

Obesitas hos vuxna: kombinerad levnadsvanebehandling

Alla regioner ska erbjuda kombinerad levnadsvanebehandling (KLB), läkemedelsbehandling och kirurgi för patienter med obesitas enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas, ett prioriteringsstöd riktat till beslutsfattare och chefer [1]. I obesitasbehandling är KLB grunden, men den kan också erbjudas i kombination med läkemedelsbehandling eller före och efter obesitaskirurgi för optimalt resultat. Målet med KLB är, förutom viktnedgång, att stödja patienterna till bättre hälsa [1]. Graden av viktminskning med KLB varierar mellan 0 och 5 procent i genomsnitt [2], med betydligt större effekter på subgrupper. Att vidmakthålla förändringar och viktnedgång kan vara svårt. KLB ska enligt de nationella riktlinjerna erbjudas i primärvård och specialistvård, gärna med stöd av flera professioners kompetens. Denna artikel syftar till att klargöra och sammanfatta de viktigaste komponenterna i Socialstyrelsens begrepp KLB vid obesitas hos vuxna, deras evidens samt kliniska implikationer.

Obesitasbehandling behöver individanpassas med hänsyn till ålder, eventuell graviditet och samsjuklighet. Individer med särskilda behov, såsom intellektuella och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och psykiska sjukdomar, kan behöva utökat stöd och är särskilt högt prioriterade i de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas [1].

KLB omfattar tre huvudkomponenter, och samtliga tar hänsyn till obesitassjukdomens specifika behov: 1) matvanor och nutrition, 2) fysisk aktivitet och minskat stillasittande samt 3) psykosocialt stöd till att ändra och behålla nya vanor [1].

Fokus för psykosocialt stöd kan vara stresshantering, impuls kontroll, sömn eller självkänsla. I ett personcentrerat förhållningssätt skapas förändringsplaner med utgångspunkt från vad som är betydelsefullt och realistiskt för patienten.

Matvanor och nutrition

Det är viktigt att basera interventioner på en noggrann anamnes och utredning [3]. Oombedda råd kan motverka effekten av behandlingen [4]. Matvanor är komplexa, då många faktorer påverkar vårt ätbeteende. Vid KLB genomför dietister individanpassad nutritionsbehandling och kvalificerade rådgivande samtal om hälsosamma matvanor. Denna insats stöttar patienten i att reducera energiintaget samt optimera intaget av mikro- och makronutrientier så att planen blir praktiskt genomförbar även på lång sikt. Kvalificerade rådgivande samtal om hälsosamma matvanor kan även ges av annan legitimerad vårdpersonal med fördjupad ämneskompetens. Närstående eller LSS-personal (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) bör involveras när patienter med särskilda behov får KLB.

Anne Christenson,
med dr, leg fysioterapeut

● Anne.christenson@regionstockholm.se

Liisa Tolvanen,
med dr, leg dietist;
båda Centrum för obesitas, Akademiskt specialistcentrum, Region Stockholm

Råden för hälsosamma matvanor vid obesitas går i linje med rekommendationer för att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och ett flertal cancerformer [5, 6], men har oftast samtidigt ett specifikt fokus på energireduktion (kalorier). I nutritionsbehandlingen utformas en individualiserad matplan, som utgår från patientens nuvarande matvanor, preferenser, ålder, kön och aktivitetsnivå [3]. Det är viktigt att fokusera på näringsintaget, till exempel ett tillräckligt intag av vitaminer och mineraler, samt

»Obesitasbehandling behöver individanpassas med hänsyn till ålder, eventuell graviditet och samsjuklighet.«

matens sammansättning (såsom fullkorn, fiber, protein och fettkvalitet) när energiintaget minskar, för att undvika näringsbrister samt optimera hälsan. Personer som utesluter viss mat, har allergier eller sjukdomar eller har genomgått obesitaskirurgi behöver särskilt stöd av hälso- och sjukvården. Vid lågt energibehov kan måltidsersättningar ersätta 1-2 måltider/dag för att tillgodose näringsbehov och bidra till energireduktion [2]. Vid behov av snabb viktnedgång (till exempel inför ett nödvändigt ortopediskt ingrepp eller inför obesitaskirurgi) kan kompletta kostersättningar för vikt kontroll (»very low energy diet«, VLED, eller »low energy diet«, LED) ersätta alla måltider under en period. Detta kräver en noggrann medicinsk bedömning samt uppföljning av dietist.

