

# Månedssbladet Rationel Farmakoterapi

Nr. 4 - August 2023



## Behandling af overvægt hos voksne i almen praksis. Lægemidler skal bruges med omtanke.

Hanne Madsen  
Indsætter for Rationel Farmakoterapi  
(IRF), Sundhedsstyrelsen og  
Medicinsk afdeling/FAM, Odense  
Universitetshospital, Svendborg

Zandra Nyman Ennis  
Indsætter for Rationel Farmakoterapi  
(IRF), Sundhedsstyrelsen og  
Farmakologi, Odense Universitetshospital  
Janus Laust Thomsen  
Center for Almen Medicin  
ved Ålborg Universitet

Godkendelse af det nye vægttabsmiddel Wegovy (semaglutid) sidste år har igen gjort debatten om lægemiddelbehandling af overvægt aktuel. Hidtil har anvendelse af vægttabsmidler været forbundet med begrænset vægttab og flere bivirkninger. Wegovy er reelt det første lægemiddel til behandling af overvægt, som har en rimelig favorabel profil i forhold til både effekt og bivirkninger. Effekten af Wegovy opnås i kombination med livsstilsinterventioner, men når behandlingen ophører, reduceres vægttabet fra ca. 16% af udgangsvægten til tæt på udgangspunktet omkring 5% af udgangsvægten [1] efter 48-52 uger [2]. Derfor må det forventes, at de fleste vil have brug for gentagne eller langvarig farmakologisk behandling for at vedligeholde vægttabet [1] samt livslangt fokus på ændrede kost- og motionsvaner. Trods de gavnlige virkninger er prisen uacceptabel høj med en månedlig udgift for patienten på mere end 2.300 kr., især da vægttabet kun opretholdes under vedligeholdelsesbehandling, og behandlingen derfor må forventes at være livslang.

### Overvægt blandt voksne i Danmark

I Danmark og internationalt anvendes BMI som et praktisk mål for graden af overvægt. WHO har defineret grænseværdier for Body Mass Index (BMI) hos voksne i forhold til helbredsrisikoen forbundet med forskellige BMI-klasser. Overvægt defineres ved BMI  $\geq 25$ -30 og svær overvægt ved BMI  $\geq 30$  [3]. Først i 1990'erne levede ca. 8% voksne med svær overvægt, svarende til ca. 340.000 personer i Danmark [4]. Andelen med svær overvægt er steget jævnt i perioden 2010 til 2021 fra 13,6 % til 18,5 %, svarende til at mere end 880.000 voksne i Danmark nu har svær overvægt. Andelen er stort set ens blandt mænd og kvinder. Der er flest personer med svær overvægt i aldersgruppen 45-64 år. Der er en betydelig social ulighed i forekomsten af moderat overvægt og i endnu højere grad i forekomsten af svær overvægt. Uligheden ses både i forhold til uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder modtagelse af overførselsindkomst, anden etnisk baggrund end dansk fra visse lande samt psykiske helbredsproblemer og funktionsnedsættelser [5].

Det er velkendt, at overvægt og især svær overvægt er en risikofaktor for udvikling af en række følgetilstande (Faktaboks 1) og forkortet levetid [3]. Der er årligt 750 ekstra dødsfald blandt personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt. Det svarer til 2% af alle dødsfald ved mænd og 1% af alle dødsfald ved kvinder. I alt er der ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet på 3.842 mio. kr. til behandling, pleje og medicin blandt personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt [6].

### Faktaboks 1

#### Eksempler på følgetilstande til overvægt og især svær overvægt

- Prædiabetes og type 2-diabetes
- Hjerte-kar-sygdom
- Kræft
- Søvnapnø
- Psykiske problemer
- Hypertension
- Dyslipidæmi
- Smerter generelt
- Ledsmerter i vægtbærende led
- Nedsat reproduktionsevne
- Graviditetskomplikationer
- Nedsat livskvalitet

