

Dietistens roll vid behandling med aptitsänkande läkemedel

Kunskapsunderlag för nutritionsbehandling av övervikt och obesitas hos patienter som använder aptitsänkande läkemedel



DRF
DIETISTERNAS
RIKSFÖRBUND

Författare:

Alexander Hidén, legitimerad dietist, MSc i klinisk nutrition med specifik inriktning på obesitas, Yazen Health AB

Liisa Tolvanen, legitimerad dietist, specialistkompetens inom obesitas hos vuxna, medicine doktor, Centrum för obesitas, Akademiskt specialistcentrum, Stockholms läns sjukvårdsområde, Region Stockholm

Granskat av:

Dietisternas Riksförbund Sektion Obesitas

Ylva Trolle Lagerros, överläkare, professor, Centrum för obesitas, Akademiskt specialistcentrum, Stockholms läns sjukvårdsområde, Region Stockholm / Liljeholmens Universitetsvårdcentral

Januari 2026

Inledning

Syftet med detta dokument är att ge legitimerade dietister praktisk vägledning i nutritionsbehandlingen av vuxna patienter med övervikt och obesitas som behandlas med aptitsänkande läkemedel. Dokumentet är framtaget på uppdrag av Dietisternas Riksförbund och bygger på aktuell vetenskaplig evidens, nationella och internationella riktlinjer samt klinisk erfarenhet. Det är avsett att fungera som ett professionsstöd och ett komplement till nationella riktlinjer, kliniska kunskapsstöd och lokala vårdprogram.

Dietisternas Riksförbund vill med detta dokument tydliggöra dietistens roll i obesitasvården och bidra till en jämlik, säker och evidensbaserad nutritionsbehandling i hela landet. Förbundet betonar vikten av ett respektfullt, personcentrerat och icke-stigmatiserande bemötande av personer med obesitas, samt vikten av ett nära samarbete mellan olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.

Obesitas och aptitsänkande läkemedel

Obesitas är en av vår tids stora hälsoutmaningar och erkänns idag som en kronisk sjukdom. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas framhålls kombinerad levnadsvanebehandling, läkemedelsbehandling och obesitaskirurgi som behandlingsalternativ [1]. Världshälsoorganisationen (WHO) betonar betydelsen av strukturerad individanpassad behandling där hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet och beteendeförändring har en central roll vid samtidig behandling med aptitsänkande läkemedel [2].

Även om aptitsänkande läkemedel, såsom liraglutid (kortverkande glukagonliknande peptid-1 (GLP-1)), semaglutid (långtidsverkande GLP-1) och tirzepatid (långtidsverkande GLP-1/ glukosberoende insulinotropisk polypeptid (GIP)-receptoragonist), ännu inte ingår i Socialstyrelsens prioritering för personer med obesitas, används de i stor utsträckning. Dietisten är den yrkesgrupp som har kompetens att genomföra nutritionsbehandling, vilken är central vid behandling av obesitas, med eller utan tillägg av aptitsänkande läkemedel [3].

Aptitsänkande läkemedel kan leda till betydande viktnedgång, förbättrad glukoskontroll och minskad risk för följsjukdomar [4]. Det är viktigt att betrakta läkemedelsbehandling som ett komplement till nutritionsbehandling snarare än som enda lösning. Effektiv behandling kräver tvärprofessionellt teamarbete där olika professioner samverkar [5]. Aptitsänkande läkemedel kan vara ett värdefullt verktyg för att underlätta förändring av matvanor. Nutritionsbehandling av dietist är ofta avgörande för både behandlingsresultat och långsiktighet [3].

Det finns ingen vedertagen term för alla nyare aptitsänkande läkemedel vid obesitas. De vanligaste som fått större uppmärksamhet de senaste åren är varianter av GLP-1 analoger (som i detta dokument benämns GLP-1-läkemedel). GLP-1-läkemedel förstärker den glukosberoende insulinutsöndringen, hämmar frisättning av glukagon och därmed den endogena glukosproduktionen i levern, fördröjer magsäckstömningen samt verkar centralt i hypothalamus på aptitregleringen [6]. Dessa effekter leder till ökad mättnadskänsla och minskad hunger, inklusive minskning av sug och påträngande mattankar. Viktnedgången uppstår i huvudsak genom minskat energiintag till följd av dämpad aptit. GLP-1-läkemedel liknar de naturliga GLP-1-hormonerna kroppen producerar och aktiverar samma receptorer, vilket ger upphov till fysiologiska effekter i kroppen. De centrala effekterna på hjärnans aptit- och belöningsreglerande områden bedöms vara viktigare för minskningen av aptit än effekten på magsäckstömningen [6].

Andra obesitasläkemedel

Även andra obesitasläkemedel såsom fentermin/topiramat och bupropion/naltrexon som inte är GLP-1-läkemedel verkar genom att påverka aptit- och belöningssystemet. I dokumentet används därmed begreppet aptitsänkande läkemedel som samlingsnamn för GLP-1-, GIP- och kombinationsläkemedel.

Orlistat är undantaget som inte kan klassas som aptitsänkande läkemedel, då den verkar genom minskat upptaget av fett i tarmen. I detta dokument diskuteras främst aptitsänkande läkemedel, dels eftersom de har bäst dokumenterad effekt, dels eftersom framtidens obesitasläkemedel högst troligen kommer att baseras på varianter av dessa läkemedelstyper.

