

Obesitas - Läkemedelsbehandling i primärvården

Karin Mossberg

Docent och specialistläkare
i Allmänmedicin

Frågor ställs via sms, scanna kod:



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
FOU PRIMÄRVÅRD



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Mina intressekonflikter

- Betalning från läkemedelsföretag: 0 kronor
 - Patent: Inga
- Relationer med finansiella sponsorer: Inga



Obesitas hos vuxna

Omfattning av kunskapsstödet

Kunskapsstödet omfattar diagnostik, utredning, behandling och uppföljning av obesitas hos vuxna.

Andra relaterade kunskapsstöd

Följande kunskapsstöd på 1177 för vårdpersonal kan vara relevanta:

[Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar \(pdf\)](#)

[Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling \(pdf\)](#)

Hitta på sidan

Omfattning av kunskapsstödet ▼

Om hälsotillståndet ▼

Utredning ▼

Behandling ▼

Rehabilitering ▼

Habilitering

Försäkringsmedicin och intyg ▼

Kvalitetsuppföljning ▼

Patientmedverkan och
kommunikation





Övervikt och obesitas definieras
som en onormal eller överdriven ansamling av
fettväv som utgör en risk för hälsan

BMI 25.0 – 29.9

BMI $\geq$ 30.0

Övervikt

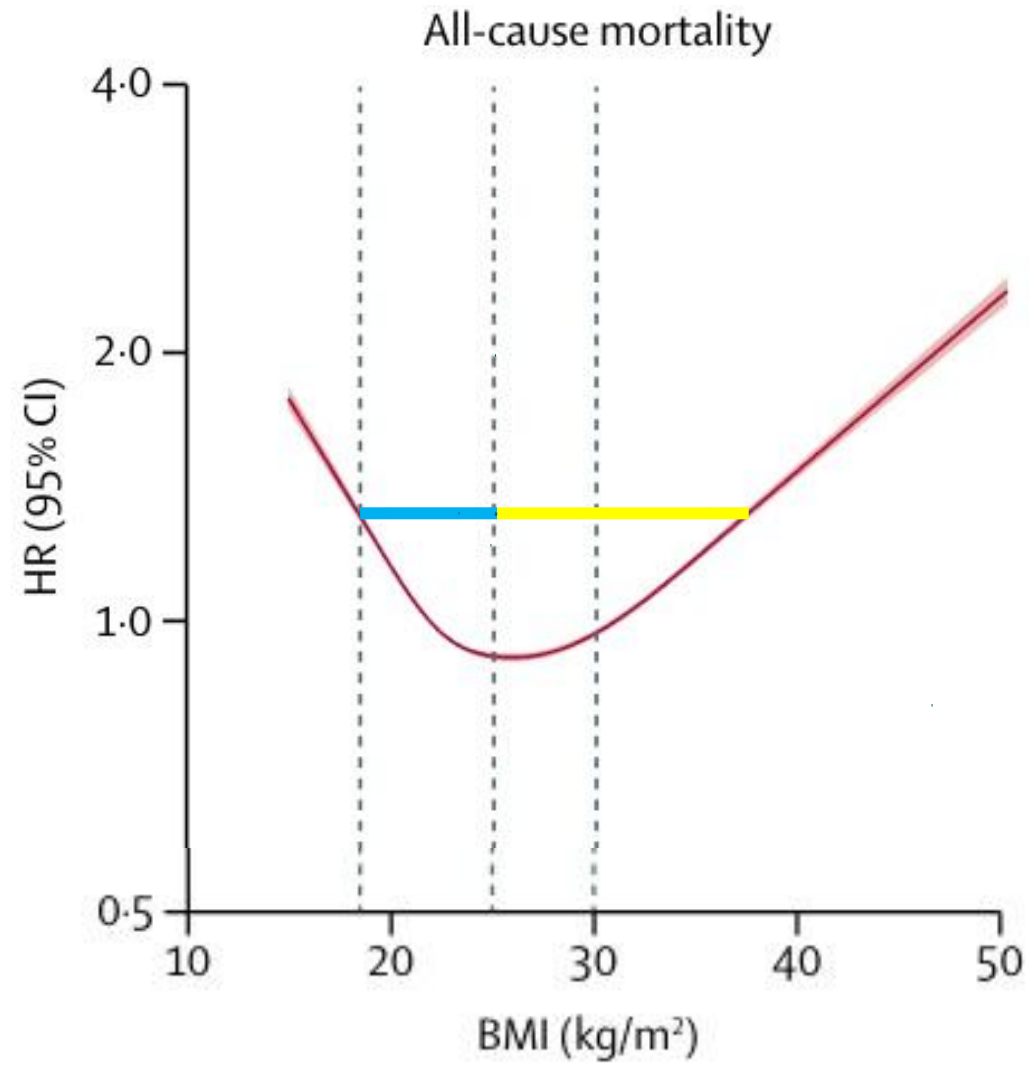
Obesitas



**World Health
Organization**

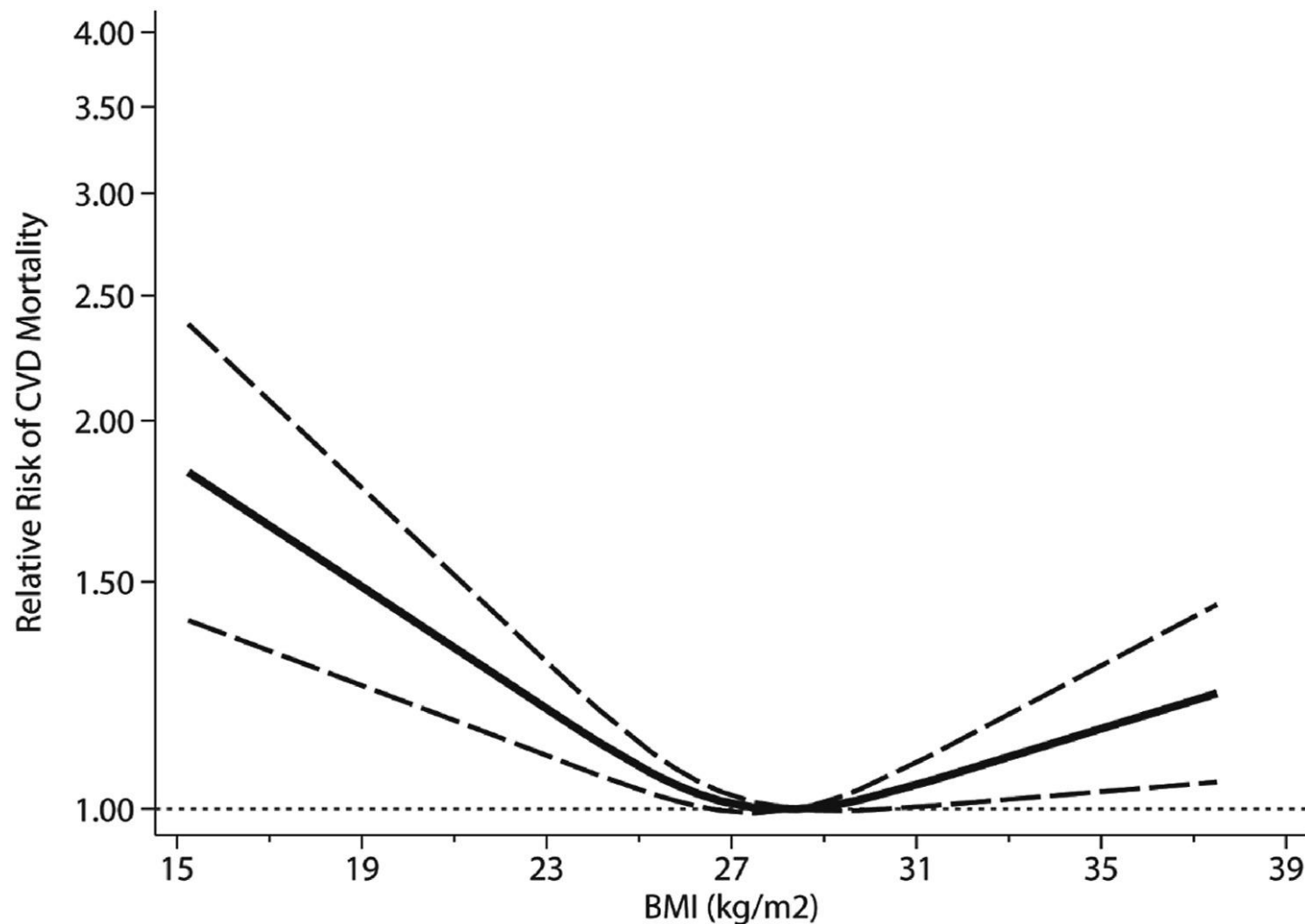


Vad är ”risk för hälsa”? Och
vem har nytta av
behandling?





