

Obesitasläkemedel – varför, när och hur?

BYT BEHANDLING VID BEHOV – TILL ANNAT LÄKEMEDEL ELLER KIRURGI

Försäljningen av läkemedel för behandling av obesitas ökade och var under 2024 totalt 110 procent högre, räknat i dygnsdoser, än 2023. I Sverige ingår för närvarande bara ett preparat i läkemedelsförmånen, vilket därmed också är det enda som i nuläget är prioriterat av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Med tanke på patientgruppens ökande kunskap och efterfrågan på aptitsänkande läkemedel är behovet av stöd till förskrivare stort. Här tar vi upp frågor som vi i specialistvården ofta får som konsulter eller remissinstans.

NYA MÖJLIGHETER MED LÄKEMEDELSBEHANDLING

Obesitas är en kronisk sjukdom som i nuläget definieras som ett BMI över 30 kg/m². De senaste årens forskning har visat att aptitregleringen är en central faktor för en individs viktutveckling. Detta kan leda till att energiintaget överstiger energiförbrukningen, varvid vikten ökar. Att tillfälligt minska i vikt kan de flesta personer med obesitas klara, men att bibehålla viktreduktionen över tid är ofta svårare. När vikten minskar

»De senaste årens forskning har visat att aptitregleringen är en central faktor för en individs viktutveckling.«

sker ofta en hormonell motreglering med ökning av cirkulerande hungerhormoner och minskad ämnesomsättning.

Följdsjukdomar drabbar individer vid olika BMI-nivåer beroende på individuell känslighet. Positiva hälsoeffekter kan generellt ses redan vid 5-10 procents viktreduktion, men olika individer behöver olika viktnedgång för att få bättre hälsa. För att reversera etablerade följsjukdomar såsom typ 2-diabetes och hjärt-kärlsjukdom behövs dock vanligen >15 procent bibehållen viktreduktion över tid [1]. Enbart kombinerad levnadsvanebehandling är för många inte tillräckligt för att förbättra hälsan på grund av alltför låg grad av viktreduktion.

Alla personer som av hälsoskäl behöver viktreduktion kan eller vill inte genomgå obesitaskirurgi. Med de aptitreglerande obesitasläkemedlen ökar möjligheten för viktnedgång och bättre hälsa utan kirurgi. Sedan några år kan GLP-1-analoger förskrivas, och numera även GIP-/GLP-1-analog. Därutöver finns kombinationen bupropion och naltrexon, och nu finns också

Jenny M Kindblom, professor, överläkare, klinisk farmakologi, Verksamhet läkemedel, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg; Sahlgrenska akademien, Göteborg

Joanna Uddén Hemmingsson, docent, överläkare, Obesitascentrum/Medicinskt centrum endokrinologi, Capio S:t Görans sjukhus; Karolinska institutet, Stockholm

Ylva Trolle Lagerros, professor, överläkare, Liljeholmens universitetssjukhus; Centrum för obesitas, Karolinska institutet, Stockholm
● ylva.trolle@ki.se

en kombination av topiramat och fentermin tillgänglig på den svenska marknaden.

Utvecklingen av effektiva och säkra läkemedel för behandling av obesitas har varit och är intensiv. I kölvattnet av de preparat som kommit ut på marknaden under de senaste åren prövas en mängd substanser från ett flertal olika aktörer i kliniska studier. Det sker en breddning av de verkningsmekanismer som används. Till exempel kommer nya substanser där GLP-1-analogi kombineras med analogi för en eller två ytterligare signalvägar, exempelvis för glukagon-receptorn, GIP eller amylin.

VILKA PATIENTER ÄR AKTUELLA FÖR LÄKEMEDEL?

Personer med obesitas väntar i genomsnitt 6 år med att söka sjukvårdens hjälp med sin vikt [2]. Ofta har patienten gjort ett antal egna försök till viktreduktion där egenvården inte har varit tillräckligt effektiv. Då kan det vara lämpligt att föreslå andra behandlingsalternativ.

