

Afvallen en gezondheid verbeteren met medicatie

Voor werkgevers & HR-professionals



Inhoudsopgave

Introductie	3
Waarom is obesitas een probleem voor werkgevers?	4
Overgewicht en obesitas tegengaan: Resultaten van behandeling met GLP-1 medicatie	7
Professionele en zorgvuldige toegang	10
Het programma “Afvallen en gezondheid verbeteren met medicatie”	12
Nazorg en behoud van resultaat	13
Conclusie	15
Benieuwd wat dit jouw organisatie concreet oplevert?	16
Referenties	17

Introductie

Overgewicht en obesitas zijn in veel organisaties geen “individueel” probleem, maar een structurele factor die direct en indirect risico voor verzuim veroorzaakt.

Dit geeft invloed op productiviteit en duurzame inzetbaarheid. In Nederland heeft in 2024 50,4% van de volwassenen (18+) overgewicht waaronder 15,7% obesitas [1]. Dat betekent dat in vrijwel elke organisatie een substantiële groep medewerkers een verhoogd risico heeft op klachten die samenhangen met (ernstig) overgewicht, waaronder aandoeningen aan het bewegingsapparaat, hart- en vaatziekten, en diabetes type 2 en mentale klachten kan veroorzaken.

Voor werkgevers is het financiële en organisatorische belang extra groot doordat ziekte in Nederland niet alleen leidt tot productieverlies, maar ook tot loondoorbetaling door de werkgever. Wettelijk is de werkgever verplicht om bij ziekte minimaal 70% van het (bruto)loon door te betalen, met een maximale duur van 104 weken. Dit maakt preventie en effectieve behandeling van vermijdbare gezondheidsrisico's direct relevant voor HR en lijnmanagement.

Werkgevers kunnen aantoonbaar baat hebben bij een lager verzuimrisico en hogere inzetbaarheid. Dit door medewerkers met obesitas toegang te geven tot professionele, vertrouwelijke begeleiding richting duurzaam gewichtsverlies, waarbij medicatie (zoals GLP-1/GIP- of GLP-1-therapie) kan worden ingezet voor de juiste doelgroep. Dit altijd in combinatie met leefstijlinterventie en medische begeleiding. Dat is geen “quick fix”, maar een aanpak die aansluit bij de erkenning dat obesitas een chronische aandoening is, die vraagt om serieuze en professionele zorg en nazorg.



Waarom is obesitas een probleem voor werkgevers?

Obesitas hangt samen met meer ziekteverzuim. Dit resulteert in kort- en langdurige verzuim en verminderde inzetbaarheid. Een systematische review (36 studies) laat een duidelijke trend zien: werknemers met obesitas verzuimen vaker dan werknemers met een normaal gewicht. In Europese studies is het verschil bovendien groot: circa 10 extra verzuimdagen per persoon per jaar voor werknemers met obesitas ten opzichte van normaal gewicht [2]. Dit is precies het type verzuim dat in een HR-praktijk de grootste druk zet op bezetting, roostering en continuïteit.

Langdurig verzuim: aandoeningen met hoge impact

Gezondheidsrisico's van obesitas zijn breed en goed gedocumenteerd. RIVM noemt onder meer: hart- en vaatziekten (hartinfarct/beroerte), diabetes type 2, bepaalde vormen van kanker (o.a. slokdarm, alvleesklier, borst en dikke darm) en musculoskeletale aandoeningen zoals artrose en psychische klachten. Dit zijn aandoeningen die niet alleen de kans op verzuim verhogen, maar ook de kans op langdurige beperkingen en uitstroom uit arbeid.

Ziekten die samenhangen met veel buikvet



- Infecties
- Diabetes type 2
- Hypertensie (hoge bloeddruk)
- Hart- en vaatziekten
- Veel soorten kanker: slokdarm-, alvleesklier-, dikke darm-, borst- (postmenopauzaal), baarmoeder- en nierkanker
- Aandoeningen van de galblaas
- Aandoeningen van het bewegingsstelsel (artrose, chronische rugpijn)
- Aandoeningen van de ademhalingswegen (astma, longembolie)
- Onvruchtbaarheid
- Leververvetting
- Psychische aandoeningen (depressie, angststoornissen)
- Slaap apneu

Bron: RIVM april 2019

Kortdurend én herhaald verzuim: bewegingsapparaat, energie en belastbaarheid

TNO Factsheet Fysieke arbeidsbelasting laat zien dat 22% van alle werkgerelateerde verzuimdagen is toe te schrijven aan klachten aan het bewegingsapparaat en dat 59% van alle werknemers klachten hadden aan het bewegingsapparaat [3]. In de dagelijkse praktijk komen klachten aan het bewegingsapparaat veel vaker op bij obesitas: rug-, knie-, heup- en schouderklachten vertalen zich in herhaald kort verzuim, beperkingen in fysieke taken, of presenteïsme (wel aanwezig, minder inzetbaar). Bijvoorbeeld, obesitas is een sterke risicofactor voor knie-artrose; prospectieve meta-analyses beschrijven een duidelijke relatie tussen hogere BMI en risico op knie-artrose [4].