Tillgängliga obesitasläkemedel

Det finns flera olika typer av läkemedel tillgängliga för behandling av obesitas i Sverige 2025 [7] (se tabell 1). Än så länge är det endast Orlistat som ingår i läkemedelsförmånen.

Tabell 1. Översikt över obesitasläkemedel godkända i Sverige 2025, verkningsmekanismer, viktnedgång i studier och administrationssätt. För mer information, se FASS.

Verkande ämne	Produktnamn	Verkningssätt	% Vikt-nedgång*	Hur läkemedlet tas
Tirzepatid	Mounjaro	Aktiverar GLP-1- och GIP-receptorer vilket minskar aptit.	20 %	Veckovis subkutan spruta
Semaglutid	Wegovy	Aktiverar GLP-1-receptorer vilket minskar aptit.	15 %	Veckovis subkutan spruta
Liraglutid	Saxenda	Aktiverar GLP-1-receptorer vilket minskar aptit.	7 %	Daglig subkutan spruta
Fentermin / Topiramat	Qsiva	Dämpar aptit och minskar sötsug genom påverkan på nervsystemet.	10 %	Daglig oral tablett
Bupropion / Naltrexon	Mysimba	Påverkar hjärnans belöningssystem. Minskar sug och kontrollerar aptit.	5 %	Daglig oral tablett
Orlistat	Xenical/Orlistat	Hämmar lipas i tarmen vilket minskar upptag av fett.	3 %	Daglig oral kapsel

**Vikt-nedgången i tabell 1 är uppskattad baserad på flera studier som studerat på vikt-nedgång hos individer med övervikt eller obesitas utan diabetes. Uppskattat total vikt-nedgång med råd om matvanor och fysisk aktivitet inkluderat. Siffrorna gäller interventionen där deltagarna fått högsta rekommenderade doser, dvs. 15 mg per vecka för tirzepatid, 2,4 mg per vecka för semaglutid, och 3 mg per dag för liraglutid. Hos individer med diabetes typ 2 är vikt-nedgången generellt lägre. Kvinnor går ner mer än män. Varaktigheten i studier varierar, men är oftast mellan 68–72 veckor.*

Den procentuella vikt-nedgången varierar beroende på deltagare och typ av intervention. Exempelvis observerades en vikt-nedgång på 24,3% med tirzepatid, i en 84 veckor lång intervention som föregicks av en 12-veckors intensiv levnadsvanebehandling [8]. I STEP-3-studien, som undersökte semaglutid i kombination med intensiv beteendeterapi under 68 veckor, sågs en vikt-nedgång på 16% [9]. Nyare studier med högre doser semaglutid (STEP-UP, med 7,2 mg i veckan) har visat upp till 18,7%

viktnedgång [10]. Faktorer som kan påverka en enskild individs viktnedgång inkluderar bland annat individuell läkemedelsrespons, tillgång till stöd, följsamhet till behandlingen, förändringar i levnadsvanor samt samsjuklighet såsom diabetes typ 2.

Under de kommande åren väntas fler aptitsänkande läkemedel bli tillgängliga. Tillgänglig evidens talar för att dessa kommer att vara mer effektiva än dagens alternativ. Dietistens roll, bland annat för att säkerställa adekvat nutrition vid stort energiunderskott och/eller ensidigt livsmedelsval, kommer därför sannolikt att bli allt viktigare i takt med att mer potenta läkemedel introduceras.

Nutritionsbehandling vid aptitsänkande läkemedel

Aptitsänkande läkemedel kan möjliggöra en betydande viktnedgång, men de utgör inte en fristående lösning. För en patientsäker, effektiv och långsiktig behandling krävs att nutritionsbehandling integreras som en del av vården [3]. Dietisten bör använda sina kunskaper inom personcentrerad kommunikation (exempelvis motiverande samtal) för att skapa en god behandlingsallians med patienten [11].

Dietister har en unik kompetens inom flera områden som är avgörande för säker och framgångsrik nutritionsbehandling [3, 12-14]. Dietisten är utbildad för att tillsammans med patienten arbeta med:

- Främjande av hälsosamma matvanor.
- Nutritionsbehandling vid obesitasrelaterade följsjukdomar.
- Optimering av näringsintag (makro- och mikronutrient) vid minskad aptit.
- Identifiering av eventuella ätstörningar samt hänvisning till adekvat annan vård vid behov.
- Hantering av biverkningar och förebyggande av muskelförlust.
- Stöd till långsiktiga beteendeförändringar.

Obesitasvården är tvärprofessionell, och nära samarbete mellan olika yrkesgrupper, såsom läkare, fysioterapeuter, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och psykologer är viktigt för goda behandlingsresultat [5].

Läkemedel är kraftfulla verktyg, men förändrade matvanor, såväl livsmedelsval, energireduktion och beteendeförändring, utgör grunden i obesitasbehandling. Med sin expertis inom nutrition och personcentrerad vård har dietisten en nyckelroll i att stödja patienten mot långsiktigt hållbara resultat [3].

