

Medicinsk vægttabsbehandling i almen praksis

Hvordan opleves det at være patient i medicinsk behandling for overvægt – En mixed methods spørgeskemaundersøgelse



Anne Gandrup Skougaard
Marie Normark Holmgaard
Sai Dumas-Johansen

Forskningstræning, efterår 2022, hold 55
Hovedvejleder Annemette Bondo Lind

Medicinsk vægttabsbehandling i almen praksis	2
Introduktion	2
Formål	3
Metode	4
Litteratursøgning	4
Resultater	5
Demografiske data	5
Motionsvaner og kalorierestriktion	6
Erfaring med vægttab	7
Motivation og opbakning	8
Forløb og samarbejde med behandler	10
Medicinen	11
Bivirkninger	11
Mål for vægttab	12
Opnået vægttab	12
Supplerende medikamenter til vægttab	13
Aflødte effekter af vægttab i relation til medicin	14
Tilfredshed med medicin	14
Efter endt behandling	15
Diskussion	16
Styrker og svagheder	16
Patienternes holdning til medicin	16
Stigmatisering	17
Bio-psyko-sociale overvejelser	18
Opgør med holdning til behandlingen blandt sundhedsfaglige	19
Konklusion	21
Litteraturliste	22
Bilag 1 - Spørgeskema	24

Medicinsk væggtabsbehandling i almen praksis

Introduktion

Der er meget fokus på vægt i almen praksis, både hos patient og læge. I Danmark har 800.000-900.000 personer en BMI > 30, der defineres som svær overvægt, og vægt indgår ofte som en naturlig del af års kontrollerne ved kroniske lidelser. Overvægtige personer opfordres ofte til vægttab, som en del af den samlede behandling af eks. diabetes type 2 eller forhøjet blodtryk. Det er ofte sundhedspersonalet, som italesætter overvægten i disse situationer.

Menneskerne har efterspurgt medicinsk hjælp til vægttab i flere årtier, hvilket vidner om, at vægttab og vedligeholdelse af dette, er svært at opnå på egen hånd.

Generelt i samfundet er der en holdning til at overvægtige mennesker selv er skyld i deres overvægt, og mange kan opleve at blive stigmatiseret af andres negative vurderinger (Puhl og Heuer). Den negative og stigmatiserende holdning til overvægtige kan betyde, at de ofte lider af et højt niveau af psykologisk distress, og altså oplever omgivelsernes reaktioner og holdninger som en vedvarende stressfaktor (O'Brien et al.). Et kvalitativt studium viser, at overvægtige ofte undgår at deltage i sociale aktiviteter som motion pga. oplevelsen af at blive stigmatiseret (Lewis et al.). Personer med overvægt kan bl.a. opleve fordomme om, at de blot skal "lukke munden, og lette røven". Dette narrativ fastholder fokus på et individuelt ansvar samt nederlagsfølelse ved den enkelte person, men tager ikke højde for, at overvægt skyldes multifaktoriel baggrund, herunder biologiske (bl.a. genetiske), sociale og miljømæssige faktorer (WHO - Weight bias and obesity stigma).

Der er tiltagende videnskabelig konsensus om, at slanketure ikke har langvarig effekt, da det er svært at blive ved med et restriktivt indtag af kalorier. Studier viser, at efter et opnået vægttab, vil kroppen søge at genoprette den tidligere kropsvægt, bl.a. ved at øge sultfølelsen og nedsætte forbrænding (Aronne et al.).

I litteraturen er der mange studier, der belyser behandling af vægttab, men ikke nødvendigvis, hvordan det opleves at være i behandling for overvægt.

Vi har vores daglige gang i almen praksis, i henholdsvis Auning Lægecenter, Lægerne i Langå og Åbylægerne (Grenå), og vi drøfter ofte overvægt både med patienter og kollegaer. Vi har oplevet, at der er forskellige syn på væggtabsbehandling og deraf forskellige lokale behandlingsvejledninger.

I Danmark findes der tre godkendte typer medicin til behandling af vægttab: Orlistat, Saxenda (GLP-1 analog) og Mysimba. Orlistat og Mysimba har ikke vundet stor udbredelse grundet mangelfuld effekt og bivirkningsprofiler (Køster-Rasmussen og Vøhtz). GLP-1 analoger er velkendte som diabetes mellitus behandling, og har som bivirkninger bl.a. vægttab. Kroppens egen produktion af hormonet GLP-1 kommer fra tarmsystemet i forbindelse med fordøjelsen. Det øger glykæmisk kontrol, og øger insulinproduktionen. Endogen GLP-1 har en halveringstid på blot 10 minutter, mens GLP-1 analoger har en længere halveringstid, ca. 24 timer for Saxenda og ca. 1 uge for Ozempic (pro.medicin.dk). De gives som injektioner hhv. dagligt og ugentligt i maveskindet. GLP-1 receptorer findes bl.a. i pancreas, mavesækken samt det perifere og centrale nervesystem.

Vægttab skyldes både perifer og central påvirkning. Centralt stimuleres receptorer i hypothalamus og giver øget tilfredsheds- og mæthedsfølelse samt sænker appetitten. Perifert påvirkes mavetarmsystemet, mavesækkens tømning nedsættes og tarmmotiliteten sløves, mæthedsfølelsen øges, og fører i sidste ende til, at man afslutter måltider hurtigere (Taha et al.).

I Danmark anbefales det ikke at medicinsk behandling for overvægt står alene. Man anbefaler også samtidig kalorierestriktion (diæt) og øget fysisk aktivitet. Indikationen for medicinsk behandling er ens for alle 3 typer af medicin: BMI >30 kg/m² eller BMI >27 kg/m² (eller talje >80cm (kvinder) eller >94cm (mænd)) med komplikationer som diabetes, hjerte-kar-sygdom eller søvnapnø. Såfremt der ikke opnås et vægttab på 4-5 kg efter 12 ugers medicinsk behandling bør denne afsluttes (Lægehåndbogen.dk).

Nyere studier har vist gode resultater med GLP-1 analoger, herunder også præparatet Ozempic, hvorfor vi har valgt at se på patienter i behandling med Saxenda og Ozempic. Ozempic er endnu ikke godkendt som vægttabsmedicin i Danmark, og ordineres derfor off-label, dvs. at man afviger fra sundhedsstyrelsen anbefalede retningslinje om behandling af vægttab (Ozempic er godkendt til behandling af diabetes type 2 i Danmark.). De seneste studier finder et vægttab på 4-7 kg for Saxenda og på 9-16 kg for Ozempic (Taha et al.).

Vigtigt er det også at nævne, at behandling med GLP-1 analoger er meget dyrt for patienterne. Der er ikke generelt tilskud til behandling for vægttab, men man kan ansøge om enkelttilskud¹, dog ikke for Ozempic, da det ikke er godkendt som behandling for vægttab. Dagsprisen på Saxenda er omkring 80 kr og Ozempic omkring 40 kr når man går ud fra maxdosering.

Formål

De studier der foreligger omkring Ozempic og Saxenda er sponsoreret og støttet af lægemiddelindustrien. Studierne har haft fokus på effektmål som vægttab, bedring af HbA1c, reduktion af mortalitet, og deltagerne i studierne har haft et forløb med tæt monitorering.

Vi ønsker at belyse, hvordan det går patienterne i vægttabsbehandling uden for et kontrolleret studie. Hvordan opleves det at være i medicinsk behandling for vægttab i almen praksis? Hvad er det, der driver personerne til at søge vægttabsbehandling ved egen læge? Hvad er det der motiverer personerne til vægttab? Hvordan oplever de støtte i deres netværk, og føler de, at de mangler hjælp fra egen læge?

¹ **Vejledende betingelser for at opnå enkelttilskud:** BMI > 35 og livstruende, relaterede følgesygdomme (fx hjerte-kar-sygdomme eller diabetes) og utilstrækkeligt respons på superviseret nonfarmakologisk vægttabsbehandling og der har været forsøgt behandling med et billigere lægemiddel med utilstrækkelig effekt eller uacceptable bivirkninger, eller der er kontraindikationer, samt at patienten er stærkt motiveret for vægttab og følges i et vægtreducerende program fx hos egen læge eller i et kommunalt tilbud. Tilskudsbevilling er begrænset til fire måneder; kan efter genansøgning evt. forlænges i yderligere otte måneder, hvis der er opnået vægttab på min. 5%

Metode

Vi valgte at fokusere på medicinsk behandling af typen glp-1 analoger med følgende ATC kode: A10BJ: Saxenda og Ozempic.

I tre lægehuse (Langå, Auning, Grenaa) søgte vi på patienter som i tidsrummet 1.1.2020 - 19.9.2022 fik udskrevet medicin med ATC koden A10BJ. Her fandt vi i alt 215 patienter.

Vi ekskluderede patienter med diabetes mellitus, da vi antog, at patienter med diabetes mellitus, har en anden motivation, ud over vægttabet, for at modtage denne type behandling. I alt blev 73 patienter inkluderet, der enten fik Saxenda eller Ozempic.

Via beskedfunktionen i journal-systemerne blev de 73 patienter tilsendt et link til et online spørgeskema. Spørgeskemaet var lavet via SurveyMonkey.

Patienterne kunne tilgå spørgeskemaet direkte via linket, og der var åbent for besvarelser fra d 16.9.22 - 05.10.22.

Sammen med linket til spørgeskemaet, fik patienterne en kort beskrivelse af formålet med opgaven og vores forskningstræningskursus.

De blev også oplyst om, at de var anonymiserede og at deltagelse ikke ville påvirke deres behandlingsmuligheder i vægttabsforløbet.