Fysieke belasting in het werk vergroot verzuim en uitval, en obesitas werkt daarbij als risicoversneller. RIVM rapporteert dat werknemers met obesitas én lichamelijk of psychisch zwaar werk ruim twee keer zo veel kans hebben op een slechtere gezondheid dan werknemers met een gezond gewicht zonder zwaar werk; in de bouw kan het gecombineerde effect groter zijn dan de optelsom van losse effecten [5]. Dit is zeer relevant voor sectoren met veel fysieke taken of onregelmatige roosters zoals zorg, kinderopvang, productie, bouw en logistiek.

De impact van overgewicht op het bewegingsapparaat

Gewrichten

- Knieartrose (gonartrose)
- Heupartrose (coxartrose)
- Artrose van enkels en voeten
- Versnelde gewrichtsslijtage
- Verhoogde kans op gewrichtsvervangende operaties

Voeten & enkels

- Platvoeten (pes planus)
- Overbelasting van middenvoet
- Hallux valgus

Spieren & functionele beperkingen

- Verminderde spierkwaliteit (myosteatose)
- Snellere vermoeidheid bij inspanning
- Verminderde mobiliteit
- Balansproblemen
- Verhoogd valrisico

Rug & wervelkolom

- Lage rugpijn (aspecifieke lage rugklachten)
- Degeneratieve discusziekte
- Hernia nucleui pulposi
- Spondylose (slijtage van de wervelkolom)
- Facetgewrichtsklachten

Pezen & weke delen

- Peesontstekingen (tendinopathieën)
- Achillespeesklachten
- Patellapeesklachten
- Rotator cuff-problematiek (schouder)
- Fasciitis plantaris (hielspoor)

Ontstekingsgerelateerd

- Chronische laaggradige ontsteking die gewrichtsklachten kan verergeren
- Verhoogde kans op jicht

De financiële dimensie: loondoorbetaling en verzuimkosten

Omdat werkgevers in Nederland fors meebetalen aan ziekte, is preventie ook financieel gezien de rationele keuze. De TNO Arbobalans schat voor 2023 de totale kosten van loondoorbetaling bij verzuim op €20 miljard (64 miljoen verzuimdagen) [6]. Dit betekent ongeveer €312 per verzuimdag aan loondoorbetaling. Dit is **exclusief** extra kosten voor vervanging, productieverlies en re-integratiekosten [6].

Werkgerelateerd verzuim is in deze schatting goed voor ongeveer €8 miljard aan loondoorbetaling waarvan €1,2 miljard fysiek gerelateerd is [6]. En belangrijk: TNO benadrukt expliciet dat loondoorbetaling niet de enige kostenpost is—er zijn ook kosten voor de werkgever, de werknemer en de maatschappij, zoals bijvoorbeeld zorgkosten. Vanuit HR-optiek is dat precies de reden waarom interventies die verzuimduur verkorten en fysieke belastbaarheid verhogen, aantrekkelijk zijn.



Trend loondoorbetalingskosten (in miljoen €) 2015–2023 door werkgerelateerd verzuim [6].

Overgewicht en obesitas tegengaan: Resultaten van behandeling met GLP-1 medicatie

Wat laten studies zien over gewichtsverlies?

Moderne incretine-therapieën, zoals GLP-1- en GLP-1/GIP-medicatie, bootsen darmhormonen na die de eetlust en bloedsuiker reguleren. In gerandomiseerde klinische studies laten deze therapieën, als aanvulling op leefstijlinterventie, klinisch relevant en vaak aanzienlijk gewichtsverlies zien.

Bij semaglutide 2,4 mg (wekelijks injecteren), werd in een grote trial (68 weken, volwassenen met overgewicht/obesitas zonder diabetes) gemiddeld -14,9% lichaamsgewicht gezien versus -2,4% met placebo; 86,4% behaalde $\geq 5\%$ gewichtsverlies, en 50,5% $\geq 15\%$ [7].