Före behandling

Beslut om farmakologisk behandling fattas av läkare i dialog med patienten, och läkaren ansvarar för förskrivning av läkemedlet. Dietisten kan också ha en roll i att informera om läkemedlets verkningsmekanismer, möjliga biverkningar samt behovet av kompletterande nutritionsbehandling för att optimera effekt och långsiktigt behandlingsresultat [3].

Dietisten stödjer patienten att formulera realistiska mål samt genomföra en helhetsbedömning av patientens situation, funktion och livskvalitet [11]. Som expert på nutritionsbehandling ansvarar dietisten för nutritionsbedömning, nutritionsdiagnos, nutritionsbehandling och uppföljning.

Nutritionsbedömningen bör omfatta

- Detaljerad kostanamnes med kartläggning av matvanor, livsmedelsval, näringsintag, måltidsordning, ätbeteende, eventuella begränsningar, allergier, preferenser och kulturella faktorer.
- Identifiering av riskfaktorer för malnutrition.
- Kartläggning av vikthistoria, tidigare insatser för viktninskning, sömnvanor, upplevd stress, sysselsättning, arbetstider, psykisk ohälsa samt psykosocial situation.
- Vikt, längd, BMI och eventuellt midjemått.

Annat som med fördel kan ingå

- Om möjligt följa kroppssammansättningen över tid med bioimpedansmätning (BIA) eller annan metod för att upptäcka förändringar i fett- och muskelmassa över tid.
- Vid behov kan bedömningen, i samråd med läkare, kompletteras med relevanta blodprover för att identifiera eventuella näringsbrister. För patienter som tidigare genomgått obesitaskirurgi bör provtagningen följa de rutiner som gäller efter kirurgisk behandling [15].
- Det är även fördel om bedömning av patientens fysiska funktion och muskelstyrka [16] exempelvis genom mätning av handgreppsstyrka, samt värdering av aktivitetsnivå, kan göras till exempel i samarbete med fysioterapeut.

Under behandling

Den individanpassade nutritionsbehandlingen (se tabell 2) syftar till att säkerställa ett tillräckligt näringsintag under den energireduktion som aptitsänkande läkemedel oftast medför, optimera behandlingseffekten, säkerställa en god nutritionsstatus samt främja hållbara, hälsosamma matvanor [3, 13, 14].

Vid aptitsänkande läkemedelsbehandling bör energiintaget följas upp regelbundet för att säkerställa att det minskar på ett hälsosamt och kontrollerat sätt. Patienten kan behöva uppmärksammas på vikten av regelbundna måltider, val av livsmedel som ger mättnad och tillräckligt med näring. Dietisten bör särskilt säkerställa ett tillräckligt intag av protein, kostfiber, vätska, vitaminer och mineraler, även vid lägre energiintag. Snabb viktninskning, ensidigt näringsintag eller andra riskfaktorer för näringsbrist bör uppmärksammas och följas upp [17]. Om energiintaget understiger cirka 1500 kcal per dag och risken för otillräckligt intag av mikronäringsämnen föreligger, bör tillägg av ett komplett vitamin- och mineraltillskott övervägas [18]. Individuella skillnader avseende exempelvis ålder och kön bör beaktas.

Tillräckligt proteinintag (upp till 1,5 g/kg justerad kroppsvikt/dag) är viktigt under behandling med aptitsänkande läkemedel [3, 13, 14]. Proteinbehovet är individuellt och de exakta rekommendationerna för optimalt proteinintag under läkemedelsbehandling är ännu inte helt klarlagda. Referensvärdet för vuxna är 0,83 g/kg/dag, och upp till 1,0 g/kg justerad kroppsvikt är vanligtvis tillräckligt för personer med obesitas utan risk för malnutrition. Under viktninskning kan dock ett högre intag behövas för att bevara muskelmassa och motverka sarkopeni [19]. Ett proteinintag som är <1,0 g/kg/dag är associerat med större förlust av muskelmassa under viktninskning [20].

Ett generellt råd är att äta minst 60–80 g protein/dag, men många patienter kan behöva 80–120 g/dag [14]. För ett optimalt upptag rekommenderas att fördela proteinintaget jämnt över dagen, med 20-30g protein per huvudmåltid. Om mellanmål behövs, kan de med fördel innehålla en proteinkomponent.

Proteinrika livsmedel kan bidra till ökad mättnadskänsla [21]. Vid för snabb mättnadskänsla kan patienten behöva påminnas om att prioritera intag av protein vid måltider. Proteinrekommendationerna bör alltid anpassas utifrån patientens hälsa och sjukdomshistoria (exempelvis vid njursjukdom) i samråd med dietist.

Tillsammans med muskelstärkande träning bidrar ett tillräckligt intag av protein till att bevara muskelmassa under viktminskningen [16, 22]. Detta är särskilt viktigt för äldre (≥ 70 år) samt vid kroniska sjukdomar, för att minska risken för sarkopen obesitas. Vid sarkopen obesitas kan både hög fettmassa och låg muskelmassa med nedsatt muskelfunktion förekomma [23].

Många patienter rapporterar att de upplever det lättare att äta mer hälsosamt under behandling med aptitreglerande läkemedel, bland annat eftersom det så kallade ”matbruset” (påträngande tankar på mat och ätande), minskar vilket kan underlätta genomförandet av levnadsvaneförändringar och bidra till långsiktigt vidmakthållande av viktminskning [24, 25].

