



## BESTYRELSENS KLUMME:

# Hvad er det, vi behandler med Wegovy?

Som repræsentant for DSAM var jeg inviteret til stormøde, som blev afholdt af Medicin.dk, om behandling af overvægt. I panelet sad også to de endokrinologiske forskere Tina Vilsbøll og Filip Krag Knopp, sundhedsøkonom Jakob Kjellberg, Per Nielsen, formand for Adipositasforeningen, Stinus Lindgren, politiker, samt Majbritt, som lever med svær overvægt. Det var mange forskellige betragtninger. Kan svær overvægt defineret ved BMI over 30 overhovedet kaldes en sygdom? Der er behov for en mere nuanceret debat, og derfor handlede mit oplæg om de refleksioner, jeg har gjort mig i almen praksis i mødet med patienterne. Det er jo trods alt os, som udskriver behandlingen og har ansvaret for patienterne, og erfaringer fra virkeligheden er vigtige at få frem.

**V**i har alle mærket den store efterspørgsel på Wegovy. Mange patienter er glade for behandlingen, men de færreste ønsker livslang behandling. De ser det mere som et skub til at komme i gang med et vægttab. På baggrund af STEP-studierne forventer vi, at de tager den tabte vægt på igen (og i værste fald endnu mere), når de stopper behandlingen. Som bekendt er yo-yo-vægt langt mere sundhedsskadeligt end overvægt.

Flere af mine patienter har kun i begrænset omfang fået omlagt deres vaner. De taber sig i vægt med medicin, men de taber også muskelmasse, når de ikke styrketræner samtidigt. Det er svært at ændre vaner, ved vi fra studier om livsstilsintervention.

Hvad er det, vi behandler? Er det lidelse og funktionstab og reel forebyggelse af hjerte-kar-sygdom? Eller er det kosmetisk? Vi mangler viden om den sundhedsmæssige gavn af vægttab, og hvem vi skal behandle. SELECT-studiet viser effekt på nogle punkter: Det virker forebyggende på hjerte-kar-sygdom hos de overvægtige, som allerede har iskæmisk hjertesygdom. Formentlig har det en plads som sekundær forebyggelse, men vi mangler evidens om brugen som primær forebyggelse hos raske overvægtige uden diabetes og hjerte-kar-sygdom.

Det debatteres, hvorvidt svær overvægt (defineret som BMI > 30) er en kronisk sygdom. Men BMI tager ikke højde for f.eks. kropsbygning, fedtfordeling, muskelmasse og livvidde. Ny

forskning viser, at nogle mennesker har et usundt fedtvæv, hvor cellerne ikke kan rumme fedt, så fedtvævet bliver inflammeret, cellerne flyder over, og fedt aflejres i organer og visceralt væv, som øger risikoen for diabetes, hjerte-kar-sygdom og andre organrelaterede lidelser. Men sundt fedtvæv, som kan ekspandere og er lokaliseret subkutant, er ikke farligt, så fedt på lår og hofter er ikke bekymrende. Det handler primært om, hvor man har fedt, og BMI siger intet om placering. Et ensidigt fokus på BMI er forsimplet og sygeliggør raske mennesker. Vi fremelsker et kropsideal, hvor en slank krop er vigtigere end en sund og stærk krop.

Jeg kan godt forstå patienternes ønske om vægttab. Jeg anerkender, at

svær overvægt kan medføre funktionsstab, og de patienter skal vi hjælpe med Wegovy. Ligesom vi skal behandle de overvægtige, som har øget risiko for hjerte-kar-sygdom. Men jeg anerkender ikke præmissen om, at alle med BMI > 30 er kronisk syge.