Bij tirzepatide (wekelijks injecteren) werd in een 72-weekse trial bij volwassenen met obesitas/overgewicht zonder diabetes gemiddeld -15,0% (5 mg), -19,5% (10 mg) en -20,9% (15 mg) bereikt versus -3,1% met placebo [9].

Overzicht van het gemiddeld gewichtsverlies per medicatie

Tirzepatide (Mounjaro®)	Semaglutide (Wegovy®)	Liraglutide (Saxenda®)	Geen medicatie
Gemiddeld gewichtsverlies: 15-21%	Gemiddeld gewichtsverlies: 15%	Gemiddeld gewichtsverlies: 8%	Gemiddeld gewichtsverlies: 5%
• Verbeterd insuline-gevoeligheid en kan slaapapneu helpen • Wekelijkse injectie • Kosten: vanaf ± €180/mnd	• Verlaagt risico op hartaanval & beroerte bij mensen met CVD • Wekelijkse injectie • Kosten: vanaf ± €115/mnd	• Verbeterd bloedsuiker & hartwaarden • Dagelijkse injectie • Kosten: vanaf ± €115/mnd	• Verbeterd bloedsuiker & hartwaarden

Werkgeversrelevantie: voordelen naast gewichtsverlies

Voor werkgevers is het effect op inzetbaarheid belangrijker dan het getal op de weegschaal. De meest werkgeversrelevante effecten die in trials consequent terugkomen:

1) Verbetering in cardiometabole risicofactoren

In de semaglutide-studie werd ook een verbetering in cardiometabole risicofactoren en fysieke functioneren gerapporteerd [7]. Door gelijktijdige verbetering van metabole factoren zoals bloeddruk, lipiden en insulineresistentie kunnen deze therapieën bijdragen aan het verminderen van hart- en vaatziekten bij mensen met obesitas [8]. Dit is relevant omdat cardiometabole risico's sterk samenhangen met toekomstige ziekte en uitval. De klinische literatuur beschrijft bovendien dat al $\geq 5\%$ gewichtsverlies vaak gepaard gaat met betekenisvolle verbeteringen in cardiometabole risicofactoren [10].

2) Aantoonbare vermindering van cardiovasculaire events

In de SELECT-trial (mensen met bestaande cardiovasculaire ziekte en overgewicht/obesitas, zonder diabetes) verlaagde semaglutide 2,4 mg het risico op het samengestelde eindpunt (cardiovasculaire sterfte, niet-fatale hartinfarcten of niet-fatale beroerte) [11]. Dit is een belangrijk “beyond weight loss” signaal, omdat cardiovasculaire events vaak leiden tot langdurig verzuim en blijvende beperkingen.

3) Verbetering van fysiek functioneren en kwaliteit van leven

Een analyse van patiëntgerapporteerde uitkomsten uit STEP-1 t/m STEP-4 laat zien dat semaglutide 2,4 mg significant fysieke functioneringsscores verbeterde (IWQOL-Lite-CT en SF-36), met een groter aandeel deelnemers dat een “meaningful within-person change” bereikte dan placebo [12]. Voor werkgevers vertaalt dit zich (plausibel) naar beter kunnen uitvoeren van fysieke taken, minder beperkingen en minder presenteïsme—zeker in functies met tillen, lopen, staan en onregelmatige diensten.

Recente literatuur suggereert bovendien dat GLP-1-receptoragonisten mogelijk ook direct gunstige effecten hebben bij artrose. Naast gewichtsverlies kunnen deze middelen bijdragen aan vermindering van ontstekingsactiviteit en verbetering van gewrichtsklachten, wat relevant kan zijn voor de belastbaarheid van werknemers met obesitas en gewrichtsproblemen [13].

2) Slaapapneu: minder ademstops, minder klachten, mogelijk minder veiligheidsrisico

Bij volwassenen met matig-ernstige tot ernstige obstructieve slaapapneu en obesitas verlaagde tirzepatide de AHI (apnea-hypopnea index) in 52 weken met circa -25,3 tot -29,3 ademstops/uur, versus circa -5,3 tot -5,5 met placebo; het geschatte behandelingsverschil was -20,0 tot -23,8 ademstops/uur [14]. In dezelfde publicatie wordt expliciet benoemd dat slaapapneu-symptomen samenhangen met verhoogd risico op letsel, waaronder motorvoertuig- en werkgerelateerde ongevallen [14]. In sectoren met veiligheid-kritische taken (transport, productie, zorg) is dit een relevant werkgeversperspectief.