Precis som vid all annan läkemedelsbehandling bör beslutet om behandling vägledas av en risk-nytta-värdering på individnivå. Patientens tidigare insatser vad gäller egenvård, risker, hinder och möjligheter bör beaktas. Andra viktiga aspekter är hög vikt, herediterad, etablerade sjukdomar som obstruktiv sömnapné, dyslipidemi, hypertoni eller kardiovaskulär sjukdom och annan relevant medicinsk behandling.

Många ortopediska och kirurgiska ingrepp får bättre effekt och mindre komplikationer vid lägre BMI, även exempelvis in vitro-fertilisering och förmaksflimmerablation. Viktnedgång kan därför ställas som krav för dessa ingrepp, och då kan obesitasläkemedel skynka på processen. Läkemedel kan också vara aktu-

HUVUDBUDSKAP

- Många personer med obesitas har lång erfarenhet av att försöka gå ned i vikt på egen hand.
- Effektiva och säkra läkemedel för behandling av obesitas finns.
- Välj effektivaste möjliga behandling för bästa möjlighet till kliniskt betydelsefull effekt.
- Utvärdera och byt behandling vid behov – till annat obesitasläkemedel eller obesitaskirurgi.
- Vid läkemedelsbehandling: Individualisera både upptriningsstakt och underhållsdos.
- Vid läkemedelsutsättning: Gör en plan för att hantera risken för viktuppgång.



Foto: Ihar Leichonak/Mostphotos

I dag finns sex olika läkemedel för viktreduktionsbehandling tillgängliga. Gemensamt för dem är att de ska kombineras med levnadsvanebehandling.

ellt inför obesitaskirurgi eller vid otillräcklig effekt efter obesitaskirurgi.

Om patienten äter av andra skäl än hunger, till exempel för att dämpa ångest eller lindra nedstämdhet, så bör behandlingen i första hand fokusera på att behandla det bakomliggande tillståndet. Andra underliggande faktorer som stress, sömnbrist eller alkohol kan också bidra till viktuppgång. I så fall är det viktigt att få hjälp med just dessa faktorer för att i längden uppnå en hållbart lägre vikt.

12 TIPS VID INSÄTTNING, UTSÄTTNING OCH BYTE

Vi har i dag tillgång till sex olika läkemedel för viktreduktionsbehandling; se Tabell 1. Gemensamt för dessa läkemedel är att de ska kombineras med levnadsvanebehandling. Ofta behövs stöd till hållbar förändring av framför allt kosten, och dietistens roll är då central. Kostnaden för patienten är densamma oavsett om läkemedlet förskrivs i primär- eller specialistvården.

1. Val av läkemedel

Val av läkemedel styrs till stor del av två parametrar:

- Förekomst av komorbiditet som kan stärka eller omöjliggöra vissa läkemedelsval
- Patientens egna preferenser. I praktiken kommer läkemedelskostnaden att ha stor betydelse. I nuläget ingår bara orlistat i läkemedelsförmånen, med begränsad subvention.

Klinisk erfarenhet talar för att patienter som har flera följsjukdomar och hög grad av obesitas behöver läkemedelsbehandling med hög effektivitet. Hög effektivitet kan innebära olika behandlingar för olika individer. Vi föreslår därför att man förskriver mindre förpackningar och utvärderar behandlingen snart efter insättning för att kunna dosjustera och byta behandling vid behov.

2. Dosinställning för aptitreglerande läkemedel

Vid behandling som nedreglerar aptiten är det viktigt att patienten lyssnar in och agerar på sin ökade mättadskänsla för att läkemedlet ska få full effekt, det vill

säga att inte äta mer när han eller hon känner sig mätt.

Upptitrering bör ske till lägsta dos som minskar hunger och ökar mättnad. Varje dossteg kan alltså förlängas, och underhållsdosen av aptitsänkande läkemedel kan vara lägre än den högsta möjliga dosen. Enligt författarnas erfarenhet behöver majoriteten inte titrera upp till maxdos för att få god effekt.