Mättande mat och regelbundna måltider kan göra det lättare att begränsa energiintaget. Fiberrika livsmedel såsom grönsaker, rotfrukter och baljväxter ger

HUVUDBUDSKAP

- Kombinerad levnadsvanebehandling är grunden i all obesitasbehandling.
- Matvanor, fysisk aktivitet och psykosocialt stöd är hörnstenarna i kombinerad levnadsvanebehandling.
- Målet med kombinerad levnadsvanebehandling är, förutom viktnedgång, att stödja patienterna till bättre hälsa, oavsett viktresultat.



Foto: Mostphotos

Fysisk aktivitet kan främja metabol hälsa och minska risken för samsjuklighet.

volym åt maten. Energirika drycker mättar dåligt, varför man avråder från sådana. Det är vanligt att patienterna känner hunger och sämre mättnad när energintaget reduceras, och de kan behöva stöd i att hantera detta.

Fysisk aktivitet och stillasittande

Fysisk aktivitet kan främja metabol hälsa och minska risken för samsjuklighet. Personer med obesitas kan ha ledsmärta, nedsatt rörelseförmåga eller kardiovaskulära begränsningar, och fysioterapeuter kan konsulteras för att anpassa övningar och träningsprogram. Lämpliga aktiviteter där kroppsvikten är avlastad kan vara stavgång, styrketräning, vattenbaserad träning eller sittande övningar. Ansträngningsinkontinens är vanlig vid obesitas, och vid BMI över 40 kg/m² rapporterar nästan 70 procent av kvinnor problem med urinläckage [7]. Bäckebottenövningar och inkontinenshjälpmedel kan underlätta fysisk aktivitet. Skavsår, exempelvis på lårens insidor, kan minimeras med användning av cykelbyxor eller smörjning av utsatta områden med vaselin.

Ju högre aktivitetsnivå och intensitet, desto större metabola fördelar [8]. Att kombinera aerob träning och styrketräning förefaller mest effektivt för att förbättra kroppssammansättning och kondition hos personer med obesitas [9, 10]. Att minska stillasittande är också viktigt [10, 11].

Fysisk aktivitet kan indirekt minska energiintaget hos personer som tenderar att överäta vid stress, sysslolöshet, ångest eller sömnsvårigheter, då regelbunden fysisk aktivitet har positiva effekter på dessa faktorer. Även aptitregleringen kan förbättras, vilket underlättar begränsning av energiintag [12].

Enbart fysisk aktivitet som intervention har begränsad effekt på viktminskning, även om kroppssammansättningen förbättras [11]. Det är därför viktigt med realistiska förväntningar på vad fysisk aktivitet kan göra för vikten. För viktnedgång krävs minst 150 minuter högintensiv fysisk aktivitet, alternativt 300 minuter med måttlig intensitet, gärna kombinerad med styrketräning [10]. Att kombinera fysisk aktivitet med nutritionsbehandling ger dock bättre effekt på vikten än enbart förändrade matvanor [13], och för

vidmakthållande av viktminskning verkar fysisk aktivitet avgörande [11]. Förlust av muskelmassa kan sänka metabolismen och försvåra vidmakthållande av viktnedgången samt ge negativa hälsoeffekter på sikt, till exempel sarkopen obesitas [14]. Styrketräning är därför viktig för att bibehålla eller återuppbygga muskelmassa. Kroppskännedom- och hållningsövningar kan vara värdefulla efter stor viktminskning för att finna sig till rätta i sin förändrade kropp.