### Livsstilsintervention

Livsstilsændring er førstevalg i behandling af overvægt [1,7,8]. Et klinisk relevant vægttab for voksne, der har overvægt er et vægttab på minimum 5% af udgangsvægten [3]. Livsstilsintervention ved svær overvægt hos børn og voksne kan resultere i sundere vaner, vægttab, vægtvedligeholdelse eller vægttabsvedligeholdelse. Desuden vil forekomsten af kroniske smerter i vægtbærende led, sygelighed og dødelighed reduceres og livskvalitet samt trivsel bedres [3], og risikoen for udvikling af følgesygdomme til svær overvægt [7] reduceres. Der er ikke påvist reduktion af morbiditet og mortalitet af hjerte-kar-sygdomme [8] ved vægttab i kliniske studier, fraset hos patienter der opnår vægttab ved kirurgisk behandling [9]. Det kan skyldes, at effekten af livsstilsændringer på vægttab over tid er for lille til at være klinisk betydende i de randomiserede studier. En metaanalyse af

27 kliniske forsøg med 7236 individer viste, at væggtab under intervention blev efterfulgt af en vægtøgning, som startede gennemsnitligt 36 uger efter at livsstilsinterventionerne (kostændring evt. med motion og/eller andre interventioner som adfærdsterapi) stoppede, og de fleste patienter var tilbage ved deres udgangsvægt 3-5 år senere [8, 10]. Ved kirurgisk behandling er vægttabet blivende og større (25-40% af kropsvægten [11,12]).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at livsstilsinterventioner har en varighed på minimum 12 måneder og indeholder minimum 26 timers kontakt med sundhedsprofessionelle eller andre fagpersoner [3]. Livsstilsintervention bør bestå af elementerne kost, fysisk aktivitet, trivsel, livskvalitet og adfærdændring. Eventuel kan partnerinvolvering hjælpe patienten. Derudover er det vigtigt at have fokus på psykosociale forhold, søvn, stillessiddende tid og eventuel stress. Både dårlig søvn og stress er associeret med overvægt [3,7].

### Farmakologisk behandling

Glukagonlignende peptid (GLP)-1-analog er et naturligt forekommende tarmhormon, hvis analoge former er udviklet til behandlingen af type 2-diabetes. Der har efterfølgende vist sig, at den endogene sekretion af GLP-1 stiger umiddelbart efter operativ behandling for svær overvægt og falder efter væggtab ved livsstilsintervention. Undersøgelserne tyder således på, at hormonet både er en del af forklaringen på vægttabet efter en operation, og at et lavt niveau er en del af den kompensatoriske mekanisme, der gør det svært at fastholde et konventionelt væggtab opnået ved livsstilsinterventioner [8]. GLP-1-analoger kan derfor bruges til behandling af overvægt.

I Danmark findes aktuelt fire præparater med indikation til behandling af overvægt som supplement, hvor livsstilsinterventioner ikke alene har været tilstrækkeligt virkningsfulde (Tabel 1). Heraf er Wegovy (semaglutid) og Saxenda (liraglutid) GLP-1 analoger [1,2,7,13]. Det aktive indholdsstof semaglutid findes i tre forskellige markedsførte præparater Wegovy, Rybelsus (tablet formulering) og Ozempic. Den registrerede indikation afspejler det datagrundlag, som de tre lægemidler er ansøgt på. Wegovy er godkendt til at behandle svær overvægt, mens Ozempic og Rybelsus er godkendt til at behandle type 2-diabetes. Wegovy har et højere maksimalt indhold af semaglutid (2,4 mg) end Ozempic (1,0 mg).

GLP-1 er en fysiologisk regulator for appetit og kaloriindtag, og GLP-1 receptoren er til stede i flere områder af hjernen, der er involveret i appetitregulering. GLP-1 analoger reducerer energiindtaget, øger følelsen af mæthed, forbedrer kontrollen over madindtag, reducerer følelsen af sult samt hyppigheden og intensiteten af madtrang. Desuden reducerer Wegovy præferencen for fødevarer med højt fedtindhold [1].

