
Vektreduserende medisiner – for hvem, hvordan, hvor lenge?

FRA FAGMILJØENE

JØRAN HJELMESÆTH

joran.hjelmeseth@siv.no
Senter for sykkelig overvekt
Sykehuset i Vestfold
Universitetet i Oslo
Nasjonalt råd for ernæring

Jøran Hjelmesæth er spesialist i indremedisin og i nyresykdommer. Han er leder for Senter for sykkelig overvekt, professor 2 og leder Nasjonalt råd for ernæring.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredrags- eller ekspertpanelhonorar fra Novo Nordisk (produsent av liraglutid og semaglutid), Navamedic (produsent av bupropion-naltrekson), Boehringer Ingelheim og Diabetesforbundet.

RANDI STØRDAL LUND

Senter for sykkelig overvekt
Sykehuset i Vestfold

Randi Størdal Lund er overlege og driver klinisk forskning innen livskvalitet og livsstilbehandling ved fedme.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar fra Novo Nordisk for utarbeiding av informasjonsmateriell.

JØRN VEGARD SAGEN

Avdeling for medisinsk biokjemi og farmakologi
Haukeland universitetssjukehus
Klinisk institutt 2
Universitetet i Bergen

Jørn Vegard Sagen er dr.med., avdelingssjef og professor. Han leder Norsk forening for fedmeforskning og er visepresident for Nord-Europa i Executive Committee, European Association for the Study of Obesity. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Novo Nordisk, Den norske legeforening, Diabetesforbundet og NOKLUS, har deltatt i rådgivningsforum Novo Nordisk og er medlem i referansegruppen Restart og i Advisory Board Lifeness.

TONE GRETLAND VALDERHAUG

Endokrinologisk avdeling

Akershus universitetssykehus

Tone Gretland Valderhaug er ph.d., spesialist i indremedisin og i endokrinologi, overlege og medisinsk ansvarlig for poliklinikk sykelig overvekt. Hun driver klinisk forskning innen type 2-diabetes og fedme. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra Novo Nordisk, AstraZeneca, Eli Lilly, Sanofi Aventis, Den norske legeforening og Diabetesforbundet, og har deltatt i rådgivningsforum i Eli Lilly, Novo Nordisk og AstraZeneca.

Medikamentell behandling av fedme gjennomgår en faglig revolusjon, og det kan være vanskelig å følge med. To relativt nye medikamenter som demper sult og øker metthetsfølelsen, kan nå forskrives av alle leger.

Kolleger spør oss daglig om veiledning i bruken av nye fedmereduserende medikamenter, og vi vil derfor dele noen praktiske tips i Tidsskriftet.

Hvem kan ha nytte?

Medikamentene kan forskrives som supplement til livsstilsbehandling hos voksne pasienter med fedme (BMI ≥ 30 kg/m²) eller overvekt (BMI 27,0–29,9 kg/m²) pluss minst én vektrelatert følgetilstand eller risikofaktor. Bupropion-naltrekson (Mysimba) og liraglutid 3,0 mg (Saxenda) gir henholdsvis 4 % og 5 % gjennomsnittlig større ettårsvektreduksjon enn livsstilbehandling alene (1). Liraglutid 3,0 mg kan også forskrives til ungdom ≥ 12 år med fedme og kroppsvekt > 60 kg.

Bupropion-naltrekson depottabletter

Bupropion er en svak dopamin- og noradrenalinreopptakshemmer som også brukes i behandling av depresjon. Personer som behandles med bupropion eller monoaminoksidasehemmere bør ikke bruke bupropion-naltrekson

depottabletter. Andre kontraindikasjoner er ukontrollert hypertensjon, tidligere krampeanfall, bipolar lidelse samt bulimi eller anoreksi.

Naltrekson er en μ -opioidantagonist, og pasienter som er avhengige av opioider eller opioidagonister (f.eks. metadon) eller er under avvenning fra opioider, er uegnet for behandling med naltrekson. Manglende sikkerhetsdata gjør at bupropion-naltrekson depottabletter bør brukes med forsiktighet ved hjerte- og karsykdom.