Det är viktigt att vara observant på tecken till problematiska ätbeteenden, såsom emotionellt ätande eller ätstörningar och vid behov initiera vidare bedömning. Under behandlingen bör dietisten regelbundet följa patientens viktutveckling, och om möjligt även mäta kroppssammansättning, handgreppsstyrka och andra indikatorer på nutritionsstatus i samråd med ansvarig läkare.

Fokus i nutritionsbehandlingen

Nutritionsbehandlingen vid aptitsänkande läkemedel bygger på Livsmedelsverkets kostråd för vuxna [26] och Nordiska Näringsrekommendationer 2023 [18]. Se tabell 2 nedan med vägledning och potentiella risker för olika områden inom nutritionsbehandlingen.

Tabell 2. Fokus i nutritionsbehandlingen

Område	Vägledning	Potentiell risk
Energiintag	Individanpassade råd avseende energiintag, aptitsänkande läkemedel underlättar reduktion av energiintag. Använd Mifflin-St Jeor Ekvation för beräkning av energibehov. Vanlig viktreduktion utgår från -500 kcal/dag. Eftersom basalmetabolism och PAL varierar avsevärt mellan individer kan ett generellt riktmärke vara att minska energiintaget med cirka 500 kcal per dag. Följande energinivåer för viktreduktion är vanliga [13]: - Kvinnor: 1200–1500 kcal/dag. - Män: 1500–1800 kcal/dag.	Lågt energiintag under en längre tid kan innebära en risk för lågt intag av makro- och mikronutrient, exempelvis vitaminer, mineraler, essentiella fettsyror, och protein. Även fiberintaget behöver uppmärksammas.

Tabell 2 fortsätter. Fokus i nutritionsbehandlingen

Område	Vägledning	Potentiell risk
Protein	Högkvalitativt protein från växt- och animaliska livsmedel. Minimera chark såsom korv och bacon, samt kött med högt fetthinnehåll. Proteinintag behöver individanpassas utifrån behov som påverkas av ålder, samsjuklighet (exempelvis förekomst av obesitas sarkopeni) och viktminskningstakt. Upp till 1,5 g/kg justerad kroppsvikt/dag utifrån individuell bedömning.	För lågt intag av protein kan innebära: - Större förlust av muskelmassa och muskelstyrka. - Försämrade sårhäkning och immunförsvar. - Nedsatt hormonproduktion. - Påverkad benhälsa. Vid njursjukdom behöver särskilda överväganden göras.
Kolhydrater	Livsmedel som är rika på fullkorn och fiber. Rekommenderat fiberintag för vuxna >25 g/dag (3,0 g/MJ). Fibertillskott kan övervägas vid svårigheter att nå rekommendationen. Psylliumfrön är ett exempel på fibertillskott.	Ett adekvat fiberintag kan vara svårt när energiintaget minskar. Besvär med förstoppning kan öka om intaget av fiber är för lågt. Fiber och fullkorn är viktiga för tarmhälsan.
Fett	Vägle patienten att anpassa fettintaget så att fett i huvudsak kommer från livsmedel med stor andel omättade fetter (fisk, rapsolja, avokado, nötter, frön) och mindre från livsmedel med stor andel mättat fett såsom grädde, smör och fett kött). Se över intaget av fettrika livsmedel såsom friterad mat, ost/feta mejeriprodukter, chips, bakverk samt ge stöd för att hitta hälsosammare alternativ.	Säkerställ intag av essentiella fettsyror. Ett högt fettintag kan bidra till högt energiintag. Mättat fett kan öka kolesterolnivån i blodet och kan öka risken för hjärt- och kärlsjukdom. Ett högt fettintag kan bidra till ökade besvär med förstoppning, diarré och illamående.
Vätska	Vätskebehovet är individuellt, men för många kan det behövas mellan 1,5–2,5 liter/dag. Rekommendera vatten i första hand, andra kalorifria drycker i andra hand. Sockerrika drycker och alkohol bör undvikas eller minimeras.	Ett adekvat vätskeintag motverkar förstoppning. Patienter kan behöva påminnas om tillräckligt vätskeintag under behandling.
Mikro-nutrientier	Uppmuntra allsidigt och varierat intag av olika livsmedel såsom grönsaker, frukter, kolhydratkällor och proteinrika livsmedel.	Lågt intag av vitaminer och mineraler från maten kan öka risken för näringsbrister. Komplett vitamin- och mineraltillskott kan behövas läggas till för patienter som har ett lågt energiintag och ett bristfälligt näringsintag (<1500 kcal/dag).

Nutritionsbehandling vid eventuella biverkningar

Nutritionsbehandling syftar främst till att minska gastrointestinala (GI) biverkningar, vilka är de vanligaste biverkningarna av aptitsänkande läkemedel (speciellt för GLP-1-läkemedel). Patientansvarig läkare kan justera dosen och upptitreringshastigheten, och vid behov ordinera läkemedel mot biverkningar. Vid svårare biverkningar, såsom kräkningar eller svårare diarré, kan behandlingen med läkemedel behövas pausas eller avbrytas, men ska också hanteras av ansvarig läkare.