BMI och kardiovaskulär sjukdom/mortalitet hos patienter med typ 2 diabetes



Zhao et al. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases. 2021. 31(7);1976-84.



BMI (body mass index)

- BMI ≥ 30 ökad risk för obesitasrelaterad ohälsa på populationsnivå
- Dåligt verktyg för att identifiera obesitasrelaterade komplikationer på individnivå



- Endast screening
- En bredare bedömning behövs på individnivå för att fastställa diagnos



Nationella riktlinjer för vård vid obesitas



Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer
2023

- BMI mäter inte bukfetma
- Det saknas ett holistiskt perspektiv på patientens hälsa



- BMI mäter inte central obesitas
- BMI under 35; kombineras med
 - waist-to-height ratio, waist-hip-ratio, midjeomfång
 - riskfaktorer (typ 2 diabetes, hypertension och kardiovaskulär sjukdom)
 - orsak till obesitas OCH klinisk undersökning OCH blodprover



The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission

Definition and diagnostic criteria of clinical obesity



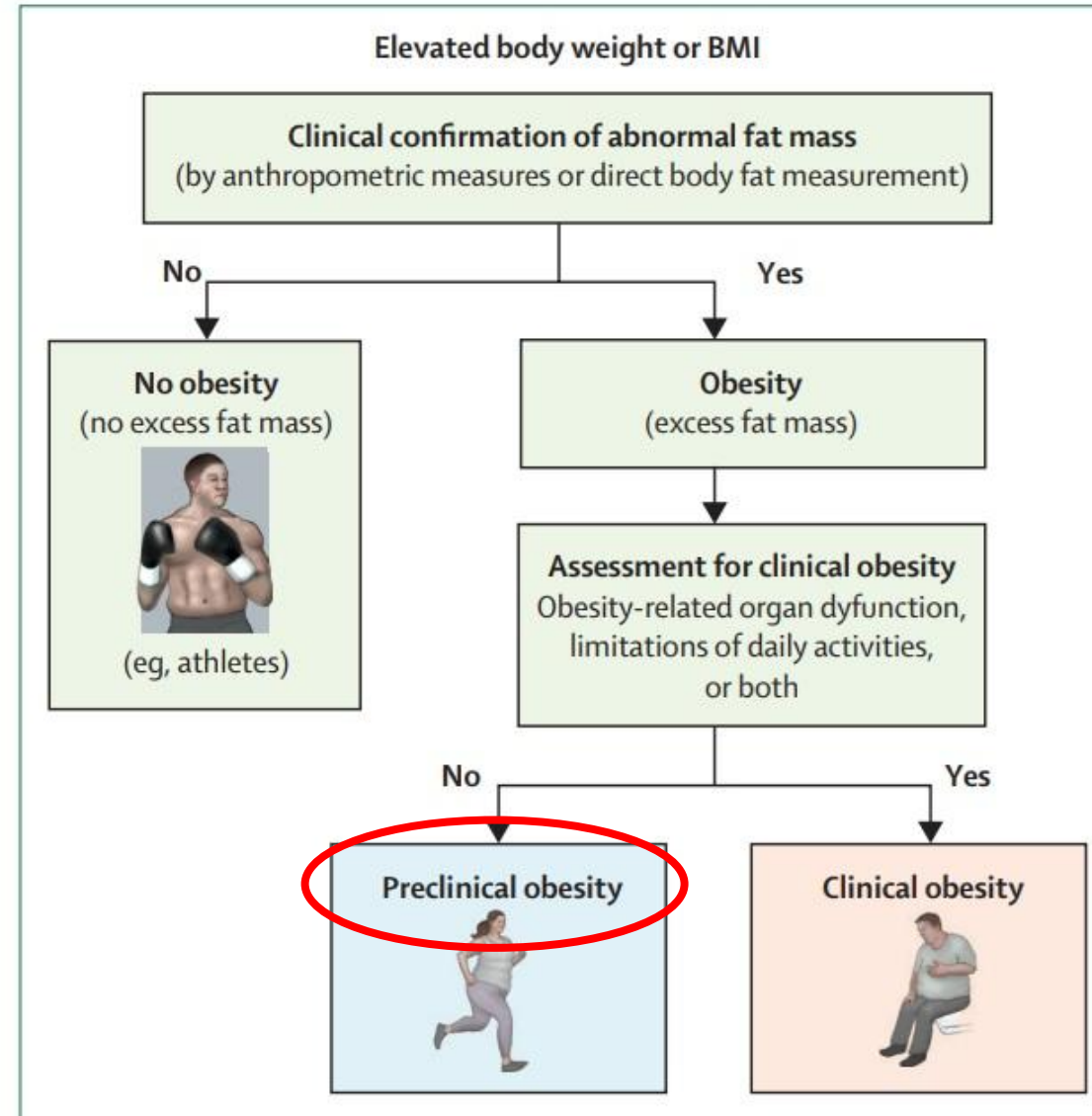
Francesco Rubino, David E Cummings, Robert H Eckel, Ricardo V Cohen, John P H Wilding, Wendy A Brown, Fatima Cody Stanford, Rachel L Batterham, I Sadaf Farooqi, Nathalie J Farpour-Lambert, Carel W le Roux, Naveed Sattar, Louise A Baur, Katherine M Morrison, Anoop Misra, Takashi Kadowaki, Kwang Wei Tham, Priya Sumithran, W Timothy Garvey, John P Kirwan, José-Manuel Fernández-Real, Barbara E Corkey, Hermann Toplak, Alexander Kokkinos, Robert F Kushner, Francesco Branca, Jonathan Valabhji, Matthias Blüher, Stefan R Bornstein, Harvey J Grill, Eric Ravussin, Edward Gregg, Noor B Al Busaidi, Nasreen F Alfaris, Ebaa