



Illustration: Emma Hanquist/Form Nation
[Bedömd och dömd | Vårdfokus \(vardfokus.se\)](http://vardfokus.se)

Obesitas – nya utmaningar för primärvården

Karin Mossberg

Docent och specialistläkare
i Allmänmedicin

Mina intressekonflikter

- Betalning från läkemedelsföretag: 0 kronor
 - Patent: Inga
 - Relationer med finansiella sponsorer: Inga
- Forskningsbidrag: HjärtLungFonden, ALF, FoU regionalt och lokalt
 - Annat: Obetalt arbete för SFAM-H och lön för NAG Obesitas, Terapigrupp Endokrin och RMR Obesitas

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

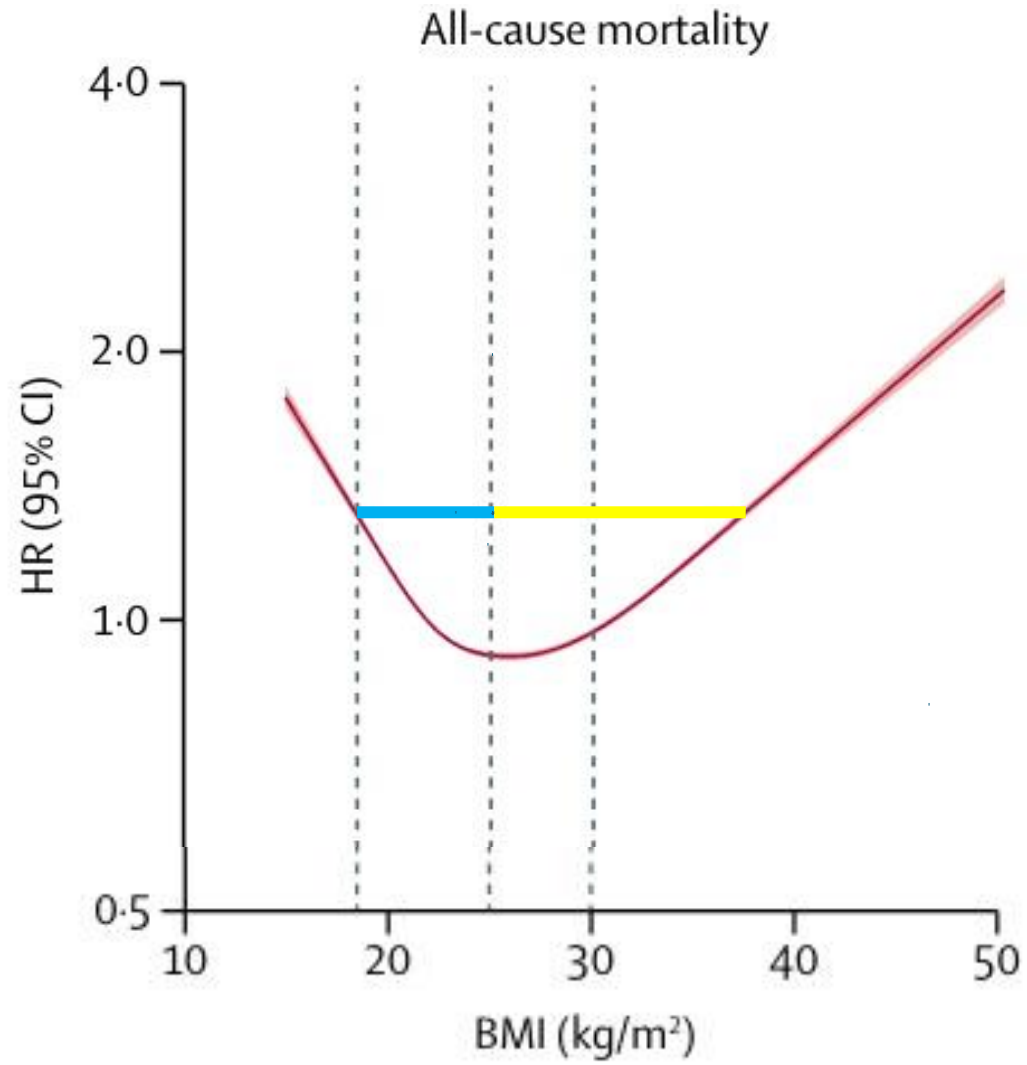
Obesitas



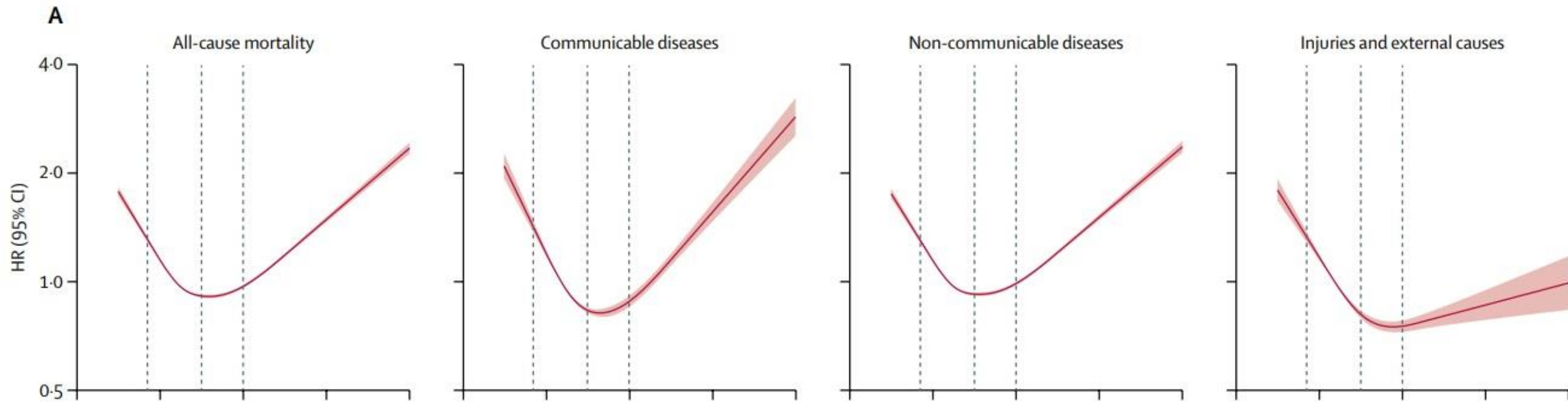
**World Health
Organization**

Vad är "risk för hälsa"?

