van semaglutide leidde tot gewichtstoename (26). De STEP 5 studie bevestigde dat men gemiddeld gezien een plateaufase bereikt in het gewicht na 60 weken, wat het belang benadrukt van het chronisch innemen van de medicatie voor gewichtsbehoud (27). De meest voorkomende bijwerkingen waren gastro-intestinaal van aard en waren voornamelijk aanwezig gedurende de periode dat de medicatie werd opgedreven. Cholelithiasis en pancreatitis kwamen in een kleine minderheid van de gevallen voor (9, 20).

Er zijn verschillende soorten GLP-1 analogen op de markt. Op heden zijn enkel Saxenda® en Wegovy® door EMA goedgekeurd voor de behandeling van overgewicht en obesitas (32, 33). Wegovy® is op heden (april 2025) nog niet beschikbaar in België (31). Daarnaast kwam recent tirzepatide (Mounjaro®), een gecombineerd GIP/GLP-1 analoog, op de Belgische markt (14). Ook dit product werd goedgekeurd door EMA voor de behandeling van overgewicht en obesitas maar werd niet meegenomen in dit onderzoek gezien het onderzoek reeds lopende was op het moment dat dit op de Belgische markt kwam.

Ten tweede onderstrepen de resultaten uit de vragenlijst nogmaals de klinische relevantie van de grootte van de omvang van het probleem obesitas. Meer dan de helft van de artsen geeft aan wekelijks of tweewekelijks patiënten met als hoofdvraag obesitas op consultatie te zien.

Bij artsen die GLP-1 analogen zelf opstarten, zou 87% eventueel GLP-1 analogen opstarten bij patiënten met overgewicht/obesitas én de aanwezigheid van comorbiditeiten. Slecht de helft van de artsen zou opstarten bij dezelfde patiënten maar zonder comorbiditeiten. De EOSS schaal zou hierbij kunnen helpen als aanvulling op het BMI om het gezondheidsrisico in te schatten, rekening houdend met de comorbiditeiten, het mentaal welzijn en het functioneren van de patiënt (13). Uit de vragenlijst kwam naar boven dat slechts 1 huisarts gebruikt maakt van de EOSS schaal. Het zou een meerwaarde kunnen zijn deze schaal meer bij de Vlaamse huisartsen te integreren in de behandeling van overgewicht en obesitas. Het zou kunnen helpen om een individueel behandelplan te maken, waarbij de algemene gezondheid van de patiënt centraal staat en niet enkel het gewichtsverlies.

Qua BMI acht de meerderheid van de artsen een BMI groter dan 30 kg/m² een indicatie tot opstart GLP-1 analogen. Slechts 4% vond een BMI tussen 25 en 29.9 kg/m² een indicatie tot opstart. Deze resultaten liggen in lijn met de Belgische richtlijnen. Volgens zowel Domus Medica als BASO kan een medicamenteuze behandeling overwogen worden bij patiënten met een BMI > 30 kg/m² of een BMI > 27 kg/m² in combinatie met minstens 1 gewichtsgerelateerde comorbiditeit (13, 14).

Daarnaast vindt 81.5% van de artsen qua timing een opstart pas nuttig na diverse pogingen om af te vallen. Slecht 9.3% vindt 1 voorafgaande poging voldoende. Driekwart van de artsen vindt GLP-1 analogen nuttig om bariatrische chirurgie uit te stellen. Er wordt door meerdere artsen bijkomend vermeld dat motivatie van een patiënt om levensstijlveranderingen door te voeren, belangrijk is voor opstart van GLP-1 analogen. Verder proberen de meeste artsen eerst non-medicamenteuze therapie alvorens een GLP-1 analoog te starten, verwijzing naar een diëtist wordt het meest frequent gedaan. Het effect van GLP-1 analogen is volgens de richtlijnen dan ook het meest duurzaam indien het wordt gecombineerd met levensstijlveranderingen. Bijkomend bleek Ozempic® het meest gebruikt GLP-1 analoog onder de huisartsen, gevolgd door Rybelsus® en Saxenda®. Wegovy® is nog niet beschikbaar

in België. De verkozen producten worden hoofdzakelijk gekozen op basis van ervaring en toedieningsvorm.

De meeste huisartsen controleren hun patiënten onder GLP-1 analogen elke 4 weken. Tijdens deze controles wordt de patiënt het vaakst gewogen, soms wordt er ook een bijkomend labo genomen. De buikomtrek wordt bij deze onderzoeken het minst gecontroleerd. Bij het ophogen van de dosis geven verschillende artsen aan rekening te houden met de tolerantie van de patiënt. Verder lijkt de meerderheid van de artsen de behandeling te stoppen op een bepaald moment, waarvan de meest voorkomende redenen de bijwerkingen, te weinig resultaat of financiële moeilijkheden bij de patiënt zijn. Dit is opvallend aangezien de meeste richtlijnen aangeven dat medicatie ter ondersteuning van gewichtsverlies chronisch dient te worden genomen, gezien de kans op gewichtstoename na stop van de behandeling. 36.4% van de bevraagde huisartsen geeft inderdaad aan de behandeling langdurig aan te houden om deze reden.

Vervolgens werd de globale ervaring van huisartsen met GLP-1 analogen voor gewichtsverlies bevraagd. De meeste artsen waren het eens of zelfs helemaal mee eens met de stelling dat patiënten significant gewicht verloren dankzij het gebruikt van GLP-1 analogen. Verder lijken de meeste artsen het oneens met de stelling dat patiënten langdurig gewichtsverlies ervaren, ook na stop van de behandeling. 60% van de bevraagde artsen blijkt de medicatie niet laagdrempelig beschikbaar te vinden, waarbij de kostprijs een belangrijke drempel lijkt voor het voorschrijven.

Daarnaast werd er gekeken of huisartsen de opstart en de opvolging van deze medicatie voor vermagering iets voor de eerste of tweede lijn vonden. Een derde van de artsen houdt deze opvolging het liefst in eigen beheer, een derde van de artsen stuurt de patiënten hiervoor liefst naar een endocrinoloog en een derde stuurt enkel bepaalde patiënten door. Daarenboven viel op dat voornamelijk mannelijke artsen en oudere artsen de opstart van deze medicatie het liefst zelf zouden uitvoeren terwijl vrouwelijke artsen of jongere artsen eerder geneigd zijn om door te sturen naar de endocrinoloog. Een mogelijke hypothese hierbij is dat vrouwelijke artsen en jongere artsen zich minder vertrouwd voelen met de opstart van GLP-1 analogen en verkiezen om samen te werken met de tweede lijn. Daarenboven werd er aangetoond dat artsen die wekelijks patiënten met obesitas zien, vaker zelf de medicatie zouden opstarten dan artsen die minder frequent met deze patiënten in aanraking komen. Mogelijks voelen artsen die vaker patiënten met obesitas zien, zich iets meer zelfzeker in de opstart van medicatie, gezien ze hier vaker mee in aanraking komen. Voor de opvolging is men het grotendeels eens, 96% van de artsen vindt dat de opvolging van deze behandeling tot het takenpakket van een huisarts hoort, slechts 4% vindt dit niet de taak van een huisarts.

Over het algemeen lijken huisartsen in Vlaanderen dus verdeeld over het voorschrijven van GLP-1 analogen. De meeste artsen zien de huisarts wel als de juiste persoon voor de opvolging van de behandeling, maar verwijzen uiteindelijk patiënten vaak door naar een specialist bij twijfel over de onderliggende pathologie, bij complexe polypathologie, wanneer er twijfel bestaat over de indicatie tot opstart of wanneer ze het eigenlijk niet eens zijn met de opstart van GLP-1 analogen voor vermagering, maar de patiënt toch aandringt op een behandeling.