För flera av läkemedlen verkar det ske en gradvis avmattning av effekten över tid, varvid hunger och sug ökar igen. Även av det skälet är det bra att stanna på lägsta dos som har effekt. Detta ger möjlighet att senare öka dosen. Lägre doser både minskar risken för

»För flera av läkemedlen verkar det ske en gradvis avmattning av effekten över tid, varvid hunger och sug ökar igen. Även av det skälet är det bra att stanna på lägsta dos som har effekt.«

biverkningar och ökar den ekonomiska möjligheten att stå kvar på flera av läkemedlen under längre tid.

3. Hantering av biverkningar

De vanligaste biverkningarna av GLP-1-analoger är gastrointestinala, såsom rapningar, flatulens, illamående, diarré och förstoppning. Dessa är ofarliga och går vanligtvis över. I randomiserade kontrollerade studier med GLP-1-analog rapporterade till exempel drygt 20 procent fler illamående i behandlingsgruppen än i placebogruppen.

Många vanliga biverkningar kan förebyggas med individualiserad upptrappning och anpassning av matvanorna. Mindre portioner, långsammare ättakt och lägre fetthalt i maten brukar underlätta. Det senare är särskilt viktigt vid orlistatbehandling.

Det är inte ovanligt att behandling som leder till ett lägre matintag också leder till minskat vätskeintag med risk för huvudvärk, obstipation, yrsel, dimsyn och njurpåverkan. Uppmuntra patienten att dricka vatten. Det är dessutom viktigt att patienten äter välbalanserat för att förebygga näringsbrist om intaget är litet.

4. Åtgärder vid behandlingssvikt

Patienter som trots läkemedel och kombinerad levnadsvanebehandling inte får önskvärd effekt behöver få möjlighet att byta behandling. Här kan det vara viktigt att även ha obesitaskirurgi som ett alternativ.

5. Byte mellan läkemedelsgrupper

Även vid byte mellan behandlingar behöver en individuell risk-nytta-bedömning göras. Behandlingsval vid byte behöver göras i samråd med patienten med hänsyn till medicinska, fysiologiska och ekonomiska aspekter.

I korthet kan läkemedel med daglig administration redan nästa dag bytas till läkemedel som ges 1 gång i veckan. Vid byte från läkemedel som ges 1 gång i veck-

TABELL 1. Översikt över obesitasläkemedel godkända i Sverige 2025, verkningsmekanismer, vikttnedgång i studier och subvention. För mer information, se Fass.