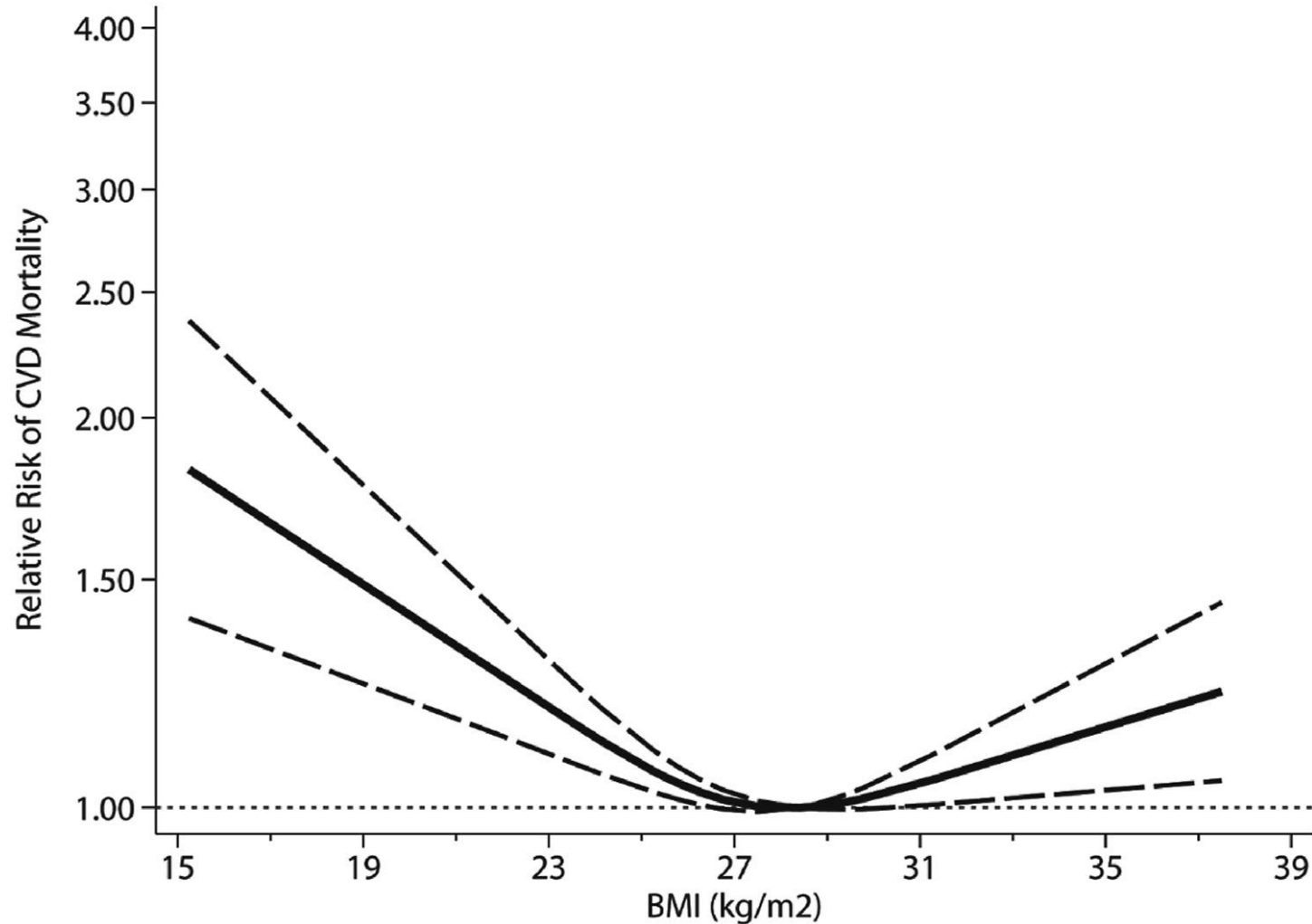




BMI och mortalitet

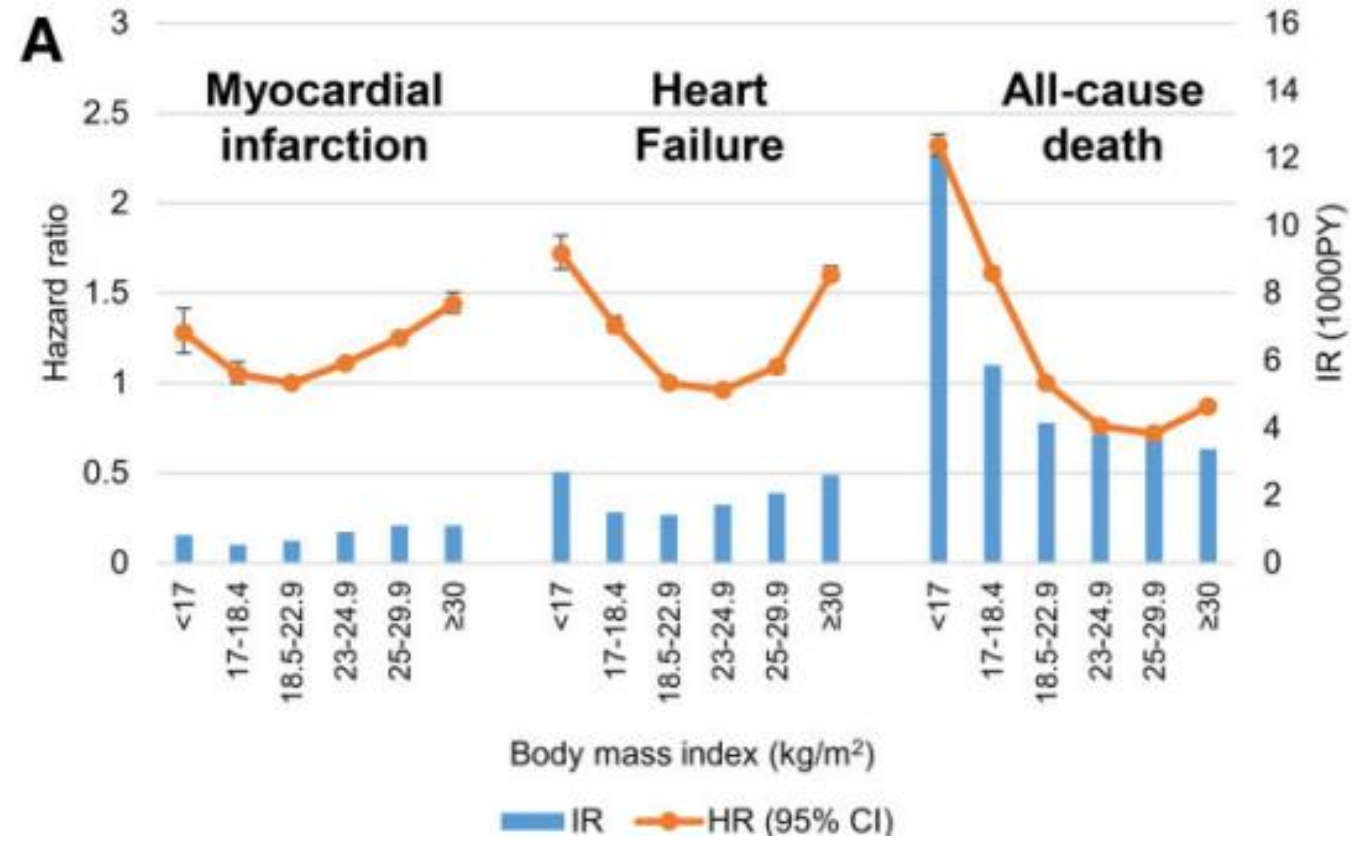


BMI och kardiovaskulär sjukdom/mortalitet hos patienter med typ 2 diabetes



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

BMI hos asiater



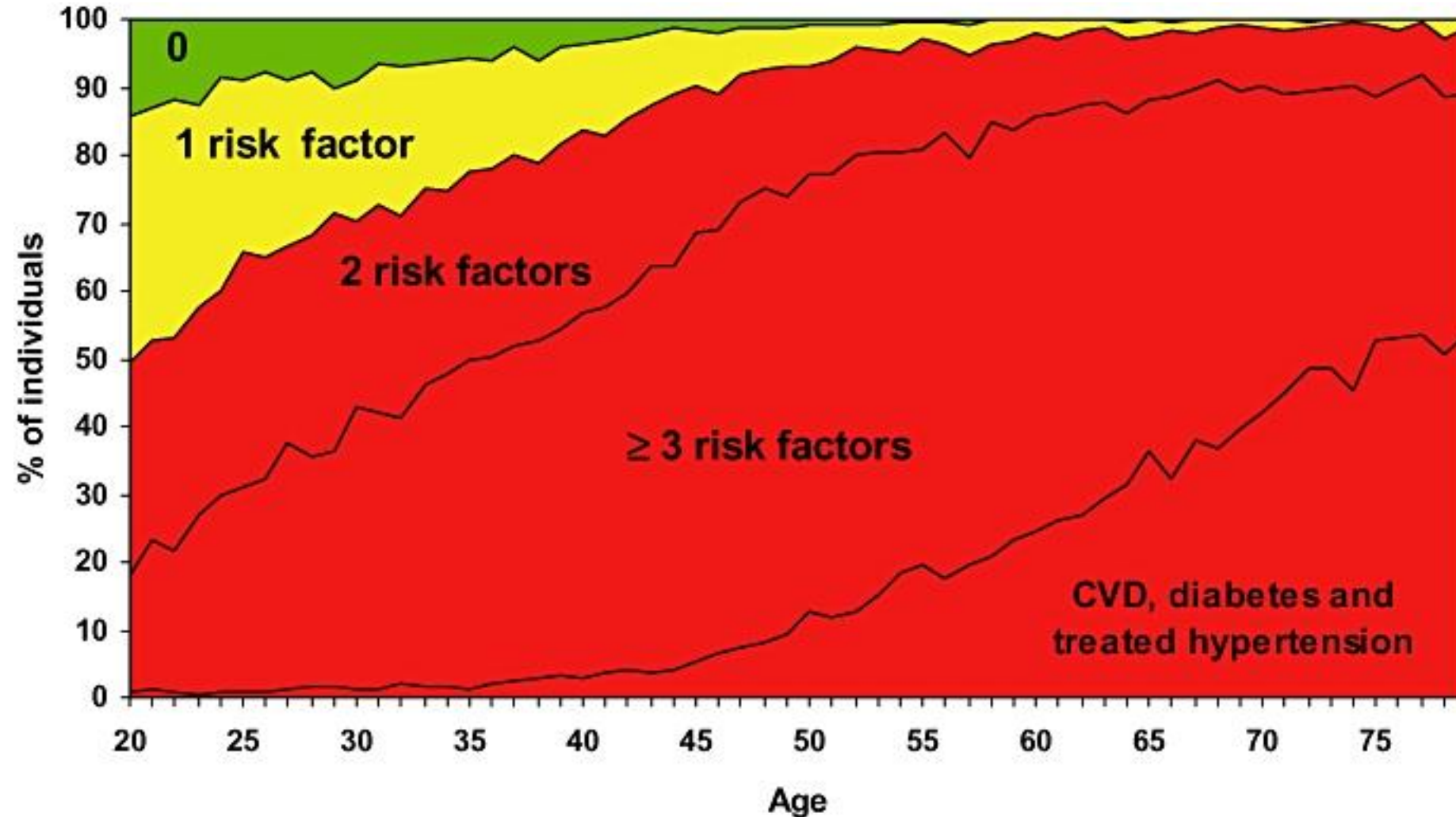


- BMI för sceening
- **BMI 25 -34.9 OCH midjemått OCH bakomliggande orsak OCH klinisk examination OCH blodprover**



- BMI mäter inte bukfetma
- **BMI 30-35**; kombinerat med **waist-hip-ratio** OCH **riskfaktorer** (typ 2 diabetes, hypertoni och kardiovaskulär sjukdom)

Vem har en riskfaktor?



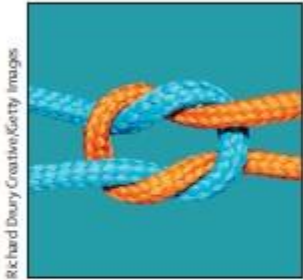
Obesity: identification, assessment and management

NICE National Institute for
Health and Care Excellence

- BMI mäter inte bukfetma
- **BMI 30-35**; kombinerat med **waist-to-hight ratio**
OCH **riskfaktorer** (typ 2 diabetes, hypertoni och
kardiovaskulär sjukdom)



Lancet Diabetes & Endocrinology Commission on the Definition and Diagnosis of Clinical Obesity



Richard Dury Creative/Getty Images

Published Online
March 3, 2023

[https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(23\)00058-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(23)00058-X)

Obesity was first recognised as a disease by WHO in 1948, then between 2013 and 2022 by several medical societies and countries.¹⁻⁸ However, the notion that obesity is a disease and not merely a risk factor for other illnesses remains highly controversial, both within and beyond medical circles. This debate constitutes far more than arcane semantics, and seriously affects the provision of therapeutic strategies to improve health among people living with obesity.

On one side of the controversy, there is concern that defining obesity as a disease could have negative ramifications on individuals who have obesity and on society overall, by minimising the role of individual responsibility thereby encouraging unhealthy behaviours

and overdiagnosis of obesity. In our opinion, the risk of overdiagnosis is a legitimate concern, especially for policy makers, because a blanket definition of obesity as a disease would classify approximately 30–40% of people in many nations as having this illness.⁹ This definition could render over a third of these populations suddenly eligible for claims of disability or expensive treatments. Such claims would effectively make obesity a financially and socially intractable issue. In summary, there is apprehension within and outside the medical profession that categorising obesity as a disease could unnecessarily medicalise the problem, undermining adherence to healthy lifestyles and potentially resulting in unwarranted use of drugs, medical technologies

Comment www.thelancet.com/diabetes-endocrinology Vol 11 April 2023

“Logic and evidence suggest that obesity can be both a risk factor and, sometimes, a disease in and of itself”

The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission

Definition and diagnostic criteria of clinical obesity



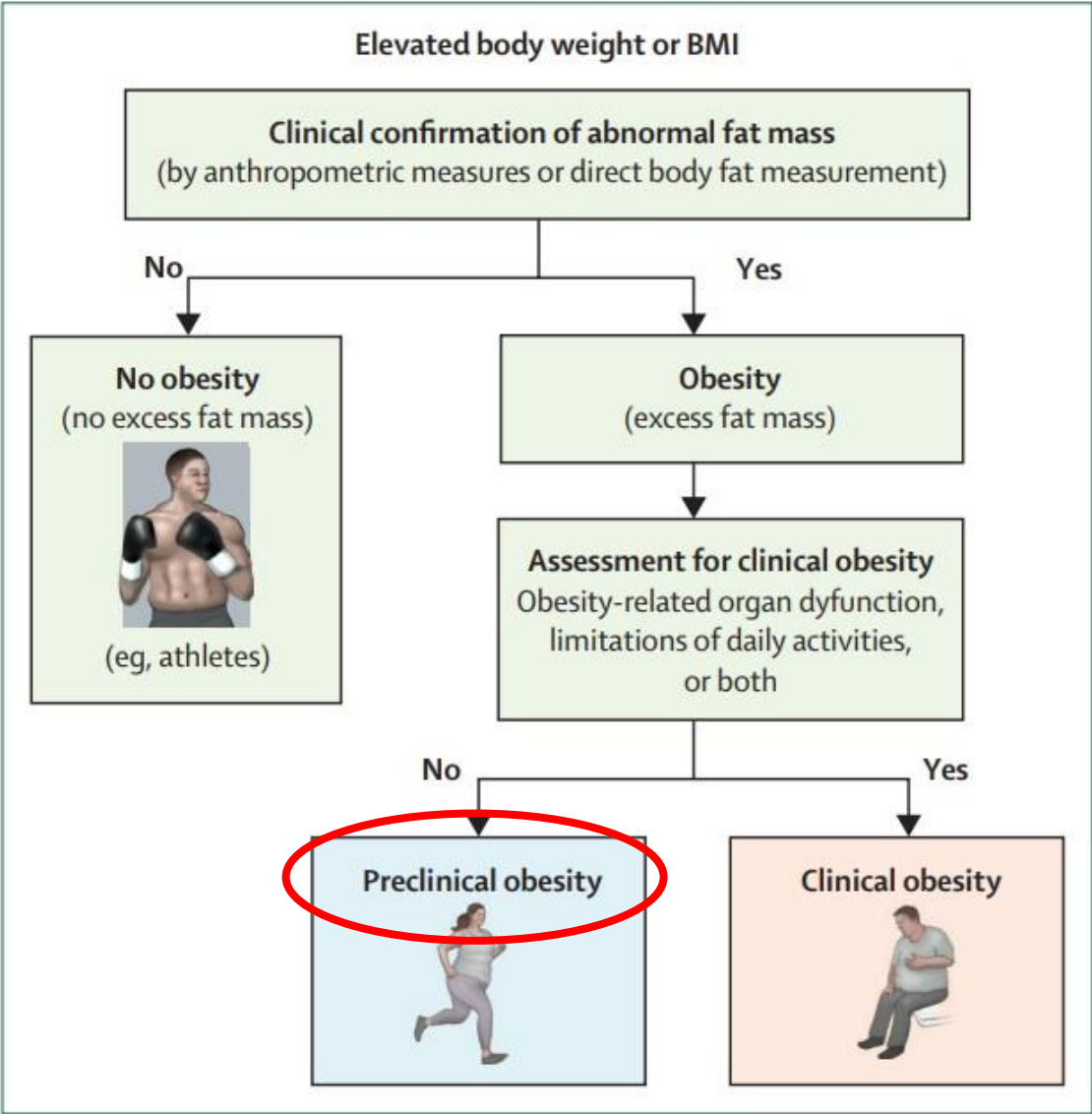
Francesco Rubino, David E Cummings, Robert H Eckel, Ricardo V Cohen, John P H Wilding, Wendy A Brown, Fatima Cody Stanford, Rachel L Batterham, I Sadaf Farooqi, Nathalie J Farpour-Lambert, Carel W le Roux, Naveed Sattar, Louise A Baur, Katherine M Morrison, Anoop Misra, Takashi Kadowaki, Kwang Wei Tham, 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/>





MARIA

BMI 37

Symptoms:

- None

Medical Assessment:

- Normal Heart, Lung, Kidney function
- No Diabetes
- Slightly elevated cholesterol

Occupation and Social Life:

Teacher

Mother to 3 children

Enjoys running

BMI 39

Symptoms:

- Fatigue
- Significant dyspnea on minimal exertion
- Lower limbs edema

Medical Assessment:

- Reduced heart function
- Restrictive pulmonary defect
- Severe sleep apnea (on CPAP)
- **No Diabetes**

Occupation & Social Life:

Currently unemployed

Regrets not being able to play football with his son anymore



JACK

Nationella riktlinjer för vård vid obesitas

Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer
2023

Arbetsgivare,
kollektivavtal

Demokrati, ledning,
styrning

Ekonomi,
juridik

Hälsa,
sjukvård

Integration,
social omsorg

Nä

[SKR](#) / [Hälsa, sjukvård](#) / [Utveckling av verksamhet](#) / System för kunskapsstyrning

Publicerad 23 oktober 2024

Nationellt system för kunskapsstyrning

Sveriges regioner har ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Det är en viktig pusselbit för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.

REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE

Fetma och övervikt - behandling i primärvården

Fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2021-00538) med 2021 giltig till juni 2023 Utarbetad av det tidigare Sektorsrådet för allmänmedicin i samverkan med Regionalt Obesitascentrum i Västra Götalandsregionen

Syfte

Riktlinjen har tagits fram för att förbättra diagnostik, behandling och uppföljning av vuxna personer med övervikt och fetma i primärvård. Riktlinjen innebär ingen ändring av praxis, men ska utgöra ett sammanfattande stöd för vårdpersonal i Västra Götalandsregionen.

Nationella riktlinjer för vård vid obesitas

Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer
2023



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

Preliminära definitioner av obesitas - Nationellt kliniskt kunskapsstöd

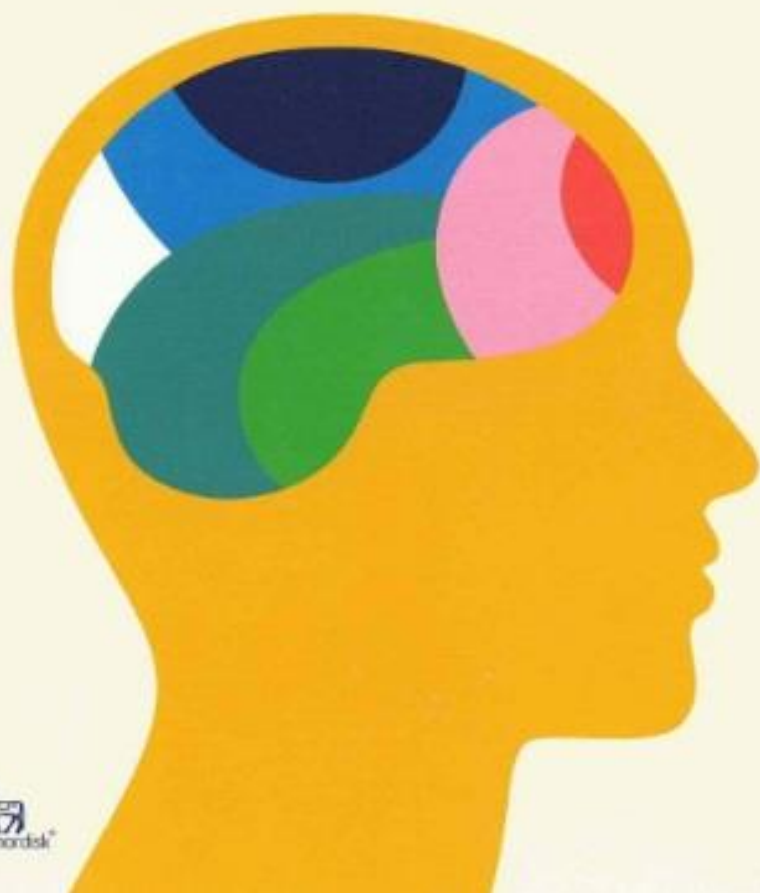


- BMI endast för sceening

Obesitas är en kronisk sjukdom...



Bli först med det senaste!



Hålla HSAR - adressuppdatering@novia.com

Vill du också ta del av nyheter inom terapi- området obesitas?

På vår sajt kan du hålla dig uppdaterad inom forskning, läkemedel och hjälpmedel. Genom att registrera dig får du åtkomst till livesända webinarier och information om våra produkter. Med vårt nyhetsbrev får du dessutom det senaste direkt till din inkorg.



Använd QR-koden eller besök
www.novokunskap.se för att registrera dig.

Vi ses på Novo Kunskap!

Med vänliga hälsningar,
Novo Nordisk

Förståelsen är ursäkt med stöd av uppgifter ur Hälso- och Sjukvårdens Adressregister, HSAR, av Novo Nordisk Scandinavia AB, samt är utskick på Integritetsskyddsprogrammet för HSAR. För information om hur dina uppgifter behandlas i samband med utskicket hänvisar vi till onekey.novia.com. Ytterligare information erhålls av NOVIA Solutions Sweden AB, e-mail: adressuppdatering@novia.com, dit du också kan vända dig om du inte vill ha ytterligare utskick.

Novo Nordisk Scandinavia AB
Box 50587 | 202 15 Malmö | www.novonordisk.se





Figure by Staffan Svensson

Obesitaskirurgi – en säker behandling med stora vinster

FÖRSTAHANDSBEHANDLING FÖR VUXNA MED AVANCERAD OBESITAS

Det övergripande målet med obesitaskirurgi är långvarig viktnedgång med förbättring av obesitasrelaterade sjukdomar och livskvalitet, utan negativ påverkan på det dagliga livet för den opererade individen. Även om matintaget begränsas ska en person som genomgått obesitaskirurgi huvudsakligen kunna äta all sorts föda utan mag-tarmproblem eller riskabla näringsbrister på sikt.

Sedan 2007 registreras utfallet av svenska obesitaskirurgiska ingrepp i Scandinavian obesity surgery registry (Soreg) [1]. Trots att svenska och internationella patientpopulationer är mycket lika varandra (genomsnittsålder 40–45 år, BMI 40–45 kg/m² och >75 procent kvinnor) dominerar gastrisk bypass i Sverige (74 procent av alla ingrepp under 2024), medan sleevegastrektomi är vanligare globalt [2]. I denna sammanställning presenterar vi Soreg-data om dessa två ingrepp [3], men då patientgruppen med BMI över 60 kg/m² ökar kraftigt, särskilt bland unga [4], kommer vi också att beröra operationsmetoden duodenal omkoppling (duodenal switch) (Figur 1).

Indikationer för obesitaskirurgi

Sedan många år rekommenderas obesitaskirurgi till

Magnus Sundbom, professor, överläkare, kirurgi, Akademiska sjukhuset, Uppsala; institutionen för kirurgiska vetenskaper, Uppsala universitet
● magnus.sundbom@uu.se

Niclas Abrahamsson, med dr, överläkare, endokrinologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala; institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet

Erik Stenberg, docent, överläkare, kirurgi, Universitets-sjukhuset Örebro, institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet

Operationsförberedelser

Rutiner för bedömning av operationskandidater varierar mellan olika regioner, men merparten remitteras till obesitaskirurgi från primärvårdsläkare. Inför operation ska patienternas obesitasrelaterade följsjukdomar optimeras. De vanligaste är hypertoni (31 procent), typ 2-diabetes (15 procent), höga blodfetter (12 procent) och sömnapné (10 procent med CPAP, kontinuerligt positivt luftvägstryck). Eftersom utfallen varierar mellan de olika operationstyperna är det viktigt med en noggrann diskussion om operationsmetod där även individens egna förväntningar och

»Trots en markant ökning av svensk obesitaskirurgi sedan millennieskiftet ... genomgår endast ett par procent av individer med BMI ≥ 35 kirurgisk behandling.«

HUVUDBUDSKAP

- Vid avancerad obesitas (BMI ≥ 35 kg/m²) är obesitaskirurgi förstahandsbehandling för vuxna individer (från 18 år).
- Typ av ingrepp väljs i samråd med patienten, men gastrisk bypass rekommenderas för individer med typ 2-diabetes eller BMI mellan 35 och 60 kg/m².
- Individer som genomgått obesitaskirurgi behöver dagligt tillskott av vitaminer och mineraler och ska följas upp livet ut.
- Långtidsresultaten är goda med bestående viktning och förbättring av obesitasrelaterade sjukdomar samt fysisk livskvalitet.
- Svensk obesitaskirurgi håller hög kvalitet och är generellt väl utbyggd.

- BMI över 30 kg/m²
- Klassifikationer:
 - normalvikt 18.5 – 24.9
 - övervikt 25-29.9
 - obesitas klass 1 30-34.5
 - obesitas klass 2 35-39.9
 - obesitas klass 3 över 40

= "morbid obesity"
enligt WHO



SFAMs PVprio



Illustration: Emma Hanquist/Form Nation

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
- ~~B-Peth~~

Behandlingsval

- Kombinerad levnadsvanebehandling
- Nutritionsbehandling
- Läkemedel
- Obesitaskirurgi

Kombinerad levnadsvanebehandling

- Behandlingen innebär ett långsiktigt stöd till beteendeförändringar som påverkar levnadsvanor, framför allt matvanor, fysisk aktivitet och stillasittande men även kring stress och sömn samt andra hälsorelaterade beteenden. Syftet är förbättrad hälsa och viktnedgång (resultat 0–5 % viktminskning)
- Genom stegvisa levnadsvaneförändringar och motiverande samtalsteknik stöds patienten till att genomföra och bibehålla hälsosamma levnadsvaneförändringar

Kvalificerade rådgivande samtal

Behandlingsval

- Kombinerad levnadsvanebehandling
- **Nutritionsbehandling**
- Läkemedel
- Obesitaskirurgi

Nutritionsbehandling

- 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

Behandlingsval

- Kombinerad levnadsvanebehandling
- Nutritionsbehandling
- Läkemedel
- Obesitaskirurgi

Läkemedelsbehandling

- Som tillägg till evidensbaserad levnadsvanebehandling
- Godkända: orlistat, naltrexon/bupriopion, liraglutid, semaglutid, tirzapetid
- Endast orlistat ingår i läkemedelsförmånen

orlistat

VERKNINGSMEKANISM: Lipashämmare, verkar i mag–tarmkanalen genom att minska upptaget av fett från kosten

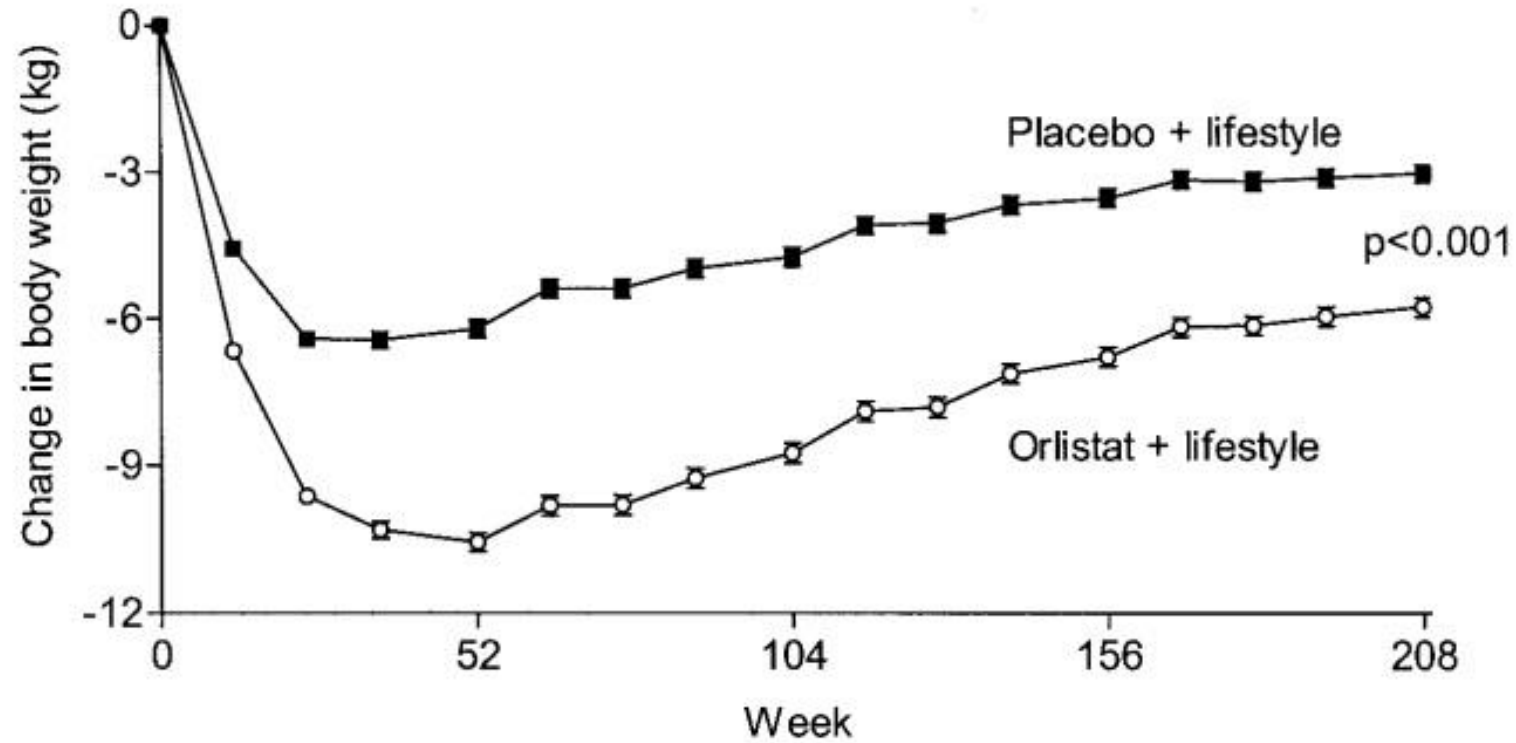
EFFEKT:

- vikt: -2,3 till -9.5 kg över 4-24 månader
- kardiovaskulära händelser: studier saknas
- mortalitet: studier saknas

BIVERKNINGAR: diarréer

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

orlistat



Torgersson et al, XENical in the Prevention of Diabetes in Obese Subjects (XENDOS) Study. DIABETES CARE, 2004 Jan;27(1)155-161.

naltrexon/bupriopion

VERKNINGSMEKANISM: inte helt klarlagd

EFFEKT:

- vikt: -3,7% till -8,1% jfr -1,7% i placebo efter 56 veckor
- kardiovaskulär händelser: studier saknas
- mortalitet: studier saknas

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

liraglutid

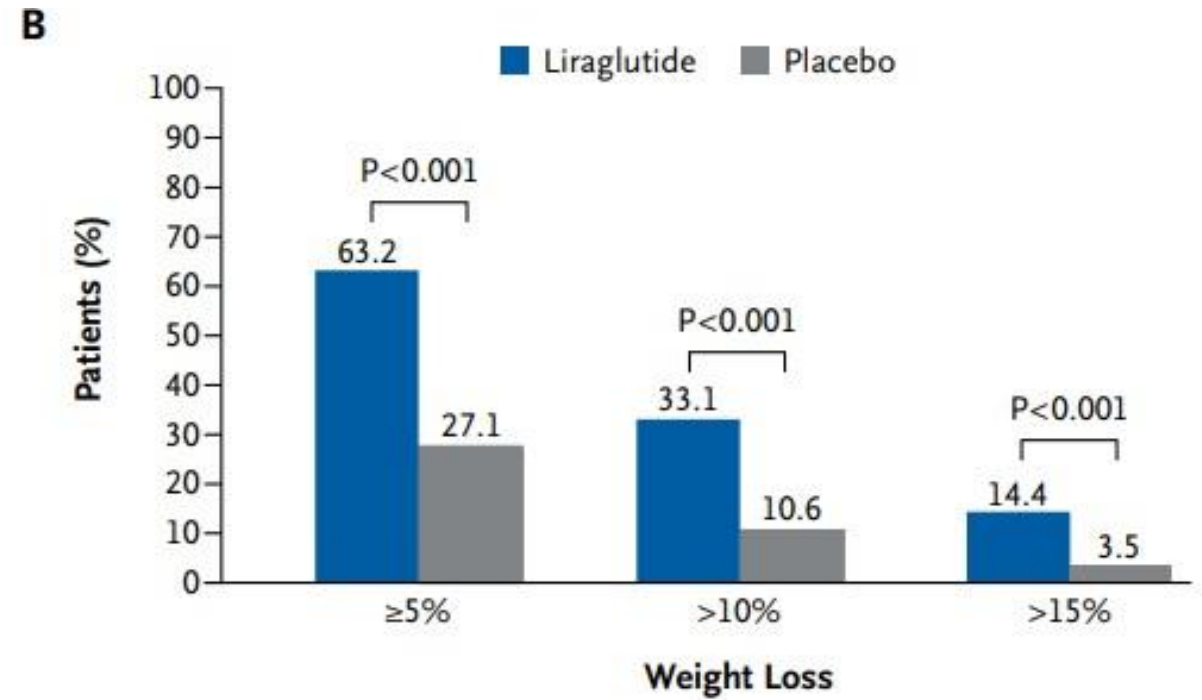
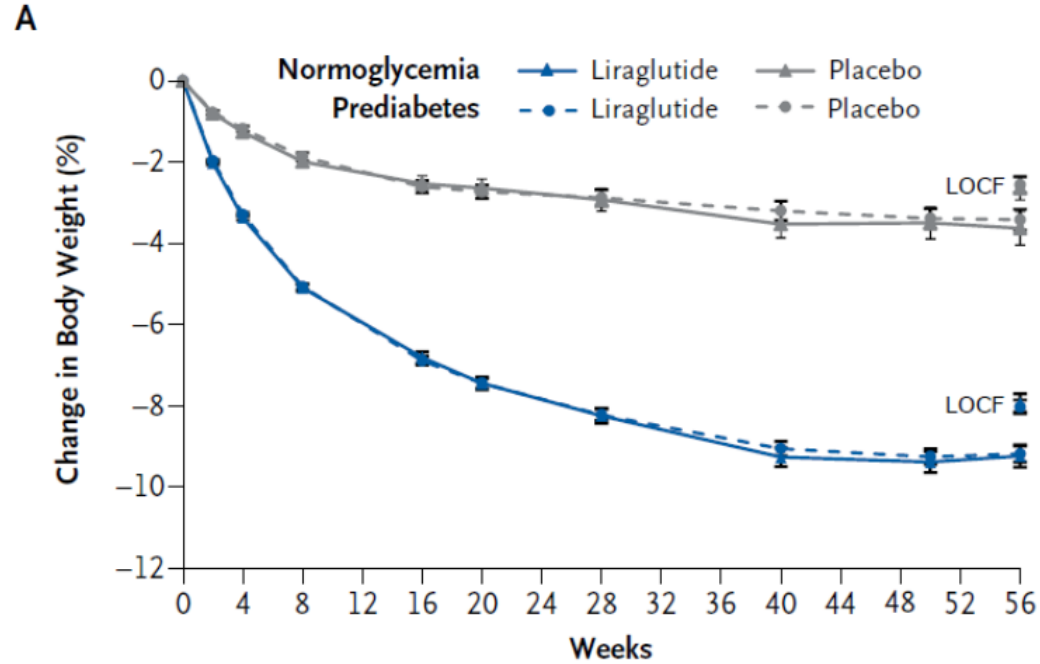
VERKNINGSMEKANISM: GLP-1 analog, minskar hunger och ökar mättnad

EFFEKT:

- vikt: medel 8% liraglutid + livsstil jfr med placebo+livsstil 2,6%
- kardiovaskulär händelser: 14,9 till 13%
- kardiovaskulär mortalitet: 6,0 till 4,7%

BIVERKNINGAR: illamående, sura uppstötningar, kräkningar, gallsten, pankreatit

liraglutid



semaglutid

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

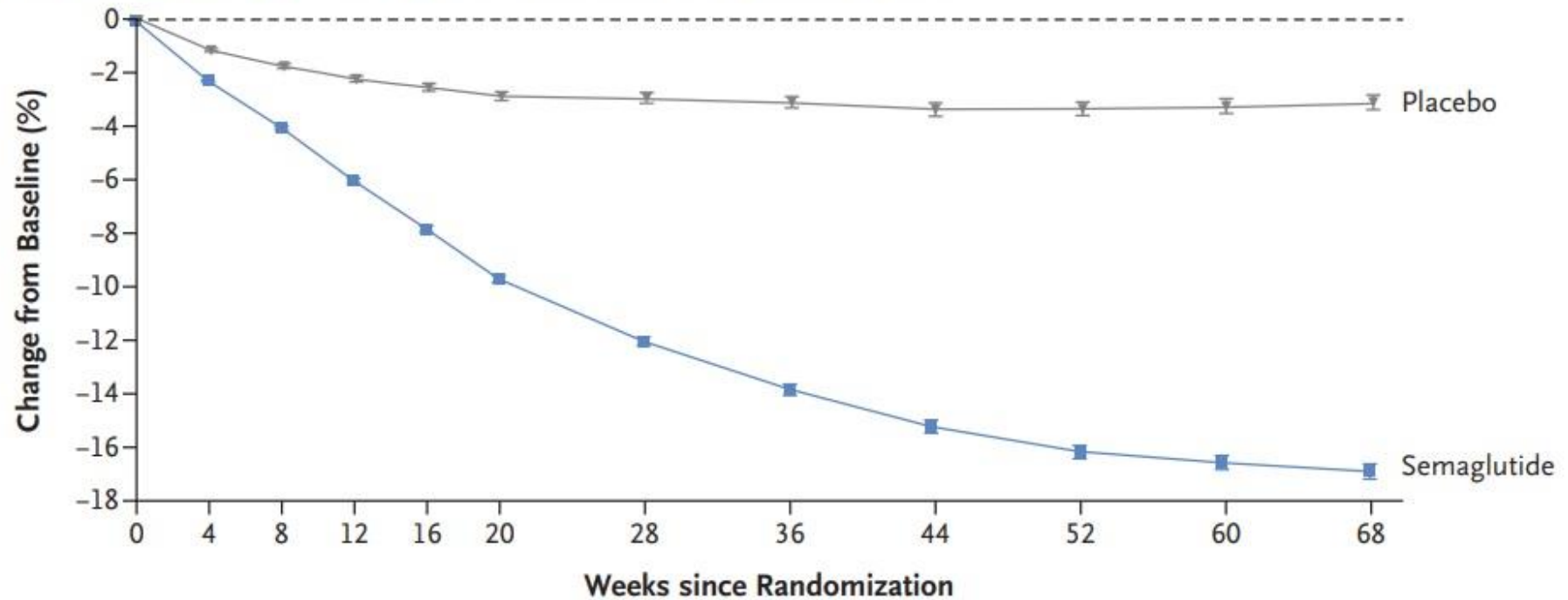
EFFEKT:

- vikt: 14,9% jfr 2,4% placebo
- viktnedgång från baseline: 2,4mg 17,3% vs 7,2mg gav 20.9%
- kardiovaskulär händelser: från 8% till 6,5%
- kardiovaskulär mortalitet: studier saknas

BIVERKNINGAR: illamående, sura uppstötningar, kräkningar, gallsten, pankreatit

semaglutid

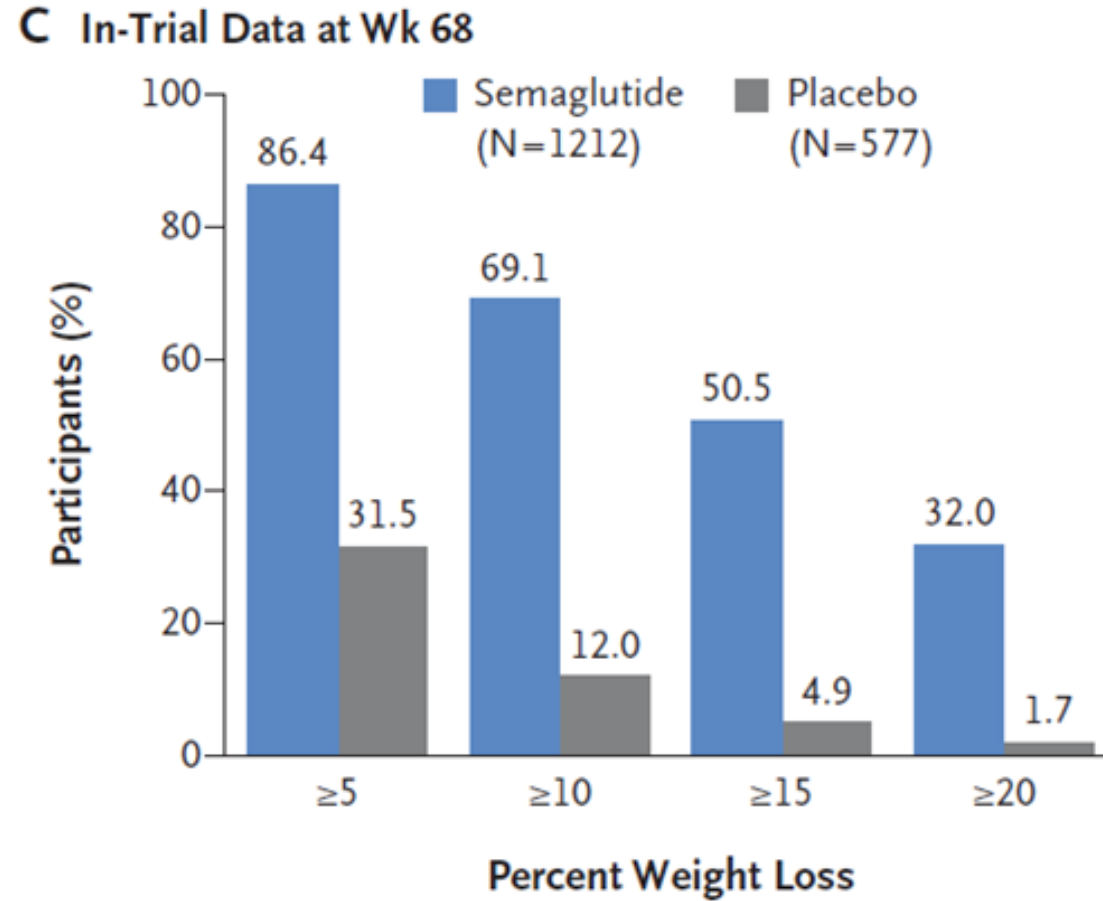
B Body Weight Change from Baseline by Week, Observed On-Treatment Data