Vi har hørt, at overvægt belaster sundhedsvæsenet. Sundhedsøkonomer har fundet en sammenhæng mellem overvægtige og udgifter til hospitalssindlæggelser. At overvægtige tjener mindre og får flere overførselsindkomster. Konklusionen er, at overvægtige koster samfundet dyrt. Sundhedsøkonom Jacob Kjellberg har udregnet, hvor meget hvert BMI-point > 30 koster samfundet – og hvor meget samfundet vil spare, hvis de taber sig 15 %. Men undersøgelserne påviser udelukkende en korrelation og ikke en årsagssammenhæng. Svær overvægt har en social slagside. Ofte medfører psykosociale forhold både overvægt og lav indkomst og flere indlæggelsesdage. Det er en sær og forsimplet konklusion, særligt når det ræsonneres, at disse mennesker med Wegovy skulle udgøre en mindre økonomisk belastning.

Når 900.000 mennesker opfylder indikationen på Wegovy, giver det andre problemer end sygeliggørelse. Det koster vores tid. Men endnu værre: Der er ikke råd til tilskud til de patienter,

som virkelig har behov. En kvinde i vores praksis er svært plaget af overvægt. Hun har et BMI > 50 og er førtidspensioneret. Hun er henvist til gastrisk bypass, men skal tabe sig 18 kg, før man vil operere. Det er ikke lykkedes, og vores ansøgning om tilskud er afvist.

I modsatte ende af skalaen har vi henvendelser fra postmenopausale kvinder, som har taget på i vægt, hvilket jeg hidtil har set som en normal fysiologisk udvikling. En kvinde på 74 år efterspurgt Wegovy, fordi hun har taget 15 kg på, siden hun fødte sit sidste barn som 40-årig, og hun har nu et BMI på 31. Hun har lidt ondt i knæene, men intet, som begrænser hende, og ingen risikofaktorer for sygdom. Er det unormalt?

Normalindekset for BMI blev i 1972 udregnet på baggrund af 7.000 midaldrende europæiske mænds BMI. Vi har ikke et normalindeks for kvinder, og BMI tager ikke højde for alder eller race.

Hvad gør vi med patienter med tvangsoverspisning (BED)? Ifølge psykiatrisk overlæge Else Marie Olsen er behandling med fokus på vægttab direkte skadeligt ved BED. Hvordan skelner vi præcist mellem overvægtige patienter og dem, som har et tvangspræget forhold til mad? Hvordan hjælper vi vores patienter med BED, når der ikke er et offentligt behandlings-

tilbud til dem? Hvordan rådgiver vi, hvis patienter, som er mistænkt for at have BED, ønsker Wegovy? Vi løser jo ikke deres grundlæggende problem.

Man har fundet et stof, som virker på vægttab. Men det er ikke undersøgt, hvilke patientgrupper der har sundhedsmæssig gevinst af det, før det er udrullet i primærsektoren og er tilgængeligt hos online-læger. Normalt tager man først ny medicin i brug, når specialafdelingerne har foretaget en systematisk vidensopsamling og fået erfaring med lægemidlet. Det er ikke sket her, for lanceringen er gået lynhurtigt.

Det er ikke risikofrit at sætte så mange mennesker i medicinsk behandling med et nyt præparat (ja, det er en ny patientgruppe uden diabetes, og styrken er væsentligt højere end ved Ozempic). Vi risikerer at opdage alvorlige, sjældne bivirkninger for sent, og at de kommer i stor skala, når så mange mennesker får det udskrevet.

Sundhedsvæsenet har et stort fokus på bæredygtighed. Forskning viser, at 40 % af vores behandlinger ikke har nogen sundhedsmæssig værdi eller er direkte skadelige for vores patienter. Lad os minde hinanden om DSAM's pejlemærke: Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske. Det betyder også, at vi skal arbejde bevidst på rettidig diagnostik og undgå overdiagnostik. //

Practicus-redaktionen ønsker alle læsere  
et rigtig godt nytår og et fantastisk 2024

Vi takker for de mange bidrag til bladet, som vi modtog i det forgangne år, og opfordrer alle til at følge trop og byde ind med artikler og debatindlæg. Practicus Podcast vil i det nye år bringe en række portrætter af praktiserende læger med afsæt i 'den dag, du aldrig glemmer'. Skal vi have din historie med?