Substans	Orlistat	Bupropion–naltrexon	Fentermin–topiramat	Liraglutid	Semaglutid	Tirzepatid
● Produktnamn	Orlistat, Xenical, Beacita	Mysimba	Qsiva	Saxenda	Wegovy	Mounjaro
● Verkningsmekanism	Hämmar gastro-intestinalt lipas	Naltrexon är en opioidantagonist och används enskilt för alkoholöverkonsumtion; bupropion är en dopamin- och noradrenalinåterupptagshämmare och används enskilt för rökavvändning och som antidepressivt läkemedel (Zyban respektive Voxra)	Fentermin ger ökad frisättning av noradrenalin i hypotalamus; topiramat hämmar vissa karbanhydras-isoenzymer	Stimulerar kroppsegna GLP-1-receptorer	Stimulerar kroppsegna GIP- och GLP-1-receptorer	
● Effekt	Minskar upptag av fett och därigenom intag av fett hos många patienter för att undvika biverkningar (»fett-an-tabus«)	Påverkar central aptitreglering; ökad mättnad ger minskat energiintag	Påverkar central aptitreglering; nedsatt gastrointestinal rörlighet, ökad energiförbrukning samt nedsatt aptit	Påverkar central aptitreglering; hämmar hunger och ger ökad mättnad samt förlängsam ventrikeltömning		
● Subvention	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
● Läkemedelsform	Kapsel	Tabletter	Tabletter	Subkutan injektion 1 gång per dag	Subkutan injektion 1 gång i veckan	Subkutan injektion 1 gång i veckan
● Resultat i kliniska studier (relativ viktreduktion utan den viktreduktion som levnadsvanebehandling och placebo gav), ca 1 års behandling med högsta dos [10-16]	4 procent	4–5 procent	8–9 procent	5–6 procent	11–13 procent	16–18 procent
● Andra tillstånd där studier med läkemedlet är gjorda	MAFLD, OSAS, hyperlipidemi, metabolt syndrom	OSAS, hetsättningsstörning, metabolt syndrom	OSAS	MASLD, OSAS, metabolt syndrom, prediabetes	MASLD, OSAS, metabolt syndrom, prediabetes, knäartros	MASLD, OSAS, metabolt syndrom, prediabetes
● Effekt på hjärt–kärlsjukdom					Uppvisad effekt vid sekundärprevention av ytterligare hjärt–kärlsjukdom	Pågående studier
● Biverkningar (urval) – notera att risken för gallstensjukdom ökar vid snabb vikttnedgång oavsett val av behandling	Oljig diarré; undviks med lägre fetthalt i kosten	Sänker kramptröskel, kan öka puls och blodtryck; illamående, muntorrhet och mardrömmar	Parestesi, muntorrhet, förstoppning, depression, insomningsproblem, yrsel och smakförändring	Främst gastrointestinala biverkningar som illamående, obstipation och diarré; ökad risk för pankreatit		
● Graviditet och amning	Inga riktade studier finns vid graviditet och amning, så försiktighet förordas	Få studier utan ökad risk för fostret; återhållsamhet förordas under graviditet och avrådan vid amning	Medfödda missbildningar, kontraindicerat vid graviditet/planerad graviditet; ska inte användas vid amning	Ska ej användas under graviditet och amning då studier kring fostrets och barnets säkerhet saknas		
● Försiktighet	Interaktioner: kan minska effektiviteten av ciklosporin, amiodaron, akarbos, orala antikoagulantia och levotyroxin	Samtidig användning av opioider; tidigare kramper, okontrollerad hypertension, takykardi, behandling med SSRI, SNRI, neuroleptika och klass 1c-antiarytmika; bupropion interagerar även med klopidoqrel, tamoxifen och karbamazepin	Kvinnor i fertil ålder; hjärt–kärlsjukdom, glaukom, hypertyreos; samtidig behandling med MAO-hämmare; trappa ned vid utsättning. För fentermins del finns flera C-interaktioner med antiepileptika, karbamazepin och valproat.	Sjukhistoria med pankreatit		

GLP-1 = glukagonlik peptid 1, GIP = glukosberoende insulinotrop peptid, MASLD = metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease, OSAS = obstruktiv sömnapné syndrom, MAO = monoaminoxidashämmare

an kan läkemedel som ges varje dag, eller 1 gång i veckan, påbörjas 1 vecka senare. En patient som behandlas med en GLP-1-analog och vill byta till annan GLP-1-analog låter vi ofta börja på andra dossteget. Biverkningar och effekt för den enskilda individen kan skilja mellan olika preparat inom samma läkemedelsgrupp.

6. Kombination av läkemedelsgrupper

Kombination av flera obesitasläkemedel är möjlig. Den vetenskapliga evidensen är dock begränsad, och biverkningsprofilerna behöver beaktas. Orlistat, som inte verkar systemiskt utan lokalt i tarmen kan till exempel ges samtidigt som de andra obesitasläkemedlen.

Lågmolekylära substanser, till exempel bupropion-naltrexon och topiramat-fentermin, bryts ned i levern, bland annat av enzymerna i leverns cytokrom P450-system. GIP- och GLP-1-analogerna är peptider och bryts ned genom proteolytisk klyvning. Lågmolekylära substanser och peptider bryts alltså ned på helt skilda sätt. Risken för metabola interaktioner (att ett läkemedel påverkar nedbrytningen av ett annat läkemedel) för en patient som står på lågmolekylära (»vanliga») läkemedel och påbörjar behandling med GIP- och/eller GLP-1-analog är således mindre än med bupropion-naltrexon och topiramat-fentermin. Däremot kan förlångsammat ventrikeltömning leda till långsammare absorption och fördröjd läkemedelseffekt.