Psykosocialt stöd till att ändra och behålla nya vanor

För att kartlägga och hantera hinder för hälsosamma levnadsvanor och ta fram strategier bör stödet utgå från en strukturerad och evidensbaserad metod, till exempel motiverande samtal (MI) [15], kognitiv beteendeterapi (KBT) [16] eller »acceptance and commitment therapy» (ACT) [17]. Stöd kan behövas för att hantera emotionellt ätande, impulskontroll och dysfunktionella tankemönster. Vidare kan depression, ångest, neuropsykiatriska diagnoser och eventuell aptitökande medicinering av dessa innebära en extra utmaning för att hålla en god dygnsrytm, äta viss mat eller initiera och vidmakthålla planer. Andra diagnoser och allvarlig samsjuklighet kan göra det svårt att prioritera bland vårdbesök och att finna energi för att genomföra sina planer. Hänvisa till professionellt psykologiskt stöd vid behov.

»Enbart fysisk aktivitet som intervention har begränsad effekt på viktminskning, även om kroppssammansättningen förbättras ...«

Verktyg och strategier

Exempel på verktyg och strategier att använda i kombinerad levnadsvanebehandling:

- Problemlösningsmodellen är en strukturerad metod som i korthet omfattar kartläggning, målformulering och identifiering av såväl interna som externa utmaningar som kan hindra eller underlätta förändringsplanen, samt regelbunden utvärdering. Patienten behöver informeras om att det är normalt att förändring tar tid och att »bakslag» är en naturlig del av processen.
- Specifika och mätbara mål sätts i samråd med patienten [18]. Uppmuntra mål utöver viktnedgång som omfattar andra tydliga hälsovinster. Diskutera förväntningar på viktnedgångstakt och dela upp målen i konkreta beteendemål med kort framförhållning. Stötta patienten till hälsosamma och hållbara förändringar för att inte lockas till extrema och ohälsosamma åtgärder för att nå en viss siffra på vägen. Ibland är viktstabilitet ett realistiskt mål.
- Självmonitorering kan användas för kartläggning och uppföljning av de patienter som upplever det som fördelaktigt. Exempel är mat- och dryckes-

registrering, fysisk aktivitetsdagbok eller sömndagbok [18]. Att observera och notera sina vanor underlättar genomförande och vidmakthållande och kan användas vid uppföljningsbesök för att förstärka levnadsvaneförändringar. Det är viktigt att främja ett nyfiket utforskande och validerande för att undvika skam och skuldkänslor. Kartläggningen kan annars upplevas som stressande eller utlämnande.

- Socialt stöd från omgivningen är viktigt för att kunna genomföra förändringar. Stödet kan vara konkret, till exempel hjälp med handling och matlagning, men också emotionellt, exempelvis genom gemenskap med andra i liknande situation [19]. Patienterna kan behöva hjälp med att formulera och uttrycka hur de önskar få stöd från omgivningen. För personer som behöver särskilt stöd, till exempel vid en funktionsnedsättning, är omgivningens stöd ofta en förutsättning för att behandlingen ska fungera. Närstående och personal vid LSS-boenden kan behöva utbildning i hur de kan ge konkret och användbart stöd.
- Långsiktig uppföljning är viktigt för att fånga upp

svårigheter med att följa planen. Strukturerad uppföljning med olika intensitet kan ske i form av fysiska besök (individuellt eller i grupp) eller via video, telefon eller chatt [1]. KLB kan behöva erbjudas i omgångar beroende på förändrad situation och hälsa. Utvärdering av KLB, utöver vikt, kan omfatta exempelvis nutritionsstatus, ätbeteende, smärta, styrka, rörlighet, kroppssammansättning, kondition, livskvalitet och sömn.