Spørgeskemaet (bilag 1) bestod af spørgsmål til afklaring af baggrundsdata, herunder demografiske data, kost og motionsvaner, forholdet til lægen/behandleren, medicinen, herunder virkning og bivirkninger. For de patienter, der var holdt med behandling, var der spørgsmål til, hvad årsagen var til det.

Der var svarmuligheder af multiple choice-typen, samt mulighed for fritekst besvarelser.

Vi ønskede at få data af både kvantitativ som kvalitativ art, idet det kvalitative kunne give detaljeret viden til de kvantitative data, og viden af en mere narrativ karakter. Derved forventede vi, at kunne afdække yderligere faktorer, end dem vi spurgte til i spørgeskemaet.

Fortolkningen af resultaterne blev foretaget af alle tre forfattere. Der blev ikke lavet nogen statistiske analyser af data, da datagrundlaget ikke var stort nok til dette. I stedet kunne data indikere, hvilke trends vi fandt. Citaterne blev valgt for at underbygge data og er fremhævet fra anden tekst. Ved redigering af længden af citater, fremgår det ved "...", og der er rettet stavfejl for at fremme forståelsen.

Litteratursøgning

For at tilegne os baggrundsviden om vægttab, vægttabsbehandling og stigmatisering af personer med overvægt foretog vi artikelsøgning ved MeSH søgning på PubMed: ("Glucagon-Like Peptide 1"[MeSH Terms] NOT "Diabetes Mellitus"[MeSH Terms]) AND "Overweight"[MeSH Terms]

Herefter gennemgik vi referencelister fra relevante artikler og brugte referencer fra Radio Ligevægt podcasten. Ved at søge på bestemte nøgleord vedrørende stigmatisering og overvægt på Google, fandt vi desuden publikationer fra bl.a. WHO.

Resultater

Vi har sendt spørgeskemaer ud til 73 patienter hhv 55 kvinder og 18 mænd. I alt er der 39 personer (53 %), der har svaret på spørgeskemaerne. Ikke alle har svaret på alle spørgsmål i spørgeskemaet.

Demografiske data

En oversigt over de demografiske data ses i Tabel 1. 73% af patienterne er ældre end 36 år, og 79 % er kvinder. Patienternes BMI fordeler sig jævnt mellem 30-50, flest ligger i grupperne mellem 30-40 (54 %). En stor del angiver ikke at kende deres BMI (20 %). Ingen har en BMI < 30, trods Saxenda er godkendt til BMI > 27 inkl. komorbiditet. 64 % (25 personer) afviser at have komorbiditet.

Trods en høj medicinpris, er 15 % af patienterne enten pensionister eller studerende og 8 % angiver at have en husstandsindkomst < 200.000. De fleste er dog lønmodtagere (72 %) og 79 % af patienterne har en husstandsindkomst > 400.000 kr.

Mange af patienterne har ikke fået medicinen så længe. 74 % har fået medicin mellem 0-6 mdr, kun 10 % har fået det længere end 12 mdr.

Knap $\frac{2}{3}$ får Ozempic. Størstedelen, 85%, har fået medicinen gennem egen læge, mens 15 % har fået udskrevet medicinen via privatklinik.

	n (%)
Alder, år	
- 18-25	0
- 26-35	2 (5)
- 36-45	8 (21)
- 46-55	15 (38)
- 56-66	13 (33)
- >67	1 (2)
Køn	
- Mand	8 (21)
- Kvinde	31 (79)
BMI ved start af behandling	
- < 30	0
- 30-35	11 (28)
- 35-40	10 (26)
- 40-45	6 (15)
- 45-50	3 (8)
- 50-55	1 (3)
- Ved ikke	8 (20)
Civilstatus	
- Gift/samboende	33 (84)
- Partner, ikke samboende	1 (3)

- Enlig	5 (13)
Beskæftigelse	
- Selvstændig	3 (8)
- Lønmodtager	28 (72)
- Studerende	2 (5)
- Pensionist	4 (10)
- Andet	2 (5)
Husstandsindkomst	
- < 200.000 kr	3 (8)
- 200.000-400.000 kr	4 (10)
- 400.000-600.000 kr	8 (20)
- > 600.000 kr	23 (59)
- Ikke svaret	1 (3)
Komorbiditet	
- Ja	12 (31)
- Nej	25 (64)
- Ikke svaret ja eller nej	2 (5)
Medicin	
- Ozempic	25 (64)
- Saxenda	14 (36)
Behandlingsvarighed (måneder)	
- 0-3	16 (41)
- 3-6	9 (23)
- 6-9	6 (16)
- 9-12	4 (10)
- >12	4 (10)
Hvem udskriver medicinen til dig	
- Egen læge	33 (85)
- Privat klinik	6 (15)

Tabel 1: Demografiske data

Motionsvaner og kalorierestriktion

Vi har forsøgt at afdække motionsvaner blandt patienterne (Tabel 2). Man anbefaler en kombination af øget fysisk aktivitet og reduceret kalorieindtag sammen med vægttabsmedicin for at opnå vedvarende resultater.

	n (%)
Aktivitetsniveau på job	
- Stillesiddende	20 (51)
- Moderat aktivitet	16 (41)
- Høj aktivitet	2 (5)
- Ikke svaret	1 (3)
Motion under behandling	
- Dyrker ikke motion	13 (33)
- 1-2 gange ugentligt	11 (28)
- > 3 gange ugentligt	10 (26)
- Ikke svaret	5 (13)
Dagligt kalorieunderskud	
- Ja	22 (57)
- Nej	11 (28)
- Ved ikke	6 (15)

Tabel 2: Motionsvaner og kost.

13 patienter angiver, at de ikke dyrker motion, 11 dyrker motion 1-2 gange om ugen, mens 10 angiver at dyrke motion mere end 3 gange ugentligt. Vi har spurgt om motion, men mange er måske aktive, uden de selv klassificerer det som motion. Vi kan derfor ikke med sikkerhed sige, om patienterne følger sundhedsstyrelsens anbefalinger om 30 minutters fysisk aktivitet dagligt.

Under uddybende besvarelser, har 15 patienter angivet antal minutters træning dagligt. De angiver mellem 15-90 minutter. 13 patienter træner mellem 30 - 60 minutter dagligt, hvilket betyder, at en tredjedel af patienterne angiver at opfylde anbefalingen om en halv times daglig motion. I fritekst kommentarer beskriver patienterne, at de går ture, nogle cykler og en enkelt svømmer. Men der er ikke i spørgeskemaet spurgt direkte til motionstyper.

Mens motionsmålet kan være svært at opnå for mange, angiver 22 patienter og dermed hele 57%, at de har reduceret deres daglige kalorieindtag, som ligeledes er en anbefaling, 11 har dog ikke et reduceret kalorieindtag, mens 6 er i tvivl.

Erfaring med vægttab

82% af patienterne har tidligere erfaring med vægttab, og forskellige metoder er udspecificeret i Tabel 3. Ud fra de kvalitative data, finder vi, at de enkelte patienter har forsøgt mange forskellige metoder for at opnå vægttab.

	n (%)
Erfaring med vægttab	
- Ja	32 (82)
- Nej	7 (18)
Tidligere succes med vægttab	
- Ja	28 (72)
- Nej	11 (28)

Tidligere afprøvede metoder til vægttab	
- Måltidssubstitution	17 (44)
- Øget motion	17 (44)
- Kalorieunderskud	27 (69)
- Diætistvejledning	18 (46)
- Ikke prøvet ovenstående	1 (3)
Tidligere lægevejledt vægttabsforsøg via	
- Egen læge	16 (41)
- Sygehus	3 (8)
- Privat klinik	6 (15)
- Ikke tidligere forsøgt	18 (46)

Tabel 3: Patienternes erfaringer med vægttab.

Som forventet har en stor del af patienterne forsøgt sig med at tabe sig tidligere. I Tabel 3 ses at 82 % har tidligere erfaring med vægttab, og 72% har også tidligere haft succes. 44 % har forsøgt med måltidssubstitution og øget motion. 69 % har forsøgt med kalorieunderskud og 46 % har fået diætistvejledning. 41 % har også tidligere været hos deres praktiserende læge mhp. vægttabsvejledning.

Det er påfaldende, at 18 % angiver ikke at have erfaring med vægttab fra tidligere. Enten er spørgsmålet formuleret for vagt i skemaet, eller også har de aldrig tidligere forsøgt at tabe sig, og medicinen er deres første valg.

En person beskriver sin tidligere erfaring med vægttab således:

“Detaljeret skematisk spisning hos De Danske Vægtkonsulenter hjalp mig til vægttab til vægt på 80 kg for 17 år siden. Har derefter taget 50 kg på. Har som yngre brugt motion og energifattig kost. Men det førte ofte til overspisninger, når jeg ikke kunne undertrykke driften mod mad mere. Har gået i kommunalt forløb og hos sygeplejerske, jeg følte jeg vidste mere end dem, det fik jeg ikke noget ud af.”

Motivation og opbakning

Vi har spurgt patienterne: “Hvorfor vil du gerne tabe dig?” og givet flere afkrydsningsmuligheder og mulighed for uddybende svar (Figur 1).