Få väljer att avsluta sin läkemedelsbehandling på grund av biverkningar. I den direkta jämförelsen (SURMOUNT-5) hade tirzepatid färre GI-relaterade avhopp än semaglutid [27], medan tirzepatid 15 mg SURMOUNT-1 hade fler avhopp jämfört med flera studier på semaglutid [28]. Det är därför rimligt att säga att tolerabiliteten är jämförbar mellan dessa två GLP-1-läkemedel, med små fördelar åt olika håll beroende på studieupplägg. Biverkningarna är ofta milda, tillfälliga och relativt snabbt övergående.

Illamående

Den vanligaste biverkan från GLP-1-läkemedel är illamående. Nutritionsbehandling kan hjälpa till att reducera illamående [3, 13, 14, 29].

Råd:

- Ät mindre portioner. Vid få måltider under dagen, testa att lägga till fler mindre.
- Uppmuntra regelbundna måltider jämnt fördelade över dagen.
- Mat med lägre fetthinnehåll tenderar att tolereras bättre och reducerar symptom.
- Drink mellan måltider istället för stora mängder i samband med måltid.
- En mer finfördelad eller passerad mat, som är mjuk, mosad, hackad eller mixad till små bitar kan hjälpa till att reducera illamående.
- Undvika mat med starka lukter.
- Kall mat går ofta bättre.

Förstoppning

Förstoppning är en av de vanligaste biverkningarna [3, 13, 14, 29]. Vissa mediciner och kosttillskott (järn, kalcium) kan förvärra förstoppning.

Råd:

- En kombination av ökat fiberintag, vätskeintag, samt ökad fysisk aktivitet bör rekommenderas [30].
- Bulkmedel med lösliga fibrer som psyllium har bättre evidens jämfört med bulkmedel med olösliga fibrer [31].
- Minst 25 gram fiber per dag rekommenderas. Evidensen för att ett ökat fiberintag hjälper mot förstoppning är starkare för dem med ett redan lågt intag.
- Drink tillräckligt, så att urinen är transparent. 1,5–2,5 liter är en allmänt bra riktlinje. På liknande sätt som för fiberintag, så verkar ökat vätskeintag endast ha positiv effekt hos individer med ett redan lågt dagligt intag.
- Regelbunden fysisk aktivitet kan ha positiv effekt på att motverka förstoppning.

Diarré

Diarré är en vanlig biverkning som oftast är mild och övergående [3, 13, 14, 29]. Ett fåtal får svårare besvär.

Råd:

- Drink ofta och små mängder. Använd oral rehydreringslösning vid mer uttalade besvär. Tecken på uttorkning är mörk urin, yrsel, hjärtklappning, och muntorrhet.
- Prioritera lätt digererbara kolhydrater, som ris, potatis, havregrynsgröt, banan, yoghurt/fil (laktosfritt vid behov).
- Var försiktig med fettrik mat och välj livsmedel med låg fetthalt.
- Det finns evidens som tyder på att livsmedel som kaffe, alkohol, och sockeralkoholer bör undvikas vid diarré.
- Visst stöd finns för att en låg-FODMAP-kost, samt probiotika kan förbättra de totala symtomen och diarrén hos vissa patienter, men evidensen är inte stark.

När patienten slutar med aptitsänkande läkemedel

Patienter kan avsluta behandlingen på grund av bland annat kostnader, biverkningar eller utebliven effekt. Studier visar att viktökning är vanligt efter utsättning av aptitsänkande läkemedel [32-34]. Behandling hos dietist är därför särskilt viktigt i denna fas för att bibehålla hälsosamma matvanor och stödja fortsatt beteendeförändring. Genom regelbunden uppföljning kan dietisten bidra till att stabilisera vikten och förebygga viktuppgång. Uppföljningen bör omfatta nutrition, matvanor, fysisk aktivitet, kroppssammansättning (om möjligt) samt psykosociala faktorer som kan påverka ätbeteende och fortsatt engagemang i behandlingen. Andra yrkeskategorier kan involveras utifrån behov.

Viktstigma och aptitsänkande läkemedel

Stigmat kring en högre kroppsvikt är ett allvarligt, ofta osynligt problem som många personer med obesitas upplever. Det omfattar inte enbart negativa attityder från omgivningen, utan även strukturella hinder inom hälso- och sjukvården och samhället. Personer med obesitas möts ofta av föreställningen att de själva orsakat sin situation, att de äter fel eller rör sig för lite, trots att obesitas är en komplex, kronisk sjukdom med biologiska, genetiska och miljömässiga orsaker.

- Personer med obesitas kan känna känslor av skuld, skam och minskad tilltro till den egna förmågan, så kallad internaliserad viktstigma.
- Inom hälso- och sjukvården kan det ibland förekomma råd såsom ”ät mindre – rör dig mer” utan en helhetsbedömning.
- Tillgången till vård kan vara begränsad, exempelvis på grund av otillräckliga dietistresurser eller bristande tillgång till evidensbaserad obesitasvård.

Dietister och andra vårdprofessioner behöver regelbundet reflektera över sitt bemötande av personer med obesitas. Språkbruket är centralt, att exempelvis säga ”personer med obesitas” i stället för ”överviktiga patienter” kan bidra till att motverka omedvetet stigma. Ett respektfullt, neutralt och icke-dömande bemötande är avgörande, både ur ett etiskt perspektiv och för behandlingens effekt och patientens engagemang i behandlingen. Mottagningar behöver vara anpassade i miljön och apparatur, till exempel funktionella stolar, vågar (>300 kg) och blodtrycksmanschetter.