7. Utsättning av läkemedel

I likhet med läkemedelsbehandling för andra kroniska sjukdomar fungerar obesitasläkemedel så länge patienten använder dem [3]. Vid utsättning återkommer vanligen den ökade hungern. Därför behövs en plan,

»... nedtrappning ... kan vara värdefull för att förbereda utsättningen och öka chansen att bibehålla vikten.«

inte bara för insättning av obesitasläkemedel utan även för eventuell utsättning.

Många kan överrumpas av den plötsligt ökande hungern vid utsättning av aptitdämpande läkemedel. Risken är stor att vikten ökar igen. Därför bör utsättning göras i samarbete med patienten, som behöver ha förberedda strategier för att hantera att hungern ökar. Detta kan med fördel göras i samråd med till exempel dietist, där patienten får stöd med att skapa eller vidmakthålla regelbunden måltidsordning och att välja mat som bidrar till ökad mättnadskänsla.

Fentermin-topiramat som givits i högsta dos måste trappas ned under minst 1 vecka genom att ta en dos varannan dag, eftersom det finns en risk för kramper vid abrupt utsättande. För alla andra obesitasläkemedel kan utsättning ske från en dag till en annan, även om vår erfarenhet är att nedtrappning genom längre dosintervall eller dossänkning kan vara värdefull för att förbereda utsättningen och öka chansen att bibehålla vikten. Som vid behovsmedicinering under helg, semester eller inför andra tillfällen kan orlistat vara

»Det finns begränsade data om effekten av obesitasläkemedel hos äldre. Denna patientgrupp verkar förlora en större andel muskelmassa än yngre ...«

lämpligt; läkemedlet kan ses som »fett-antabus« som ska leda till medvetna matval med minskat intag av fett i maten.

Börjar patienten gå upp i vikt efter läkemedelsutsättningen är det viktigt att överväga återinsättning av samma eller annat obesitasläkemedel samt komplettera med dietistkontakt om möjligt. Obesitaskirurgi kan vara ett viktigt alternativ i det här läget.

8. Gravida, ammande och de som vill bli gravida

Att uppnå graviditet kan vara ett viktigt skäl till vikt-reduktion. Det finns begränsat med data om användningen av obesitasläkemedel hos gravida och ammande, varför dessa ska sättas ut inför graviditet och inte återinsättas förrän amningen är avslutad. Topiramat, som ingår i kombinationstabletten fentermin-topiramat, är teratogent och därför kontraindicerat vid graviditet eller graviditetsönskan. Fertila kvinnor bör göra graviditetstest innan eventuell behandling med topiramat påbörjas. Långtidsverkande GLP-1-analoger ska inte användas de sista 2 månaderna före graviditet. Man bör då hellre välja en GLP-1-analog med daglig dosering som sätts ut i samband med graviditetsförsöket och som kan återinsättas vid utebliven graviditet.

9. Behandling av patienter med diabetes typ 1

Obesitasförekomsten bland patienter med diabetes typ 1 är drygt 26 procent, enligt svenska Nationella diabetesregistret, det vill säga väsentligt högre än i den allmänna befolkningen. I samråd med diabetes-sköterska och/eller en diabeteskunnig dietist kan patienter som har god kunskap om sin diabetes göra ett effektivt viktarbete.

Flera GLP-1-analoger används i klinisk praxis vid diabetes typ 1, både för att stabilisera blodsockret och för vikt-reduktion. Insulindoseringen behöver ofta minskas när en GLP-1-analog sätts in [4], annars ökar risken för hypoglykemi, framför allt vid god metabol kontroll. Det finns begränsat med studier, men vår erfarenhet är att även naltrexon-bupropion eller orlistat kan vara värdefulla behandlingsalternativ för personer med diabetes typ 1 och behov av vikt-nedgång.