67 % ønsker vægttab pga fysiske klager, og 72 % har ønske om mere sundhed. I fritekst besvarelsene angiver nogle også frygt for fremtidig sygdom: *“Er bange for hjertekarsygdom. Vil gerne deltage i fysiske aktiviteter. Vil gerne kunne vælge tøj ud fra min smag, og ikke efter hvad der kan nå rundt om mig.”*

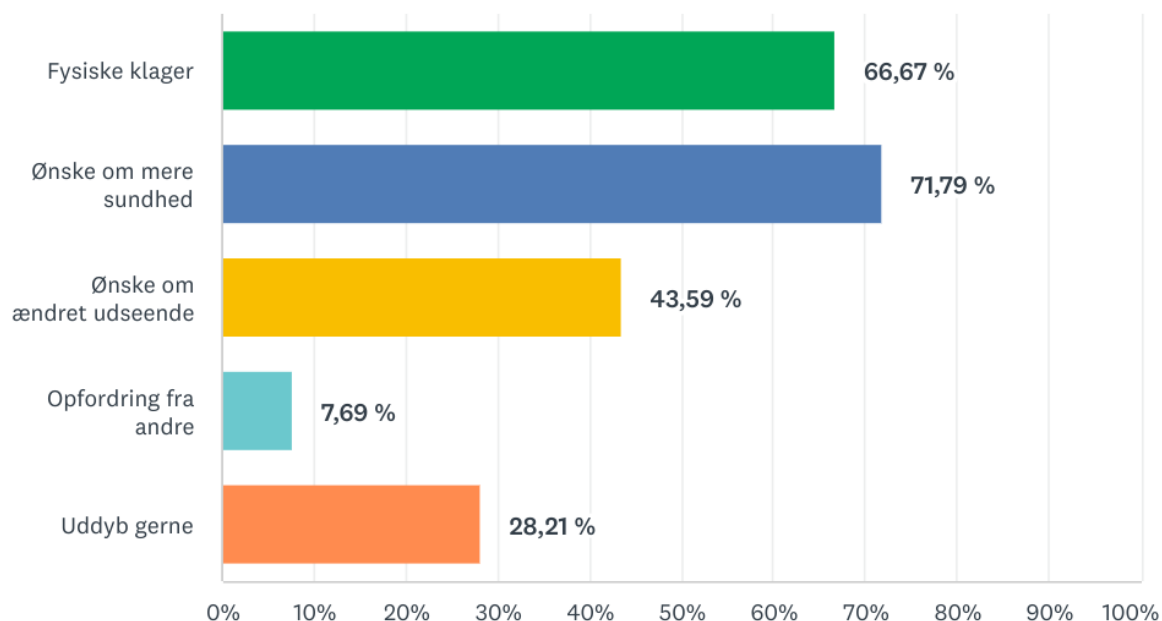
En anden skriver: *“Stort set alle på min mors side af familien er overvægtige, og har mange udfordringer. (...) Jeg vil gerne ændre min livsstil, inden jeg får udfordringer af mit helbred. Jeg vil ikke have alle mulige sygdomme grundet min overvægt.”*

Kun 8% angiver, at de vil tabe sig pga. opfordring fra andre.

Knap halvdelen har et ønske om at ændre deres udseende (44 %), men adspurgt om vægten har haft indflydelse på deres selvbillede og selvtillid, er der dog en endnu større andel på 85 % (33 personer), der svarer ja. I fritekst beskriver en patient, at selvbilledet og udseendet har stor betydning:

“Det har ødelagt meget for mig i mit liv. Har ikke kunnet deltage i hvad jeg gerne ville: rejser med shorts og badetøj, sport, danse, uddannelse (kunne fagligt men ikke socialt), parforhold (følt jeg måtte tage til takke med, hvad jeg kunne få, ikke mine ønsker), ja nærmest på alle

punkter i livet! Selv i forhold til mine forældre: min far ku ikke li folk med tykke maver. Han var altid nedladende overfor mig, mens min slanke søster fik den positive opmærksomhed.”



Figur 1: Motivation for vægttab, angivet i procenter

Derefter har vi spurgt “hvorfors ville du gerne starte vægttabsmedicin?” for at undersøge, hvad patienternes grund til at starte vægttabsmedicin var. Alle 39 svarede. Flere angiver mere end én grund til at starte behandling.

13 beskriver, at de har prøvet af mange omgange at tabe sig, og har brug for hjælp til at kickstarte livsstilsændringer, herunder et vægttab: *“Give det et forsøg, har prøvet så meget andet og hellere det end mave operation”*.

10 skriver at de ønsker vægttab, uden yderligere uddybning. 6 patienter ønsker hjælp til at mindske sult og appetit: *“Jeg er altid sulten, lige meget hvor meget jeg spiser, der er ingen stop knap, og jeg stopper ikke før jeg bliver dårlig. Jeg har bevist flere gange overfor mig selv, at jeg godt kan tabe mig, men det er en kæmpe kamp, fordi jeg er sulten. Derfor falder jeg også tilbage i gamle vaner, fordi jeg er sulten. Derfor vil jeg gerne starte på medicinen, fordi jeg havde hørt, at medicinen kan give mæthedsfølelse.”*

4 patienter ønsker mere sundhed, fx skriver en: *“Så jeg kunne undgå livsstilssygdomme og for at børnene kan have deres far noget længere tid”*.

4 ønsker at nedsætte smerter. Der nævnes desuden ønske om hjælp til det mentale omkring vægttab, bedring af selvværd/selvbillende, mere bevægelighed, graviditetsønske og bedring af komorbiditet.

Omkring selvbillede skriver en patient: *“Jeg havde i mange år forgæves prøvet kostomlægning uden succes - var desperat efter at gøre noget, fordi jeg var virkelig ked af, hvordan min krop føltes og hvordan mit selvbillede var ”*.

85% (33 personer) angiver at nogen i deres tætte omgangskreds har forsøgt vægttab. Langt de fleste, 92% (36 personer), oplever opbakning fra familie og omgangskreds. Nogle af dem,

der oplever opbakning, angiver dog, at opbakningen også kan være negativt ladet: *”Der er altid glæde ved vægttab og tavshed, når jeg tager på igen. Så opbakning men ikke kun positiv”*.

To patienter beskriver manglende støtte i sammenhæng med eksponering for kalorietunge fødevarer: *”Støtte i hverdagen angående sundere måltider - ikke så meget støtte om sommeren på ferien, hvor der blev spist masser is og slik lige ved siden af mig”*.

Forløb og samarbejde med behandler

Det er spændende at se på, om patienten er tryk i sin oplevelse af at starte vægttabsmedicin via egen læge. Generelt set angiver patienterne at have en god relation til egen læge, 85% oplever den som god. Samtidig oplever størstedelen (95 %) også, at deres behandler er lydhør for deres ønsker.

Der er 2 patienter, som ikke har en god relation til egen læge, det er dog ikke de samme 2, der oplever, at deres behandler ikke er lydhør.

Vi har forsøgt at afdække, hvordan forløbet ved egen læge opleves. 87 % angiver, at de er tilfredse med antal konsultationer under forløbet. I et forsøg på at beskrive tilfredsheden med kontrolforløbet, gav vi patienterne mulighed for at svare på, om det fungerede godt, dårligt eller hverken/eller. Der var også mulighed for at uddybe med fritext. Her angiver 67%, at det fungerede godt, ingen angiver at forløbet var dårligt, men der suppleres bl.a. i fritext, at *”Jeg har ikke orket at komme og skulle stå til ansvar over for en personale, som jeg oplever som udskammende.”*

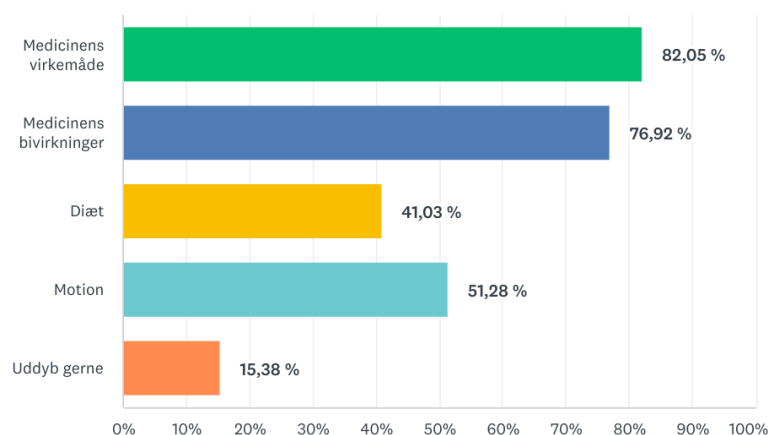
Godt hver 4. person (23 %) angiver forløbet som hverken/eller.

En anden skriver: *”I hvilken sammenhæng? Med saxenda? Det var en anden læge, der talte jeg med hende løbende. Men der lod ikke til at være lydhørhed for, hvor hårdt det var for min krop”*

Og en tredje skriver: *”Vi mailer lidt, men ellers er der ikke meget kontakt”*.

Vi spørger ind til, hvad patienterne er informeret om ved opstart af medicin. Alle 39 patienter har svaret, og der var mulighed for at afgive flere svar (Figur 2). Det ses at 82 % følte sig godt informeret om medicinens virkning og 77 % om mulige bivirkninger.

Omkring halvdelen (51 %) angiver, at de var blevet informeret om motion, og kun 41% omkring diæt.



Figur 2: Rådgivning ved opstart af medicin

Alle patienterne har svaret på, om de savnede yderligere hjælp fra egen læge/lægehuset. Heraf svarer 79% (31 personer) nej. I fritekst angiver patienterne ønske om, at egen læge ville udskrive behandlingen, så de ikke skulle opsøge det private for at få vægttabsmedicin. 2 nævner, at der skulle have været vejledning om kost og motion. 2 nævner det som et problem, at de bliver udskammet ved kontakter med lægehusets personale:

“Forståelse for hvor demotiverende og frustrerende det er, at det næsten altid kommer tilbage til min overvægt- bemærkning om at vægttab vil hjælpe- det ved jeg godt. Og hvis det er så vigtigt, at behandlinger var billigere. Saxenda et meget meget dyr”

“At man ikke bliver udskammet. At medarbejderne sætter sig mere ind i fedmebehandling og ikke bare tror det kan ordnes med en kostplan. Alle de fede mennesker jeg har mødt ved da meget om sund kost, men det er det psykiske der står i vejen for vægttab. (...).”