Voordelen naast gewichtsverlies

					
Verbeterde bloedsuikers	Lagere bloeddruk	Verbeterde cholesterol	Vermindert gewrichtspijn	Minder hart-vaatrisico	Mentale voordelen
Deze medicatie helpt de bloedsuikerspiegel beter te reguleren, wat vooral gunstig is voor mensen met (pre)diabetes.	Gewichtsverlies en medicatie samen zorgen voor een significante verlaging van de bloeddruk, wat het risico op hart- en vaatziekten vermindert.	De medicijnen kunnen helpen het cholesterol-gehalte te verbeteren, met een daling van het LDL ('slechte' cholesterol) en een stijging van HDL.	Gewichtsverlies gaat gepaard met minder gewrichtspijn en een lagere belasting van knieën en heupen, waardoor klachten en functionele beperkingen bijvoorbeeld bij artrose afnemen.	Door gewichtsverlies en betere gezondheid vermindert het risico op hartaanvallen en beroertes, wat de levensverwachting kan verhogen.	Door gewichtsverlies ervaren mensen meer energie, een beter humeur en meer zelfvertrouwen. Ook kan de kwaliteit van slaap verbeteren, wat leidt tot betere focus en productiviteit overdag.

Professionele en zorgvuldige toegang

Een werkgever kan alleen geloofwaardig naar een medisch-gevoelig thema als obesitas en medicatie verwijzen als het proces professioneel, toetsbaar en privacy-proof is.

Medicatie als aanvullende optie

Indicaties voor medicamenteuze obesitasbehandeling zijn in de zorg richtlijn-gebonden. De NHG beschrijft medicamenteuze behandeling als “extra aanbod” en adviseert om dit te overwegen bij (zeer) ernstige obesitas, met duidelijke randvoorwaarden zoals (onder meer) comorbiditeit en aantoonbare deelname aan leefstijlinterventie [15]. Dit helpt werkgevers om het gesprek te kaderen: geen beloning, geen cosmetische route, maar ondersteuning bij een medisch relevant risico, passend bij duurzame inzetbaarheid.

Leefstijl als basis, medicatie als versneller voor de juiste groep

Ook in richtlijnen blijft leefstijl de basis; medicatie is een additioneel hulpmiddel [15]. Praktisch betekent dit dat werkgevers vooral faciliteren dat medewerkers toegang krijgen tot een combinatie van coaching en (waar passend) medische behandeling—niet dat werkgevers “medicatie verstrekken”.

Programma-varianten en instroom

Bij MyDailyLifestyle, bestaan er verschillende coachingvarianten die aansluiten bij het risiconiveau: 8 weken (proactief, preventie/kleine reductie), 12 weken (preventief, overgewicht) en 24 weken (curatief, obesitas). De 24-weekse variant is expliciet bedoeld voor medewerkers met veel overgewicht en/of gezondheidsrisico's (zoals hoge bloeddruk of diabetes) die blijvend willen afvallen.

Voor de medicatievariant “AfvalLEN en gezondheid verbeteren met medicatie” is een professioneel instroomproces cruciaal.

1. Medewerkers starten met een intake bij de diëtist. In dat gesprek wordt bepaald of de medewerker in aanmerking komt voor medicatie en of dit gewenst is.
2. Indien dat het geval is, volgt een intake bij de arts. De arts beoordeelt of de medewerker voldoet aan de criteria, geeft goedkeuring voor deelname aan het programma en schrijft de medicatie voor. Komt de medewerker niet in aanmerking voor medicatie, dan volgt hij of zij een van de andere programma's zonder medicatie.

Het proces:

Programma AfvalLEN en gezondheid verbeteren



Het programma “Afvallen en gezondheid verbeteren met medicatie”

Het programma duurt 24 weken met persoonlijke coaching door een diëtist en een leefstijlcoach alsmede controles bij de arts. Er zijn regelmatige sessies met een diëtist om bijwerkingen te minimaliseren en te zorgen voor volwaardige voeding. Elke maand is er een controle-sessie met de arts om de dosering en mogelijke bijwerkingen te bespreken.

De diëtist geeft advies en monitort de inname en voortgang om het risico op ondervoeding te verkleinen en voldoende energie te behouden. De leefstijlcoach stelt een persoonlijk beweegplan op, gebaseerd op activiteiten die de deelnemer leuk vindt. De leefstijlcoach helpt ook met het verbeteren van slaap, stressmanagement en het creëren van een gezonde levensstijl voor blijvend resultaat.