Wegovy (semaglutid) er det mest effektive lægemiddel til behandling af overvægt hos voksne i tillæg til livsstilsintervention. Effekten er undersøgt i en række dobbeltblindede randomiserede studier. Forsøgsdeltagerne (BMI  $\geq 30$  eller  $\geq 27$  med minimum én vægtrelateret komorbiditet) blev behandlet i 2 år samtidig med diætbehandling med et dagligt kalorieunderskud på 500 kcal og fysisk aktivitet mindst 150 minutter ugentligt. Desuden havde de kontakt med diætist hver 4. uge, som skulle følge op på deltagerne, og om de fulgte de krav, der var til kost og øget fysisk aktivitet. I løbet af 68 uger inklusiv 16 uger med optitrering opnåede 92% af deltagerne et væggtab på  $\geq 5\%$  af udgangsvægten, 75% et væggtab på  $\geq 10\%$ , 55% et væggtab  $\geq 15\%$  og 35% et væggtab på  $\geq 20\%$ , men når behandlingen ophørte, tog deltagerne på igen fraset et gennemsnitligt vedvarende væggtab på omkring 5% [1] efter 48-52 uger [2].

Der kunne påvises en normalisering af metabolisk dysfunktion herunder nedsat udvikling af diabetes. Der blev ligeledes påvist en statistisk signifikant bedring af livskvalitet ved hjælp af Short Form-36v2 Health Survey, Acute Version (SF-36) og det overvægts-specifikke spørgeskema Impact of Weight on Quality of Life Lite Clinical Trials Version (IWQOL-Lite-CT), dog var der usikkerhed om den kliniske relevans [2]. Der afventes resultater vedrørende forholdet mellem behandling med Wegovy og hjerte-kar-sygdomme i løbet af 2023 [1]. Effekten af medicinsk behandling er kun undersøgt i sammenhæng med livsstilsinterventioner. Der findes ingen viden om effekten, hvis patienten ikke ændrer sin livsstil.

Bivirkningsprofilen for Wegovy vurderes mere fordelagtig end ved behandling med Orlistat (orlistat) og Mysimba (bupropion-naltrexon), og er sammenlignelig med Saxenda [1]. De almindeligste bivirkninger er gastrointestinale. Wegovy og Saxenda har samme bivirkningsprofil i forhold til gastrointestinale bivirkninger, der er hyppigst ved opstart og dosisøgning (ca. 83% ved både Wegovy og Saxenda; placebo: 55%) [14].

GLP-1 analoger bør ikke kombineres [2]. Hvis man ønsker at skifte fra Saxenda til Wegovy, kan man seponere Saxenda og starte på Wegovy den næste dag. Der eksisterer ikke kliniske forsøg, der undersøger effekt og sikkerhed ved skift mellem GLP-1 analoger. Derfor anbefales startdosis på 0,25 mg Wegovy og optitrering som vanligt. Er der ønske om at afkorte varigheden af optitreringsfasen, kan man efter individuel vurdering vælge en højere initial dosis af Wegovy. For patienter i vedligeholdelsesdosis på 3 mg dagligt af Saxenda, kan startdosis af Wegovy være 1 mg ugentligt. Patienten skal i dette tilfælde informeres om, at denne tilgang er forbundet med øget risiko for bivirkninger. Ved ordination af Wegovy til mennesker med type 2-diabetes skal man overveje at reducere dosis af insulin eller beta-cellestimulerende lægemidler for at mindske risikoen for hypoglykæmi [1]. Blandt patienter med type 2-diabetes og svær overvægt, er der en tendens til et

**Tabel 1**

**Oversigt over lægemidler godkendt som supplement til non-farmakologisk behandling af overvægt af voksne med BMI  $\geq 30$  eller  $\geq 27$  med minimum én vægtrelateret komorbiditet<sup>#</sup>.**