Al Ozairi, Lena M S Carlsson, Karine Clément, Jean-Pierre Després, John B Dixon, Gauden Galea, Lee M Kaplan, Blandine Laferrère, Martine Laville, Soo Lim, Jesús R Luna Fuentes, Vicki M Mooney, Joseph Nadglowski Jr, Agbo Urudinachi, Magdalena Olszanecka-Glinianowicz, An Pan, Francois Pattou, Philip R Schauer, Matthias H Tschöp, Maria T van der Merwe, Roberto Vettor, Geltrude Mingrone

Executive summary

Current BMI-based measures of obesity can both underestimate and overestimate adiposity and provide inadequate information about health at the individual

measurement of body fat, where available, or at least one anthropometric criterion (eg, waist circumference, waist-to-hip ratio, or waist-to-height ratio) in addition to BMI, using validated methods and cutoff points

Lancet Diabetes Endocrinol 2025
Published Online
January 14, 2025
<https://doi.org/10.1016/>





Behandling rekommenderas vid:

BMI $\geq$ 35

BMI 30–35 med följsjukdomar och samsjuklighet

Detta innebär att:

BMI $<$ 35 utan följsjukdom: egenvård

Läkemedelsbehandling rekommenderas inte, även om FASS-indikation uppfylls



Exempel på följdtilstånd och samsjuklighet som indikerar behov av riktad behandling vid BMI 30–35:

hypertoni

hyperlipidemi

typ 2-diabetes och prediabetes

ischemisk hjärtsjukdom och/eller hjärtsvikt

njursvikt

sömnapné syndrom

MASLD (metabolic dysfunction associated steatotic liver disease) med leverfibros

idiopatisk intrakraniell hypertension

polycystiskt ovariesyndrom eller infertilitet

funktionsnedsättning vid vardagsaktiviteter

särskilda tillstånd såsom viktnedgång inför transplantation, IVF,

ablation vid förmaksflimmer, viss ortopedisk kirurgi etc.