Medicinen

Vi spurgte, hvor patienterne havde hørt om vægttabsmedicinen, og gav mulighed for flere svarmuligheder. 28 % har hørt om det fra internettet/social media, 23 % har hørt om det hos egen læge/sygeplejerske, mens 54% har hørt om det fra familie og venner.

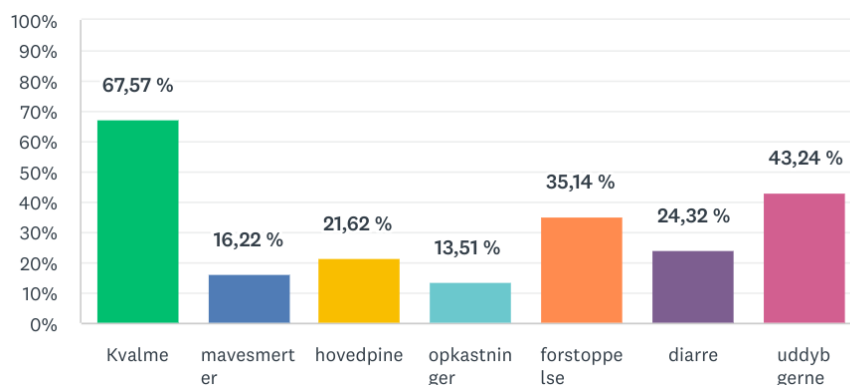
Patienterne er ikke generede af at skulle injicere medicinen, og 100 % angiver at føle sig trygge ved denne administrationsform.

Bivirkninger

Adspurgte til bivirkninger, oplever 64 % dette og 36 % angiver at de ikke oplever bivirkninger. Ingen angiver at føle sig sygeliggjorte (Figur 6).

37 patienter har besvaret spørgsmålet om bivirkninger, der var mulighed for flere afkrydsninger. Vi har ikke spurgte ind til hvor hyppigt, de har oplevet bivirkninger, blot om de på noget tidspunkt i behandlingen havde bivirkninger. Oplevede bivirkninger fordeler sig således: kvalme 25 (67 %), mavesmerter 6 (16 %), hovedpine 8 (22 %), opkastninger 5 (14 %), forstoppelse 13 (35 %), diarre 9 (24 %) (Figur 3).

Derudover angiver patienterne træthed, blå mærker efter stik, svimmelhed, svedeture og udmattelse. 2 patienter har beskrevet i fritekst, at bivirkningerne var værst i starten af behandlingen.

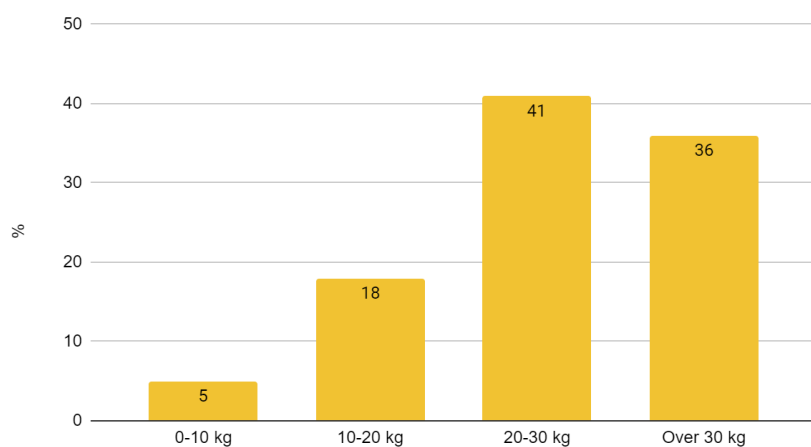


Figur 3: Bivirkninger til vægttabsmedicin

Mål for vægttab

På Figur 4 ses en oversigt over patienternes mål for vægttab. Størstedelen (77 %) har et ønske om vægttab over 20 kg. 16 patienter (41 %) havde et mål mellem 20 og 30 kg og 14 patienter (36 %) havde et mål om at tabe over 30 kg. 7 patienter (18 %) ville tabe mellem 10-20 kg, og 2 (5 %) patienter ville tabe under 10 kg.

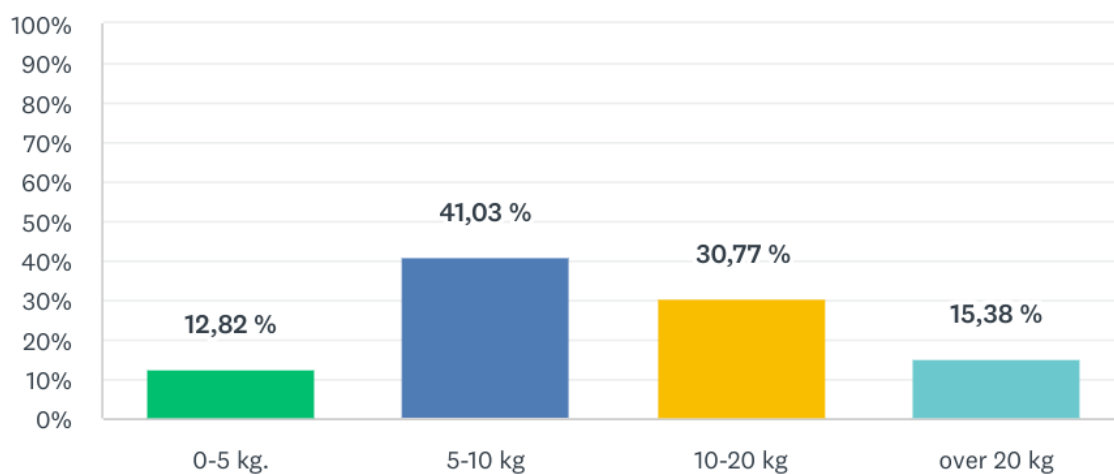
Hvad var dit mål for vægttab inden du startede behandling?



Figur 4: Mål for vægttab, angivet i intervaller på 10 kg.

Opnået vægttab

Vedrørende vægttab efter opstart af medicinsk behandling, har alle 39 patienter svaret, og fordelingen ses i Figur 5.



Figur 5: Vægttab på behandling, angivet i kg.

Det ses, at omkring 40 % når et vægttab mellem 5 og 10 kg, mens 30 % når et vægttab mellem 10 og 20 kg. Kun 15 % når et vægttab over 20 kg.

Målet er altså ikke nået for en stor del af patienterne. Dog skal der tages forbehold for at $\frac{2}{3}$ fortsat er i behandling.

Derudover har vi spurgt patienterne, om de har opnået det ønskede væggtab fordelt efter igangværende eller endt behandling (Tabel 4).

	Igangværende behandling n	Stoppet behandling n
Oplevet ønsket væggtab	5	1
Ikke opnået væggtab	6	*
Nej, men jeg er tilfreds med resultatet	9	1
Nej, men jeg har troen på at det kan lykkes	12	5
Nej, men jeg har mistet troen på at det kan lykkes	*	3
Er stoppet med behandling	6	10
Er fortsat i behandling	32	28
Total	38	38

Tabel 4: Har patienterne opnået det ønskede væggtab, fordelt efter igangværende eller endt behandling. *ikke svarmulighed

Vi har stillet de samme spørgsmål, rettet mod om patienterne er i behandling fortsat eller er stoppet. Vi spørger patienterne, om de har nået deres målvægt, og om de er tilfredse, selvom de ikke har nået målvægten. Vi har spurgt, om de er optimistiske omkring at nå målet, selvom de endnu ikke har nået det, og for dem der er stoppet med behandling, spørger vi, om de har mistet troen på at nå målvægten.

Der er forskel i antallet af patienter, der angiver at være stoppet med behandlingen (hhv. 6 og 10).

Ud fra besvarelserne i spørgeskemaet, kan vi se, at der i hvert spørgsmål er 1 patient som er sprunget over spørgsmålene, og at det ikke er den samme patient.

Tabel 4 viser, at samlet set, angiver 6 patienter at have opnået det ønskede væggtab uafhængigt af behandlingsstatus, 10 har ikke opnået væggtabet, men er dog tilfredse med resultatet og 17 angiver, at de har troen på at de vil lykkes med væggtab i fremtiden.

Adspurgt til om der har været den ønskede virkning af medicinen, er der 34 besvarelser, som svarer enten ja eller nej. Heraf har 31 patienter (91 %) angivet, at de oplever den ønskede effekt. 3 patienter (9 %) har angivet, at de ikke har oplevet den ønskede virkning. 5 har ikke svaret.