Det finns en stark koppling mellan diabetes typ 2 och obesitas. Vid förekomst av båda, välj om möjligt ett läkemedel som behandlar båda sjukdomarna.

10. Behandling av äldre patienter

Det finns begränsade data om effekten av obesitasläkemedel hos äldre. Denna patientgrupp verkar förlora en större andel muskelmassa än yngre vid behandling [5]. Viktbehandling för personer över 70 år kan övervägas vid samtidig svårare metabol påverkan, men är lågt prioriterad i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas [6].

Andra studier har dock visat att minskad vikt också hos äldre kan leda till väsentligt förbättrad livskvalitet [7]. Även ett par kilos vikttnedgång skulle kunna vara av stort värde för individen. Vi anser att det är rimligt att låta patienten få prova läkemedel i låga doser under en begränsad period. Något besök hos dietist eller levnadsvanesjuksköterska kan också vara av värde, liksom uppmuntran till ökad fysisk aktivitet och balanstärkning.

Äldre individer bör informeras om att energibehovet avtar med åren. Strategier som tidigare i livet har fungerat bra för att minska i vikt fungerar därför sämre vid högre ålder. Mat och dryck blir ofta en viktig del av livskvaliteten, vilket innebär att vikttnedgång kanske inte längre är lika angelägen.

Många äldre har ett försämrat näringsintag. Aptitpåverkande läkemedel måste användas med försiktighet, så att preparaten inte förskrivs slentrianmässigt. Vid tillstånd som påverkar aptiten eller muskelmassan negativt ska patienten inte samtidigt stå på aptitsänkande läkemedel.

11. Läkemedel vid otillräcklig effekt av obesitaskirurgi

Tidigare genomgången obesitaskirurgi är inte en kontraindikation för att behandlas med obesitasläkemedel. Suboptimal effekt av obesitaskirurgi definieras som mindre än 20 procents vikttnedgång, medan viktrecidiv innebär att patienten återfått över 30 procent av den vikt de initialt gick ned efter kirurgin [8]. De studier som finns i dag har visat god effekt av behandling med GLP-1-analog för dessa grupper [9]. Patienterna vittnar ofta om att de efter läkemedelsinsättning fått tillbaka känslan de fick efter kirurgin, med minskad hunger och minskat sug. Alla i dag godkända läkemedel för obesitas kan användas efter obesitaskirurgi, utom orlistat efter duodenal switch-operation. Kronisk malabsorption är vanlig efter den här typen av mer omfattande obesitasoperation, och därför är orlistat kontraindicerat.

12. Indikationer för övergång till obesitaskirurgi

Vår erfarenhet är att inte bara personer som stadigt gått upp i vikt, utan även personer som upprepat gått ned i vikt men inte hållit vikten över tid, ska påminnas

nas om kirurgi som behandlingsalternativ. Man bör ta upp möjligheten till kirurgi för dem med hög risk för allvarlig följdssjukdom av sin obesitas samt dem med hög metabol risk och utan möjlighet att använda läkemedel under längre tid. Det finns inget krav att

»Tidigare genomgången obesitas-kirurgi är inte en kontraindikation för ... obesitasläkemedel.«

obesitasläkemedel ska ha prövats före remiss till obesitaskirurgi, men tidigare seriösa viktreduktionsförsök är önskvärda.

Obesitaskirurgi är för de allra flesta det effektivaste och för patienten det billigaste alternativet som ger en varaktigt lägre vikt och bättre hälsa.

SAMMANFATTNING

En effektiv obesitasbehandling kan förbättra patienters hälsa med potential att påverka såväl livskvalitet som livslängd, men även minska samhällets kostnader för obesitasrelaterad sjukdom. Hälso- och sjukvården behöver därför ta sig an patientgruppen och erbjuda evidensbaserad behandling.

