
Ungdom med alvorlig fedme bør få legemiddel på blå resept

DEBATT

RØNNAUG ASTRI ØDEGÅRD

ronnaug.odegard@ntnu.no

Rønnaug Astri Ødegård er spesialist i barnesykdommer med vekt på barneendokrinologi, leder av Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon, overlege ved Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs hospital og førsteamanuensis II ved NTNU.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra Novo Nordisk, som er eneste leverandør av GLP-1-analog (Saxenda) til behandling av fedme for ungdom i Norge.

PÉTUR BENEDIKT JÚLÍUSSON

Pétur Benedikt Júlíusson er spesialist i barnesykdommer og overlege ved Barne- og ungdomsklinikken, Haukeland universitetssjukehus, avdelingsdirektør ved Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling i Folkehelseinstituttet og professor ved Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANE SOFIE KOKKVOLL

Ane Sofie Kokkvoll er ph.d., spesialist i barnesykdommer, overlege og medisinsk ansvarlig for Barneovervektteamet ved Finnmarkssykehuset, førsteamanuensis II ved UiT Norges arktiske universitet og rådgiver ved Regional koordinerende enhet for helsefaglig simulering i Helse Nord.

Hun sitter i styret for Norsk forening for fedmeforskning.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HEGE KRISTIANSEN

Hege Kristiansen er ph.d., spesialist i barnesykdommer, overlege ved Barne- og ungdomsavdelinga i Helse Førde og førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen. Hun er nestleder i styret i Norsk barnelegeforening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

UNNI METTE STAMNES KÖPP

Unni Mette Stamnes Köpp er ph.d., spesialist i barnemedisin og overlege ved Barne- og ungdomsavdelingen, Sørlandet sykehus Kristiansand, medisinsk ansvarlig for SMART livsstil for barn og unge med fedme i Agder og seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JOHANNES ROLIN

Johannes Rolin er ph.d., spesialist i barnesykdommer, overlege og medisinsk ansvarlig ved Hormon-, overvekt- og ernæringsavdelingen – seksjon barn og ungdom ved Sykehuset i Vestfold.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Novo Nordisk, som er eneste leverandør av GLP-1-analog (Saxenda) til behandling av fedme for ungdom i Norge.

SARA SHAH

Sara Shah er konstituert overlege ved overvektspoliklinikken for barn og unge, Oslo universitetssykehus og klinisk stipendiat og universitetslektor ved Pediatrisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo. Hun leder Kvalitetsregisteret om overvekt og fedme hos barn og unge i Oslo og et samhandlingsprosjekt om overvekt og fedme hos barn og unge.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

METTE SVENDSEN

Mette Svendsen er ph.d., klinisk ernæringsfysiolog ved Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin, Oslo universitetssykehus og førstelektor ved Avdeling for ernæringsvitenskap ved Universitetet i Oslo. Hun er leder for Norsk forening for fedmeforskning.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra Navamedic.

JØRAN HJELMESÆTH

Jøran Hjelmesæth er spesialist i indremedisin og i nyresykdommer, seksjonsoverlege ved Hormon-, overvekt- og ernæringsavdelingen – forskningsseksjonen ved Sykehuset i Vestfold, professor ved Universitetet i Oslo og leder for Nasjonalt råd for ernæring. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Novo Nordisk, som er eneste leverandør av GLP-1-analog (Saxenda) til behandling av fedme for ungdom i Norge, og fra Navamedic, Boehringer Ingelheim og Diabetesforbundet samt ekspertpanelhonorar fra Novo Nordisk og Boehringer Ingelheim.

Det eneste effektive legemiddelet mot alvorlig fedme hos ungdom i Norge ble fjernet fra blåreseptforskriften 1. februar 2023. Det rammer en sårbar pasientgruppe hardt.

Daglig injeksjon av liraglutid 3,0 mg (Saxenda) som supplement til livsstilsbehandling ble godkjent for behandling av ungdom med fedme i 2021 [\(1, 2\)](#). Med et pennestrøk ble legemiddelet nylig fjernet fra blåreseptforskriften [\(3\)](#).

Blåreseptforskriften krever blant annet vurdering av kostnadseffektivitet som grunnlag for Helsedirektoratets beslutninger om hvilke medikamenter som kan tilbys på blå resept. En nyere og mer effektiv GLP-1-analog, semaglutid 2,4 mg injeksjon ukentlig (Wegovy) [\(4\)](#), ble nylig vurdert av Statens legemiddelverk som ikke kostnadseffektiv for voksne [\(5\)](#). Liraglutid 3,0 mg, som har liknende pris, men lavere effekt enn semaglutid 2,4 mg, ble da umiddelbart fjernet fra blåreseptforskriften [\(3\)](#). Vedtaket gjaldt også unge (12–18 år) med alvorlig fedme – og fratar i praksis denne sårbare gruppen med svært alvorlig sykdom tilgang til det eneste medikamentelle behandlingstilbudet som finnes [\(1\)](#).

«Vedtaket fratar i praksis denne sårbare gruppen med svært alvorlig sykdom tilgang til det eneste medikamentelle behandlingstilbudet som finnes»

Legemiddelet vil nå koste den enkelte 36 000 kroner i året, og vedtaket vil trolig forsterke velkjente sosioøkonomiske ulikheter i helse. Videre er vedtaket i tråd med tidligere funn om at barns rettigheter til medikamentell behandling er svakere enn hos voksne [\(6\)](#).