Daarenboven schrijven arts om verschillende redenen GLP-1 analogen voor bij patiënten zonder diabetes met overgewicht of obesitas. De meest genoemde reden is dat de behandeling initieel werd opgestart door een arts-specialist, maar ook eigen positieve ervaringen blijken een reden te zijn om het voor te schrijven. Sommige artsen zien GLP-1 analogen als een waardevol hulpmiddel ter preventie van gewichtsgerelateerde complicaties zoals diabetes type 2, ze benadrukken hierbij wel uitdrukkelijk het belang van bijhorende levensstijlveranderingen. Daarenboven schrijven sommige artsen de medicatie voor op herhaald verzoek van patiënten. Er werd doorheen de vragenlijst meermaals

bevestigd dat men een zekere druk ervaart van patiënten om GLP-1 analogen voor te schrijven. Sommige artsen vonden het dan ook een opluchting dat er een (tijdelijke) stop was op het off-label voorschrijven van GLP-1 analogen voor vermagering door het koninklijk besluit. Hieruit kunnen we afleiden dat niet alle huisartsen volledig achter het opstarten van GLP-1-analogen voor gewichtsverlies staan, maar zich soms genoodzaakt voelen hier toch op in te gaan onder invloed van de patiënt. Bovendien zijn de patiënten die zelf de vraag stellen naar GLP-1 analogen, niet altijd de degenen die er het meeste baat bij zouden hebben. Het is daarom belangrijk dat huisartsen voldoende ondersteuning en ruimte krijgen om de obesitasproblematiek proactief te benaderen en zij mogen zich niet onder druk gezet voelen. Een snelle en vlotte samenwerking met zowel de tweede lijn als paramedici zoals diëtisten zou hierbij kunnen helpen.

Toch zijn ook heel wat artsen terughoudend in het voorschrijven van GLP-1 analogen voor vermagering. De grote meerderheid, namelijk 86%, zou het niet voorschrijven omwille van de beperkte beschikbaarheid, 57% omwille van de grote kostprijs, 21.5% omwille van de frequente bijwerkingen, 14% had er geen ervaring mee en 7.5% vond dat patiënten er niet tevreden over waren. Verder waren er ook enkele inhoudelijke en ethische bezwaren. Verschillende artsen uitten namelijk hun bezorgdheid omtrent de effectiviteit op lange termijn. Ze merken vaak een gewichtstoename na het stoppen van de medicatie en hebben bijgevolg hun twijfels bij het wetenschappelijk bewijs op lange termijn. Er is ook een bezorgdheid dat patiënten GLP-1 analogen als een snelle oplossing beschouwen en hierdoor minder geneigd zijn om hun levensstijl aan te passen. Meerdere artsen benadrukken daarom opnieuw dat de focus moet blijven liggen op gedragsverandering en een gezonde levensstijl. Ook deze bezorgdheid benadrukt opnieuw het belang van een vlotte multidisciplinaire samenwerking voor het verkrijgen van een langdurig resultaat.

Tot slot wijzen sommige huisartsen erop dat het momenteel niet wettelijk is toegestaan om deze behandeling zonder een eerste voorschrift van een specialist op te starten bij patiënten zonder diabetes. Hiermee wordt verwezen naar het koninklijk besluit, dat nog steeds van kracht is waardoor huisartsen worden beperkt in het voorschrijven, zelfs wanneer ze het nut van de therapie erkennen.

5.3 Sterktes en zwaktes

De behandeling van obesitas is een maatschappelijk zeer relevant thema, gezien de hoge prevalentie en de potentieel ernstige gevolgen op het vlak van gezondheid. Er is de laatste jaren veel onderzoek gebeurd naar GLP-1 analogen. Een belangrijke sterkte in dit onderzoek is de combinatie van recente wetenschappelijke literatuur met praktijkgegevens afkomstig van Vlaamse huisartsen. Dit is waardevol gezien er tot nu toe weinig bekend was over de visie van huisartsen op dit onderwerp.

Een beperking van dit onderzoek kan de online rekrutering via verschillende kanalen zijn, waardoor er mogelijk sprake is van een bias. Voornamelijk huisartsen die interesse tonen in het onderwerp, zullen deelnemen. Bovendien bleef de responsgraad onbekend, gezien de verspreiding digitaal en anoniem gebeurde. Daarnaast was ook de lage responsgraad van oudere huisartsen en huisartsen uit de provincies Vlaams-Brabant en Limburg opvallend. Dit zou mede kunnen verklaard worden door het feit dat de vragenlijst enkel online beschikbaar was en dit misschien een drempel vormde voor bepaalde groepen artsen. Hoewel er ruim 102 artsen aan het onderzoek deelnamen, bleek de steekproefgrootte in sommige subgroepen te beperkt, wat invloed had op de uitvoerbaarheid van sommige statistische testen, zoals de Chi-Kwadraat test. Hiernaast was de kwalitatieve diepgang in dit onderzoek beperkt

door het gebruik van gesloten meerkeuzevragen. Voor een diepgaand kwalitatief onderzoek vormen interviews een beter alternatief.

Tot slot werd de vragenlijst gepubliceerd op een moment dat GLP-1 analogen nog volop in ontwikkeling waren. Ondertussen is er reeds een nieuw geneesmiddel op de markt, een combinatie van een GIP en GLP-1 analoog. Deze nieuwe informatie werd niet opgenomen in de studie.

5.4 Klinische implicaties en aanbevelingen voor verder onderzoek

De verdeeldheid van de artsen omtrent over het gebruik van GLP-1 analogen voor vermagering, onderstreept de nood aan duidelijke, evidence-based richtlijnen binnen de eerste lijn. Het grootste deel van de artsen zou de opvolging wel voor zijn rekening willen nemen, maar over de opstart zijn de meningen nog zeer verdeeld. Belangrijke bezorgdheden betreffen onder meer de beschikbaarheid, de kostprijs, de motivatie van de patiënt om levensstijlveranderingen uit te voeren en de beperkte gegevens over de veiligheid en effectiviteit op lange termijn. Er was een brede consensus dat de focus dient te blijven liggen op een gezonde levensstijl, ook bij opstart van GLP-1 analogen. De combinatie van beiden geeft een grotere kans op een langdurig en succesvol resultaat. Om dit te bekomen, is een multidisciplinaire samenwerking het meeste aangewezen. Het is dan ook aangewezen om te onderzoeken hoe deze samenwerking met zowel de tweede lijn als met paramedici zoals diëtisten en psychologen kan geoptimaliseerd worden voor de behandeling van overgewicht en obesitas. Hiernaast verdient ook het financiële aspect aandacht, gezien de terugbetaling voor de behandeling van de meeste paramedici in België slechts beperkt is.

Daarnaast gaven sommige huisartsen aan dat ze patiënten doorsturen bij twijfel over een goede indicatie, bij complexe comorbiditeiten of wanneer ze het eigenlijk niet eens zijn met de opstart bij die specifieke patiënt. Sommige huisartsen voelen zich onder druk gezet door hun patiënt een behandeling met GLP-1 analogen te starten. In dit opzicht zou het kunnen helpen om een tool of richtlijn te ontwikkelen die huisartsen helpt bij een onderbouwde indicatiestelling, eventueel met behulp van het EOSS systeem in combinatie met het BMI. Zo'n tool kan bovendien dienen als communicatiemiddel om patiënten helder uit te leggen waarom zij al dan niet in aanmerking komen voor deze behandeling.

Tot slot is een nieuw onderzoek in de toekomst naar de visie van huisartsen op dit topic en de plaats van deze geneesmiddelen in het obesitastraject niet onbelangrijk, gezien de snelle evolutie van gewicht verlagende medicatie zoals GLP-1 analogen.

5.5 Conclusie

Uit deze literatuurstudie en vragenlijst analyse komt een complex beeld naar voren over de rol van GLP-1 analogen in de aanpak van overgewicht en obesitas. GLP-1 analogen blijken een efficiënte en waardevolle aanvulling op levensstijlveranderingen in de multimodale behandeling van overgewicht en obesitas. De indicatiestelling dient goed te gebeuren, er dient rekening te worden gehouden met bijwerkingen en ook een levenslange opvolging is hierbij belangrijk.