Supplerende medikamenter til væggtab

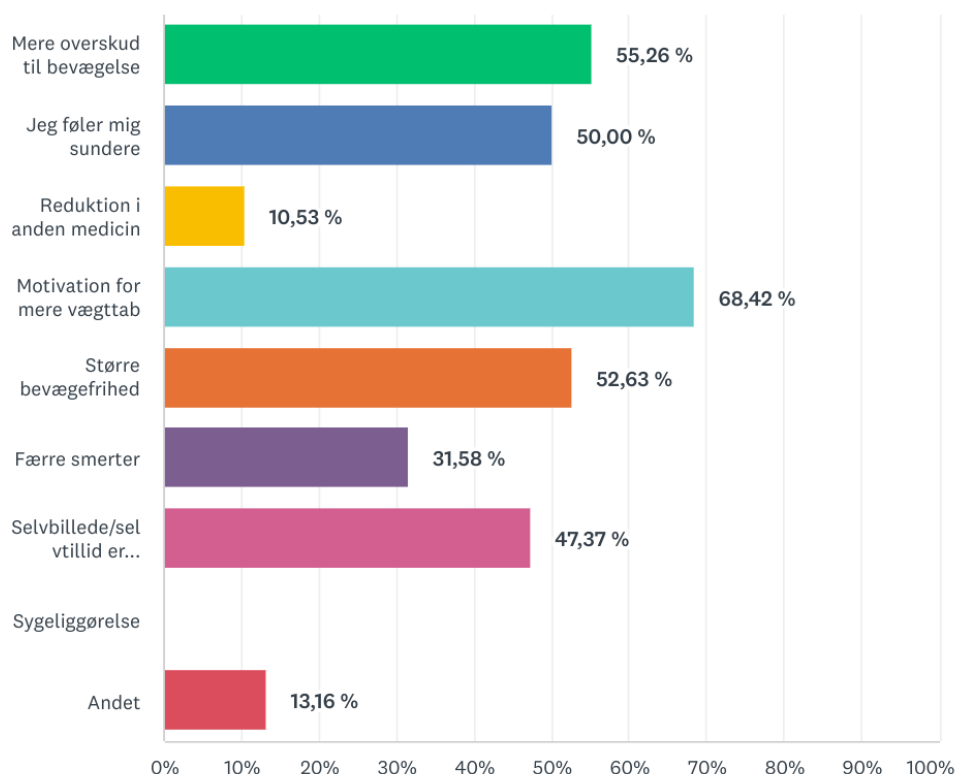
Vi har spurgt, om patienterne bruger andre typer medicin for at opnå et væggtab. Der er 72 % som ikke tager andet medicin. 18 % tager laksantia, 13 % tager HUSK.

Af de patienter, der har svaret uddybende, angiver de alle at have problemer med forstoppelse, og 4 ud af de 5, bruger magnesia.

Afledte effekter af vægttab i relation til medicin

Vi formoder, at et vægttab er forbundet med andre afledte effekter og har derfor spurgt ind til, hvad de har oplevet, efter at være startet i medicin (Figur 6). Heraf har 38 svaret, 1 er sprunget spørgsmålet over. De har haft mulighed for at krydse flere svarmuligheder af, samt angive yderligere besvarelser som fritekst. Vi finder mange positive effekter afledt af deres vægttab.

Ud af de 38 patienter, føler 55 % (21 personer) mere overskud til bevægelse, 50 % (19 personer) føler sig sundere, 11 % (4 personer) har mindre behov for anden type medicin, 68 % (26 personer) er motiverede for yderligere vægttab, 53 % (20 personer) oplever større bevægefrihed, 32 % (12 personer) har færre smerter, 47 % (18 personer) har ændret selvbillede eller selvtillid. 0 % føler sig sygeliggjort.



Figur 6: Andre effekter end vægttab efter opstart af vægttabsmedicin.

Tilfredshed med medicin

Omkring den overordnede tilfredshed, angiver 84 % (33 personer) at være tilfredse med behandlingen, 8 % (3 personer) er ikke tilfredse, og 8 % (3 personer) angiver "ved ikke".

Den generelle tilfredshed er også beskrevet ovenfor, hvor 31 patienter svarede, at de havde haft den ønskede virkning af medicinen. (tabel 4)

En patient har svaret "ikke tilfreds" og har uddybet: *"Jeg tabte mig, og efterfølgende virkede min stofskifte medicin bedre, men det betød, at jeg pludselig var sulten og fik kvalme og hovedpine, hvis jeg ikke spiste. Og det op til jul. Tog det hele på + 10kg de næste 6 mdr".*

21 patienter svarer, at de har gjort sig tanker om, at det kan være en livslang behandling. Der er 13 der har svaret uddybende, og af de 13 er der 5, der angiver, at den høje pris for behandlingen har stor betydning for, om de kan tage medicinen livslangt.

Adspurgte til hvorfor patienterne er stoppet med medicinen, angiver 2 at være stoppet pga bivirkninger, 14 pga prisen, 5 pga manglende effekt.

En patient uddyber: *“Jeg mistede helt appetiten og levede nærmest af vand og tørre knækbrød- ikke sundt”*.

Efter endt behandling

Patienter, der er stoppet med medicinen, blev spurgt om de havde opnået det ønskede vægttab. Ud af de 10 patienter, som angiver at være stoppet, er der kun 1 person (10 %) der svarer ja, altså har opnået det ønskede vægttab. Af “nej-sigerne” angiver 3 (30 %) at have mistet troen på, at det kan lykkes, 1 (10 %) er tilfreds med resultatet, og 5 (50 %) tror fortsat på at det vil lykkes (Tabel 4).

Af de 10, som angiver at være stoppet med medicinen, er der ingen der har tabt sig yderligere i vægt efter ophør. Størstedelen (6 personer, 60 %) har holdt vægten, mens 2 (20 %) er tilbage på samme vægt, som før medicinsk behandling. 2 personer (20 %) angiver, at de vejer mere, end før de startede på medicin.

10 personer angiver at være uden medicin, og varigheden af perioden efter ophør med vægttabsmedicinen er mellem 3-18 mdr. En enkelt oplyser > 12 mdr. Et gennemsnit på de 9 patienter, der har angivet specifik periode uden medicin, er 8,1 måneder.

Patienterne blev spurgt til, om de havde yderligere kommentarer til behandlingen. Vi har spurgt på denne måde, for at prøve at afdække faktorer af betydning, som vi ikke har med i vores spørgeskema. 15 personer er kommet med uddybende kommentarer.

Flere nævner, at prisen er udfordrende og ønsker, at der kunne være tilskud, så medicinen ville være mere tilgængelig. 2 efterlyser tabletbehandlingen for vægttab, Rybelsus, som endnu ikke er godkendt i Danmark.

En person kommenterer negativt på kontrolforløbet:

“Den er alt for dyr, den er hård for ens system, og de kræver at der er mere opsyn med, at man får spist”.

En anden beskriver at være på startdosis Saxenda, da personen har opnået effekt allerede her, og derfor ikke er trappet op.

De fleste er generelt tilfredse og glade for, at de har fået behandlingen, hvilket også stemmer overens med, at vi fandt en overordnet tilfredshed på 84 %. En person skriver:

“Det her er det bedste, jeg har gjort for mig selv. Har tabt 20 kg, og 54 cm i alt rundt på min krop, på 6 mdr 😊”.

Og en anden kommenterer: *“Jeg håber der snart kommer støtte til det, så mange flere kan få mulighed for at bruge medicinen. Det er klart det bedste alternativ, jeg har haft i mine 50 år som overvægtig (fra 6 års alderen). Nogle af bivirkningerne kan skræmme, men tanken om blodprop i hjerne eller hjerte skræmmer mere!”*

Diskussion

Styrker og svagheder

I vores opgave har vi brugt et anonymiseret spørgeskema, og det ser vi som en styrke, da vi på den måde mindsker risikoen for, at patienten sammenligner sig med interviewer. Vi har givet mulighed for, at patienterne kunne komme med uddybende kommentarer, og således åbne sig ærligt omkring svære tanker eller skamfulde emner.

Vi har en svarrate på 39/73 personer. Det er en flot svarprocent overordnet set, og generelt svarer de på de fleste af spørgsmålene.

Dog er 39 personer i sig selv ikke et stort antal, og vi kan på de kvantitative data ikke tolke på et tilstrækkeligt datagrundlag til at opnå statistisk signifikans, hvorfor det vi finder er trends i data. Men de kvalitative besvarelser giver et godt indblik i, hvordan det er at være i medicinsk vægttabsbehandling i almen praksis.

Vores spørgeskema er nogle steder lidt vagt formuleret, og vi har derfor svært ved at tolke på enkelte data. Havde vi lavet interview med en fokusgruppe, inden udfærdigelse af spørgeskemaet, kunne vi måske have undgået dette. Derudover er der altid den usikkerhed ved spørgeskemaer, at man ikke kan være sikker på, at patienterne svarer, på det der bliver spurgt om.

Respondenterne er muligvis mere tilbøjelige til at svare på et spørgeskema, når de er i aktiv behandling, som de har god effekt af, hvilket kan give bias. Man kunne måske have udformet spørgeskema og introtekst til spørgeskemaet mere neutralt, for at få respondenter, som ikke har oplevet succes med behandlingen til at svare.