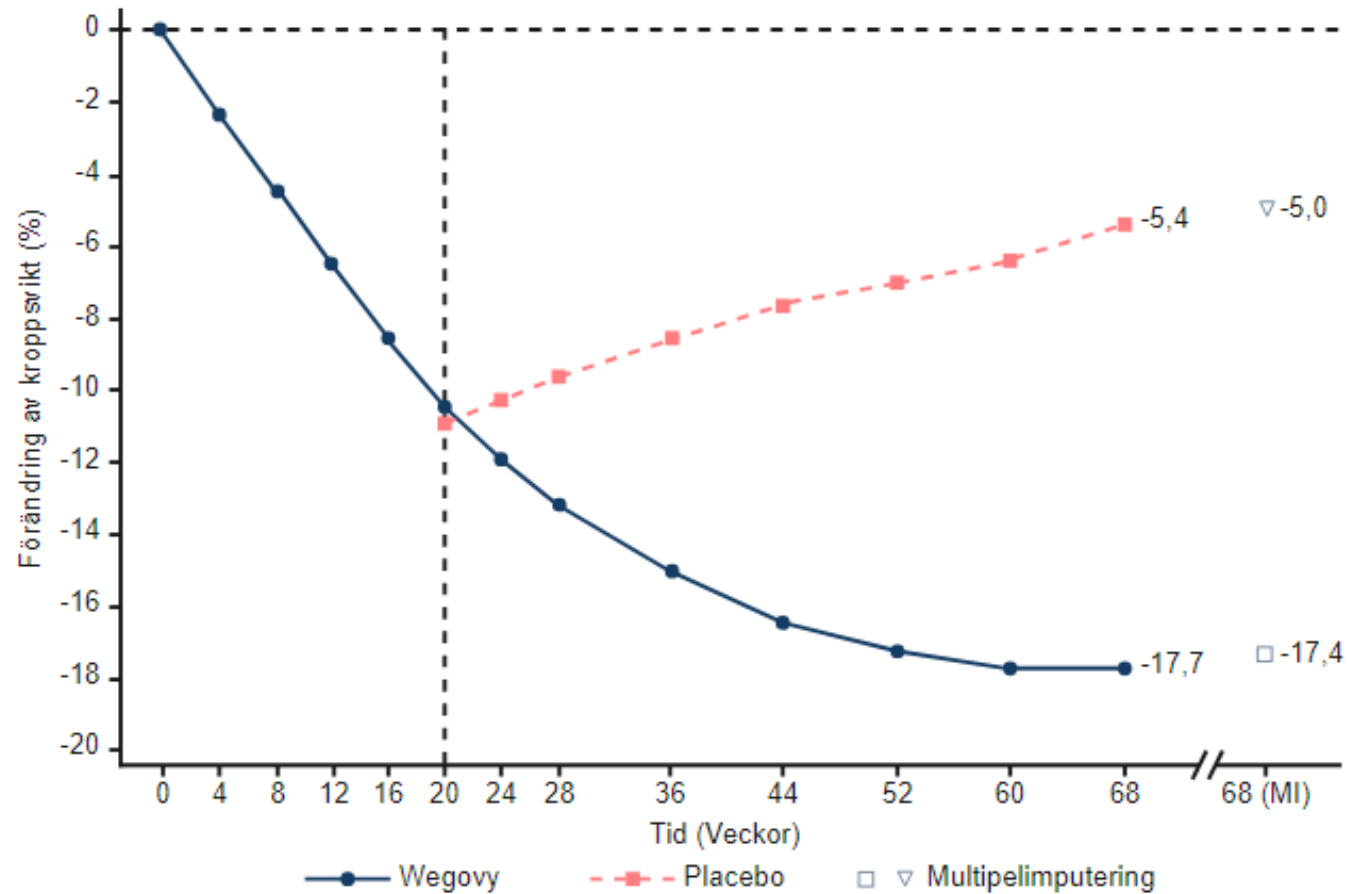
No. at Risk

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Placebo | 655 | 647 | 637 | 613 | 607 | 593 | 576 | 555 | 529 | 520 | 514 | 499 |
| Semaglutide | 1306 | 1283 | 1259 | 1225 | 1206 | 1193 | 1176 | 1166 | 1135 | 1115 | 1100 | 1059 |

semaglutid



Viktutveckling vid utsättning (semaglutid)



tirzepatide

VERKNINGSMEKANISM: GLP-1 och GIP-analog, minskar hunger och ökar mättnad

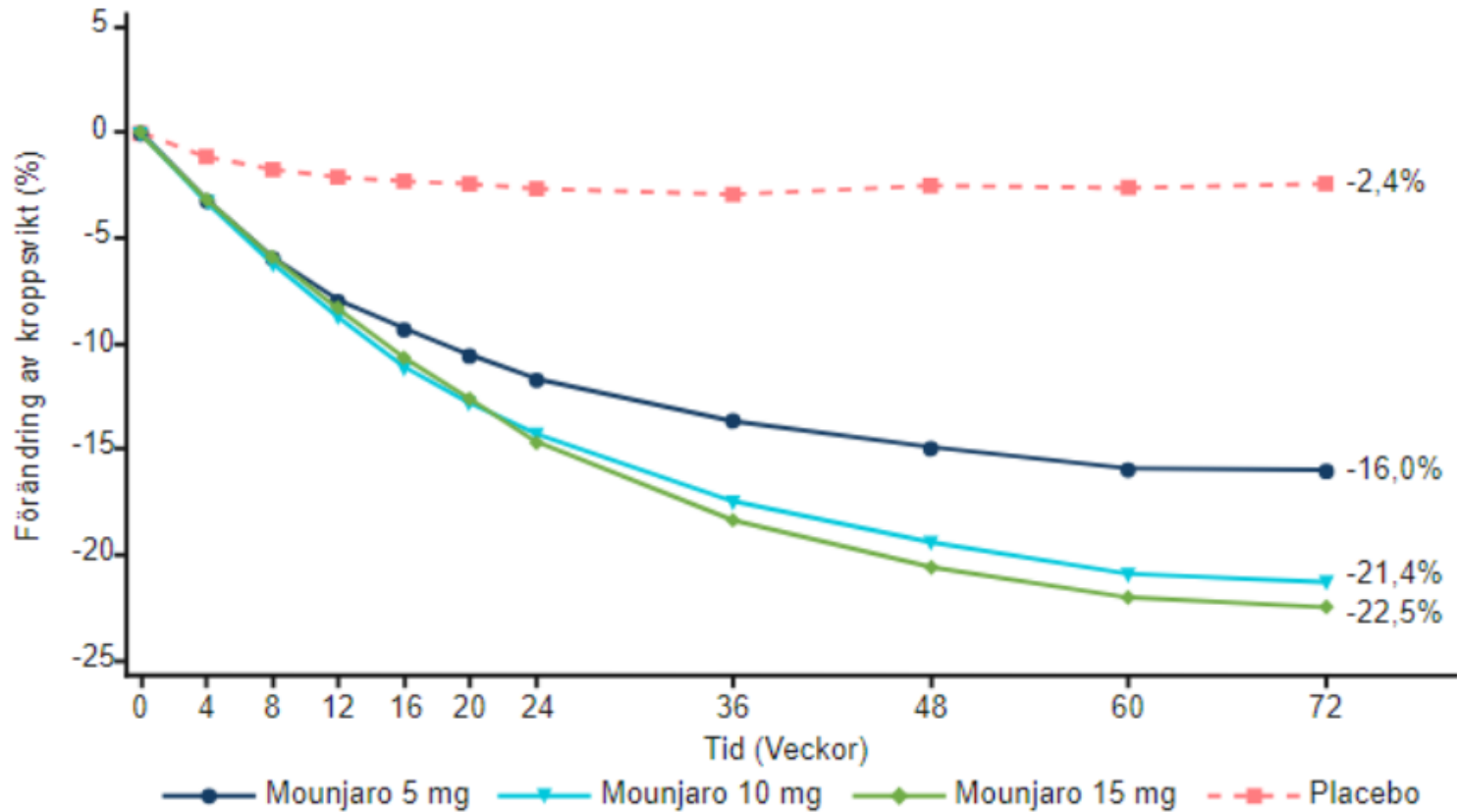
EFFEKT:

- vikt: 15-20,9%
- kardiovaskulär händelser: reduktion
- kardiovaskulär mortalitet: studier saknas

BIVERKNINGAR: illamående, sura uppstötningar, kräkningar, kolecystit, pankreatit

tirzepatide

Figur 3 Genomsnittlig förändring i kroppsvikt (%) över tid



tirzepatide vs semaglutide

- 751 studiepersoner
- Obesitas utan diabetes
- Tirzapatide: 20,1% vs semaglutide: 13,7%

ORIGINAL ARTICLE

Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes

A. Michael Lincoff, M.D., Kirstine Brown-Frandsen, M.D., Helen M. Colhoun, M.D., John Deanfield, M.D., Scott S. Emerson, M.D., Ph.D., Sille Esbjerg, M.Sc., Søren Hardt-Lindberg, M.D., Ph.D., G. Kees Hovingh, M.D., Ph.D., Steven E. Kahn, M.B., Ch.B., Robert F. Kushner, M.D., Ildiko Lingvay, M.D., M.P.H., Tugce K. Oral, M.D., Marie M. Michelsen, M.D., Ph.D., Jorge Plutzky, M.D., Christoffer W. Tornøe, Ph.D., and Donna H. Ryan, M.D.,
for the SELECT Trial Investigators*

ABSTRACT

BACKGROUND

Semaglutide, a glucagon-like peptide-1 receptor agonist, has been shown to reduce the risk of adverse cardiovascular events in patients with diabetes. Whether semaglutide can reduce cardiovascular risk associated with overweight and obesity in the absence of diabetes is unknown.

METHODS

In a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, event-driven supe-

The authors' affiliations are listed in the Appendix. Dr. Lincoff can be contacted at lincofa@ccf.org or at the Department of Cardiovascular Medicine, Cleveland Clinic, 9500 Euclid Ave., J2-3, Cleveland, OH 44195.

*A list of the SELECT trial investigators is provided in the Supplementary Ap-

SELECT-studien

Lincoff et al. NEJM, 2023

Patienter med kardiovaskulär sjukdom, >45år, BMI > 27, utan diabetes

- Effektmåttet: kardiovaskulär mortalitet eller händelse
- Antal i interventionsgrupp och placebogrupp: (569)8803 / (701)8801
- Tid för interventionen: 3,3år

- Relativ riskreduktion: 19%
- Absolut risk: 1,5 (8,5% drabbades i placebo vs 6,0% i intervention)
- NNT: 67 över 3,3 år

SELECT-studien

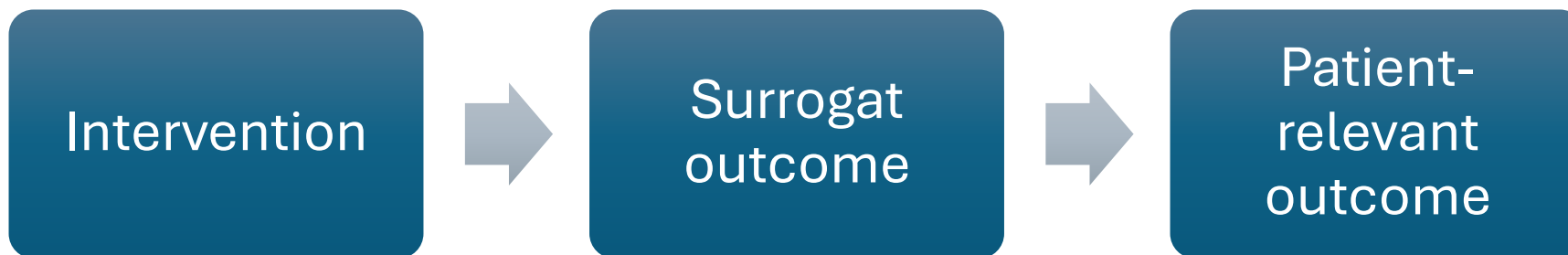
Lincoff et al. NEJM, 2023

MEN...