96% van de Vlaamse huisartsen neemt de opvolging van dit soort medicatie graag op zich, maar over de verantwoordelijkheid voor de opstart van de behandeling zijn de meningen verdeeld. Een derde van de bevraagde artsen verkiest zelfmanagement, een derde verwijst bij voorkeur naar de

endocrinoloog en een derde stuurt enkel bepaalde patiënten door (bijvoorbeeld patiënten met polypathologie). Deze verdeeldheid lijkt te correleren met geslacht, leeftijd en ervaring. Mannelijke artsen, oudere artsen en artsen die frequenter obesitasconsulten voeren, geven aan vaker zelf GLP-1 analogen op te starten in plaats van de patiënt meteen door te sturen naar een endocrinoloog. Artsen lijken wel degelijk potentieel te zien in de toepassing van GLP-1 analogen ter preventie van gewicht-gerelateerde comorbiditeiten of als brug naar bariatrische chirurgie, maar er is een zekere terughoudendheid. Sommige artsen vrezen namelijk dat een behandeling met GLP-1 analogen mogelijks het belang van de bijhorende levensstijlverandering ondermijnt. Ook is er twijfel over de veiligheid op lange termijn alsook de blijvende effectiviteit na stopzetting van de behandeling. Ook de beperkte beschikbaarheid, de hoge kostprijs en de huidige beperkingen door het koninklijk besluit in België spelen een belangrijke rol in deze terughoudendheid. Daarnaast geven verschillende huisartsen aan dat ze regelmatig onder druk gezet worden door patiënten om GLP-1 analogen voor te schrijven.

De noodzaak van levensstijlveranderingen naast de opstart van GLP-1 analogen wordt door meerdere artsen benadrukt. Het lijkt ons aangewezen om in de toekomst maximaal in te zetten op een multidisciplinaire behandeling die deze aanpak vanuit verschillende perspectieven mogelijk maakt. Hierbij dient ook rekening te worden gehouden met het financiële plaatje. Hiernaast kan een beslissingsondersteunende tool of richtlijn voor huisartsen helpen bij het stellen van een goed onderbouwde indicatie. Dit kan dan op zijn beurt gebruikt worden om de patiënt uit te leggen waarom zij al dan niet in aanmerking komen voor een behandeling. Tot slot onderstreept de verdeeldheid van de artsen omtrent over het gebruik van GLP-1 analogen voor vermagering in de eerste lijn de nood aan duidelijke evidence-based richtlijnen in de eerste lijn. Gezien de snelle wetenschappelijke evolutie binnen dit domein, is het aangewezen dat deze richtlijnen regelmatig worden vernieuwd.

6. Referenties

1. Obesity and overweight: World Health Organisation WHO; 2024; cited 2024 05/05/2024]. Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
2. Sciensano. Cijfers overgewicht en obesitas in België 2018; cited 2024 05/05/2024]. Available from: https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/obesitas/cijfers.
3. Albuquerque D, Nóbrega C, Manco L, Padez C. The contribution of genetics and environment to obesity. Br Med Bull. 2017;123(1):159-73.
4. Ali AT, Crowther NJ. Health risks associated with obesity. Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes in South Africa. 2005;10(2):56-61.
5. Marengo A, Rosso C, Bugianesi E. Liver cancer: connections with obesity, fatty liver, and cirrhosis. Annual review of medicine. 2016;67:103-17.
6. Le Strat Y, Melchior M, Gorwood P, Tebeka S, Dubertret C. The role of comorbidity in the association of obesity with unemployment and disability. Annals of Epidemiology. 2020;45:61-8.
7. Ard J, Fitch A, Fruh S, Herman L. Weight Loss and Maintenance Related to the Mechanism of Action of Glucagon-Like Peptide 1 Receptor Agonists. Adv Ther. 2021;38(6):2821-39.
8. Ryan DH, Yockey SR. Weight loss and improvement in comorbidity: differences at 5%, 10%, 15%, and over. Current obesity reports. 2017;6:187-94.
9. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Gaal LFV, Lingvay I, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. New England Journal of Medicine. 2021;384(11):989-1002.
10. Shamseddeen H, Getty JZ, Hamdallah IN, Ali MR. Epidemiology and economic impact of obesity and type 2 diabetes. Surgical Clinics. 2011;91(6):1163-72.
11. Goossens GH. The metabolic phenotype in obesity: fat mass, body fat distribution, and adipose tissue function. Obes Facts. 2017;10(3):207-15.
12. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Bautista L, Franzosi MG, Commerford P, et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27 000 participants from 52 countries: a case-control study. The Lancet. 2005;366(9497):1640-9.
13. Prof. Dr. Bart Van der Schueren PDJ-PT, Marie Barea, Prof. Dr. Matthias Lannoo, Prof. Dr. Inge Gies, Prof. Dr. Roland Devlieger, Prof. Dr. Veronique Beauloye, Barbara Lembo, Dr. Eveline Dirinck, An Verrijken, Prof. Dr. Dirk Vissers. . Consensus BASO 2020: Een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas. Belgian Association for the Study of Obesity; 2020.
14. L. De Coninck L EV, S. Van Cauwenbergh, T. Van Roy, J-H. Keijzer, L. Stukken L, M. Goossens, M. Van Cauwenbergh, S. De Smet, B. Baade-Joret, E. Peters, E. Excelmans, B. Van der Schueren, D. Vissers, S. Joossens, E. Er, P. Van Royen. Multimodale aanpak van obesitas bij volwassenen in de eerstelijnszorg. België: Domus Medica; 2024.
15. Van Binsbergen JJ LF, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. NHG-standaard Obesitas (M95)

Versie 1.1, september 2020 Website Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG); 2010 [updated September 2020 27/11/2024]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/obesitas.
16. Eetexpert. Infofiche gezonde leefstijl ALLES 2025 13/04/2025]. Available from: https://eetexpert.be/gezonde-leefstijl-alles/.
17. Leven VIG. Bewegen Op Verwijzing: Wat en hoe? 2025 15/04/2025]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/wat-en-hoe.
18. Genootschap NH. Cardiovasculair risicomanagement 2014 18/03/2025]. NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/cardiovasculair-risicomanagement.

19. Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2015 Den Haag2015 20/03/2025]. Available from: https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2015/11/04/richtlijnen-goede-voeding-2015.
20. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Halpern A, Krempf M, et al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. New England Journal of Medicine. 2015;373(1):11-22.
21. Rubino DM, Greenway FL, Khalid U, O'Neil PM, Rosenstock J, Sørrig R, et al. Effect of weekly subcutaneous semaglutide vs daily liraglutide on body weight in adults with overweight or obesity without diabetes: the STEP 8 randomized clinical trial. Jama. 2022;327(2):138-50.
22. Meier JJ. GLP-1 receptor agonists for individualized treatment of type 2 diabetes mellitus. Nature Reviews Endocrinology. 2012;8(12):728-42.
23. Nauck MA, Meier JJ. Incretin hormones: Their role in health and disease. Diabetes, Obesity and Metabolism. 2018;20:5-21.
24. Bergmann NC, Davies MJ, Lingvay I, Knop FK. Semaglutide for the treatment of overweight and obesity: a review. Diabetes, Obesity and Metabolism. 2023;25(1):18-35.
25. Wadden TA, Bailey TS, Billings LK, Davies M, Frias JP, Koroleva A, et al. Effect of subcutaneous semaglutide vs placebo as an adjunct to intensive behavioral therapy on body weight in adults with overweight or obesity: the STEP 3 randomized clinical trial. Jama. 2021;325(14):1403-13.
26. Rubino D, Abrahamsson N, Davies M, Hesse D, Greenway FL, Jensen C, et al. Effect of continued weekly subcutaneous semaglutide vs placebo on weight loss maintenance in adults with overweight or obesity: the STEP 4 randomized clinical trial. Jama. 2021;325(14):1414-25.
27. Garvey WT, Batterham RL, Bhatta M, Buscemi S, Christensen LN, Frias JP, et al. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity: the STEP 5 trial. Nature medicine. 2022;28(10):2083-91.
28. Knop FK, Aroda VR, do Vale RD, Holst-Hansen T, Laursen PN, Rosenstock J, et al. Oral semaglutide 50 mg taken once per day in adults with overweight or obesity (OASIS 1): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. The Lancet. 2023;402(10403):705-19.
29. Cleto AS, Schirlo JM, Beltrame M, Gomes VHO, Acras IH, Neiverth GS, et al. Semaglutide effects on safety and cardiovascular outcomes in patients with overweight or obesity: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Obesity. 2025;49(1):21-30.
30. Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, Deanfield J, Emerson SS, Esbjerg S, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. New England Journal of Medicine. 2023;389(24):2221-32.
31. BCFI. 20.2 Obesitas: BCFI; 2024 22/12/2024]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters/21?matches=Obesitas%7Cobesitas&frag=16386.
32. Agency EM. Saxenda: EPAR – Product Information 2025 01/04/2025]. Available from: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/saxenda.
33. Agency EM. Wegovy: EPAR - Product information: EMA; 2022 28/12/2024]. Available from: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/wegovy.
34. België. Koninklijk Besluit tot beperking van het voorschrijven van GLP-1-analogen. Belgische staat; 2023.