Prevalens i Sverige

Cut-off	Prevalens
BMI över 40	1.4%
BMI över 35	4.5%
BMI över 30	16%
BMI över 30 + BMI 27-30 + minst en riskfaktor	Uppskattat 30%



TnT (time needed to treat) för NKK obesitas

- 101% av sjuksköterskors totala tid: BMI över 30 + en samsjuklighet med kombinerad levnadsvanebehandling
- 11% motsvarande vid BMI över 40
- 33% av allmänläkares totalt tid: BMI över 30 + en riskfaktor vid läkemedelsbehandling
- 4% vid BMI över 40

Sammanfattningsvis visar TNT att uppdraget för primärvården kommer leda till stora undanträngningseffekter.



Patienter med störst behov av obesitasbehandling prioriteras högre

- Patienter med BMI ≥ 40 eller BMI från 30 och svår samsjuklighet bör få behandling i första hand
- Patienter med BMI ≥ 35 eller yngre patienter med måttlig eller svår samsjuklighet från BMI 30 bör prioriteras i andra hand

Beakta alltid individuell behandling. Ju svårare samsjuklighet till obesitas desto kraftfullare åtgärder krävs av hälso- och sjukvården.



Svår samsjuklighet:

- komplikation av typ 2-diabetes
- svårreglerad typ 2-diabetes
- etablerad kardiovaskulär sjukdom eller svår hjärtsvikt
- behandlingskrävande sömnapné syndrom
- leverfibros på grund av MASLD (metabolic dysfunction associated steatotic liver disease)
- svår grad av intrakraniell hypertension
- funktionsnedsättande artros i vikt bärande leder
- organdysfunktion som kräver transplantation, ablation och andra kirurgiska ingrepp som inte kan genomföras vid högre BMI.

Måttlig samsjuklighet:

- metabol sjuklighet: hypertoni tillsammans med hyperlipidemi och prediabetes
- alla med typ 2-diabetes
- hypoventilation med eller utan sömnapné syndrom
- ADL-svårigheter och urininkontinens
- infertilitet
- mild grad av intrakraniell hypertension
- artros i vikt bärande leder



Handläggning

- **Anamnes** - symtom, OBS bemötande
- **Utredning** - mätvärden och provtagning, bedömning om behandlingsindikation föreligger
- **Behandlingsbeslut** - även ställningstagande till tillägg som samtalsterapi, samt överenskommelse av behandlingsmål och uppföljning av dessa



Utredning – status och provtagning

- allmäntillstånd
- auskultation av hjärta och lungor
- blodtryck
- bukstatus (till exempel förstorad lever, bukväggsbråck, överskottshud)
- vikt, längd, midjeomfång
- fP-glukos
- lipidstatus
- TSH
- Hb
- kreatinin



Behandlingskombinationer

Kombinerad levnadsvanebehandling är basen:

- + läkemedel
- + obesitaskirurgi
- + läkemedel + obesitaskirurgi
- + obesitaskirurgi + läkemedel

Kombinera behandlingen utifrån svårighetsgrad, samsjuklighet och individuella förutsättningar – ingen behandlingstrappa

Ett vårdteam behövs av samverkande hälso- och sjukvårdspersonal med olika kompetenser och god kunskap inom obesitasområdet



Kombinerad levnadsvanebehandling

- strukturerat, individuellt och långsiktigt stöd till beteendeförändring för gynnsamma levnadsvanor
- stegvisa levnadsvaneförändringar och motiverande samtalsteknik stöds patienten till att genomföra och bibehålla hälsosamma levnadsvaneförändringar
- viktnedgång ca 0-5% i primärvård



Kombinerad levnadsvanebehandling

Kost

Hälsosamma matvanor



Nutritionsbehandling med energiintagsrestriktion för viktnedgång.



Näringsrik, varierad och hållbar kost.



Stöd för att hitta ätmönster som fungerar i vardagen.



Ökad fysisk aktivitet



Mer rörelse i vardagen – utifrån förmåga och intresse.



Kombination av vardagsaktivitet, kondition och styrketräning.



Små steg ger stor effekt och all rörelse räknas.



Beteendeförändring



Ökad kunskap, motivation och självförtroende.



Stöd att sätta realistiska mål och hantera hinder.



Strategier för att skapa varaktiga vanor.