Patienternes holdning til medicin

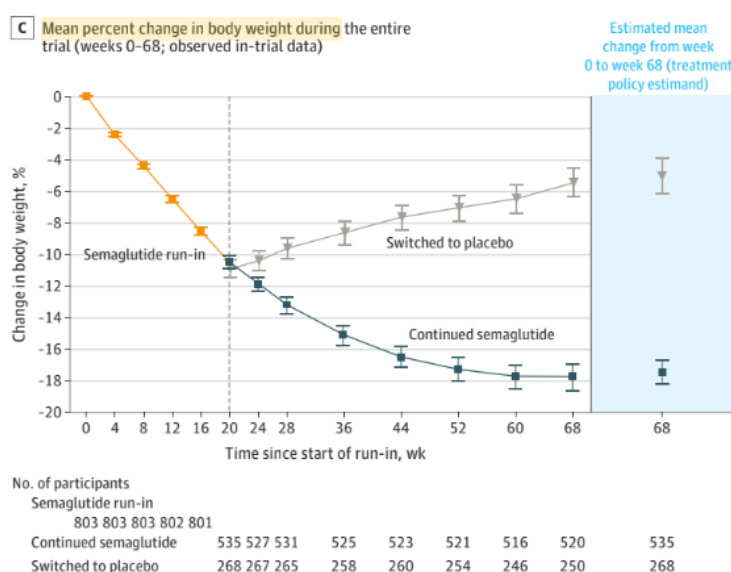
Generelt virker det til, at patienterne inkluderet i vores studie er tilfredse med den medicinske behandling for overvægt. Hele 84 % angiver at være overordnet tilfreds, kun 8 % er ikke tilfredse. Det kan være pba., at de endelig kan få hjælp til vægttab, som de oplever rent faktisk virker. De fleste patienter taber sig mere, end hvad man kan forvente ud fra livsstilsændring (Sundhedsstyrelsens udgivelse om overvægt). Den store tilfredshed er på trods af, at patienterne belastes i stor grad af bivirkninger (hos 64 %) og den høje pris på medicinen. Mange af patienterne kommenterer netop på prisen, og 14 personer angiver, at de er stoppet pga. denne. Vi havde en formodning om, at det var patienter med høj købekraft, der startede med vægttabsmedicin. 38 % af patienterne i vores studie ligger dog under landsgennemsnittet på knap 600.000 kr i husstandsindkomst². Det kan vidne om, at medicinen er noget patienterne prioriterer højt, samt at udgifterne kan udgøre en væsentlig del af husholdningsbudgettet.

Det forventes at Ozempic eller Wegovy, der begge er i testforløb, bliver godkendt som vægttabsmedicin inden for en årrække. Derudover er et nyt præparat, Tirzepatide (GIP og GLP-1 kombinationspræparat), på vej i testforløb og det ser ud at være mere effektiv end de tidligere præparater. Der er altså et stort marked for medicin som supplement til vægttab.

Det er interessant at se på, hvor længe patienterne har været uden behandling i forhold til, om de har kunnet holde vægten. Det er beskrevet i litteraturen, at man forventer livslang

² <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1410>

medicinsk behandling for at kunne vedligeholde et vægttab (Taha et al.). 10 patienter angiver at være uden medicin, og varigheden af perioden efter ophør med vægttab medicinen er mellem 3-18 mdr. En enkelt oplyser > 12 mdr. Et gennemsnit på de 9 patienter, der har angivet specifik periode uden medicin, er 8,1 måneder. Trods dette, er det kun 20 %, der har taget på ift udgangspunktet, 20 % er tilbage ved udgangspunktet, men 60 % har holdt vægttabet. I Rubino et. al beskrives det, at når patienter skifter fra semaglutid til placebo efter 20 ugers behandling, øger de vægten igen. Det er med en follow-up tid på 48 uger efter interventionen. Vores studie er med en lille kohorte og uden randomisering, men det kan tyde på, at der kan være en vedligeholdelse af vægttab efter endt medicinsk behandling. For at afdække om patienterne kan have en vedvarende effekt uden medicin, er der behov for yderligere studier med en større kohorte og længere follow-up.



Figur 7: Fra Rubino et al. Gennemsnitlig vægtændring i % gennem forsøgsperioden.

Stigmatisering

Personer med overvægt oplever ofte at blive stigmatiseret, og for personer med svær overvægt er det op mod 38 %. Forskning tyder på, at over 50 % af både børn og voksne med overvægt oplever at blive mobbet i enten skole eller på arbejdspladsen (WHO - weight bias and obesity stigma). Lewis et al. opererer med 3 former for stigmatisering: *direkte*, som fx. at blive konfronteret på gaden, *indirekte*, som følelsen af at blive kigget på eller frygt for at blive diskrimineret samt *miljø* som fx. ikke at kunne passe i et sæde. En negativ holdning til overvægt findes alle steder; arbejdspladsen, sundhedssektoren, medierne, staten, skolen og industrien. Det er ofte negative kvaliteter, der bliver knyttet til personer med overvægt som fx. dovenskab og mangel på viljestyrke. Modsat andre minoritetsgrupper, ses der negativ in-group bias hos personer med overvægt. Det betyder, at man som person med overvægt, har en negativ og stigmatiserende holdning mod sig selv og andre med overvægt (Wang et al.).

Flere af fritekst besvarelserne i vores studie tyder også på, at personerne har mødt stigmatiserende adfærd flere steder i samfundet, som fx: *"Det har ødelagt meget for mig i mit liv. Har ikke kunnet deltage i hvad jeg gerne ville: rejser med shorts og badetøj, sport, danse, uddannelse (kunne fagligt men ikke socialt), parforhold (følt jeg måtte tage til takke med, hvad*

jeg kunne få, ikke mine ønsker), ja nærmest på alle punkter i livet! Selv i forhold til mine forældre: min far kunne ikke lide folk med tykke maver. Han var altid nedladende overfor mig, mens min slanke søster fik den positive opmærksomhed. Desuden er der kommentarer om at blive udskammet ved egen læge, ikke at kunne passe tøj, at det altid skal handle om personens vægt, når de kommer til læge med et andet problem.

Afledte effekter af stigmatiseringen kan være psykisk sygdom som depression og angst, samt påvirket selvbillede i negativ retning. Lewis et al. beskriver, at personer med overvægt deltager mindre i sundhedsfremmende aktiviteter som fysisk aktivitet og andre sundhedstilbud af frygt for at møde stigmatisering. De beskriver, at overvægtige personer sjældent udfordrer de stigmata der fremsættes om dem, og vender ofte skyld og skam indad som selvbebrejdelse, når de har været ude for en stigmatiserende oplevelse.

I vores studie angiver 44 %, at de ønsker at starte medicin for at ændre deres udseende. Vi ser dog også, at 47 % opnår et ændret selvbillede efter vægttabet, her er dog ikke direkte spurgt, om det er i positiv retning. Vi har ikke modtaget kommentarer, der giver anledning til at antage, at selvbilledet er påvirket i negativ retning under behandlingen.

Kvinder oplever hyppigere stigmata end mænd, hvilket kan være en medvirkende årsag til, at flere kvinder søger væggtabsmedicin sammenlignet med mænd (Lewis et al.). I vores studie er der en ratio på knap 4:1.

Når patienter opsøger almen praksis mhp. hjælp til vægttab, skal vi altså prøve at sætte os ud over de gængse stigmatiserende opfattelser af patienter med overvægt, og prøve at individualisere behandlingen. Man kan overveje om et ønske om vægttab kan være et udtryk for et ønske om mindre stigmatisering.

Bio-psyko-sociale overvejelser

Et vægttab er et komplekst sammenspil mellem vanetænkning, neurofysiologiske og psykologiske mekanismer, der spiller ind for at fastholde et vægttab.

41 % af deltagerne i projektet har et selvrapporteret vægttab på 5-10 kg, mens 30 % angiver et vægttab på 10-20 kg. I litteraturen er der efterhånden god evidens for, at Saxenda og Ozempic giver vægttab, og at niveauet for dette ligger på hhv. 4-7 kg og 9-16 kg. Præparaterne rammer plateau på effekten ved hhv. 20. og 60. ugers behandling (Rubino et al.). Deltagerne ser ud til at nå det videnskabeligt forventede vægttab, men ikke det ønskede vægttab, der ligger højere.

Der er i deltagernes kommentarer en vægtning af, at de ønsker fokus på noget andet end vægttabet. De vil gerne opnå noget, fx at kunne passe tøj, lege med børnebørn, undgå smerter og reducere risiko for helbredsproblemer. De inkluderede patienter angiver faktisk også, at have opnået flere af disse positive effekter som færre smerter og følelse af at være mere sund. Nogle har kæmpet med udfordringer ifm. overvægt hele livet. De ved en masse om vægttab, men alligevel er der noget, der spænder ben for at nå målet. Der er studier, der anslår, at kost og motions betydning for vægttabet er hhv. 80 % og 20 % (Aronne et al.).

92 % af patienterne oplever stor støtte i deres netværk og familie. De er dog meget skamfulde og kan have svært ved at dele deres projekt om vægttab uden for nærmeste pårørende. Det er oftest kodet sammen med, at skammen bliver større hvis vægttabet mislykkes. Der er stor fokus på, at danskerne har en "hyggekultur". Der er tilbud om kage, is eller alkohol ved festlige lejligheder, og det kan være svært at sige nej til, hvis man vil passe

ind. I de studier vi har fundet, har der ikke været fokus på socialt støtte og anerkendelse til vægttabet.

For at opnå et vægttab, skal man være i kalorieunderskud. Når man har opnået et vægttab ved kalorieunderskud, nedsættes kroppens basale energibehov, og for at vedligeholde vægttabet, skal man i yderligere kalorieunderskud, end ved udgangspunktet.

Sultreguleringen kan være uændret gennem hele vægttabet og nedreguleres ikke. Det kan være genetisk bestemt, men er også påvirket af andre faktorer. Der er gener, der faciliterer til vægttab og/eller vægtøgning. Disse gener og fænotyper bliver yderligere påvirket af miljøet personen lever i, lige fra fosterstadiet til voksenlivet. Herudover giver vægttab i sig selv øget appetit grundet neuroendokrine påvirkninger. En deltager skriver bla. *“kunne ikke undertrykke trangen til mad”*.

Det skinner igennem, at deltagerne er frustrerede og ikke altid kan se en klar og effektiv vej til vægttabet. De personer med svær overvægt, der søger behandling for det, har formentligt en bio-psyko-social sammenhæng, der modarbejder et vægttab.

Kompleksiteten kan være svær at gøre overskuelig og den livsstilsændring det kræver, er noget, der vil tage tid at ændre. Det kan ikke klares ved blot et enkelt besøg ved lægen. Medicin kan i disse tilfælde reducere nogle af de fysiologiske ændringer, der sker i kroppen under et vægttab og dermed facilitere et vægttab (Rubino et al.) 68 % er motiverede for yderligere vægttab efter opstart af medicin, hvilket kan være med til at tale for, at vi skal være mere liberale med udskrivelse af vægttabsmedicinen.