7. Appendix

7.1 Goedkeuring Ethisch Comité universiteit Gent

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Dr. Charlotte Verroken
Endocrinologie
UZ Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Annelies Vanhove	29/04/2024	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2023-0438		B6702023000779

Betreft:
GLP-1 analogen voor vermagering bij personen zonder diabetes: positie en toepasbaarheid binnen de eerste lijn.
- Scriptie: Annelies Vanhove

GLP-1 analogues for weight loss in patients without diabetes: positioning and applicability for general practitioners.

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 27/02/2024.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

EC geeft daarom op 25/04/2024 een gunstig advies over deze studie.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent



CC: FAGG
Cc: HIRUZ_CTU (Clinical Trial Center UZ Gent)

Unofficial translation in English:

Positive advice in accordance with the law of 7 May 2004 on experiments on the human person

The Ethics committee (EC) of University Ghent (Ugent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined and discussed the above mentioned dossier at its meeting of 27/02/2024.

After consulting the additional information and/or modified documents related to this dossier, the CME is of the opinion that the proposed study, as described in the protocol, is scientifically relevant and ethically justified.

EC therefore gives on 25/04/2024 a favourable opinion on this study

Submitted documents: see Annex 1
List of members: see appendix 2
Points of concern: see appendix 3b

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

7.2 Informed consent deelnemers

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: GLP1-analogen voor vermagering bij personen zonder diabetes: positie en toepasbaarheid binnen de eerste lijn

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt "informed consent" of "geïnformeerde toestemming" voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

Als huisarts-in-opleiding aan de universiteit van Gent voer ik een onderzoek uit naar GLP-1 analogen voor vermagering bij personen zonder diabetes in de eerste lijn. We onderzoeken zowel de visie van Vlaamse huisartsen op deze medicatie als het voorschrijfgedrag. Het onderzoek wordt gevoerd door middel van een vragenlijst voor huisartsen die momenteel actief aan het werk zijn in Vlaanderen. Mensen met een ander (zorg)beroep of mensen die buiten Vlaanderen werken, worden niet geïncludeerd in deze studie.
Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 5-10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

De opdrachtgever van deze studie is Universiteit Gent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van dr. Charlotte Verroken en dr. Imke Matthys.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de behandeling van overgewicht en obesitas.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

In overeenstemming met de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt. Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website UGent (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal anoniem verwerkt worden. Enkel de anonieme gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

De gegevens uit de desbetreffende vragenlijst zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.
De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: dr. Annelies Vanhove
Adres: Vijverstraat 3, 9230 Wetteren
Telefoonnummer: 0487450480

Naam: dr. Charlotte Verroken
Adres: Ghent University Hospital
Department of Endocrinology I Osteoporosis and Metabolic Bone Diseases
C. Heymanslaan 10
9000 Gent
Belgium
Telefoonnummer: 0032 9 332 21 37

7.3 Resultaten vragenlijst

Resultaten

Vragenlijst GLP-1 analogen in de huisartsenpraktijk

Q4: Hebt u bovenstaande informatie gelezen en bent u akkoord met deelname aan de studie?

Hebt u bovenstaande informatie gelezen en bent u akkoord met deelname aan de studie? 102

Q4 - Hebt u bovenstaande informatie gelezen en bent u akkoord met deelname aan de studie?	Percentage	Aantal
Ja	100%	102

Q5: Wat is uw geslacht?

Wat is uw geslacht? 102

Q5 - Wat is uw geslacht?	Percentage	Aantal
M	26%	27
V	74%	75

Q6: Wat is uw leeftijd?

Wat is uw leeftijd? 102

Q6 - Wat is uw leeftijd?	Percentage	Aantal
25-35 jaar	48%	49
36-45 jaar	23%	23
46-55 jaar	16%	16
56-65 jaar	8%	8
65+	6%	6

Q7: In welk soort praktijk werkt u?

In welk soort praktijk werkt u? 102

Q7 - In welk soort praktijk werkt u?	Percentage	Aantal
Solopraktijk	10%	10
Groepspraktijk met meerdere artsen	54%	55
Multidisciplinaire groepspraktijk	36%	37

Q8: In welke provincie is uw praktijk gelegen?

In welke provincie in Vlaanderen is uw praktijk gelegen? 102

Q8 - In welke provincie in Vlaanderen is uw praktijk gelegen?	Percentage	Aantal
West-Vlaanderen	12%	12
Oost-Vlaanderen	57%	58
Antwerpen	16%	16
Vlaams-Brabant	9%	9
Limburg	7%	7

Q9: Hoe vaak ziet u mensen die consulteren met als hoofdvraag overgewicht of obesitas?

Hoe vaak ziet u mensen die consulteren met als hoofdvraag overwicht of obesitas? 102

Q9 - Hoe vaak ziet u mensen die consulteren met als hoofdvraag overwicht of obesitas? - Selected Choice	Percentage	Aantal
Dagelijks	5%	5
Wekelijks	36%	37
Tweewekelijks	27%	28
Maandelijks	25%	26
Enkele keren per jaar	6%	6

Q10: Volgt u in uw praktijk patiënten zonder diabetes die een GLP-1 analoog gebruiken met als hoofddoel vermagering?

Volgt u in uw praktijk patiënten zonder diabetes die een GLP-1 analoog gebruiken met als hoofddoel vermagering? 102

Q10 - Volgt u in uw praktijk patiënten zonder diabetes die een GLP-1 analoog gebruiken met als hoofddoel vermagering?	Percentage	Aantal
Ja, ik heb dit ook al zelf opgestart	55%	56
Ja, maar enkel patiënten bij wie dit opgestart is door een endocrinoloog of andere specialist	35%	36
Neen	10%	10

Q11: Bij welke patiënten zou u eventueel een GLP-1 analoog opstarten? (meerdere antwoorden mogelijk)

Bij welke patiënten zou u eventueel een GLP-1 analoog opstarten? (meerdere antwoorden mogelijk) 54

Q11 - Bij welke patiënten zou u eventueel een GLP-1 analoog opstarten? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice	Percentage	Aantal
Bij patiënten met overgewicht/obesitas	50%	27
Bij patiënten met overgewicht/obesitas én comorbiditeiten	87%	47
Patiënten met weinig motivatie voor non-medicamenteuze behandelingen	6%	3
Ik stel het enkel voor bij patiënten die het financieel breed hebben	9%	5
Bij patiënten bij wie 1 of meer pogingen om te vermageren in het verleden niet lukten	50%	27
Andere	17%	9

Andere:

Als ze er zelf om vragen en aandringen om het voor te schrijven
Enkel bij patiënten die bereid zijn ook in te zetten op niet-medicamenteuze behandelingen
Enkel bij patiënten die naast de GLP-1 analoog ook iets aan hun levensstijl willen veranderen.
Bij patiënten die een extra duwtje kunnen gebruiken en heel gemotiveerd zijn voor levensstijlverandering
Nu niet meer omwille van tekort, nu enkel bij comorbiditeit diabetes
Bij patiënten met kennis van gezonde levensstijl enerzijds kennis van gezonde voeding (reeds contact gehad met diëtiste) en anderzijds wekelijks Sportactiviteiten beoefenen. Dames met PCOS.
Enkel bij patienten met morbide obesitas (niet indien enkel overgewicht)
Overgewicht en een duidelijke motivatie tot dieet en bewegen en bereidheid om zich te laten opvolgen en die het financieel kunnen dragen
Bij patiënten die overgewicht hebben en er zelf dringend om vragen

Q12: Wanneer past volgens u een GLP-1 analoog in het obesitas traject? (meerdere antwoorden mogelijk)

Wanneer past volgens u een GLP-1 analoog in het obesitas traject? (meerdere antwoorden mogelijk) 54

Q12 - Wanneer past volgens u een GLP-1 analoog in het obesitas traject? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice	Percentage	Aantal
Wanneer de patiënt erom vraagt	24%	13
Na 1 gefaalde poging om af te vallen zonder succes	9%	5
Na diverse pogingen om af te vallen zonder succes	81%	44
Om bariatrische chirurgie uit te stellen	74%	40
Andere:	15%	8

Andere:

De pogingen moeten wel grondig gebeurd zijn en liefst onder begeleiding van ofwel de huisarts ofwel een diëtist
Bij voldoende motivatie van de patiënt
Als comorbiditeiten afvallen in de weg staan.
Als het overgewicht effectief al problemen (comorbiditeiten) met zich mee brengt
Zie boven (heel gemotiveerde patiënten om levensstijl te veranderen maar die ter extra ondersteuning in eerste maanden van veranderproces een extra duwtje kunnen gebruiken)
Als patiënt zeer graag gewicht wilt verliezen en voldoende inzicht heeft in de pathologie en dus ook bereid is om een algemeen gezondere levensstijl aan te nemen
Als het gewenste gezonde gewicht verwacht kan worden dmv leefstijl EN medicatie, en de patient op de hoogte is van de kostprijs en het langdurige gebruik van deze medicatie
Indien de obesitas een reëel gezondheidsrisico inhoudt, dus niet louter om esthetische redenen.

Q13: Probeert u eerst andere, non-medicamenteuze, therapie? Welke? (meerdere antwoorden mogelijk)

Probeert u eerst andere, non-medicamenteuze, therapie? Welke? (meerdere antwoorden mogelijk) 54

Q13 - Probeert u eerst andere, non-medicamenteuze, therapie? Welke? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice	Percentage	Aantal
Neen	2%	1
Ja, ik geef zelf dieetadviezen	52%	28
Ja, ik verwijs patiënten naar een diëtist	93%	50
Ja, ik geef zelf bewegingsadviezen	63%	34
Ja, bewegen op verwijzing	63%	34
Andere:	6%	3

Andere:

Psycholoog voor gedragsverandering
Metformine start ik soms als tussenoplossing op bij patiënten met belangrijke insulineresistentie (bewezen op labo) die reeds dieetaanpassingen hebben doorgevoerd en een actieve levensstijl hebben.
Soms direct combi + medicatie

Q14: Hoe schat u het belang in van de onderstaande parameters of comorbiditeiten voor de opstart van GLP-1 analogen? Kruis aan wat het meeste past.

Hoe schat u het belang in van de onderstaande parameters of comorbiditeiten voor de opstart van GLP-1 analogen? Kruis aan wat het meeste past. 54

Hoe schat u het belang in van de onderstaande parameters of comorbiditeiten...	Niet belangrijk	Beetje belangrijk	Belangrijk	Heel belangrijk
BMI	1	2	22	29
Cardiovasculaire aandoeningen (oa hypertensie)	0	3	23	28
Dyslipidemie	4	16	25	9
Gestoorde glucose intolerantie	0	5	19	29
Slaapapneu	0	4	29	21

Q15: Indien u rekening houdt met BMI, welke BMI is voor u een indicatie tot opstart van GLP-1 analogen? (meerdere antwoorden mogelijk)

Indien u rekening houdt met het BMI, welke BMI is voor u een indicatie tot opstart van GLP-1 analogen? (meerdere antwoorden mogelijk) 54

Q15 - Indien u rekening houdt met het BMI, welke BMI is voor u een indicatie tot opstart van GLP-1 analogen? (meerdere antwoorden mogelijk)	Percentage	Aantal
BMI 25-29,9	7%	4
BMI 30-34,9	69%	37
BMI 35-39,9	85%	46
BMI > 40	67%	36

Q16: Welk product gebruikt u het meest? (meerdere antwoorden mogelijk)

Welk product gebruikt u het meest? (meerdere antwoorden mogelijk) 54

Q16 - Welk product gebruikt u het meest? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice	Percentage	Aantal
Ozempic	74%	40
Rybelsus	54%	29
Saxenda	20%	11
Andere:	6%	3

Andere:

Rybelsus wegens tekort ozempic. Anders voorkeur voor ozempic. Saxenda doeltreffend maar dagelijks SC toediening maakt dit minder toegankelijk.
Volgens mij is saxenda niet meer te verkrijgen, gebruikte ik vroeger wel
Ozempic enkel in de periode dat we het nog mochten voorschrijven.

Q17: Waarom verkiest u dit product? (meerdere antwoorden mogelijk)

Waarom verkiest u dit product? (meerdere antwoorden mogelijk) 54

Q17 - Waarom verkiest u dit product? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice	Percentage	Aantal
Prijs	13%	7
Toedieningsvorm	56%	30
Ervaring	74%	40
Vertegenwoordiger over de vloer gehad	9%	5
Ervaring van collega's	7%	4
Patiënt vraagt er zelf naar	28%	15
Andere:	19%	10

Andere:

Met de rybelsus is er u een voldoende beschikbaarheid vlg de vertegenwoordiger waardoor we de diabetici niet tekort doen.
Enige middel dat niet off label hoeft gebruikt te worden
Voldoende voorraad voor diabetespatiënten
beschikbaarheid
Saxenda heeft gewichtsdaling als erkende indicatie en neemt geen medicatie af van diabeten die er werkelijk van afhankelijk zijn
Ozempic heeft voorkeur op Rybelsus vanwege toedieningsgemak en vermits de efficiëntie van rybelsus lager ligt tgv wisselende opname bij orale inname.
Beschikbaarheid van saxenda is beter dan ozempic
Studieresultaten

Momenteel Saxenda gezien rest niet mag voorgeschreven worden op heden.
Weterschappelijk onderzoek

Q18: Wanneer u deze medicatie opstart, doet u dit dan in combinatie met een andere therapie? (meerdere antwoorden mogelijk)

Wanneer u deze medicatie start, doet u dit dan in combinatie met een andere therapie? (meerdere antwoorden mogelijk) 54

Q18 - Wanneer u deze medicatie start, doet u dit dan in combinatie met een andere therapie? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice	Percentage	Aantal
Neen	4%	2
Ja, diëtist	78%	42
Ja, ik geef zelf voedingsadviezen	50%	27
Ja, ik geef zelf bewegingsadviezen	65%	35
Ja, bewegen op verwijzing	44%	24
Andere:	7%	4

Andere:

Soms ook doorverwijzen naar kinesist
Psycholoog
Patiënt wordt sowieso doorverwezen naar de diëtist/diabeteseducator.
Nooit enkel GLP-1 a. Enkel in combinatie met ander levensstijl aanpassingen, anders schrijf ik het niet voor

Q19: Welke onderzoeken voert u uit voor de opstart van de medicatie? (meerdere antwoorden mogelijk)

Welke onderzoeken voert u uit voor de opstart van de medicatie? (meerdere antwoorden mogelijk) 54

Q19 - Welke onderzoeken voert u uit voor de opstart van de medicatie? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice	Percentage	Aantal
Patiënt wegen	24%	13
Patiënt wegen en meten	87%	47
Buikomtrek meten	33%	18
Labo	87%	47
Ik gebruik de Edmonton Obesity Staging System	2%	1
Ik ga na of er sprake is van een eetstoornis	28%	15