Liraglutid

Liraglutid 3,0 mg er en glukagonlignende peptid-1-analog (GLP-1-analog) og administreres som daglige subkutane injeksjoner. En medisin med samme virkestoff, men lavere dosering (Victoza), brukes ved type 2-diabetes.

Hvem kan forskrive og hvordan?

Alle norske leger kan forskrive begge disse medisinene. Startdosen er lav i begge medikamentgrupper, med trinnvis ukentlig økning til vedlikeholdsdose. Ved vektreduksjon under 5 % etter fire måneders behandling skal preparatet seponeres. Submaksimale medikamentdoser kan gi god terapeutisk effekt, spesielt hvis bivirkninger hindrer doseøkning.

Hvor lenge?

Fedme er en kronisk sykdom som krever livslang oppfølging og behandling. Livslang behandling med vektreduserende medisiner kan derfor være nødvendig.

Preparatvalg og refusjonsregler?

I samråd med pasienten velges medikament basert på indikasjoner, kontraindikasjoner og pris (2). Medikamentene er kostbare, og mange pasienter har ikke råd til å betale selv. Alle leger kan imidlertid søke Helfo om individuell refusjon etter blåreseptordningen for personer med BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ eller $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ og minst én vektrelatert følgetilstand (3). Bupropion-naltrekson depottabletter må av kostnadshensyn forsøkes først dersom det ikke foreligger medisinske kontraindikasjoner. BMI ved behandlingsstart legges til grunn for søknaden, og rettigheten til refusjon går ikke tapt dersom BMI synker til $< 35\text{--}40 \text{ kg/m}^2$ under pågående behandling. Ved ikke-tolererbare bivirkninger eller manglende effekt kan man søke om refusjon for liraglutid. Husk resept på nåler ved bruk av liraglutid (medisinsk forbruksmateriell § 5, punkt 14).

Nye, effektive medikamenter kommer

Flere fedmereduserende medikamenter er under utprøving i fase 3-studier, og foreløpige resultater gir grunn til optimisme. En ny GLP-1-analog (ukentlig semaglutid 2,4 mg (Wegovy)) er godkjent for markedsføring i Norge. Kliniske, randomiserte, kontrollerte studier har vist at denne medisinen har mer enn dobbelt så stor vektreduserende effekt (> 12 % vs. 4–5 %) som de to øvrige medisinerne beskrevet i denne artikkelen (4, 5). En medisin med samme virkestoff, men i lavere dosering (Ozempic) brukes ved type 2-diabetes.

REFERENCES

1. Tak YJ, Lee SY. Long-Term Efficacy and Safety of Anti-Obesity Treatment: Where Do We Stand? *Curr Obes Rep* 2021; 10: 14–30. [PubMed][CrossRef]
2. Helsenorge. Livsstilsendring og vektreduserende medisiner. <https://tjenester.helsenorge.no/samvalg/sykelig-overvekt/livsstilsendringer-og-vektreduserende-medisiner> Lest 3.2.2022.
3. Helsedirektoratet. Individuell stønad til ikke-forhandsgodkjente legemidler. <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/blareseptordningen-forhandsgodkjent-og-individuell-stonad/blaresept-og-individuell-stonad/individuell-stonad-til-ikke-forhandsgodkjente-legemidler-og-naringsmidler/lege-pa-vegne-av-pasient-individuell-stonad-til-ikke-forhandsgodkjente-legemidlerhttp://> Lest 3.2.2022.
4. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *N Engl J Med* 2021; 384: 989–1002. [PubMed][CrossRef]
5. Rubino DM, Greenway FL, Khalid U 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: 138–50. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 4. april 2022. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0115

Mottatt 9.2.2022, første revisjon innsendt 2.3.2022, godkjent 3.3.2022.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.