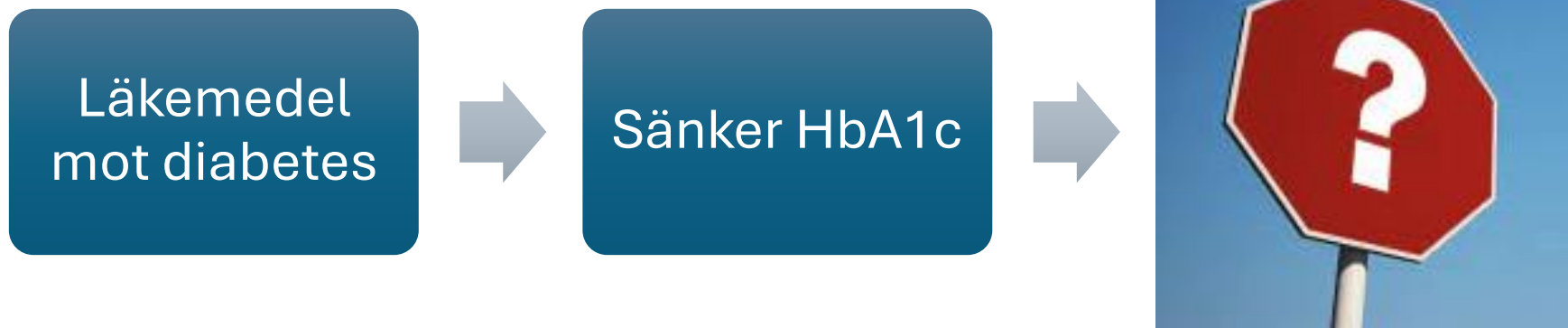
- BMI i medel 33
- medelålder 62 år
- tidigare kardiovaskulär händelse



Surrogatutfall



Till exempel:



eTable: Drugs approved on the basis of surrogate end points but ultimately proven to be harmful

| Drug(s) | Indication | Surrogate outcome* | True outcome† | Reference |
|--------------------|--|--|--|-----------|
| Aprotinin | High-risk cardiac surgery | Decreased need for blood transfusion | Increased mortality | 1 |
| Clofibrate | Increased cholesterol in healthy men | Decreased cholesterol | Increased mortality | 2 |
| Doxazosin | Hypertension and other cardiovascular risk factors | Decreased blood pressure | Increased congestive heart failure | 3 |
| Encainide | Ventricular premature beats post myocardial infarction | Decreased ventricular ectopic beats | Increased mortality | 4 |
| Erythropoietin | Anemia due to chronic renal failure | Increased hemoglobin to >120 | Increased mortality | 5 |
| Estrogen/progestin | Cardiovascular disease prevention in postmenopausal women | Decreased low-density lipoprotein cholesterol and increased high-density lipoprotein cholesterol | Increased cardiovascular disease and breast cancer | 6 |
| Flecainide | Post myocardial infarction patients with ventricular premature beats | Decreased ventricular ectopic beats | Increased mortality | 4 |
| Flosequinan | Chronic congestive heart failure | Improved ventricular function | Increased mortality | 7 |
| Fluoride | Fracture prevention in postmenopausal women with osteoporosis | Increased bone mineral density | Increased nonvertebral fractures | 8 |
| Ibopamine | Severe congestive heart failure | Increased exercise tolerance and decreased vascular resistance | Increased mortality | 9 |

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

Sammanfattning



Cochrane
Library

Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

liraglutide, semaglutide, tirzepatide

- större viktnedgång jämfört med placebo på måttlig och lång sikt (6-17 månader och 24 månader)
- högre risk för biverkningar
- ingen eller osäker effekt på livskvalitet, hjärtkärlhändelser och dödlighet

Biverkningar?



Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

- magtarmkanalen
- gallsten, pankreatit
- minskad benmassa (liraglutide)
- minskad muskelmassa (?)
- NAION (1/10000) (semaglutide)
- dysestesi (semaglutide/tirzepatide): 22,9% vid 7,5mg och 6% vid 2,4mg, 0,5% placebo
- uppehåll vid graviditet: högre risk för tidig förlossning, graviditetsdiabetes och graviditetshypertoni

Jensen et al. JAMA 2024.
Ahern et al. Cureus. 2025.
Maya et al. JAMA 2025.
Bikou et al. Expert Opin Pharmacoter. 2024

Kontraindikationer ?

- > 65år
- tidigare pankreatit
- graviditet
- osteoporos
- eGFR < 30
- tidigare eller aktiv ätstörning
- epilepsi
- pågående behandling med opioider
- fertila kvinnor??

Uppföljning och mål

- Viktnedgång på ≥ 5 % anses som en kliniskt signifikant
- Regelbunden uppföljning för dosjustering, biverkningsdiskussion och effektutvärdering
- uppföljning efter 12–16 veckor, avbryt om patienten inte uppnått 5% viktminskning
- tillägg till evidensbaserad levnadsvanebehandling

JAMA | Special Communication | CURRENT TOPICS IN OBESITY

World Health Organization Guideline on the Use and Indications of Glucagon-Like Peptide-1 Therapies for the Treatment of Obesity in Adults

Francesca Celletti, MD, PhD; Jeremy Farrar, MD, PhD; Luz De Regil, PhD

IMPORTANCE Obesity is a chronic, relapsing disease affecting over 1 billion people worldwide, driving substantial morbidity, mortality, and economic burden. Glucagon-like peptide-1 therapies (GLP-1 therapies) provide clinically meaningful weight loss and broad metabolic benefits. In response to Member State requests, the World Health Organization (WHO) has issued guidelines for adults living with obesity.

OBSERVATIONS The guidelines recognize obesity as a chronic, relapsing disease requiring lifelong care and emphasize early diagnosis and integrated, person-centered approaches combining behavioral, medical, surgical, and other interventions alongside prevention and management of comorbidities. WHO recommends long-term GLP-1 therapies combined with intensive behavioral therapy to maximize and sustain benefits. Both recommendations were graded *conditional*, reflecting that GLP-1 therapies—with or without behavioral therapy—are effective, but limited long-term data, cost, system readiness, equity, variability in patient priorities, and context-specific feasibility remain considerations. Implementation of these guidelines depends on equitable access to affordable therapies, health system preparedness, and most importantly assurance that care is person-centered, nondiscriminatory, and universally accessible. Given the time required to implement these measures, a priority is a transparent, equitable, evidence-based framework to identify those at highest need while allowing incremental expansion of eligibility as access, capacity, and readiness evolve; this will be the next focus of the WHO guideline.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Medication alone cannot solve the global obesity burden. The availability of GLP-1 therapies should galvanize the global community to build a fair, integrated, and sustainable obesity ecosystem. Countries must ensure equitable access not only to comprehensive disease management, but also to health promotion and prevention policies and interventions targeting the general population and those at high risk.

JAMA. doi:10.1001/jama.2025.24288
Published online December 1, 2025.

 CME at jamacmelookup.com

Author Affiliations: Senior Advisor, Obesity, Department of Nutrition and Food Safety, World Health Organization, Geneva, Switzerland (Celletti); Assistant Director General, Health Promotion, Prevention, and Care, World Health Organization, Geneva, Switzerland (Farrar); Director, Department of Nutrition and Food Safety, World Health Organization, Geneva, Switzerland (De Regil).

Corresponding Author: Francesca Celletti, MD, PhD, Senior Advisor, Obesity, Department of Nutrition and Food Safety, World Health Organization, Geneva, Switzerland (cellettif@who.int).



NYA FETMALÄKEMEDLEN

Novo ansöker om statligt stöd efter WHO:s utspel

Av Arvid Uddfheldt, Omni Ekonomi

Publicerad 3 december, 08:36

Novo Nordisk har ansökt om subventioner från danska staten två gånger och fått avslag. Men efter världshälsoorganisationen WHO:s utspel i måndags förbereder Novo Nordisk nu en tredje ansökan, rapporterar Børsen.

På måndagen rekommenderade WHO för första gången att svårt överviktiga personer världen över ska behandlas med läkemedel och att stater ska säkerställa "lika tillgång" till "adekvat behandling".

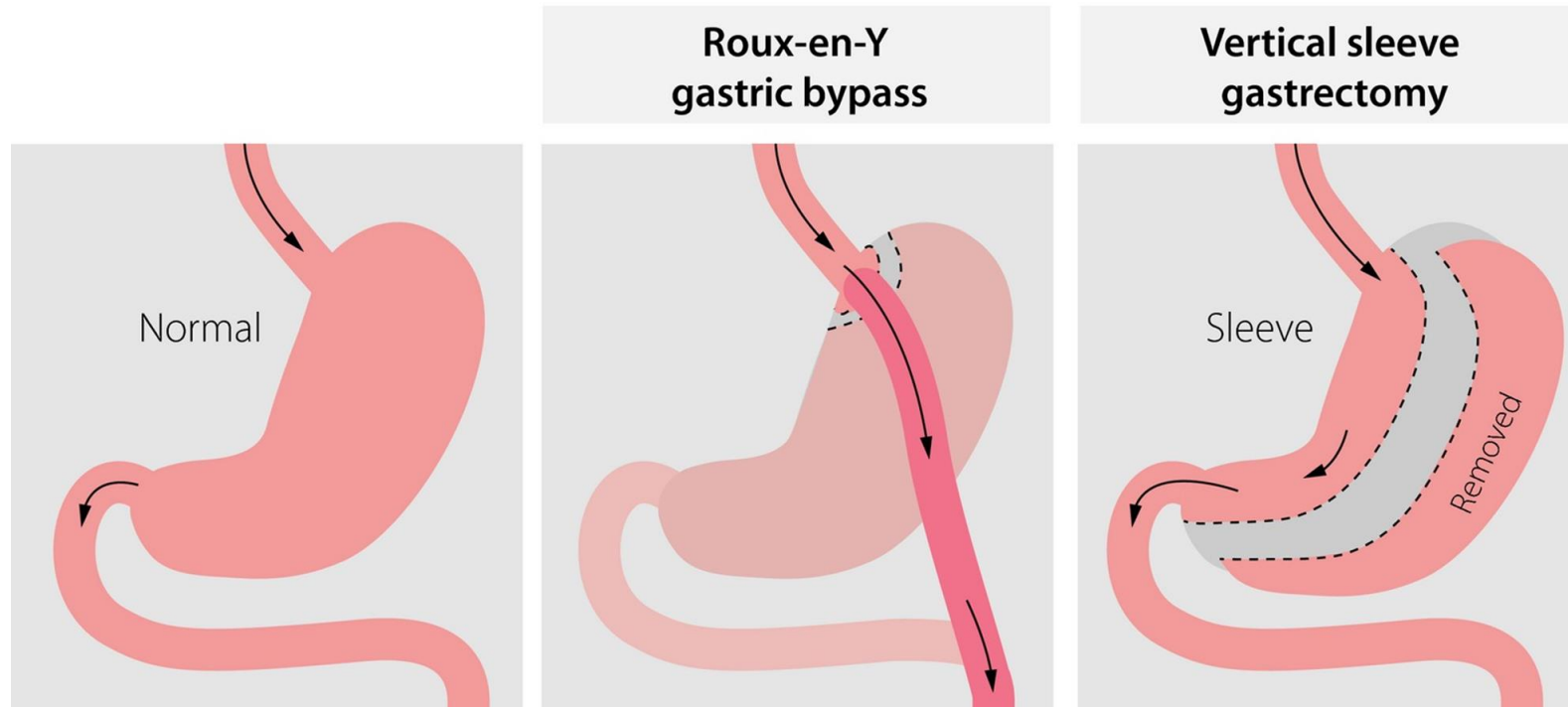
Det skulle innebära en vinst för Novo, som redan ansökt om en generell finansiering för Wegovy i Danmark, men fått avslag två gånger från danska läkemedelsverket.

Det finns ungefär 900 000 danskar som kan klassas som svårt överviktiga eftersom de har ett BMI över 30. Om alla fick subventioner för Wegovy skulle det kosta mellan 23,9 och 27,9 miljarder danska kronor, skriver affärstidningen.