Het resultaat is een gezonde medewerker die zich fitter voelt en met meer motivatie en plezier aan het werk gaat. Door een duidelijke afname van body mass index (BMI) en tailleomvang verbeteren de gezondheid, het energieniveau, de kwaliteit van leven en de inzetbaarheid. De medewerker zal functioneel fitter blijven, minder beperkingen ervaren en beter in staat zijn om gezond te werken tot (en met) hogere leeftijd. Dat is extra relevant in zware beroepen waar de combinatie van zwaar werk en obesitas de ervaren gezondheid sterk verslechtert [5].

Kortom: een hogere werkwaarde voor zowel medewerker als organisatie.

Nazorg en behoud van resultaat

Onderzoek laat zien dat langdurig gebruik van medicatie meestal noodzakelijk is om resultaten te behouden. Het bewijs dat stoppen vaak leidt tot terugval is stevig: in de STEP-1 extensie werd na het stoppen met semaglutide binnen een jaar gemiddeld twee-derde van het gewichtsverlies weer teniet gedaan, met terugloop van cardiometabole verbeteringen richting baseline [16].



Nazorg is dus heel belangrijk. Na afloop van het programma heeft voortzetting via de huisarts de voorkeur voor medische controle en het voorschrijven van medicatie. Op deze manier loopt de follow-up via de reguliere zorg. Indien gewenst, kan MyDailyLifestyle vervolgcounseling of/en controles aanbieden.

Een blik in de nabije toekomst

De ontwikkelingen rondom afvalmedicatie gaan razendsnel. De verwachting is dat de prijzen de komende jaren verder zullen dalen en dat er nieuwe, verbeterde varianten op de markt komen. “Er wordt wereldwijd gewerkt aan honderden nieuwe middelen”, aldus hoogleraar obesitas Liesbeth van Rossum [17].

Daarnaast wordt er hard gewerkt aan medicatie in pilvorm. Deze zal naar verwachting goedkoper én gebruiksvriendelijker zijn dan de huidige injecties. Een voorbeeld hiervan is orforglipron, een GLP-1 medicijn in tabletvorm dat binnenkort op de markt wordt verwacht. Ook Pfizer ontwikkelt een afslankmedicijn in pilvorm [17]. De verwachting is dat dergelijke middelen binnen enkele jaren beschikbaar zullen zijn in Europa.

Verder zullen door het aflopen van patenten generieke varianten op de markt verschijnen. Patenten op sommige GLP-1-medicijnen, zoals Saxenda, zijn inmiddels al verlopen. Dit vergroot de toegankelijkheid en versterkt de concurrentie, wat naar verwachting zal leiden tot verdere prijsdalingen. De ontwikkeling richt zich bovendien niet alleen op lagere kosten, maar ook op krachtigere en veelzijdigere medicatie met bredere gezondheidsvoordelen.

Op termijn is de verwachting dat afvalmedicatie een reguliere behandeloptie wordt binnen de gezondheidszorg, vergelijkbaar met medicatie voor hoge bloeddruk, maagzuur of cholesterol — aandoeningen waarvoor langdurig gebruik normaal is en vergoeding via de zorgverzekering gebruikelijk.

Tot die tijd kunnen werkgevers een belangrijke rol spelen. Door medewerkers, die het écht nodig hebben en aantoonbaar gezondheidswinst kunnen behalen, actief te ondersteunen, investeren zij niet alleen in het welzijn van hun mensen, maar ook in duurzame inzetbaarheid, lagere verzuimkosten en hogere productiviteit.

Conclusie

Voor werkgevers en HR is obesitas een strategisch inzetbaarheidsthema, omdat het samenhangt met hogere verzuim (met name langdurig), meer beperkingen in fysieke inzetbaarheid en hogere kosten door loondoorbetaling en re-integratieverplichtingen. In Europa zijn medewerkers met obesitas 10 extra dagen per jaar ziek ten opzichte van medewerkers met een normaal gewicht [2]. In sectoren met veel fysiek zwaar werk is het risico extra groot en kan obesitas als “versterker” werken: onderzoek laat zien dat zwaar werk in combinatie met obesitas de kans op slechter ervaren gezondheid ruim verdubbelt [5].