Der er et forventet vægttab af medicinsk behandling på mellem 4-18% (Rubino et al.) og selvom det giver sundhedsfordele, kan det for nogle stadig være svært at acceptere, at vægttabet ikke har ændret udseendet væsentligt. Det kropslige udseende betyder meget for mange, og under en lægesamtale kan der kan med fordel lægges vægt på, at vægtændring giver gode sundhedsfordele. Det er altså ikke spildt indsats med vægttab, selvom de ikke kommer til at kunne passe tøj i mindre størrelser. Fokus ændres derved fra vægt til sundhed.

Opgør med holdning til behandlingen blandt sundhedsfaglige

Er det vores egne forbehold og bekymring for at sygeliggøre og/eller stigmatisere personer med overvægt, som holder os fra at tage en åben og nysgerrig snak med patienten om, hvorfor de ønsker et vægttab, og hvilke tilgange der er til det? Skubber vi til en opfattelse af, at patienten er for tyk, ved at italesætte medicinsk behandling mod overvægt? Kun 23% af patienterne i vores undersøgelse havde hørt om medicinen ved deres egen læge.

Vi forventede, at nogle af patienterne ville føle sig sygeliggjorte, af at skulle give sig indsprøjtninger. Der var dog ingen af patienterne (0 personer) som følte sig sygeliggjorte.

Det er vigtigt at balancere mellem at sygeliggøre mennesker, som ikke fejler noget, overfor den viden vi har om, at overvægt kan medføre sygdomme som fx hjertekarlidelser, type 2 diabetes, infertilitet etc.

Oftest anbefaler vi vægttab til patienterne som led i non-farmakologisk behandling af fx. type 2 diabetes og forhøjet blodtryk. Men der følger sjældent reel vejledning omkring vægttabet med anbefalingen, eller et råd som: “du skal spise mindre end du forbrænder”. Dette går dog ikke godt i tråd med litteraturen. I Sundhedsstyrelsens udgivelse om overvægt, er der kun evidens for et varigt vægttab på op til 3,5 kg ved livsstilsintervention, og varigt vægttab bevares kun for få personer. I forhold til at reducere mulige følgesygdomme til overvægt, er det vist, at vægttab i sig selv kan reducere risikoen for at udvikle type 2 diabetes, mens der ikke er fundet evidens for, at det sænker risikoen for hjertekarlidelser (Wadden et al.).

Flere studier finder dog, at ved behandling med GLP-1 analoger, opnår patienterne vægttab samt mindsker risikoen for at udvikle type 2 diabetes og hjerte-kar-lidelser (Taha et al. og Rubino et al.).

I vores studie angiver $\frac{1}{3}$ af patienterne (12 personer) at have komorbiditet, dette er af forskellig art. Der er 4 personer der opnår reduktion af anden medicin under deres behandlingsforløb. Det kan være et udtryk for vægttabsmedicinens gavnlige effekt på flere organsystemer.

Ud fra besvarelser omkring information givet ved opstart af medicin, svarer kun halvdelen, at de er blevet informeret om diæt og motion, og der kan være en sammenhæng med de lave tal vi finder om, hvor mange der dyrker motion og er på kalorierestriktion. Dette understreger vigtigheden af, at sikre sig, at der informeres grundigt om de positive effekter af kaloriereduktion og motion. Samt at man sikrer sig, at patienten har forstået denne information.

Vi kan ikke vide, hvad der er blevet sagt og hvad patienten har hørt, men ud fra besvarelserne, er det ikke alle som føler sig tilstrækkeligt oplyst, og heller ikke alle, som efterlever anbefalingen om kalorierestriktion og motion. Rubino et al. skriver, at det kan være en fordel at indføre livsstilsændringer gradvist i løbet af et år.

Det er tidskrævende, og kan være svært at få deltagerne til at fastholde forløbet. Men på samfundsøkonomisk niveau er det et godt fundament til at øge den generelle sundhed i befolkningen og reducere risikoen for helbredsproblemer.

Uanset om man vælger at ordinere Saxenda eller Ozempic til en patient med overvægt, mener vi også, man må overveje om patienten kan have brug for yderligere vejledning omkring diæten, end den vi kan tilbyde i praksis. Mange kommuner har tilbud om gruppeforløb til personer med overvægt, som man i almen praksis godt kan blive bedre til at udnytte. Mange oplever bivirkninger som kvalme, og kan risikere at fejllære sig. Derudover må vi huske på, at en indsprøjtning alene, ikke løser de psykologiske problemstillinger patienten kunne have - herunder skyld og skam som følge af stigmatisering eller en eventuel spiseforstyrrelse. Udfordringer som kræver yderligere behandling - fx ved en psykolog eller diætist med fokus på andet end selve vægttabet.

På den baggrund mener vi, at vi bør være mere åbne over for patienterne om, hvad der er realistisk at opnå alene ved livsstilsintervention, og hvornår det kan være en ide, at afprøve medicinsk behandling.

Desuden bør man også drøfte med patienten, at de måske opnår et vægttab, som vil have gavnlig effekt, hvis man kigger på diabetes og hjerte-kar-sygdomme, men at de ikke nødvendigvis når et vægttab, så de vil blive opfattet som normalvægtige af samfundet.

Med til overvejelserne hører også, at man endnu ikke kender mulige langtidsbivirkninger af vægttab medicin, og at det kræver lang tids behandling, måske livslangt, for at opretholde vægttabet.

På sigt kan overvægt komme til at fylde mere i almen praksis, og over de sidste 30 år er antallet af danskere med svær overvægt tredoblet (Månedssbladet - Institut for rationel farmakoterapi). Det bliver vores opgave at finde de rette personer som skal tilbydes behandling for overvægt.

“Vægtneutral sundhed” vinder indpas i sundhedssektoren, hvor samtale om vægt ikke skal være en stor del af konsultation, snarere skal man have fokus på sundhed, bevægelse og kropsaccept. Denne holdning til vægt kan måske være med til at nedsætte stigmata, men taler muligvis også imod vægttabsmedicin, som vi kan konkludere, kan have gavnlige effekter.

Konklusion

Generelt set går det patienter i medicinsk vægttabsbehandling godt. De oplever vægttab, og noget tyder på, de fleste kan fastholde vægttabet efter endt behandling.

Patienterne angiver mange bivirkninger, men fastholder behandlingen. De angiver meget komplekse årsager til at ønske vægttab. Mange har angivet ønske om større sundhed, at mindske fysiske gener, ændret udseende, mindske fremtidig sygdom og bedre selvværd. Oftest er det ikke egen læge, der først informerer patienten om vægttabsmedicin, men 85 % får det udskrevet og behandles hos egen læge. Trods manglende information om diæt og øget motion er langt de fleste tilfredse med forløbet hos egen læge og føler sig hørt og lyttet til. Langt de fleste finder også god støtte i nærmeste omgangskreds, vi er dog usikre på, hvilken betydning det har. Patienterne er generelt meget tilfredse, og den hyppigste anke er prisen. Flere af patienterne giver også udtryk for, at de undres over, at der ikke er generelt tilskud til medicinen, når overvægt problematiseres i så høj grad. Når der ikke er tilskud til medicinen, fastholdes overvægt som individuelt problem, i stedet for at anerkende, at det også er en samfundsmæssig problemstilling og et fælles ansvar.

Litteraturliste

Aronne LJ, Hall KD, Jakicic JM, Leibel RL, Lowe MR, Rosenbaum M, Klein S
Describing the Weight-Reduced State: Physiology, Behavior, and Interventions, 2021

O'Brien K, Latner JD, Puhl RM, Vartanian LR, Giles C, Griva K, Carter A
The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress, 2016

Lewis S, Thomas SL, Warwick Blood R, Castle DJ, Hydee J, Komesaroff PA
How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study, 2011

Puhl RM, Heuer CA
Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health, 2010

Rubino D, Abrahamsson N, Davies M, Hesse D, Greenway FL, Jensen C, Lingvay I, Mosenzon O, Rosenstock J, Rubio MA, Rudofsky G, Tadayon S, Wadden TA, Dicker D
Effect of Continued Weekly Subcutaneous Semaglutide vs Placebo on Weight Loss Maintenance in Adults With Overweight or Obesity The STEP 4 Randomized Clinical Trial, 2021

Taha MB, Tamer Yahya T, Satish P, Laird R, Agatston A, Cainzos-Achirica M, Patel KV, Nasir K,
Glucagon-Like Peptide 1 Receptor Agonists: A Medication for Obesity Management. 2022

Wadden TA, et al.; The Look AHEAD study: a description of the lifestyle intervention and the evidence supporting it. 2006

Wang SS, Brownell KD, Wadden, TA. The influence of the stigma of obesity on overweight individuals, 2004

Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. 2022
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353613/WHO-EURO-2022-5369-45134-64401-eng.pdf?sequence=1>

Sundhedsstyrelsen; Evidens for livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt En litteraturgennemgang. 2018
<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Evidens-for-livsstilsinterventioner-til-boern-og-voksne-med-svaer-overvaegt/Evidens-for-livsstilsinterventioner-til-b%C3%B8rn-og-voksne-med-sv%C3%A6r-overv%C3%A6gt.ashx?la=da&hash=E779621AE670B282DAD516E7220FB77813D92F74>

Lægehåndbogen.dk
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/overvaegt/overvaegt/>

Pro.medicin.dk

Saxenda <https://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/7837>

Ozempic <https://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/8714>

Podcast: Radio Ligevægt, ved **Rasmus Køster-Rasmussen og Christian Vøhtz**, episode 22: "Hvad skal man mene om vægttabsmedicin?"

