



Redskabsark

Anvendelse af vægttabsmedicin i almen praksis

Redskabsark

Anvendelse af vægttabsmedicin i almen praksis

Arket gælder for brug af GLP-1-receptoragonister og kombineret GLP-1/GIP-receptoragonister (herefter vægttabsmedicin).

Indikation: Målet med at anvende vægttabsmedicin er at øge sundheden. Det anbefales at undlade at medikalisere bestemte BMI-værdier.

Målgruppe: Den primære målgruppe er patienter, som kan opnå konkrete sundhedseffekter (boks 1). Ved mangel på lægefaglig indikation kan lægen afstå fra behandling trods patientens ønske, også selv om patienten opfylder kriterierne, som er beskrevet på pro.medicin.dk. I almen praksis anbefales det kun at behandle voksne mellem 18 og 65 år.

Absolutte kontraindikationer

- eGFR < 30 ml/min/1,73m²
- Aktiv spiseforstyrrelse
- Alder < 18 år

Relative kontraindikationer

- Tidligere spiseforstyrrelse
- Tidligere pancreatitis
- Alder ≥ 65 år
- Osteoporose

Behandlingssvigt: I studierne opnår 10-20% af patienter ikke et 5% vægttab efter 3 måneders behandling på maksimalt tolerabel dosis (2-11). Hvis patienten ikke har opnået vægttab efter 3 måneder, er der tale om behandlingssvigt, og behandlingen bør seponeres. Det kan overvejes at skifte til et andet præparat, men risikoen for nyt behandlingssvigt formodes at være stor.

Bivirkninger: Sjældne og alvorlige bivirkninger er: akut pankreatitis samt kolelithiasis, der kan medføre kolecystitis. De mest almindelige bivirkninger er træthed, hårtab samt symptomer fra gastrointestinkanalen, herunder obstipation, mavesmerter, kvalme, opkast, dyspepsi og reflux. Bivirkningerne er værst ved start af

Boks 1 | Eksempler på tilstande og symptomer, hvor patienten med høj vægt potentielt kan have en sundhedsgevinst af vægttabsmedicin:

Obstruktiv søvnapnø (1)
Aterosklerose (apopleksi, iskæmisk hjertesygdom og claudicatio intermittens) (2)
Hjertesvigt (2)
Hypertension (2-11)
Prædiabetes/type 2-diabetes (2-11)
Artrosesmerter i vægtbærende led (12)
Vægtrelateret åndenød (13)
Svær fysisk hæmning

* Listen er ikke udtømmende og er baseret på den begrænsede evidens. Obs. dyslipidæmi påvirkes kun begrænset af vægttabsmedicin.

Bemærk: I de eksisterende studier gives vægttabsmedicin i tillæg til kalorierestriktion på 500 kcal dagligt (500 kcal mindre end de 2000-2500 kcal, som er kroppens daglige energibehov afhængigt af alder, højde, vægt, køn og fysisk aktivitetsniveau) og moderat/hård fysisk aktivitet på >150 min/uge.

behandling eller ved dosisøgning. Den mest langvarige bivirkning er obstipation (median-tid: 47 dage i studier af semaglutid), som kan afhjælpes med laksantia (14,15). Antiemetika anbefales ikke. Bivirkninger ved langtidsbrug er dårligt belyst. Langvarig energirestriktion øger risikoen for osteoporose (16) og amenore (17).

Stop af behandling: Behandlingen stoppes, hvis patienten ønsker det. Behandlingen kan stoppes uden udtrapning eller med gradvis udtrapning, hvor doseringen reduceres hver 4. uge med fortsat fokus på sund kost og motion. Veludførte studier viser, at forsøgspartagere

gradvist tager på igen (ca. ½ kg om måneden) efter, at de er stoppet med vægttabsmedicin, selv om de fortsætter med kalorierestriktion og motion, som angivet ovenfor (3,8). Formentlig vender de tilbage til udgangsvægten. Der er ikke evidens for en konkret anbefaling til, hvordan man kan mindske vægtøgning efter stop af vægttabsmedicin.

Referencer findes på dsam.dk

DSAM, maj 2025 – Maria Eiholm Frederiksen (formand), Alexander Christensen, Cees Stavenuiter, Guðrún Ágústa Sigurðardóttir, Janne Meisner Madsen og Mette Svarre Rosendahl.

Forslag til patientens forløb i praksis

Første konsultation ved læge:

- Patientens ønsker, forventninger og motivation for behandling afdækkes.
- Kardiovaskulære risikofaktorer, KRAM-faktorer og vægtrelaterede komorbiditeter kortlægges (se boks 1).
- Patienten informeres om at man alternativt kan vælge en vægtneutral tilgang, som fremmer sundhed og trivsel uden fokus på vægttab. Det understreges, at vægten er en relativt lille risikofaktor for hjertekarsygdom og død sammenlignet med KRAM-faktorerne. Fokus på KRAM-faktorerne vil i sig selv lede til mere sundhed end et vægttab.
- Patienten måles og vejes, og BMI noteres.
- *Information vedr. medicinsk behandling:*
 - De helbreds-mæssige gevinster af vægttabsmedicin er usikre (specielt ved manglende komorbiditet) og formentlig ret begrænsede.
 - Vægttabsmedicin står ikke alene, men er et supplement til kaloriereduceret kost og øget fysisk aktivitet.
 - Vægttabsmedicins virkning og bivirkninger, administrationsvej og optitrering.
 - Behandlingen virker kun så længe medicinen tages og er formentlig livslang, hvis et vægttab skal bibeholdes.



Blodtryk og blodprøver: Hæmoglobin; B, Amylase; P, ALAT; P, Kreatinin; P, Kalium; P, Natrium; P, Thyrotropin (TSH); P, Kolesterol; P, Kolesterol LDL; P, Kolesterol HDL; P, Triglycerid; P og Hæmoglobin A1c gruppe; Hb(B).



Opfølgning: Svar på blodprøver og afklaring af patientens fortsatte ønske om vægttabsmedicin. Recept udskrives.



Oplæring i at tage medicin. Patienten informeres igen om bivirkninger og forholdsregler ved kraftige mavesmerter. Rådgives om evt. brug af laksantia ved obstipation.



Optitrering: Medicinen optrappes hver 4. uge til vedligeholdelsesdosis. Patienten vurderes hver 4. uge ved sygeplejersken (evt. e-konsultation). Ved udtalte bivirkninger kan optitrering udsættes (f.eks. 1-4 uger). Man skal ikke nødvendigvis op i fuld dosis. Optitrering stoppes, når patienten oplever tilstrækkelig effekt eller får uacceptable bivirkninger.



Vurdering af effekt: Patienten vurderes 3 måneder efter opstart ved fremmøde-konsultation. Patienten vejes. Hvis et betydende vægttab ikke er opnået, er der behandlingssvigt, og behandlingen bør ophøre.



Årsstatus: Blodprøver tages ved indikation. KRAM-faktorer er fortsat det vigtigste i forhold til sundhed. Obs. udvikling af spiseforstyrrelse og osteoporose. Dosisreduktion anbefales ved BMI < 22,5.