Viktstigma kan få flera negativa konsekvenser, bland annat att personer med obesitas [35]:

- Undviker vård av oro för dåligt bemötande.
- Drabbas av försämrad fysisk och psykisk hälsa.

Därför är det viktigt att dietister aktivt arbetar för att motverka viktstigma och erbjuder patienter ett empatiskt och stödjande bemötande.

Patienterna kan uppleva viktstigma i samband med behandling med aptitsänkande läkemedel [36, 37]:

- Eftersom läkemedel ofta resulterar i viktninskning kan det finnas en underförstådd förväntan på att patienten "ska lyckas" med läkemedelsbehandlingen.
- Om viktninskningen uteblir eller går långsamt riskerar patienten att mötas av ifrågasättande, vilket kan förstärka internaliserat viktstigma.
- Användningen av läkemedel kan förstärka känslan av att patienten "måste ta medicin för att lyckas" med viktninskning, vilket kan leda till självanklagelser om läkemedlet inte fungerar optimalt.
- Patienten själv bär ofta hela kostnaden för läkemedlet vilket kan förstärka känsla av skuld och skam, särskilt om behandlingen inte leder till förväntat resultat eller om patienten inte har ekonomiska möjligheter till att använda aptitsänkande läkemedel.
- Patienter som använder aptitsänkande läkemedel kan uppleva att deras obesitas och relaterade hälsoproblem fortfarande ses som ett resultat av "för lite disciplin" eller ohälsosamma vanor.
- Viktninskning via läkemedel kan i samhället uppfattas som en "genväg" eller "fusk", vilket kan leda till självanklagelser, skam och skuld hos patienten.
- Viktstigma kan göra att patienten tvekar att söka uppföljning, diskutera biverkningar eller be om/erbjuds remiss till dietist, trots att dessa insatser kan vara avgörande för långsiktig effekt.

Betydelsen av nutritionsbehandling av dietist

Här är en summering vad en regelbunden kontakt med dietist under behandling med aptitsänkande läkemedel kan hjälpa till med:

- **Främja följsamhet.** Endast 30–50% fortsätter med aptitsänkande läkemedel efter ett år i primärvården, och bara 15% efter två år. Viktuppgång är vanligt vid utsättning av läkemedlen. Därför är det viktigt att stödja patienter till förändringar som kan hålla över tid.
- **Hantering av biverkningar.** Illamående, diarré och förstoppning är vanliga. Nutritionsbehandling bör därför inkludera råd för att minimera biverkningar.
- **Större viktninskning.** Studier visar att grupperna som får placebo tillsammans med råd om matvanor och fysisk aktivitet oftast når 3–6% viktninskning. Regelbundet stöd kan därmed underlätta långsiktig viktnedgång.
- **Stöd vid viktplatåer.** Viktninskning vid behandling av aptitsänkande läkemedel i primärvården är ofta lägre än i kliniska studier. Dietister kan stödja och hjälpa att bryta viktplatåer.

- **Förebygga näringsbrister.** Vid stort energiunderskott kan intag av protein, kostfibrer, essentiella fettsyror och vissa vitaminer och mineraler bli otillräckligt. Dietisten är viktig för att säkerställa ett adekvat näringsintag.
- **Optimera bibehållande av muskelmassa i samband med viktninskning.** Även om muskelstärkande träning är avgörande för att bevara muskelmassa så är nutritionsbehandling ett viktigt komplement för att bibehålla muskelmassa vid viktnedgång.
- **Behålla starkt skelett under och efter viktnedgång.** Regelbunden fysisk aktivitet och nutritionsbehandling kan även reducera risken för osteopeni och osteoporos, speciellt för äldre patienter.
- **Ekonomi.** Dietisten kan stödja val av hälsosamma och prisvärda livsmedel som främjar viktninskning och bibehållande av viktninskning över tid, vilket kan möjliggöra att en lägre dos av läkemedel kan ge tillräcklig effekt genom att det kombineras med nutritionsbehandling.
- **Bibehålla viktninskningen över lång tid.** Dietisten kan tillsammans med patienten identifiera framgångsfaktorer för att motverka viktökning och bibehålla en lägre vikt över lång tid.
- **Övriga levnadsvanor.** Dietisten kan även stödja förändring av andra levnadsvanor som kan främja viktnedgången och den allmänna hälsan, exempelvis förbättrad sömn, stresshantering, emotionellt ätande, och socialt stöd.