Det finns ett flertal läkemedel för obesitas, och läkemedelsområdet utvecklas intensivt. Oavsett behandlingsalternativ krävs en aktiv uppföljning, då justering av behandling ofta ger bättre effekt. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Joanna Uddén Hemmingsson har tagit emot personliga arvoden för föreläsningar vid utbildningsarrangemang från Novo Nordisk, Navamedic, Sanofi och Astra Zeneca och har även inom sin kliniska tjänst varit lokal prövare för läkemedelsstudier för Novo Nordisk (till och med 2023) men mottog ingen personlig ekonomisk ersättning för detta. Ylva Trolle Lagerros har som en del av sin kliniska tjänst varit lokal prövare för en global fas 3-studie driven av Boehringer Ingelheim (mars 2024-feb 2025) men mottog ingen personlig ekonomisk ersättning för detta.

Citera som: *Läkartidningen. 2025;122:25072*

REFERENSER

- Garvey WT. New horizons. A new paradigm for treating to target with second-generation obesity medications. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022;107(4):e1339-47.
- Caterson ID, Alfadda AA, Auerbach P, et al. Gaps to bridge: misalignment between perception, reality and actions in obesity. *Diabetes Obes Metab.* 2019;21(8):1914-24.
- Wilding JPH, Batterham RL, Davies M, et al; STEP 1 Study Group. Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: the STEP 1 trial extension. *Diabetes Obes Metab.* 2022;24(8):1553-64.
- Panjawatanan P, Comi RJ. GLP-1 agonists in type 1 diabetes – indications and use. *Obes Med.* Epub 11 feb 2025 [uppdaterat 14 feb 2025]. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2025.100591>
- Newman AB, Lee JS, Visser M, et al. Weight change and the conservation of lean mass in old age: the Health, aging and body composition study. *Am J Clin Nutr.* 2005 Oct;82(4):872-8; quiz 915-6.
- Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Artikelnr 2023-4-8460.
- Gerber P, Gustafsson UO, Anderin C, et al. Effect of age on quality of life after gastric bypass: data from the Scandinavian Obesity Surgery Registry. *Surg Obes Relat Dis.* 2022;18(11):1313-22.
- Haddad A, Suter M, Greve JW, et al. Therapeutic options for recurrence of weight and obesity related complications after metabolic and bariatric surgery: an IFSO position statement. *Obes Surg.* 2024;34(11):3944-62.
- Jamialahmadi T, Mirhadi E, Almahmeed W, et al. Impact of semaglutide administration on weight loss after bariatric surgery: a meta-analysis. *Obes Surg.* 2025;35(7):2490-7.
- Sjöström L, Rissanen A, Andersen T, et al. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. European Multicentre Orlistat Study Group. *Lancet.* 1998;352(9123):167-72.
- Greenway FL, Fujioka K, Plodkowski RA, et al; COR-1 Study Group. Effect of naltrexone plus bupropion on weight loss in overweight and obese adults (COR-1): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet.* 2010;376(9741):595-605. Erratum: 2010;376(9750):1392.
- Allison DB, Gadde KM, Garvey WT, et al. Controlled-release phenelzine/topiramate in severely obese adults: a randomized controlled trial (EQUIP). *Obesity (Silver Spring).* 2012;20(2):330-42.
- Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al; SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. *N Engl J Med.* 2015;373(11):11-22.
- Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, et al; STEP 1 Study Group. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med.* 2021;384(11):989-1002.
- Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al; SURMOUNT-1 Investigators. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med.* 2022;387(3):205-16.
- Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, et al; SELECT Trial Investigators. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. *N Engl J Med.* 2023;389(24):2221-32.

SUMMARY

Obesity management medications – why, when and how?

Current obesity management medications are game changers in the treatment of obesity, offering non-surgical options for weight loss and improved health outcomes. Here we summarize the current knowledge and provide practical clinical tips for initiation, switching, or discontinuation of obesity management medications. To better tailor treatment to specific groups, we provide recommendations on how to use obesity management medications for people with weight regain after obesity surgery, before pregnancy, with type 1 diabetes, and in the elderly. An agile approach with active follow-up and readiness to adjust treatment is recommended. Given the increasing prevalence of obesity, healthcare providers need to take shared responsibility for the patient group and offer evidence-based treatment in a non-stigmatized setting.