Q20: Welke controles bouwt u in ter opvolging? (meerdere antwoorden mogelijk)

Welke controles bouwt u in ter opvolging? (meerdere antwoorden mogelijk) 88

Q20 - Welke controles bouwt u in ter opvolging? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice	Percentage	Aantal
Labo	66%	58
Wegen	89%	78
Buikomtrek meten	19%	17
Controle om de 2 weken	2%	2
Controle om de 4 weken	57%	50
Controle om de 6 weken	24%	21
Andere:	7%	6

Andere:

Bloeddruk
Informeren of bewegen lukt
Vragen naar nevenwerkingen
Controle na 3 maanden
opstart door specialist = opvolging daar tenzij duidelijke briefwisseling
Afhankelijk van de voorafgaande afwijkende labo waarden (NL labo op voorhand is geen co labo onder therapie)

Q21: GLP-1 analogen worden in principe in opklimmende dosis gestart. Wanneer hoogt u de dosis op? (meerdere antwoorden mogelijk)

GLP-1 analogen worden in principe in opklimmende dosis gestart. Wanneer hoogt u de dosis op? (meerdere antwoorden mogelijk) 88

Q21 - GLP-1 analogen worden in principe in opklimmende dosis gestart. Wanneer hoogt u de dosis op? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice	Percentage	Aantal
Op vaste tijdstippen	40%	35
Wanneer het gewichtsverlies stagneert	23%	20
Ik bouw op tot de dosis dat de patiënt financieel aankan	1%	1
Ik bouw sowieso op tot de maximaal tolereerbare dosis	50%	44
Andere:	13%	11

Andere:

Naargelang tolerantie bij patiënt
Op vaste tijdstippen maar enkel als patiënt het verdraagt qua bijwerkingen
Volgens advies endocrino
Ik volg het advies van de endocrinoloog

Vooral afhankelijk van nevenwerkingen en respons. Zo goede respons bij lage dosis zal ik niet sowieso verhogen tot Max dosis.
Volg advies van specialist
Opbouwschema via voorschrijvende specialist
Volgens de bijsluiter wordt de dosis op correcte manier opgebouwd, maar de tolerantie bij de patiënt beïnvloedt dit.
ik ga niet altijd tot de max dosis, los van tolerantie
Opstart en schema steeds via endocrinoloog, niet op mijn eigen initiatief.
Als de patiënt de medicatie kan verdragen, nog niet het gewenste resultaat heeft en openstaat voor een dosisopdrijving

Q22: Wanneer wordt de behandeling met GLP-1 analogen naar uw mening best gestopt? (meerdere antwoorden mogelijk)

Wanneer wordt de behandeling met GLP-1 analogen naar uw mening het beste gestopt? (meerdere antwoorden mogelijk) 88

Q22 - Wanneer wordt de behandeling met GLP-1 analogen naar uw mening het beste gestopt? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice	Percentage	Aantal
Wanneer het gewenste gewicht is bereikt	33%	29
Wanneer het gewichtsverlies stagneert ondanks de maximale dosis	30%	26
Wanneer er onvoldoende gewichtsverlies is (< 5% na 4 maanden)	75%	66
Wanneer de patiënt teveel bijwerkingen ervaart	85%	75
Wanneer de patiënt het financieel niet meer kan betalen	52%	46
Ik houd de behandeling langdurig aan omdat de kans op gewichtstoename na stopzetten van de behandeling te groot is	36%	32
Andere:	10%	9

Andere:

Vroeg of laat moet je toch stoppen en dat hangt af van de kostprijs en dan hopen dat ze dezelfde eetgewoonte kunnen aanhouden
Ik probeer sowieso lang genoeg te behandelen om gedragsveranderingen proberen te consolideren.
GLP-1 analogen zijn maar 1 aspect van de behandeling, stoppen is aan de orde als aan alle andere voorwaarden ook is voldaan
Goede gedragsverandering ikv leefstijl
Zeer wisselende informatie over het stopzetten versus continueren van CLP-1 analogen na het gebruik ervan gedurende een jaar om het gewichtsverlies te onderhouden. Momenteel volg ik het advies van de obesitaskliniek in UZ Leuven op die het verder zetten in zo laag mogelijke efficiënte dosis.
Nog geen behandeling gestopt tot nu toe
Er wordt aan de patiënt bij opstart medegedeeld dat dit een levenslange behandeling wordt...
Bij patiënten waarbij deze medicatie is opgestart door de specialist owv obesitas, laat ik de specialist de verantwoordelijkheid nemen over deze therapie
Ozempic wordt niet gegeven voor overgewicht/obesitas en rybelsus heeft een slechte onderbouwing dus ik sta daar sowieso niet achter. Endocrinologen in Aalst zeggen 2 jaar nemen.

Q23: In welke mate bent u akkoord met de onderstaande stellingen? Wat is uw globale ervaring met GLP-1 analogen met als indicatie vermagering in de eerste lijn?

In welke mate bent u akkoord met onderstaande stellingen? Wat is uw globale ervaring met GLP-1 analogen met als indicatie vermagering in de eerste lijn? 92

In welke mate bent u akkoord met onderstaande stellingen? Wat is uw globale...	Niet mee eens	Beetje mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens	Nvt
Patiënten ervaren doorgaans significant gewichtsverlies	3	12	43	29	5
De patiënten ondervinden over het algemeen weinig bijwerkingen	23	33	30	3	3
De patiënten ondervinden langdurig gewichtsverlies, ook na de stop van de b...	41	32	9	0	10
Het is gemakkelijk in gebruik	3	16	40	29	4
Het is laagdrempelig beschikbaar	55	15	15	5	2
De kostprijs is een drempel om het voor te schrijven	7	13	29	39	4
Bij de meeste patiënten kan ik ophogen tot de maximum dosis	13	15	41	15	8
De meeste patiënten zijn tevreden na behandeling met Semaglutide of Liraglu...	1	23	41	17	9
Ik ervaar druk van sommige patiënten om het GLP-1 analogen voor te schrijve...	3	15	28	44	2

Q24: Waarom zou u wel een GLP-analoog voorschrijven? (meerdere antwoorden mogelijk)

Waarom zou u wel een GLP-analoog voorschrijven? (meerdere antwoorden mogelijk) 93

Q24 - Waarom zou u wel een GLP-analoog voorschrijven? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice	Percentage	Aantal
Reeds goede ervaringen mee gehad	53%	49
Patiënten hebben deze therapie gekregen van de endocrinoloog of andere specialist	75%	70
Op aanraden van collega's die hier goede ervaringen mee hadden	6%	6
Ik zou het zelf niet voorschrijven aan patiënten zonder diabetes met als hoofddoel vermagering	28%	26
Andere:	11%	10

Andere:

Als de patiënt erom zaagt

Ik zou het nu niet meer voorschrijven na 3 trajecten voor vermagering gebruikt te hebben met slechte resultaten. Ik schreef het enkel voor na herhaaldelijke vragen van patiënten die het anders toch online zouden bestellen en die reeds meerdere afvalpogingen achter de rug hadden.
Patiënten die van een andere huisarts komen en hier al mee gestart waren
Het is voorlopig niet toegelaten aan huisartsen op te starten voor de indicatie vermagering.
Waarom wachten tot de patiënt met obesitas diabetes of cardiale problemen heeft en dan glp1 starten als het vroeger gestart kan worden en gezondheidsrisico's dalen. Diabetes en cv problemen kost meer voor de maatschappij. Wel steeds in combinatie met diëtist en bewegingscoach
Correcte indicatie; cf aanvullend op levensstijl
Goede ervaringen voor een goed geselecteerde groep, maar gezien beperkte beschikbaarheid is situatie nu wel anders
Bij psychologische problematiek omwille van het overgewicht dat weinig reageert op dieet en beweging
Ik vind het belangrijk om aan preventie te doen en niet te wachten tot de patiënt DMII heeft of belangrijke CV comorbiditeiten. Obesitas is een complexe problematiek en indien dieetadvies en sporten niet voldoende effect blijkt te hebben vind ik dat er er toegankelijker alternatief moet zijn.
Sowieso moet de patient morbide obees zijn en moet er een gezondheidswinst te halen zijn. Patiënt moet zich ook bewust zijn van de nood aan een langdurige behandeling.