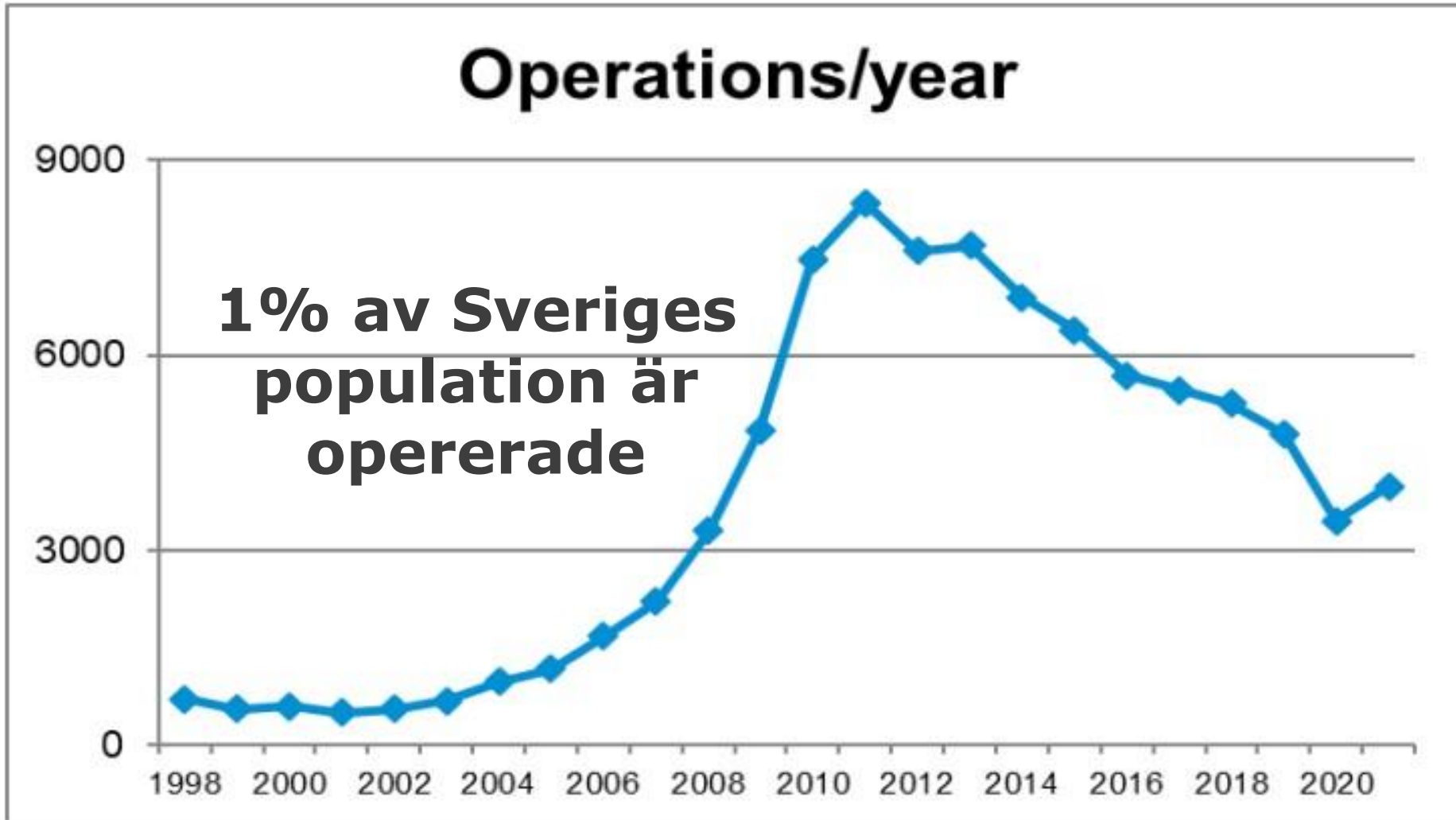
Behandlingsval

- Kombinerad levnadsvanebehandling
- Nutritionsbehandling
- Läkemedel
- **Obesitaskirurgi**

Obesitaskirurgi



Fandriks, L., Roles of the gut in the metabolic syndrome: an overview. *J Intern Med*, 2017. 281(4): p. 319-336

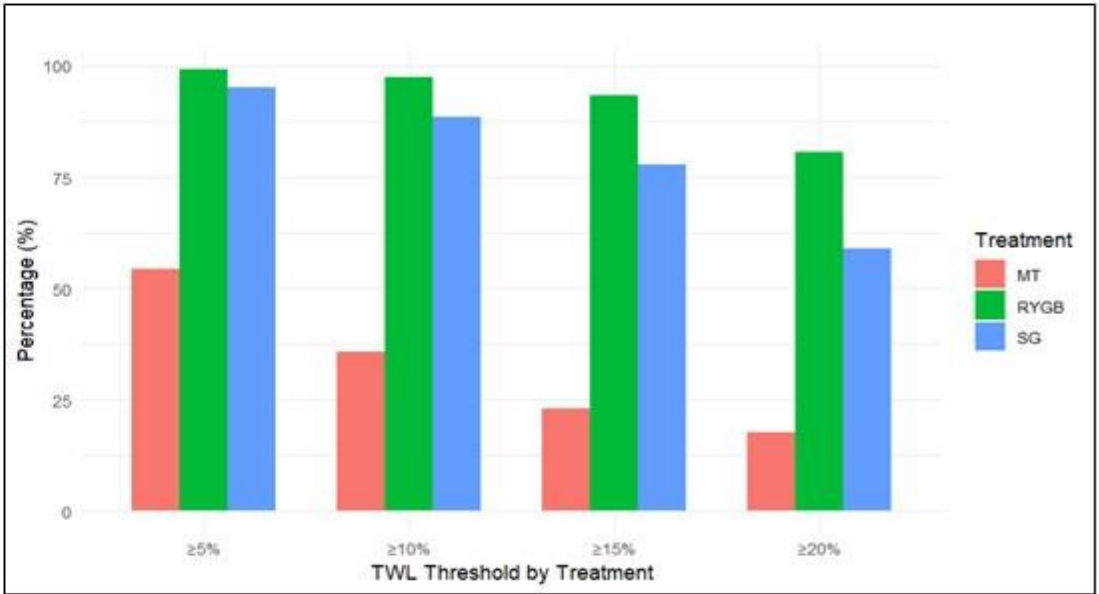
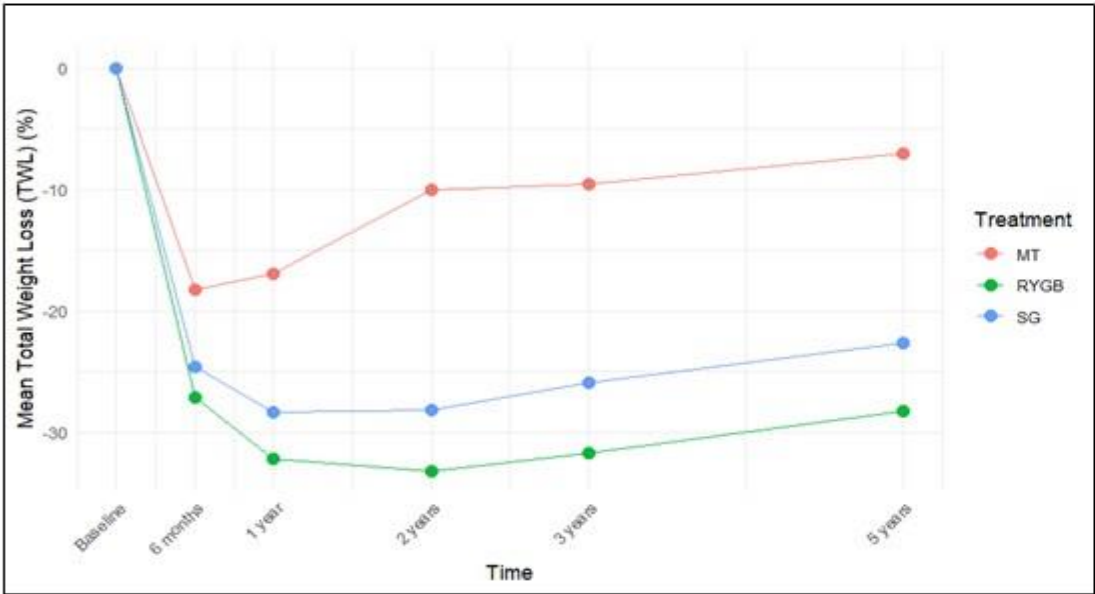


Obesitaskirurgi resulterar i...

- Snabb och bibehållen viktnedgång
- Sänkt mortalitet
- Sänkt risk för obesitasrelaterade följsjukdomar

Welbourn et al 2019, Höskuldsdottir et al 2022, Carlsson et al 2020, Wiggins et al 2020,

Viktutfall 5 år



Viktåteruppgång?

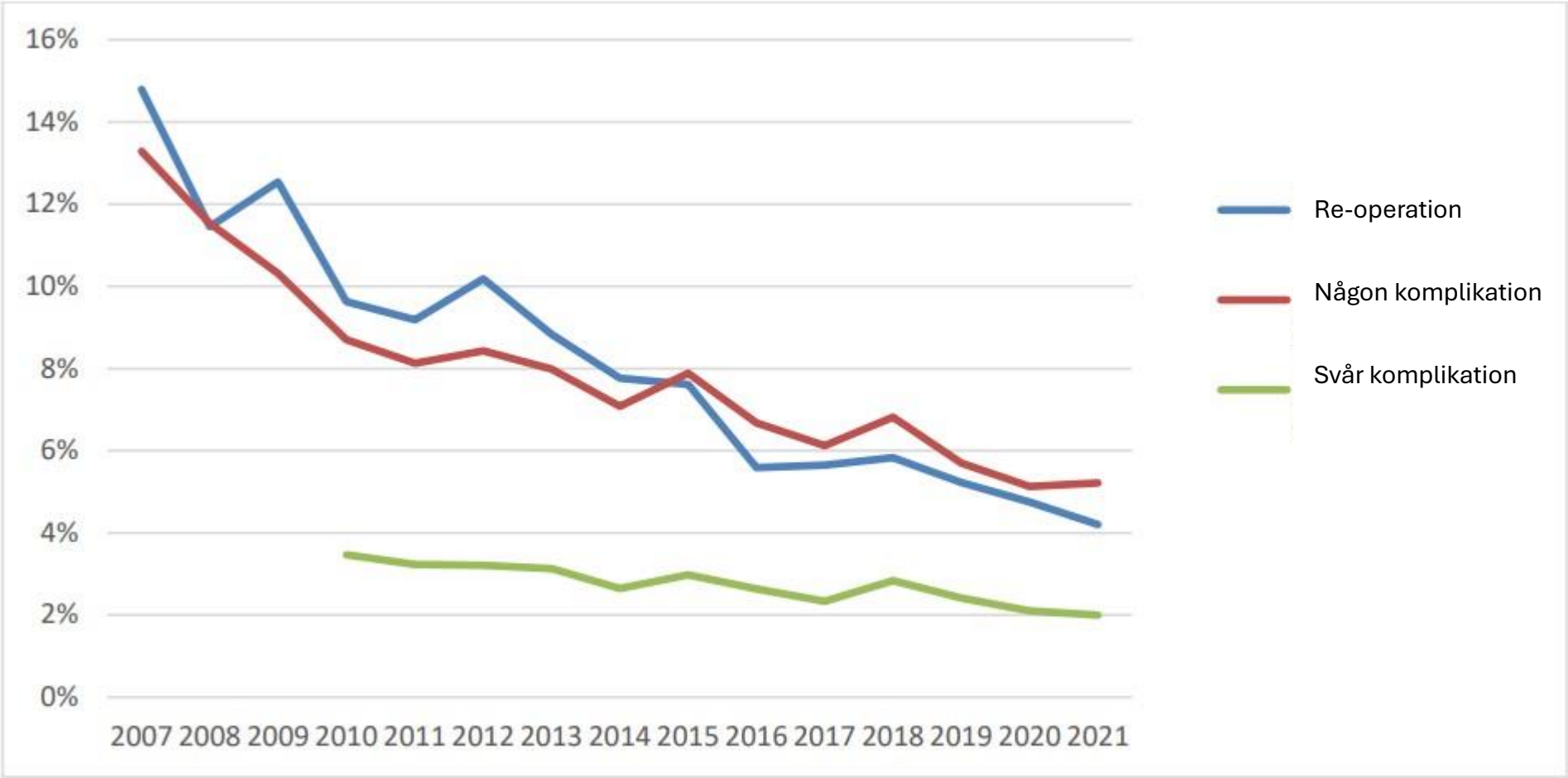
- 19-49% beroende på cut-off och tid
- 33% av GBP och 41% av SG hade återupptagit 10% av deras totala viktnedgång efter 5 år
- 10% av GBP och 13% av SG hade en "late clinical deterioration" vid 5 år

Voorwinde et al. *Obes Surg*, 2020.