En helhetlig tjeneste må sikres

Det er internasjonal konsensus om at basisbehandlingen ved barnefedme er familiebasert livsstilsbehandling knyttet til kosthold, søvn, fysisk aktivitet og psykisk helse [\(7\)](#). Selv om slik behandling til dels er innført og dokumentert i Norge [\(8\)](#), erfarer vi at kompetansen er altfor dårlig etablert i helsetjenesten. I

spesialisthelsetjenesten mangler tverrfaglige behandlingstilbud ved flere barne- og ungdomsklinikker, og de færreste kommuner tilbyr kvalitetssikret livsstilsveiledning.

Samtidig velger de regionale helseforetakene å bruke ressurser på fedmebehandling for familier/unge ved rehabiliteringssentre, på tross av at slik behandling ikke har vesentlig bedre langtidseffekt enn mindre ressurskrevende poliklinisk livsstilsbehandling, som vist i en norsk randomisert multisenterstudie (9). Regionale helseforetak velger altså å se bort fra tilgjengelig kunnskap, og – sammen med siste vedtak om liraglutid – blir det tydelig at rammebetingelsene for behandling av disse pasientene mangler helhetlig håndtering, med tap av god ressursbruk og beste tilgjengelige forskningskunnskap som konsekvens.

Vedtaket bør reverseres for ungdom

Kostnadseffektivitet kan vurderes på flere måter, og det engelske National Institute for Health Care and Excellence (NICE) kom til motsatt konklusjon da de anbefalte ukentlig semaglutid 2,4 mg for forskrivning i spesialisthelsetjenesten (10). Dette kan delvis forklares med at de i analysen valgte å også vektlegge sannsynlige effekter av fedmereduksjon på hjerte- og karhendelser og diabetes type 2 samt at de vurderte faktorer som infertilitet og stigma. Viktig i NICE-vurderingen er at sentre som skal forskrive semaglutid, pålegges å tilby livsstils-/kostveiledning.

I sin orientering om Wegovy-vedtaket åpner helsemyndighetene for å forhandle med industrien om pris (11). Uavhengig av dette oppfordrer vi på det sterkeste Helsedirektoratet til å reversere blåreseptvedtaket for liraglutid for ungdom ned til 12 år.

Likeverdig behandlingstilbud

Forebyggende tiltak i oppveksten påvirker utdanningsløp og yrkesmuligheter senere i livet, som igjen påvirker helsen i voksen alder. Vi har god vitenskapelig dokumentasjon på hvilken behandling som nytter (7–9) og at farmakoterapi har en viktig plass for de sykeste (1). La oss derfor sikre at barn og ungdom med alvorlig fedme får et likeverdig behandlingstilbud uavhengig av familieøkonomi og hvor i landet de bor.

Innholdet i denne artikkelen støttes av Norsk barnelegeforening.

REFERENCES

1. Rolin J, Ødegård RA, Amundsen VV et al. Medikamentell tilleggsbehandling for vektreduksjon hos ungdom med alvorlig fedme. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0540. [PubMed] [CrossRef]

2. Kelly AS, Auerbach P, Barrientos-Perez M et al. A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity. *N Engl J Med* 2020; 382: 2117–28. [PubMed][CrossRef]
3. Helsedirektoratet. Folketrygdloven kapittel 5 med tilhørende bestemmelser. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til--5-14-legemiddellisten/virkestoffer/liraglutid-2> Lest 31.1.2023.
4. 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]
5. Statens legemiddelverk. Wegovy innvilges ikke blå resept. <https://legemiddelverket.no/nyheter/wegovy-innvilges-ikke-bla-resept> Lest 31.1.2023.
6. Chen Z, Li S, Zeng L et al. Accessibility of Medicines for Children: A Systematic Review. *Front Pharmacol* 2021; 12: 691606. [PubMed][CrossRef]
7. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. <https://www.aap.org/en/patient-care/institute-for-healthy-childhood-weight/clinical-practice-guideline-for-the-evaluation-and-treatment-of-pediatric-obesity/> Lest 31.1.2023.
8. Skodvin VA, Lekhal S, Kommedal KG et al. Livsstilsbehandling av barn og ungdom med alvorlig fedme – resultater etter ett år. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.19.0682. [PubMed][CrossRef]
9. Benestad B, Lekhal S, Småstuen MC et al. Camp-based family treatment of childhood obesity: randomised controlled trial. *Arch Dis Child* 2017; 102: 303–10. [PubMed][CrossRef]
10. National Institute for Health and Care Excellence. NICE recommends new treatment option for adults with obesity and non-diabetic hyperglycaemia who have a high risk of cardiovascular disease. <https://www.nice.org.uk/news/article/nice-recommends-new-treatment-option-for-adults-with-obesity-and-non-diabetic-hyperglycaemia-who-have-a-high-risk-of-cardiovascular-disease> Lest 31.1.2023.
11. Brækhus LA. Slankemedisinen Wegovy innvilges ikke blå resept. *Dagens Medisin* 19.1.2023. <https://www.dagensmedisin.no/fedme-legemiddelverket-legemidler/slankemedisinen-wegovy-innvilges-ikke-bla-resept/510609> Lest 31.1.2023.

Publisert: 3. februar 2023. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0069
Mottatt 31.1.2023, godkjent 2.2.2023.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juni 2026.