Q25: Waarom zou u geen GLP-1 analoog voorschrijven? (meerdere antwoorden mogelijk)

Waarom zou u geen GLP-1 analoog voorschrijven? (meerdere antwoorden mogelijk) 93

Q25 - Waarom zou u geen GLP-1 analoog voorschrijven? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice	Percentage	Aantal
De hoge kostprijs	57%	53
De beperkte beschikbaarheid	86%	80
Weinig of geen ervaring mee	14%	13
Teveel bijwerkingen	22%	20
Patiënten waren hier niet tevreden over	8%	7
Andere:	27%	25

Andere:

Inzetten op andere behandelingsstrategieën
Geen oplossing op langere termijn
Als ze stoppen heb ik nog niet gezien dat ze de kilo's kwijt blijven maar heb het nog maar bij 3 patiënten voorgeschreven
Onvoldoende lange termijn onderzoek
Toch niet echt mooie resultaten.
Dikwijls geen effect op lange termijn
Als patiënten niet gemotiveerd zijn om iets aan hun levensstijl te doen, schrijf ik het niet voor.
Patiënten passen minder hun leefgewoonten aan met deze medicatie
Het moet passen in een globale aanpak van vermageren = inzicht en bewegen en diëtiste horen hier ook bij
Patiënten die denken dat dit hét wondermiddel is om te vermageren en niet gemotiveerd zijn om levensstijl te veranderen

Lange duur om dit te nemen
Tijdelijk effect. Beperkt effect als het niet gepaard gaat met lifestyle coaching
Recidief gewichtstoename bij stop behandeling.
Gewichtstoename bij stoppen behandeling
Als ik de indruk heb dat de patiënt geen enkele motivatie heeft om zijn levensstijl ook mee aan te passen.
Afwezigheid van verdere begeleiding
Geen wettelijk kader zonder diabetes
Het induceert het stofjesprincipe: 'voor elk probleem bestaat er wel een stofje, je hoeft zelf geen moeite meer te doen om verandering teweeg te brengen'. Ook al moet het zogezegd opgestart worden in combinatie met dieet en beweging, dit wordt amper nog nagestreefd door patiënten eenmaal ze deze quick fix starten.
Niet meer toegestaan zonder 1ste voorschrift van specialist.
Lange termijnseffecten - hoe lang gewichtsverlies aanhoudt
Inzetten op verandering van levensstijl moet eerste keuze blijven. Veel mensen zijn lui geworden. Inzetten op gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging
Slechte wetenschappelijke onderbouwing naar effectiviteit op lange termijn
Patiënt staat niet open voor simultaan bewegings- en diëetadvies, hetgeen na de GLP-1 kuur zeker moet volgehouden worden;

Q26: Behoort de opstart van dit soort behandeling naar uw mening eerder tot het takenpakket van de huisarts of endocrinoloog?

Behoort de opstart van dit soort behandeling naar uw mening eerder tot het takenpakket van de huisarts of endocrinoloog? 93

Q26 - Behoort de opstart van dit soort behandeling naar uw mening eerder tot het takenpakket van de huisarts of endocrinoloog? - Selected Choice	Percentage	Aantal
Ik hou dit liefst in eigen beheer	33%	31
Ik stuur patiënten hiervoor door naar een endocrinoloog	33%	31
Ik stuur enkel bepaalde patiënten door. Verduidelijk welke:	33%	31

Verduidelijk welke:

Bij allebei
Ter uitsluiting achterliggende oorzaken obesitas, polypathologie
Bij twijfel of patiënt wel goede kandidaat is (uitsluiten andere endocriene aandoeningen) of bij eetstoornissen
Waar een grotere multidisciplinaire aanpak nodig, vermoeden primaire obesitas, comedicatie
Patienten die aandringen voor medicatie, maar die het mijn inziens als een gemakkelijkheidsoplossing zien en hun levensstijl niet willen veranderen. Risicopatiënten.
Patiënten waarvan het voor mij niet duidelijk is of ze wel in aanmerking komen
Als ik het niet meteen eens ben met de opstart van een GLP1 analoog, dan verwijs ik naar de endocrinoloog
Opstart zou het best via endocrinoloog maar deze zijn over bezet, te lange wachttijd. Voorschrift door arts, begeleiding opstart en opvolging kan een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Geef deze taak uit handen, leidt deze vpk op. Werken toch in team met arts en vpk kan hier beter de nodige tijd voor maken
BMI>30 stuur ik naar de obesitaskliniek voor multidisciplinaire behandeling
We zijn momenteel verplicht om ze door te sturen

Ik stuur liefst door naar endocrino voor multidisciplinair advies
Bij twijfel of er voldoende motivatie is om ook aan de levensstijl te werken.
Patiënten met comorbiditeit
De complexere casussen stuur ik liever door
Cardiovasculair risico, vermoeden van risico op DM op langere termijn, post bypass ingrepen
Patiënten met vermoeden onderliggende aandoening worden doorgestuurd (hypothyreose , Cushing etc.)
Wanneer mogelijk andere stoornissen aan de basis liggen van hun overgewicht.
Door de opgelegde beperking voor huisartsen om het te mogen voor te schrijven verwijs ik nu die patiënten door naar de endocrinoloog. Ik verwijs ook patiënten door naar de endocrinoloog die ik zelf niet wens op te starten en ze een second opinion willen van een specialist. (niet op starten wegens duidelijk eerder quick fix effect willen)
Indien ernstige comorbiditeiten zoals metabool syndroom, OSAS, psychische problematiek zoals onderliggend verstoord eetgedrag/eetstoornis
Eigenlijk staat hier een optie tekort. Ik zou dit niet zelf willen doen en ik wil hiervoor niet doorsturen, want ik sta niet achter het gebruik ervan bij deze indicatie. Als ik dan toch zou moeten kiezen, doe ik het liever zelf omdat je als huisarts vaak meer tijd neemt voor je patiënt om deze effectief ook te begeleiden in zijn gezonde levensstijl. Bij doorverwijzing hebben we vaak een vals gevoel van opluchting dat dit door specialisten zal worden overgenomen, maar ik kreeg zeer vaak feedback van patiënten dat er net in tweede lijn geen holistische kijk wordt gehanteerd. Het zal dan weer rap rap moeten gebeuren, want de machine moet blijven draaien helaas.
Onvoldoende controle diabetes
Probleem met motivatie, intensiever multidisciplinaire opvolging nodig, nu vooral omwille van het KB start ik zelf niet meer op voor obesitas
Goede samenwerking is belangrijk
Duidelijke obesitas, psychologische problemen, metabool syndroom en na langdurige inzet/verschillende pogingen te vermageren door aanpassen levensstijl
Patiënten bij wie ik het zelf geen terechte indicatie vind maar die toch aandringen. Patiënten met vermoeden van onderliggend endocrinologisch probleem.
Indien er twijfel is over de noodzaak, de therapietrouw of eventueel onderliggende oorzaken
Co-morbiditeiten
cfr. supra: met comorbiditeiten of ptn met duidelijke motivatie tot afvallen maar onsuccesvol ondanks doortastende levensstijlaanpassingen. Liever doorsturen, gezien er misbruik was en is.

Q27: Behoort de opvolging van dit soort behandeling tot de eerste lijn?

Behoort de opvolging van dit soort behandeling tot de eerste lijn? 93

Q27 - Behoort de opvolging van dit soort behandeling tot de eerste lijn?	Percentage	Aantal
Ja	96%	89
Neen	4%	4

Q28: Heeft het koninklijk besluit van 14/11/2023 iets veranderd aan de manier waarop u met GLP-1 analogen omgaat in het kader van vermagering bij mensen zonder diabetes?