Sammanfattningsvis kan nutritionsbehandling som inkluderar regelbunden uppföljning med dietist leda till större och mer bestående viktninskning samtidigt som eventuella negativa effekter av ett reducerat energiintag och omfattande viktnedgång reduceras kraftigt. Nutritionsbehandling av dietist kan därmed leda till bättre mående och högre livskvalitet för patienterna. Det är också en viktig del av det multiprofessionella omhändertagande som behövs för att framgångsrikt behandla obesitas.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas - Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer 2023. Stockholm, Sverige: Socialstyrelsen; 2023 April 2023. Contract No.:2023-4-8460.
2. Celletti F, Farrar J, De Regil L. World Health Organization Guideline on the Use and Indications of Glucagon-Like Peptide-1 Therapies for the Treatment of Obesity in Adults. *Jama*. 2025. doi:10.1001/jama.2025.24288.
3. Gigliotti L, Warshaw H, Evert A, Dawkins C, Schwartz J, Susie C, et al. Incretin-Based Therapies and Lifestyle Interventions: The Evolving Role of Registered Dietitian Nutritionists in Obesity Care. *J Acad Nutr Diet*. 2025;125(3):408-421. doi:10.1016/j.jand.2024.10.023.
4. Zheng Z, Zong Y, Ma Y, Tian Y, Pang Y, Zhang C, et al. Glucagon-like peptide-1 receptor: mechanisms and advances in therapy. *Signal Transduct Target Ther*. 2024;9(1):234. doi:10.1038/s41392-024-01931-z.
5. Brown A, Mellor D, Makaronidis J, Shuttlewood E, Miras AD, Pournaras DJ. "From evidence to practice" - Insights from the multidisciplinary team on the optimal integration of GLP-1 receptor agonists in obesity management services. *Nutr Bull*. 2024;49(3):257-263. doi:10.1111/nbu.12700.
6. Liu QK. Mechanisms of action and therapeutic applications of GLP-1 and dual GIP/GLP-1 receptor agonists. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2024;15:1431292. doi:10.3389/fendo.2024.1431292.
7. Kindblom J.M, Uddén Hemmingsson J, Trolle Lagerros Y. Obesitas-läkemedel – varför, när och hur? Byt behandling vid behov – till annat läkemedel eller kirurgi. *Läkartidningen*. 2025;122:25072.
8. Wadden TA, Chao AM, Machineni S, Kushner R, Ard J, Srivastava G, et al. Tirzepatide after intensive lifestyle intervention in adults with overweight or obesity: the SURMOUNT-3 phase 3 trial. *Nat Med*. 2023;29(11):2909-2918. doi:10.1038/s41591-023-02597-w.
9. Wadden TA, Bailey TS, Billings LK, Davies M, Frias JP, Koroleva A, et al. Effect of Subcutaneous Semaglutide vs Placebo as an Adjunct to Intensive Behavioral Therapy on Body Weight in Adults With Overweight or Obesity: The STEP 3 Randomized Clinical Trial. *Jama*. 2021;325(14):1403-1413. doi:10.1001/jama.2021.1831.
10. Wharton S, Freitas P, Hjelmæsæth J, Kabisch M, Kandler K, Lingvay I, et al. Once-weekly semaglutide 7.2 mg in adults with obesity (STEP UP): a randomised, controlled, phase 3b trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2025;13(11):949-963. doi:10.1016/s2213-8587(25)00226-8.
11. Morgan-Bathke M, Raynor HA, Baxter SD, Halliday TM, Lynch A, Malik N, et al. Medical Nutrition Therapy Interventions Provided by Dietitians for Adult Overweight and Obesity Management: An Academy of Nutrition and Dietetics Evidence-Based Practice Guideline. *J Acad Nutr Diet*. 2023;123(3):520-545.e510. doi:10.1016/j.jand.2022.11.014.
12. Hassapidou M, Vlassopoulos A, Kalliostra M, Govers E, Mulrooney H, Ells L, et al. European Association for the Study of Obesity Position Statement on Medical Nutrition Therapy for the Management of Overweight and Obesity in Adults Developed in Collaboration with the European Federation of the Associations of Dietitians. *Obes Facts*. 2023;16(1):11-28. doi:10.1159/000528083.
13. Almandoz JP, Wadden TA, Tewksbury C, Apovian CM, Fitch A, Ard JD, et al. Nutritional considerations with antiobesity medications. *Obesity (Silver Spring)*. 2024;32(9):1613-1631. doi:10.1002/oby.24067.
14. Mozaffarian D, Agarwal M, Aggarwal M, Alexander L, Apovian CM, Bindlish S, et al. Nutritional priorities to support GLP-1 therapy for obesity: A joint Advisory from the American College of Lifestyle Medicine, the American Society for Nutrition, the Obesity Medicine Association, and The Obesity Society. *Obesity (Silver Spring)*. 2025;33(8):1475-1503. doi:10.1002/oby.24336.
15. Expertgruppsrekommendationer, [Expert Group Recommendations]. Nordiska riktlinjer för monitorering och supplementering med vitaminer/mineraler samt uppföljning efter metabol & bariatrisk kirurgi - en uppdatering [Nordic guidelines for monitoring and supplementation with vitamins/minerals and follow-up after metabolic & bariatric surgery - an update] 2024 [cited 2025, May 1]. Available from: https://www.datocms-assets.com/101549/1719571552-nordiska-riktlinjer_mbs_2024.pdf.
16. Mechanick JI, Butsch WS, Christensen SM, Hamdy O, Li Z, Prado CM, et al. Strategies for minimizing muscle loss during use of incretin-mimetic drugs for treatment of obesity. *Obes Rev*. 2025;26(1):e13841. doi:10.1111/obr.13841.