Lægemiddel	Virknings mekanisme	Vægttab af initial kropsvægt %	Anbefalet dosis	Almindelige bivirkninger	Tidspunkt for seponering af behandling, hvis der ikke er opnået et vægttab på min. 5% af initial kropsvægt	Pris for en uges behandling <sup>a</sup>
Bupropion-naltrexon (Mysimba)	Bupropion hæmmer dopamin- og noradrenalin-reuptake. Naltrexon er en $\mu$ -opioid antagonist*	5-6% efter 1 år [7]	Uge 1-4 90+8 mg x 1 p.o. Uge 4- 180+16 mg x 2 po	Kvalme, forstoppelse, opkastning, hovedpine	16 uger	222,32 kr.
Liraglutid (Saxenda) Subcutant	GLP-1-analog. Øger mæthedfølelse og mindsker sult*	6,4% efter 68 uger [2]	Dosis optitreres fra 0,6 mg x 1 s.c. i min. 1 uge til maks. 3 mg x 1. Dosisøgning maks. 0,6 mg pr. uge.	Kvalme, forstoppelse, opkastning, diarre hovedpine	12 uger	594,00 kr.
Orlistat** (Orlistat)	Hæmmer gastrointestinale lipaser og således hydrolysen af fedt til absorberbare frie fedtsyrer og monoglycerider.	3 % efter 1 år [7]	120 mg p.o. i forbindelse med et (fedtholdigt måltid)	Fedt af-føring, tynd afføring, luft fra tarmen, mavesmerter, ufrivillig afføring	12 uger	89,04 kr. <sup>b</sup>
Semaglutid (Wegovy) Subcutant	GLP-1-analog. Øger mæthedfølelse og mindsker sult*	15,8% efter 68 uger [2]	Uge 1-4 0,25 mg s.c. Uge 5-8 0,50 mg s.c. Uge 9-12 1,0 mg s.c. Uge 13-16 1,7 mg s.c. Vedligehold. 2,4 mg s.c.	Kvalme, forstoppelse, opkastning, diarre, hovedpine, mavesmerter	12 uger	594,40 kr.

<sup>#</sup> Så som prædiabetes, type 2-diabetes, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, søvnapnø eller hjerte-kar-sygdom.

\*\*Kan anvendes ved BMI>28

\* Den eksakte virkningsmekanisme er ukendt.

<sup>a</sup> Ingen af de nævnte præparater har generelt eller klausuleret tilskud, men det er muligt at søge enkelttilskud for dem alle.

<sup>b</sup> For prisberegning er antaget 3 hovedmåltider dagligt

marginalt større absolut vægttab under behandling med enten GLP-1 analoger eller sodium glucose cotransporter-2(SGLT-2)-hæmmere sammenlignet med øvrige anti-diabetika. Dette vægttab er dog ikke af en klinisk relevant størrelse, og derfor er svær overvægt ikke i sig selv grund til at skelne mellem antidiabetiske lægemidler [15].

En større følsomhed hos nogle ældre patienter kan ikke udelukkes. Erfaringen med behandling af patienter  $\geq 75$  år er begrænset og anbefales ikke [2].

Tal fra Sundhedsdatastyrelsens Lægemiddelstatistikregister viser en stigning i antallet af recepter, der udstedes på lægemidler til vægttab, i perioden januar 2020 til maj 2023. Efter introduktion af Wegovy, som kom på det danske marked i december 2022, ses en markant stigning i antallet af udstedte recepter (Figur 1) [16]. Recepterne udstedes overvejende i almen praksis. Demografiske data viser, at det primært udskrives til behandling af aldersgruppen 45-64 år, og at der er flest brugere opgjort per 1000 indbyggere i Region Hovedstaden.

## Kirurgisk behandling

Bariatrisk kirurgi er stadig den mest effektive behandling af svær overvægt, og det medfører et ofte stort (20-40%) og blivende vægttab [11], reduktion i kardi-ovaskulære risikofaktorer, vægtrelateret komorbiditet og reduceret dødelighed [11,12]. Forud for operationen skal de ikke-kirurgiske behandlingsmuligheder være udtømte, herunder et længerevarende superviseret konventionel vægttabsforløb gerne suppleret med medicinsk behandling inden for de sidste 3 år [12].