Exempel på behandlingsupplägg

- Individuellt – primärvård
- Grupp – primärvård
- Specialiserad mottagningsbaserad behandling
- Specialiserad behandling i internatform

Kombinerad levnadsvanebehandling kan organiseras på olika intensitetsnivåer, från samarbete mellan befintliga professioner i primärvården till strukturerade multiprofessionella team och mer intensiva insatser i specialistvården. Arbetet kan börja i liten skala och byggas ut utifrån patienternas behov och lokala förutsättningar.



Nutritionsbehandling – utförs av dietist

- inkluderar energiintagsreduktion med eller utan tillägg av måltidsersättning eller komplett kostersättning
- nutritionsbehandling är grundbulten för viktnedgång i all obesitasbehandling och specifikt i kombinerad levnadsvanebehandling, kvalificerat rådgivande samtal till patienter med obesitas är den teoretiska basen för samtalet i behandlingen och ges av legitimerade dietister



Nutritionsbehandling med energireducerad kost för viktnedgång, 5-10%

Dagsintag – energireducerad kost

Tre måltider och ett kvällsmål – ca 1 400 kcal per dag

Frukost ca 300 kcal  Havregrynsgröt (1 dl havregryn, vatten) Topping: bär (1 dl) och linfrön (1 msk) 1 kokt ägg Kaffe eller te utan socker	Lunch ca 400 kcal  Kycklingfilé (100 g) Quinoa (1 dl, kokt) Stor sallad med blandade grönsaker (tomat, gurka, paprika, rödlök, sallad) Dressing: lätt yoghurt naturell med örter (2 msk)	Middag ca 450 kcal  Lax (120 g) Ugnstrostad sötpotatis (150 g) Ångade grönsaker (broccoli, morot, zucchini, rödlök) Citron och örter	Kvällsmål ca 250 kcal  Lätkvarg (150 g) Bär (1 dl) Hackade nötter (1 msk) Kanel
--	---	--	---



Näringsrika livsmedel



Lagom portioner



Drick vatten



Regelbunden fysisk aktivitet



Nutritionsbehandling med måltidsersättning för viktnedgång, 5-10%

Dagsintag – energireducerad kost

Tre måltider och ett kvällsmål – ca 1 200 kcal per dag

Frukost ca 300 kcal



Havregrynsgröt (1 dl havregryn, vatten)
Topping: bär (1 dl) och linfrön (1 msk)
1 kokt ägg
Kaffe eller te utan socker
ca 300 kcal

Lunch ca 200 kcal



1 portion måltidsersättning
(pulver blandat med vatten)
ca 200 kcal

Middag ca 450 kcal



Lax (120 g)
Ugnstrostad sötpotatis (150 g)
Ångade grönsaker (broccoli, morot, zucchini, rödlök)
Citron och örter
ca 450 kcal

Kvällsmål ca 250 kcal



Lättkvarv (150 g)
Bär (1 dl)
Hackade nötter (1 msk)
Kanel
ca 250 kcal



Näringsrika
livsmedel



Lagom
portioner



Drick vatten



Regelbunden
fysisk aktivitet



Läkemedelsbehandling

- orlistat
- naltrexon/bupropion
- fentermin/topiramamat
- GLP-1-receptoragonister (liraglutid och semaglutid)
- GLP-1-/GIP-receptoragonist (tirzepatid)

- Som tillägg till kombinerad levnadsvanebehandling
- Endast orlistat ingår i läkemedelsförmånen



orlistat

VERKNINGSMEKANISM: lipashämmaren som hämmar nedbrytning av fett i tarmen och begränsar absorption av dietärt fett från tarmen

EFFEKT:

- vikt: 4-5%

BIVERKNINGAR: GI-biverkningar, steatorré och flatulens.

Enda subventionerade läkemedel som prioriteras och rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för obesitasbehandling



naltrexon/bupriopion

VERKNINGSMEKANISM: påverkar aptitregleringen i hjärnan som ger ökad mättnad och minskat energiintag

EFFEKT:

- vikt: 5%

BIVERKNINGAR: illamående, förstoppning, kräkningar, yrsel, huvudvärk, muntorrhet



fentermin/topiramater

VERKNINGSMEKANISM: påverkar aptitregering i hjärnan som ger ökad mättnad och minskat energiintag

EFFEKT:

- vikt: 4-9%

BIVERKNINGAR: muntorrhet, parestesi och förstoppning

VARNING: teratogent



liraglutid

VERKNINGSMEKANISM: GLP-1 analog, minskar hunger och ökar mättnad, samt förlångsammare ventrikeltömning.