Medicatie (zoals GLP-1/GLP-1-GIP-therapie) laat in grote, gecontroleerde studies substantieel gewichtsverlies zien en—cruciaal voor werkgevers—verbeteringen die verder gaan dan gewicht alleen: betere cardiometabole risicoprofielen, verbeterd fysiek functioneren en kwaliteit van leven, en bij specifieke comorbiditeit zoals slaap-apneu duidelijke klinische verbetering [7].

Een werkgeverswaardig programma zoals Afvallen en gezondheid verbeteren met medicatie combineert daarom vier bouwstenen: (1) juiste doelgroepselectie en medische governance, (2) leefstijlinterventie als basis, (3) medicatie als versneller waar passend, en (4) nazorg om resultaat te behouden. Als werkgevers dit organiseert binnen duidelijke privacykaders—waarbij medische informatie in de behandelrelatie blijft—zal het bijdragen aan minder (langdurig) verzuim en hogere duurzame inzetbaarheid, met een directe businesscase in lagere verzuimkosten met een positieve impact op inzetbaarheid.

Benieuwd wat dit jouw organisatie concreet oplevert?

Steeds meer organisaties zetten dit programma in als onderdeel van hun vitaliteitsbeleid, gericht op het verlagen van verzuim en het vergroten van duurzame inzetbaarheid.

Wil je verkennen wat dit concreet kan betekenen binnen jouw organisatie?

Bijvoorbeeld voor medewerkers met verhoogde gezondheidsrisico's, terugkerend verzuim of verminderde inzetbaarheid?

We denken graag met je mee over een passende aanpak, afgestemd op jullie organisatie, doelgroep en huidige situatie.

Contact

Wil je hierover verder sparren of verkennen wat dit kan betekenen voor jullie organisatie? Neem dan contact op.

Angela Champness



Oprichter en Register consultant duurzame inzetbaarheid RCDI ®



info@mydailylifestyle.com



0346 - 28 62 40

Referenties

- [1] Volksgezondheid en Zorg. (2024). Overgewicht bij volwassenen. Geraadpleegd via <https://www.vzinfo.nl/overgewicht/volwassenen>
- [2] Neovius, M., et al. (2009). Obesity status and sick leave: A systematic review. Obesity Reviews. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18778315/>
- [3] TNO. (2024). Factsheet fysieke arbeidsbelasting. https://fysiekebelasting.tno.nl/wp-content/uploads/sites/6/2024/12/243TNOgl_Fysiekebelasting-2024_DT.pdf
- [4] Zheng, H., & Chen, C. (2015). Body mass index and risk of knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. BMJ Open. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26656979/>
- [5] RIVM. (2020). Verhoogd risico op slechte gezondheid voor werknemers met zwaar werk en obesitas. <https://www.rivm.nl/nieuws/verhoogd-risico-op-slechte-gezondheid-voor-werknemers-met-zwaar-werk-en-obesitas>
- [6] Van den Heuvel, S., et al. (2024). Arbobalans 2024. TNO. <https://publications.tno.nl/publication/34644281/tJVhoMUv/TNO-2025-R11108.pdf>
- [7] Wilding, J. P. H., et al. (2021). Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. New England Journal of Medicine. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33567185/>
- [8] Lavie, C. J., et al. (2025). Cardio-obesity and therapeutic advances. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41686329/>
- [9] Jastreboff, A. M., et al. (2022). Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. New England Journal of Medicine. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35658024/>
- [10] Horn, D. B., et al. (2022). Clinically relevant weight loss and how to achieve it. Postgraduate Medicine. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35315311/>
- [11] Lincoff, A. M., et al. (2023). Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. New England Journal of Medicine. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37952131/>
- [12] Rubino, D., et al. (2024). Effect of semaglutide on physical functioning and quality of life. Diabetes, Obesity and Metabolism. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38698650/>
- [13] Ryan, D. H., et al. (2025). The potential role of GLP-1 receptor agonists in osteoarthritis. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39980227/>
- [14] Malhotra, A., et al. (2024). Tirzepatide for obstructive sleep apnea and obesity. New England Journal of Medicine. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11598664/>
- [15] Eshuis, H., et al. (2025). NHG-standaard obesitas. Nederlands Huisartsen Genootschap. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/obesitas>
- [16] Wilding, J. P. H., et al. (2022). Weight regain after withdrawal of semaglutide. Diabetes, Obesity and Metabolism. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35441470/>
- [17] De Haas, M., et al. (2024). De afslankrevolutie. Het Financieele Dagblad. Voor werkgevers en HR is obesitas een strategisch inzetbaarheidsthema, omdat het sa