Alment praktiserende læger kan henvise patienten til et behandlingsprogram ved et multidisciplinært team på et offentligt sygehus med henblik på behandling for fedme (BMI > 35), såfremt patienten vurderes at opfylde visitationskriterierne (Faktaboks 2) [11]. Dette gælder, hvad enten der forventes at blive tale om tilbud om fedmekirurgi eller ej. Overblik over regionale kirurgiske tilbud findes på [www.ncfo.dk](http://www.ncfo.dk) regioner fra Nationalt Center for Overvægt.

Det præ- og postoperative forløb varetages i endokrinologisk regi. I det præoperative forløb skal patienten være i stand til at tabe minimum 8 % af vægten indenfor 3-6 måneder for at nedbringe risikoen for operative komplikationer [11]. Dette vægttab kan opnås med kostomlægning og eventuelt suppleret med medicinsk behandling [12].

I efterforløbet kan der opstå både kirurgiske og medicinske komplikationer. Den operative dødelighed er 0,04% og postoperative komplikationer forekommer hos 1-3%. De hyppigste medicinske komplikationer er dumping og postprandiel hypoglykæmi, anæmi på grund af malabsorption af vitamin B12 og jern samt nedsat absorption af kalcium og vitamin D, der fører til sekundær hyperparathyreoidisme og øget risiko for osteoporose og frakturer [12].

## Behandling i almen praksis

De fleste danskere (85%) giver i en spørgeskemaundersøgelse udtryk for, at de ønsker lægen taler om overvægt med deres patienter [17]. Anbefalinger om hvilke patienter lægen bør tale om vægt og kropssammensætning med [3] fremgår af Faktaboks 3. Forud for alle interventioner mod overvægt skal det overvejes, om patienten lider af en spiseforstyrrelse for eksempel binge eating disorder (BED), hvor anden behandling er relevant [3].

Artiklen fortsætter på næste side →

### Faktaboks 2

#### Kriterier for visitation til behandlingsprogram ved et multidisciplinært team på et offentligt sygehus med henblik på behandling af svær overvægt og eventuel fedmekirurgi.

Patienter med BMI > 35 og samtidig forekomst af mindst én af følgende fedmerelaterede sygdomme:

- Type 2-diabetes, hvor stabil glykæmisk kontrol er svær af fastholde (vurderet ved endokrinologisk speciallæge)
- Svært regulerbar hypertension, som har været udredt hos speciallæge i kardiologi
- Dokumenteret obstruktiv søvnapnø
- Graviditetsønske og fertilitetsproblemer hos kvinder; der er udredt herfor hos speciallæge i gynækologi og obstetrik
- Symptombgivende artrose i underekstremiteter, hvor andre behandlingsmuligheder er udtømt vurderet ved ortopædkirurgisk speciallæge

Efter individuel vurdering ved speciallæge, og drøftelse ved MDT, kan patienter med svær fedme uden manifesterede følgesygdomme, men med andre væsentlige sundhedsfaglige begrundelser tilbydes fedmekirurgisk operation. For eksempel behov for andre operative indgreb, hvor indgrebet er kontraindiceret pga. svær overvægt klasse II og III.

Behandlingen af overvægt er altid baseret på livsstilsinterventioner med fokus på mere hensigtsmæssige kost- og motionsvaner. På hjemmesiden [www.ncfo.dk/om-sundhedstilbud](http://www.ncfo.dk/om-sundhedstilbud) kan man finde information om de gratis sundhedstilbud, som kommuner og regioner udbyder til borgere med overvægt eller svær overvægt. Informationerne opdateres løbende. For nogle patienter med BMI > 35 er der mulighed for henvisning til multidisciplinært team på et offentligt sygehus (Faktaboks 2).

Farmakologisk behandling har fortsat begrænset plads i behandlingen, og bør aldrig være førstevalg men kan supplere ikke-farmakologiske tiltag. Ingen af vægttabspræparaterne har hverken generelt eller klausuleret tilskud. Lægemiddelstyrelsen bevilger udelukkende enkelttilskud til Wegovy i ganske særlige tilfælde til udvalgte patienter med BMI  $\geq 35$ , som har en livstruende overvægtsrelateret følgesygdom [1].