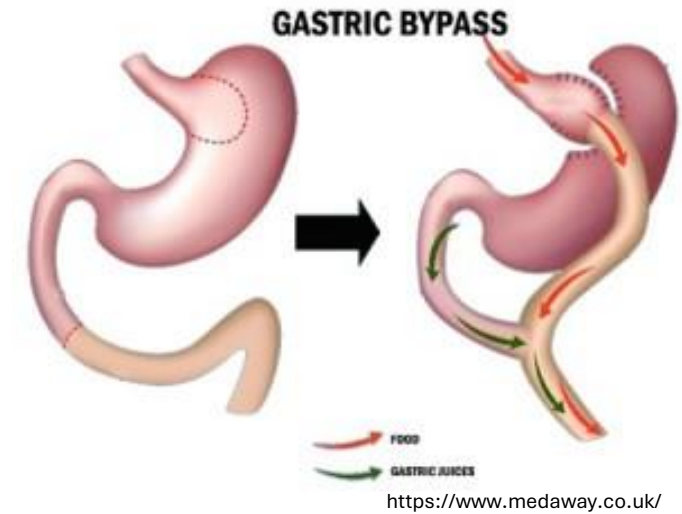
Lauti et al. *Surg Obes Relat Dis*, 2017

Reis et al, *Obesity Medicine*, 2024, Celandier et al, 2025 *in manuscript*

Patienter med någon eller svår komplikation



Nutritionsdefekter



- järn, vit B12, calcium, vit D, folate
- hos 60% av alla patienter inom 6 månader och upp till 100% efter 2 år
- 17% anemi efter VSG och 50% efter GBP
- 5 gånger högre risk att få anemi vid GBP efter 20 år

BASUN

(BAriatric Surgery SUBstitution and Nutrition Study)

| Iron supplements | Gastric bypass | | | Sleeve gastrectomy | | |
|---|--------------------|-------------------|----------------|--------------------|--------------------|----------------|
| | AP | NAP | <i>p-value</i> | AP | NAP | <i>p-value</i> |
| [Hb] mean difference from baseline, g/L; mean (\pm SD) | -5.0 (\pm 10.5) | -7.5 (\pm 9.6) | 0.055 | -5.1 (\pm 11.6) | -5.1 (\pm 9.0) | 0.964 |
| Anaemia; n (%) | 13 (10.2%) | 12 (10.3%) | 1 | 3 (5.9%) | 4 (4.4%) | 0.702 |
| Depleted iron stores; n (%) | 15 (11.7%) | 18 (15.7%) | 0.454 | 4 (7.8%) | 7 (7.7%) | 1 |
| [S-TIBC], μ mol/L; mean (\pm SD) | 67.0 (12.3) | 68.2 (10.0) | 0.404 | 64.1 (12.1) | 64.3 (\pm 11.9) | 0.918 |
| [S-iron], μ mol/L; mean (\pm SD) | 17.0 (5.5) | 17.8 (6.9) | 0.312 | 17.6 (5.7) | 19.3 (5.2) | 0.069 |

Obesitaskirurgi – en säker behandling med stora vinster

FÖRSTAHANDSBEHANDLING FÖR VUXNA VID AVANCERAD OBESITAS

Det övergripande målet med obesitaskirurgi är långvarig viktnedgång med förbättring av obesitasrelaterade sjukdomar och livskvalitet, utan negativ påverkan på det dagliga livet för den opererade individen. Även om matintaget begränsas ska en person som genomgått obesitaskirurgi huvudsakligen kunna äta all sorts föda utan mag-tarmproblem eller riskabla näringsbrister på sikt.

Sedan 2007 registreras utfallet av svenska obesitaskirurgiska ingrepp i Scandinavian obesity surgery registry (Soreg) [1]. Trots att svenska och internationella patientpopulationer är mycket lika varandra (genomsnittsålder 40–45 år, BMI 40–45 kg/m² och >75 procent kvinnor) dominerar gastrisk bypass i Sverige (74 procent av alla ingrepp under 2024), medan sleevegastrektomi är vanligare globalt [2]. I denna sammanställning presenterar vi Soreg-data om dessa två ingrepp [3], men då patientgruppen med BMI över 60 kg/m² ökar kraftigt, särskilt bland unga [4], kommer vi också att beröra operationsmetoden duodenal omkoppling (duodenal switch) (Figur 1).

Indikationer för obesitaskirurgi

Sedan många år rekommenderas obesitaskirurgi till

Magnus Sundbom, professor, överläkare, kirurgi, Akademiska sjukhuset, Uppsala; institutionen för kirurgiska vetenskaper, Uppsala universitet
● magnus.sundbom@uu.se

Niclas Abrahamsson, med dr, överläkare, endokrinologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala; institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet

Erik Stenberg, docent, överläkare, kirurgi, Universitets-sjukhuset Örebro, institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet

Operationsförberedelser

Rutiner för bedömning av operationskandidater varierar mellan olika regioner, men merparten remitteras till obesitaskirurgi från primärvårdsläkare. Inför operation ska patienternas obesitasrelaterade följsjukdomar optimeras. De vanligaste är hypertoni (31 procent), typ 2-diabetes (15 procent), höga blodfetter (12 procent) och sömnapné (10 procent med CPAP, kontinuerligt positivt luftvägstryck). Eftersom utfallen varierar mellan de olika operationstyperna är det viktigt med en noggrann diskussion om operationsmetod där även individens egna förväntningar och

»Trots en markant ökning av svensk obesitaskirurgi sedan millennieskiftet ... genomgår endast ett par procent av individer med BMI ≥ 35 kirurgisk behandling.«

Utmaningar för primärvården

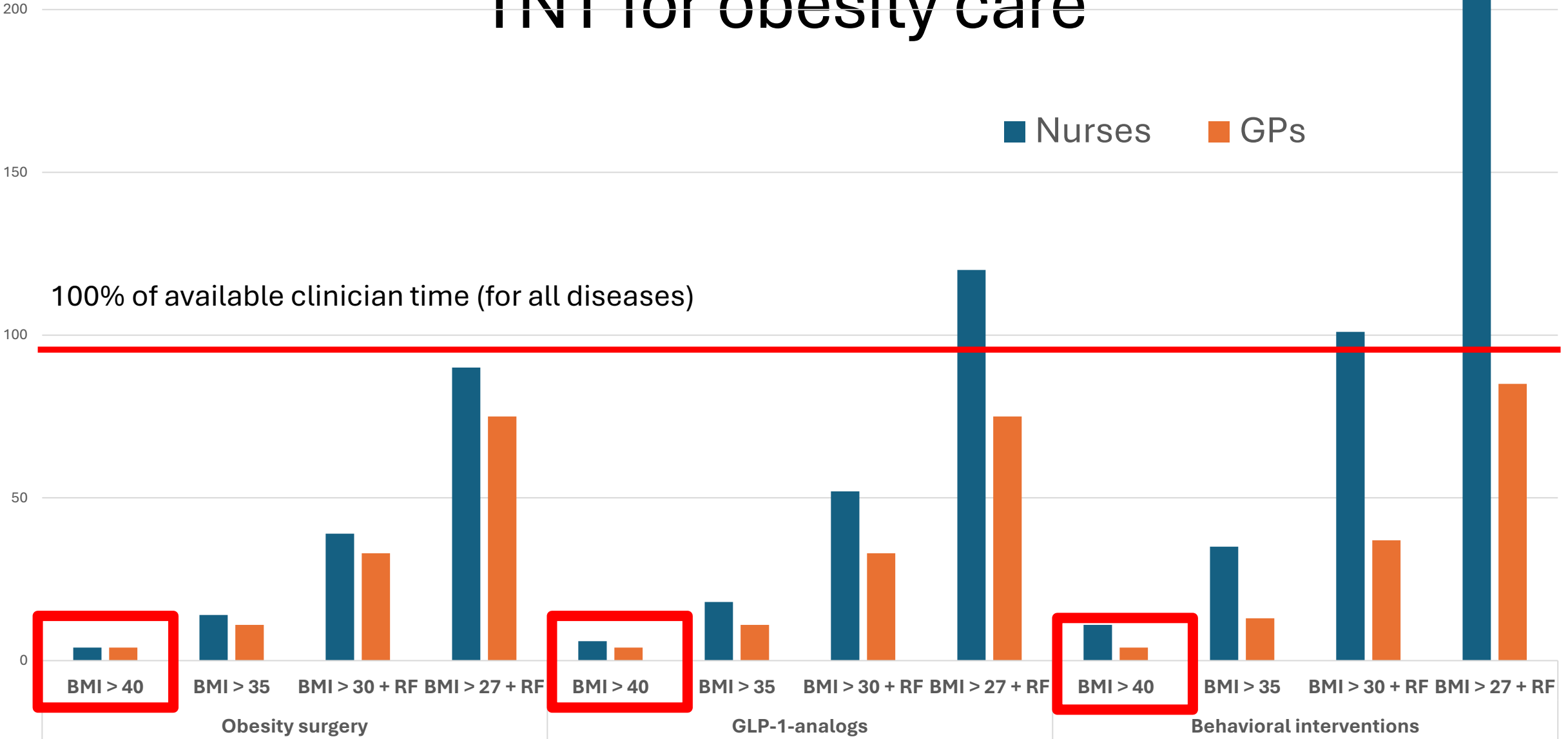
- Att veta vilken enskild individ som har diagnosen obesitas baserat på risk för ohälsa
- Att hantera denna stora (nya) patientgrupp



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 for obesity care



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



Brev till patienter som
kontaktar oss på
Närhälsan Herrestad
Vårdcentral – vi
behandlar personer
med BMI över 40 med
GLP1/GIP-analoger till
att börja med...

Brev till dig som önskar behandling med de nya viktminskningsläkemedlen

Du får detta brev då du hört av dig och önskar hjälp med din övervikt. Nedanstående information berör de nya viktminskningsläkemedlen, GLP-1-analoger som heter t. ex Wegovy och Mounjaro. Studier visar att dessa ger en viktnedgång och kan vara av värde för personer som länge haft problem med (fetma/övervikt/obesitas)

Vi har på Herrestads vårdcentral valt att endast behandla patienter som ligger på ett BMI >40 och grundar detta på den vetenskap som i dagsläget finns på området.

- Läkemedlen har biverkningar i form av illamående, kräkningar, diarré och förstoppning som inte sällan leder till avslut av behandling.
- Under behandling ses en liten ökad risk för inflammation i gallblåsa samt bukspottkörtel.
- När man slutar med läkemedlet går man ofta upp i vikt igen och då är ofta en större del av viktuppgången fettmassa vilket kan leda till en ökad fettprocent.

Det saknas i dagsläget studier på eventuellt långsiktiga skador med behandlingen men det har på senare tid kommit studier som tyder på en ökad risk för påverkan på känsel i hud samt ökad risk för skada på synnerven (NAION). Det saknas också tillförlitliga studier som visar att viktminskning med dessa läkemedel minskar dödlighet eller hjärt-kärlhändelser som t. ex hjärtinfarkt.

Sammanfattningsvis har vi kommit fram till att trots att dessa läkemedel ger en tydlig viktnedgång behöver vi fler bra stora studier, som inte finansieras av läkemedelsbranschen själv, som kan ge oss mer information om långsiktiga fördelar för hjärta-kärl och möjliga risker med behandling. De sammanställningar som gjorts visar ingen skillnad avseende stora hjärt-kärlhändelser (ex hjärtinfarkt, stroke), livskvalitet eller dödlighet i en jämförelse mellan en grupp patienter som fått viktminskningsläkemedel och de som fått placebo (icke-aktiv substans). Vi har däremot bedömt att vinsten för de med stor övervikt gör att behandling kan bedömas som aktuellt trots ovanstående.

Utöver detta är det dyra läkemedel som i nuläget helt bekostas av patienten själv, oavsett om patienten får den förskrivet av oss läkare i primärvården eller privat vilket leder till en ojämlik vård.

Önskar du efter att du läst igenom denna information och har ett BMI >40 behandling med GLP-1-analog är du välkommen att höra av dig och boka ett telefonsamtal för ytterligare diskussion.

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 realitet.



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, Ångered; 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 kommit 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 ...«



Illustration: Emma Hanquist/Form Nation
[Bedömd och dömd | Vårdfokus \(vardfokus.se\)](http://Bedömd och dömd | Vårdfokus (vardfokus.se))

Tack!

karin.e.mossberg@gu.se