EFFEKT:

- vikt: 4-6 %

BIVERKNINGAR: illamående, kräkningar, förstoppning och huvudvärk



semaglutid

VERKNINGSMEKANISM: GLP-1 analog, minskar hunger och ökar mättnad, samt förlångsammare ventrikeltömning

EFFEKT:

- vikt: 12-15% placebo

BIVERKNINGAR: illamående, diarré, förstoppning, kräkningar, buksmärta och huvudvärk



tirzepatid

VERKNINGSMEKANISM: GLP-1 och GIP-analog, minskar hunger och ökar mättnad, samt förlångsammare ventrikeltömning. GIP komponenten minskar biverkning av GLP-1 som illamående och har synergisk effekt för viktnedgång

EFFEKT:

- vikt: 12-18%

BIVERKNINGAR: illamående, sura uppstötningar, diarré, förstoppning, kräkningar

Review okt 2025



Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.



- tirzepatide, semaglutide och liraglutide
- viktning, biverkningar, allvarliga biverkningar, livskvalitet, kardiovaskulära händelser, mortalitet
- osäkra evidens och mycket missing data
- homogena populationer
- i samtliga studier hade läkemedelsbolag inflytande på studiedesign och publicering
- sponsrad av WHO



Effekt av läkemedel på samsjuklighet

- kardiovaskulär: vid etablerad kardiovaskulärsjukdom (semaglutid) och hjärtsvikt (semaglutid och tirzepatid)
- renal: begränsad stöd om inte patienten har diabetes
- hepatisk: MASLD GLP-1 viss effekt, få studier
- PMOS: GLP-1 effekt på hormonella faktorer och fertilitet
- sömnapné: tirzepatid minskar andningsuppehåll vid uttalad sjukdom
- psykiatrisk: få studier
- knäartros: semaglutid minskar ledsmärtan, få studier

NEJM 2023; 389: 2221-32, NEJM 2024; 390: 1394-407, NEJM 2023; 389: 1069-84. NEJM 2025; 392: 427-37, NEJM 2024; 391: 109-21, Nature Medicine 2025; 31: 278-285, NEJM 2025; 392: 2089-99, NEJM 2024; 391: 299-310, BMC Endocrine Disorders; 2023: 23:245, NEJM 2024; 391: 1193-205, NEJM 2024;391



Säkerhetsaspekter

- allvarliga mag-tarmbiverkningar
- uttorkning
- nutrition
- anestesi
- psykiatriska biverkningar
- kramprisk
- NAION (non-arteritic anterior ischemic optic neuropathy)
- dysestesi



Specifika patientpopulationer

- Gravida: studier saknas, rekommenderas inte läkemedelsbehandling under graviditet, bör avslutas i god tid
- Ammande: studier saknas, bör undvikas
- Fertila: ?
- Äldre: begränsad information över 65 år, mycket begränsad över 80 år



Läkemedelsbehandling efter obesitaskirurgi

- 4,4 kg vid behandling med GLP-1-receptoragonist jämfört med placebo efter 6 månader
- 7,8 kg vid behandling med GLP-1-receptoragonist jämfört med dem som inte behandlats farmakologiskt i en observationsstudier
- det vetenskapliga underlaget är begränsat