Der er stor risiko for, at patienten vender tilbage til sin udgangsvægt eller tæt på denne, når interventionerne ophører, hvad enten det drejer sig om livsstilsinterventioner eller farmakologisk behandling. Derfor må det forventes, at de fleste vil have brug for gentagne eller langvarig farmakologisk behandling for at vedligeholde vægttabet [1] samt livslangt fokus på ændrede kost- og motionsvaner. Denne information er vigtig at formidle til patienten.

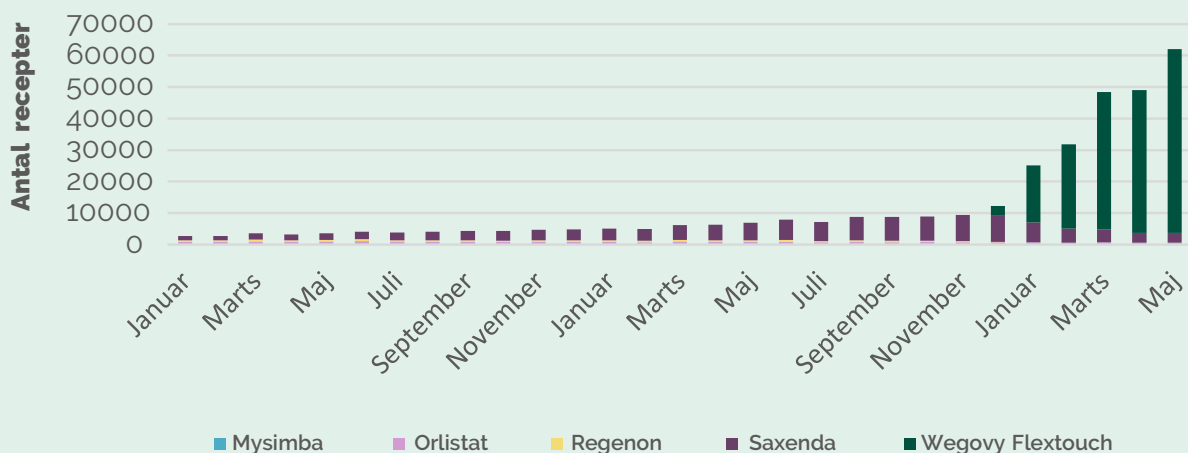
### Faktaboks 3

#### Sundhedsstyrelsen anbefaler, at patienter tilbydes samtale om vægt og kropssammensætning hvis:

- patienten selv bringer det på bane.
- patientens konsultation er relateret til svær overvægt (BMI  $\geq 30$ ) eller følgetilstande til svær overvægt (Faktaboks 1).
- patienten har BMI  $\geq 27$  med mindst én følgetilstand til overvægt (Faktaboks 1).

Figur 1

#### Antal recepter af lægemidler mod overvægt 2021-2023 opgjort pr. lægemiddel, år og måned



Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret opdateret 15. juni 2023. Sundhedsdatastyrelsen. Regenon udgik 21.12.22.

Habilitetserklæringer, supplerende figurer og referencer kan ses på [irf.dk](http://irf.dk)

Udgivet af:  
Sundhedsstyrelsen  
Indsatser for Rationel  
Farmakoterapi Islands Brygge 67  
DK-2300 København S

Tlf: 72 22 74 00  
Mandag - fredag  
9.30-15.00  
E-mail: [irf@sst.dk](mailto:irf@sst.dk)  
[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Redaktør:  
Simon Tarp  
Hanne Madsen  
Zandra Nymand Ennis

Redaktionskomité:  
Maria Herlev Ahrenfeldt  
(ansvarshavende)  
Gitte Krogh Madsen  
Birgitte Klindt Poulsen  
Hans Christian Kjeldsen

Sats og layout:  
Sundhedsstyrelsen  
Tryk: Stibo Complete  
Design:  
Sundhedsstyrelsen  
ISSN 2245 9936