17. Scott Butsch W, Sulo S, Chang AT, Kim JA, Kerr KW, Williams DR, et al. Nutritional deficiencies and muscle loss in adults with type 2 diabetes using GLP-1 receptor agonists: A retrospective observational study. *Obes Pillars*. 2025;15:100186. doi:10.1016/j.obpill.2025.100186.
18. Blomhoff R AR, Arnesen EK et al. Nordic Nutrition Recommendations 2023. Copenhagen Nordic Council of Ministers; 2023.
19. Bischoff SC, Barazzoni R, Busetto L, Campmans-Kuijpers M, Cardinale V, Chermesh I, et al. European guideline on obesity care in patients with gastrointestinal and liver diseases - Joint ESPEN/UEG guideline. *Clin Nutr*. 2022;41(10):2364-2405. doi:10.1016/j.clnu.2022.07.003.
20. Kokura Y, Ueshima J, Saino Y, Maeda K. Enhanced protein intake on maintaining muscle mass, strength, and physical function in adults with overweight/obesity: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr ESPEN*. 2024;63:417-426. doi:10.1016/j.clnesp.2024.06.030.
21. de Carvalho KMB, Pizato N, Botelho PB, Dutra ES, Gonçalves VSS. Dietary protein and appetite sensations in individuals with overweight and obesity: a systematic review. *Eur J Nutr*. 2020;59(6):2317-2332. doi:10.1007/s00394-020-02321-1.
22. Oppert JM, Ciangura C, Bellicha A. Health-enhancing physical activity in obesity management: the need to (seriously) go beyond weight loss. *Int J Obes (Lond)*. 2025;49(2):211-213. doi:10.1038/s41366-024-01632-1.
23. World Health Organization. Addressing sarcopenic obesity in the WHO European Region: challenges and solutions Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2025 [cited 2025 November]. Available from: <https://iris.who.int/items/81aec0bb-9c91-47a3-b970-fcdc658e423b>.
24. Dhurandhar EJ, Maki KC, Dhurandhar NV, Kyle TK, Yurkow S, Hawkins MAW, et al. Food noise: definition, measurement, and future research directions. *Nutr Diabetes*. 2025;15(1):30. doi:10.1038/s41387-025-00382-x.
25. Choi W, Nho YH, Qiu L, Chang A, Campos G, Seilheimer RL, et al. Brain activity associated with breakthrough food preoccupation in an individual on tirzepatide. *Nat Med*. 2025. doi:10.1038/s41591-025-04035-5.
26. Livsmedelsverket. Kostråd för vuxna: Livsmedelsverket; 2025 [updated April 29, 2025; cited 2025 Juli 9]. Available from: <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/kostrad-vuxna/>.
27. Aronne LJ, Horn DB, le Roux CW, Ho W, Falcon BL, Gomez Valderas E, et al. Tirzepatide as Compared with Semaglutide for the Treatment of Obesity. *N Engl J Med*. 2025;393(1):26-36. doi:10.1056/NEJMoa2416394.
28. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B, et al. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. *N Engl J Med*. 2022;387(3):205-216. doi:10.1056/NEJMoa2206038.
29. Wharton S, Davies M, Dicker D, Lingvay I, Mosenzon O, Rubino DM, et al. Managing the gastrointestinal side effects of GLP-1 receptor agonists in obesity: recommendations for clinical practice. *Postgrad Med*. 2022;134(1):14-19. doi:10.1080/00325481.2021.2002616.
30. Serra J, Pohl D, Azpiroz F, Chiarioni G, Ducrotte P, Gourcerol G, et al. European society of neurogastroenterology and motility guidelines on functional constipation in adults. *Neurogastroenterol Motil*. 2020;32(2):e13762. doi:10.1111/nmo.13762.
31. Dimidi E, van der Schoot A, Barrett K, Farmer AD, Lomer MC, Scott SM, et al. British Dietetic Association Guidelines for the Dietary Management of Chronic Constipation in Adults. *J Hum Nutr Diet*. 2025;38(5):e70133. doi:10.1111/jhn.70133.
32. Aronne LJ, Sattar N, Horn DB, Bays HE, Wharton S, Lin WY, et al. Continued Treatment With Tirzepatide for Maintenance of Weight Reduction in Adults With Obesity: The SURMOUNT-4 Randomized Clinical Trial. *Jama*. 2024;331(1):38-48. doi:10.1001/jama.2023.24945.
33. Rubino D, Abrahamsson N, Davies M, Hesse D, Greenway FL, Jensen C, et al. Effect of Continued Weekly Subcutaneous Semaglutide vs Placebo on Weight Loss Maintenance in Adults With Overweight or Obesity: The STEP 4 Randomized Clinical Trial. *Jama*. 2021;325(14):1414-1425. doi:10.1001/jama.2021.3224.
34. Wilding JP, Batterham RL, Davies M, Gaal LFV, Kandler K, Konakli K, et al. Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: the STEP 1 trial extension. *Diabetes Obes Metab*. 2022. doi:10.1111/dom.14725.

35. Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol.* 2020;75(2):274-289. doi:10.1037/amp0000538.
36. Heitmann BL. The Impact of Novel Medications for Obesity on Weight Stigma and Societal Attitudes: A Narrative Review. *Curr Obes Rep.* 2025;14(1):18. doi:10.1007/s13679-025-00611-5.
37. Tomiyama AJ. Behavioral Medicine in the GLP-1 Era. *Ann Behav Med.* 2025;59(1). doi:10.1093/abm/kaae069.



DRF

DIETISTERNAS
RIKSFÖRBUND