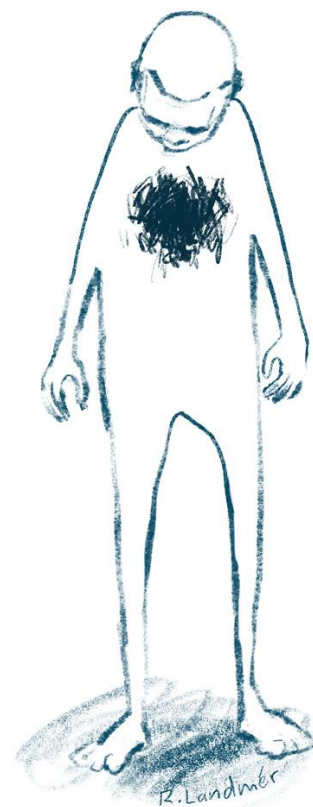
Uppföljning och mål

- viktnedgång på ≥ 5 % anses kliniskt signifikant
- regelbunden uppföljning
- reducera dosen eller avbryt behandlingen vid intolerabla biverkningar
- uppföljning efter 12–16 veckor, avbryt om patienten inte uppnått 5% viktminskning
- tillägg till kombinerad levnadsvanebehandling
- nutritionen viktig, remittera till dietist
- liksom alla kroniska sjukdomar behövs läkemedelsbehandling under längre tid



Utmaningar för primärvården

- Att veta vilken enskild individ som har diagnosen obesitas baserat på risk för ohälsa
- Att hantera denna stora (nya) patientgrupp
- Att säkerställa att den individ som har mest nytta av behandling får den först
- Att hantera icke-subventionerade läkemedel
- Medikalisering och stigma





Medikalisering av obesitas kan ha negativa konsekvenser

ÄVEN VÅRDEN BEHÖVER FÖRHÅLLA SIG TILL UTSEENDEIDEAL

Konsensus saknas kring när en viss mängd fettmassa leder till hälsorisker, vilket reflekteras i olika internationella riktlinjer och klassificeringar av obesitas och även diskuteras i Läkartidningens temanummer om obesitas, nr 46-47 2025 [1-3]. Ändå är de flesta överens om att obesitas är en sjukdom som vården behöver behandla, där allt fler tenderar att inkluderas [4]. Exempelvis har vissa läkemedel indikation för personer med ett kroppsmasseindex (BMI) under 30, vilket är ett BMI under definitionen av fetma [5]. Stora utmaningar föreligger när behandlingsriktlinjer ska införas för tillstånd utan klar biologisk dysfunktion. Detta innebär risk för medikalisering - att definiera ett fenomen i medicinska termer och förlägga hanteringen av det inom den medicinska domänen - som inte alltid är gynnsam för människor. Ytterligare stigmatisering av en redan utsatt grupp är också en risk.



Karin Mossberg, docent, specialläkare i allmänmedicin, Närhälsan Herrestad vårdcentral, Uddevalla; avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
• karin.e.mossberg@gu.se



Sofia Zettermark, med dr, ST-läkare i allmänmedicin, Närhälsan Hjällbo vårdcentral, Angered; sociologiska institutionen, Lunds universitet

Personer med BMI från 30 har obesitas, enligt WHO. Men det är välkänt att BMI är undermåligt som individuellt mått på både fettvävens storlek och sjuklighet [6]. Ändå tillåts det styra tillgången till vård för diverse tillstånd, exempelvis infertilitet [7].

Studier indikerar att risken för mortalitet och morbiditet är högre vid högt BMI, och minst risk för förtida död och sjuklighet på populationsnivå syns vid BMI 25-26. Risken är dock lika stor vid BMI 30 som vid 22, och ökar påtagligt först efter BMI 35 [8, 9].

Att behandla fetma har tidigare ansetts vara svårt, men obesitaskirurgi och läkemedel finns nu som alternativ. De senaste åren har GLP-1-receptoragonister och kombinerade GLP-1- och GIP-agonister kom-

mit ut på marknaden, vilka huvudsakligen syftar till att öka mättnadskänslan så att individen minskar sitt matintag [10].

och samsjuklighet, vilket hade underlättat för att sjukvård och riktlinjeförfattare ska veta vilka patienter som har tillräcklig nytta av behandlingen i relation till riskerna.

Även patienter med främst estetiska önskemål och ätstörningar går ned i vikt med GLP-1-analoger. Inom medicinvetenskapen finns en tro på att till synes objektiva mått som BMI och riskskattningsverktyg distanserar oss från samhällets värderande, men även vården behöver förhålla sig till de tydliga utseendeideal och den stigmatisering av personer med obesitas som förekommer i dag.

»Risken är dock lika stor vid BMI 30 som vid 22, och ökar påtagligt först efter BMI 35 ...«



Tack!

karin.e.mossberg@gu.se