## Referencer

1. Wegovy (semaglutid) [Internet]. Præparatanmeldelse: IRF's samlede vurdering. Tilgængeligt hos: <https://www.sst.dk/da/viden/Laegemidler/Rationel-Farmakoterapi/Anmeldelser-af-nye-laegemidler/Praeparatanmeldelser/Wegovy>
2. Produktresumé Wegovy [Internet]. Tilgængeligt fra: Wegovy, INN-semaglutide (europa.eu)
3. Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger til børn og voksne [Internet]. Tilgængeligt hos: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Livsstilsintervention-ved-svaer-overvaegt>
4. Overvægt og fedme [Internet]. Tilgængeligt hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/1999/Overvaegt-og-fedme.ashx>
5. Den nationale sundhedsprofil 2021 [Internet]. Tilgængeligt hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedsprofil/Sundhedsprofilen.ashx>
6. 2022 Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer [Internet]. Tilgængeligt hos: [https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2023/sygdomsbyrden\\_i\\_danmark\\_risikofaktorer](https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2023/sygdomsbyrden_i_danmark_risikofaktorer)
7. Dansk Endokrinologisk Selskab. National behandlingsvejledning om non-kirurgisk behandling af svær overvægt [Internet]. [henvist 24. maj 2023]. Tilgængelig hos: Non-kirurgisk behandling af svær overvægt - Dansk Endokrinologisk Selskab (endocrinology.dk)
8. Kroustrup JP, Thomsen JL, Vinther S et al. Lægemidler har begrænset plads til behandling af overvægt hos voksne i almen praksis. Rationel Farmakoterapi 6, August 2018 [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/Rationel-Farmakoterapi-6-2018/L%C3%A6gemidler-har-begr%C3%A6nset-plads-til-behandlingen-af-overv%C3%A6gt-hos-voksne-i-almen-praksis>
9. Powell-Wiley TM, Poirier CP, Burke CLE et al. Obesity and cardiovascular disease: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2021;143:e984-e1010. doi:10.1161/CIR.0000000000000973.
10. Machado AM, Guimaraes NS, Bocardi VB et al. Understanding weight regain after a nutritional weight loss intervention: systemic review and meta-analysis. Clinical Nutrition ESPEN 2022;49:138-153. <https://doi.org/10.1016/j.cinesp.2022.03.020>
11. Visitation til kirurgisk behandling af svær fedme. Faglig visitationsretningslinje. Sundhedsstyrelsen 2017 [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Retningslinjer-for-visitation-til-kirurgisk-behandling-af-sv%C3%A6r-fedme-190517.ashx?la=da&hash=D949F5554592C-0593C734ECDD420016B13EE39ED>
12. Dansk Endokrinologisk Selskab. National behandlingsvejledning om kirurgisk behandling af svær overvægt [Internet]. [henvist 25. maj 2023]. Tilgængelig hos: <https://endocrinology.dk/nbv/andre-endokrinologiske-sygdomme/fedmekirurgi/>
13. Farmakologisk behandling af overvægt. Den Nationale Rekommandationsliste. IRF 2018. Farmakologisk behandling af overvægt [Internet]. Tilgængelig hos: [https://www.sst.dk/da/viden/Laegemidler/Rationel-Farmakoterapi/Den-Nationale-Rekommandationsliste-\\_NRL\\_/Farmakologisk-behandling-af-overvaegt](https://www.sst.dk/da/viden/Laegemidler/Rationel-Farmakoterapi/Den-Nationale-Rekommandationsliste-_NRL_/Farmakologisk-behandling-af-overvaegt)
14. Rubino DM, Greenway, 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;11:327:138-150. doi: 10.1001/jama.2021.23619.
15. Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende antidiabetika til type 2-diabetes version 1.1 [Internet]. Tilgængeligt hos: <https://medicinraadet.dk/media/pbrn1wmg/medicin%C3%A5dets-behandlingsvejledning-vedr-antidiabetika-til-type-2-diabetes-versi-on-1-1.pdf>
16. Sundhedsdatastyrelsens Lægemiddelstatistikregister [Internet]. [henvist 20. juni 2023]. <https://www.esundhed.dk/Emner/Laegemidler/Laegemidler-modovervaegt>
17. Danskernes viden og holdninger til overvægt og sundhed 2021 [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Danskernes-viden-om-og-holdninger-til-overvaegt-og-sundhed>