Heeft het koninklijk besluit van 14/11/2023 iets veranderd aan de manier waarop u met GLP-1 analogen omgaat in het kader van vermagering bij mensen zonder diabetes? 102

Ja - de co-morboditeit diabetes verdient prioriteit
Neen
Jammergenoeg veel verplichte verwijzingen
Nee
Ja, minder de neiging om het voor te stellen, door te sturen.
Ja, afwachtende houding
Ik laat mij nu niet meer onder druk zetten maar was sowieso al geen fan om zelf op te starten gezien ongekende lange termijn effecten. Zou het zelf ook nooit gebruiken.
Neen
Jawel Ik start ze nu enkel nog voor diabetes patiënten
Ja, ik ben hier heel streng in geworden.
Zeker geen ozempic voorschrijven hoewel dit pakken goedkoper is.
Ik start nu zelf geen ozempic en rebelsys meer op.
Ja, het beperkt mijn voorschrijfmogelijkheden; ik hou me aan de regels maar ben erdoor zeer gefrustreerd; het ondermijnt in sommige gevallen mijn arts/patiënt relatie omdat andere collega's zich niet aan de regels houden en ik een slechte arts lijk omdat ik niet wil ingaan op een incorrecte vraag.
Ja, het is makkelijker de boot af te houden bij patiënten die u onder druk zetten om het voor te schrijven. Het is makkelijker patiënten die het als "de gemakkelijkheidsoplossing" zien te weigeren. Ik schrijf het enkel voor bij patiënten die gemotiveerd zijn een levensstijlaanpassing te doen.
Ja ik start dit niet meer zelf op,
Ja
Ja ik start het niet meer zelf op, ik schrijf enkel nog voor als herhalingsvoorschrift
Ik start het enkel nog op bij heel hoog bmi en comorbiditeiten.
Ja, ik schrijf het zelf niet meer voor en verwijs naar de endocrinoloog als de patiënt met obesitas een GLP-1 analoog wil opstarten.
Ja, ik heb er geen meer opgestart
Ja, ik stuur nu al mijn patienten door naar de endocrinoloog
Ja, geen voorschrift meer van Ozempic, enkel Rybelsus of Saxenda
Ja
Ja
Ja
ja. Ik schrijf ze nog minder voor
We kunnen het niet meer opstarten bij mensen die het wel nodig hebben
NEEN
Neen
Ja, mijn voorschrijfgedrag bleef idem maar nu hebben we wel een argument naar de ´zeurende gemakzuchtige niet extreem zware mensen´ om nee te zeggen
Ja, veel terughoudender om dit zelf op te starten.
Ja
Ja, vooral nog bij diabeten voorgeschreven Voor enkel vermagering verwijzing endocrinoloog.
Ja minder voorgeschreven.
Ja, ik schrijf het niet meer voor bij mensen zonder diabetes
Ja, geen enkele nieuwe opstart meer zelf gedaan, iedereen verwezen naar endocrinologie
Nee

Ja. Beschikbaarheid voor mensen met diabetes primeert, dus ik schrijf het niet meer voor aan mensen zonder diabetes, hoewel ik overtuigd ben dat het voor een subgroep patiënten wel nuttig is (mits goede opvolging en combinatie met andere behandeling)
Ja. Sindsdien niet meer zelf opgestart
ondersteuning van reeds eerder gevolgde principes met betrekking tot het gebruik van GLP-1 analogen
Neen: werden voordien ook verwezen naar endocrinoloog.
Ozempic schrijf ik niet meer voor . Rybelsus schrijf ik voor als de patiënten het willen proberen en het financieel haalbaar is (dus voorschrift zonder tussenkomst mutualiteit).
Het is gemakkelijker om het te weigeren.
Ik verwijs patiënten door naar de endocrinoloog voor opstart en schrijf dit sindsdien zelf niet meer voor.
ja, ik stuur nu alle nieuwe patiënten door naar endocrinoloog voor opstart medicatie.
Ja, ik stuur nu iedereen eerst door naar de endocrinoloog
Nee
Ja. Daarvoor startte ik zelden ozempic, sindsdien enkel nog saxenda en in heel beperkt aantal gevallen
Ja, totaal niet meer voorgeschreven of verlengd tenzij er consult bij endocrino was geweest en die dit had opgestart
Ja het moeilijker gemaakt. Er hangt nu ook heel veel judgement vast aan het wel voorschrijven ervan terwijl ik persoonlijk vind dat het echt wel een plaats verdient in de aanpak van obesitas.
Nee
Ja, steeds verwijzen naar endocrinoloog
Nee
Ja
Ja, patiënten zonder diabetes aanvaarden makkelijker dat zij niet in aanmerking komen voor dit type medicatie, m.a.w. de druk van de patiënt om dit voor te schrijven is minder dan voorheen.
Ja
Het is goed dat er een kader is, maar er zou beter meer aandacht besteed worden aan levensstijl maatregelen en opvoeding van patiënten.
Nee
Neen, voordien verkoos ik ook reeds opstart door endocrinoloog, omdat dit dan vaak multidisciplinair via de obesitaskliniek kan opgestart worden (in mijn inziens belangrijk voor langdurige gezondheidswinst)
Natuurlijk, maar het koninklijk besluit was ook maar een gevolg van het grote tekort aan GLP1-analogen. Dus eigenlijk heeft het tekort aan medicatie het grote verschil gemaakt... Ad. vraag 26: huisartsen kunnen perfect obesen opvolgen en de nodige richtlijnen volgen, daarvoor is geen endocrinoloog nodig, maar dat houdt niet in dat we GLP1-analogen automatisch gaan voorschrijven voor iedereen die er om vraagt.
Ja
Ja, nu kan ik onderbouwen dat ik het niet kan voorschrijven
Ja, niet meer opgestart nadien, ook meerdere patiënten stopten owv niet beschikbaar / stigmatisering apotheker
Ja wij schrijven het enkel nog voor indien duidelijk verslag van endocrinoloog aanwezig is en als er een goede indicatie is
Ja, ik start de medicatie niet meer op...
Neen
Ik schreef het voorheen enkel voor bij diabetes patienten, en dit is nu nog zo. Nu is het wel eenvoudiger om met de druk van patienten om te gaan gezien er een koninklijk besluit is
Ja, ik schrijf het nu niet meer voor. Ik verwijs naar de endocrinoloog

Heeft me een extra reden gegeven om het niet voor te schrijven aan patiënten die ernaar vragen.
Ja, ik kan dit niet meer voorschrijven, gezien de strengere voorwaarden..
Ja, ik start het zelf niet meer op bij pt met morbide obesitas
Neen
Ja, ik start ze niet meer voor deze indicatie
Ja, gezien we dit niet meer voor deze indicatie mogen voorschrijven doe ik dit niet meer
Zeker: iets restrictiever
Ja, het middel dient voorbehouden te worden aan zij die het het meest nodig hebben. Overigens ben ik van mening dat het opnieuw een voorbeeld betreft van hoe de farmaceutische industrie winst boven optimale patiëntenzorg stelt.
Nee, maar het geeft wel een extra argument om de vraag van de patiënten (die niet obees zijn) te stoppen
Neen
Ik schrijf niet voor wat niet mag.
We mogen het niet meer opstarten, alhoewel studies de overduidelijk positieve effecten aantonen als het opgestart wordt bij obesitas. Het vermindert de druk op de gezondheidszorg aanzienlijk als het tijdig wordt opgestart Voorkomen van diabetes, gewrichtsgerelateerde aandoeningen door obesitas, slaapapnoe, CV risico's...
Ja
Nee maar ik kan het wel gebruiken als drempel voor patiënten die zeer eisend zijn hiervoor.
ja , sindsdien verwijzing naar de endocrinoloog . Maar op heden niet meer, want zij weigeren de opstart van ozempic voor overgewicht
Nu weiger ik categoriek
Ja: Ik start het niet meer zelf maar verwijs door naar de endocrinoloog.