Månedsbladet for Rationel Farmakoterapi. Nr 6, August 2018.

<https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedssbladet/2018/-/media/Udgivelser/2018/M%C3%A5nedssblad-Rationel-farmakoterapi/M%C3%A5nedssblad-Rationel-Farmakoterapi-6-2018.ashx>)

Illustrationer til forside

Billede af kvinde, der træner: Reklame for Ozempic via nevergiveupteam.com, australsk online-netværk omkring vægttab.

Bio-psyko-social model: Frit efter George Engel

Bilag 1 - Spørgeskema

1. Hvad er dit køn
 - a. Mand
 - b. Kvinde
 - c. Andet
2. Hvilken aldergruppe?
 - a. 18-25 år
 - b. 26-35 år
 - c. 36-45 år
 - d. 46-55 år
 - e. 56-65 år
 - f. Over 67 år
3. Hvilken type medicin får du/har du fået for vægttabet
 - a. Ozempic (1x om ugen)
 - b. Saxenda (1 x om dagen)
4. Hvad var dit BMI ved start af behandling med ozempic/saxenda?
 - a. Under 25
 - b. 25-30
 - c. 30-35
 - d. 35-40
 - e. 40-45
 - f. 45-50
 - g. 50-55
 - h. Ved ikke
5. Får du behandling mod nogle kroniske sygdomme?
 - a. Ja
 - b. Nej
 - c. Beskriv gerne her, hvilken type kronisk sygdom, fx forhøjet blodtryk, astma, eksem, diabetes eller KOL.
6. Civilstatus
 - a. Gift/samboende partner
 - b. Har partner, men ikke samboende
 - c. Enlig
 - d. Andet
7. Beskæftigelse
 - a. Selvstændig
 - b. Lønmodtager
 - c. Studerende
 - d. Pensionist
 - e. Angiv evt andet, ex. sygemelding.
8. Hvordan er dit aktivitetsniveau på job/i dagligdagen?
 - a. Stillesiddende
 - b. Moderat aktiv
 - c. Høj aktivitet

9. Hvad er fælles årlig indkomst i hjemmet?
- Under 200.000 kr
 - 200.000-400.000 kr
 - 400.000-600.000 kr
 - Over 600.000 kr
10. Beskriv dine motionsvaner mens du er i gang med medicinen
- Dyrker ikke motion
 - 1-2 gange ugentligt
 - > 3 gange ugentligt
 - Angiv venligst antal minutter du i gennemsnit bruger på motion dagligt?
11. Har du været i et dagligt kalorieunderskud, mens du har taget medicinen?
- Ja
 - Nej
 - Ved ikke
12. Hvor har du hørt om vægttabsmedicin?
- Familie/venner
 - Internettet/sociale medier
 - Læge/sygeplejerske
 - Andet (angiv venligst hvor du ellers har hørt om medicinen)
13. Er der nogen i din tætte omgangskreds, der har forsøgt vægttab?
- Ja
 - Nej
 - Ved ikke
14. Oplever du opbakning fra din familie og omgangskreds til dit vægttab? Ja/nej, uddyb gerne
- Ja
 - Nej
 - Beskriv gerne en situation hvor du har følt opbakning og en hvor du har manglet.
15. Hvorfor ville du gerne tabe dig? (sæt gerne flere krydser)
- Pga. fysiske klager (fx knæ- eller rygsmerter)
 - Ønske om mere sundhed
 - Ønske om at ændre mit udseende
 - Andre har opfordret mig til det
 - Uddyb gerne
16. Føler du din vægt haft indflydelse på dit selvbillede og/eller selvtillid?
- Ja
 - Nej
 - Beskriv gerne
17. Hvorfor ville du gerne starte vægttabsmedicin?
18. Hvad var dit mål for vægttab inden du startede behandling?
- 0-10 kg
 - 10-20 kg
 - 20-30 kg
 - 20-30 kg (fejl i spørgeskemaet at den er med 2 gange)
 - Over 30 kg
19. Har du erfaring fra tidligere med vægttab?
- Ja

- b. Nej
- 20. Har du tidligere oplevet succes med vægttab?
 - a. Ja
 - b. Nej
- 21. Har du forsøgt nogle af disse metoder til vægttab? (sæt gerne flere krydser)
 - a. Måltidssubstitution (fx nupo)
 - b. Øget motion
 - c. Kalorieunderskud
 - d. Diætistvejledning
 - e. Nej
 - f. Uddyb gerne
- 22. Har du tidligere forsøgt lægevejledt vægttabsbehandling?
 - a. Via egen læge
 - b. Via sygehuset
 - c. Privatklinik
 - d. Ikke tidligere forsøg
 - e. Uddyb gerne
- 23. Hvordan er relationen til din egen læge/personalet ved din læge?
 - a. God
 - b. Dårlig
 - c. Ved ikke
 - d. Uddyb gerne fx tryk/utryk, støttende, åben/lukket osv.
- 24. Er du tryk ved administration af medicin ved injektioner?
 - a. Ja
 - b. Nej
 - c. Ved ikke
- 25. Er du rådgivet af din læge/sygeplejerske omkring- ? (sæt gerne flere krydser)
 - a. Medicinens virkemåde
 - b. Medicinens bivirkninger
 - c. Diæt
 - d. Motion
 - e. Uddyb gerne
- 26. Er der noget du savner hjælp til i almen praksis?
 - a. Ja
 - b. Nej
 - c. Uddyb gerne
- 27. Oplever du at din behandler er lydhør for dine ønsker?
 - a. Ja
 - b. Nej
 - c. Uddyb gerne
- 28. Hvordan fungerer kontrolforløbet ved din behandler?
 - a. Godt
 - b. Dårligt
 - c. Hverken eller
 - d. Uddyb gerne
- 29. Er du tilfreds med antallet af aftaler ved din behandler?
 - a. Tilpas
 - b. For få

- c. For mange
- 30. Er du overordnet tilfreds med behandlingen med Ozempic/Saxenda?
 - a. Ja
 - b. Nej
 - c. Ved ikke
- 31. Bruger du andet tilskud/medicin sammen med vægttabsmedicin?
 - a. Afføringsmiddel
 - b. Husk
 - c. Nej
 - d. Uddyb gerne
- 32. Hvem har udskrevet medicinen til dig?
 - a. Egen læge
 - b. Sygehuslæge
 - c. Anden
 - d. Uddyb gerne
- 33. Hvor længe har du taget/tog du væggtabsmedicin?
 - a. 0-3 mdr.
 - b. 3-6 mdr.
 - c. 6-9 mdr.
 - d. 9-12 mdr.
 - e. Over 12 mdr.
- 34. Hvor meget har du tabt dig under væggtabs medicinindtag?
 - a. 0-5 kg
 - b. 5-10 kg
 - c. 10-20 kg
 - d. Over 20 kg
- 35. Ved igangværende behandling: Har du opnået det væggtab du ønskede?
 - a. Ja
 - b. Nej
 - c. Jeg har ikke nået målet men er tilfreds
 - d. Ikke endnu, men jeg har stadig troen på jeg opnår det
 - e. Er stoppet behandlingen
- 36. Har du oplevet bivirkninger til væggtabsmedicinen?
 - a. Ja
 - b. Nej
 - c. Ved ikke
- 37. Oplevede du nogen af følgende bivirkninger: sæt gerne kryds i flere.
 - a. Kvalme
 - b. Mavesmerter
 - c. Hovedpine
 - d. Opkastninger
 - e. Forstoppelse
 - f. Diarre
 - g. Uddyb gerne
- 38. Hvis du er stoppet med væggtabsmedicin, så er det på grund af:
 - a. Bivirkninger
 - b. Pris
 - c. Manglende effekt

- d. Uddyb gerne
39. Hvilken virkning har der været af medicinen?
- a. Ønsket virkning
 - b. Ikke ønsket virkning
 - c. Uddyb gerne
40. Har du oplevet andre effekter siden du er startet på medicinen? sæt gerne flere krydser
- a. Jeg føler mere overskud til bevægelse - fx leg med mine børn
 - b. Jeg føler mig sundere
 - c. Jeg har mindre behov for anden type medicin (fx mod forhøjet blodtryk eller smertestillende)
 - d. Jeg er mere motiveret for yderligere vægttab
 - e. Jeg har større bevægefrihed
 - f. Jeg har færre smerter
 - g. Mit selvbillede/selvtillid er ændret
 - h. Jeg føler mig sygeliggjort pga. behov for fast medicin
 - i. Andet
41. Har du gjort dig tanker om, at det kan være en livslang behandling?
- a. Ja
 - b. Nej
 - c. Uddyb gerne
42. Ved ophørt behandling: Oplevede du det ønskede vægttab?
- a. Ja
 - b. Nej og har mistet troen på at det vil lykkes
 - c. Nej men jeg er tilfreds med resultatet
 - d. Nej, men jeg tror på at det vil lykkes
 - e. Jeg er fortsat i behandling
43. Hvis du er ophørt med behandlingen, har du så:
- a. Tabt dig siden du stoppede med medicinen?
 - b. Holdt vægten siden du stoppede med medicinen?
 - c. Samme vægt som før du startede medicin?
 - d. Højere vægt end før du startede medicin?
 - e. Jeg er stadig i behandling
44. Hvis du er stoppet med behandling: Hvor mange måneder har du været uden medicin?
45. Har du yderligere bemærkninger eller kommentarer om dine oplevelser med vægttabsmedicin vil vi gerne høre om dem.