Vid uppföljning är det viktigt att poängtera att det handlar om att utvärdera behandlingen, inte patientens prestation. Om målet inte uppnåtts behöver behandlingen och stödet förbättras. Patienter kan annars uppleva skam och skuldkänslor när det varit för svårt att genomföra planen. Skam kan få patienter att undvika behandling, vilket exempelvis kan ses vid viktrecidiv [20]. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Anne Christenson har erhållit föreläsningssarvoden från Eat-it, Navamedic, Novo Nordisk, Eli Lilly, Skandinaviska kiropraktorhögskolan och Aleris.

Citera som: *Läkartidningen. 2025;122:25068*

REFERENSER

- Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Artikelnr 2023-4-8460.
- Look Ahead Research Group. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the Look AHEAD study. *Obesity* (Silver Spring). 2014;22(1):5-13.
- Hassapidou M, Vlasopoulos A, Kalliostra M, 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.
- Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity* (Silver Spring). 2011;19(10):1957-62.
- Nordic nutrition recommendations 2023. Integrating environmental aspects. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2023.
- Livsmedelsverket. Kostråd för vuxna. 29 apr 2025. <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/kostrad-vuxna/>
- Sheridan W, Da Silva AS, Leca BM, et al. Weight loss with bariatric surgery or behaviour modification and the impact on female obesity-related urine incontinence: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Clin Obes*. 2021;11(4):e12450.
- Jayedi A, Soltani S, Emadi A, et al. Aerobic exercise and weight loss in adults: a systematic review and dose-response meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2024;7(12):e2452185.
- Schwingshackl L, Dias S, Strasser B, et al. Impact of different training modalities on anthropometric and metabolic characteristics in overweight/obese subjects: a systematic review and network meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8(12):e82853.
- Trolle Lagerros Y, Bonn S, Christenson A. Övervikt och obesitas. I: Dohrn IM, Jansson E, Börjesson M, et al (redaktörer). *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (Fyss). Stockholm: Läkartidningen Förlag AB; 2021.
- Oppert JM, Bellicha A, van Baak MA, et al. Exercise training in the management of overweight and obesity in adults: synthesis of the evidence and recommendations from the European Association for the Study of Obesity Physical activity working group. *Obes Rev*. 2021;22(Suppl 4):e13273.
- Beaulieu K, Blundell JE, van Baak MA, et al. Effect of exercise training interventions on energy intake and appetite control in adults with overweight or obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2021;22(Suppl 4):e13251.
- Johns DJ, Hartmann-Boyce J, Jebb SA, et al; Behavioural Weight Management Review Group. Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114(10):1557-68.
- Donini LM, Busetto L, Bischoff SC, et al. Definition and diagnostic criteria for sarcopenic obesity: ESPEN and EASO consensus statement. *Obes Facts*. 2022;15(3):321-35.
- Moizé V, Graham Y, Salas XR, et al. Motivational interviewing (MI) in obesity care: cultivating person-centered and supportive clinical conversations to reduce stigma: a narrative review. *Obes Sci Pract*. 2025;11(1):e70057.
- Dalle Grave R, Sartirana M, Calugi S. Personalized cognitive-behavioral therapy for obesity (CBT-OB): theory, strategies and procedures. *Biopsychosoc Med*. 2020;14:5.
- Schumacher LM, Miller N, Jennings EL, et al. Acceptance and commitment therapy for obesity. *Curr Obes Rep*. 2025;14(1):41.
- Raynor HA, Gigliotti L (editors). *Health professional's guide to treatment of overweight and obesity*. Chicago: Academy of Nutrition and Dietetics; 2024.
- Drageset J. Social support. I: Haugan G, Eriksson M (editors). *Health promotion in health care - vital theories and research*. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 137-44.
- Tolvanen L, Svensson Å, Hemmingsson E, et al. Perceived and preferred social support in patients experiencing weight regain after bariatric surgery - a qualitative study. *Obes Surg*. 2021;31(3):1256-64.

SUMMARY

Combined lifestyle treatment in obesity

Combined lifestyle management is the foundation of all obesity treatment. Through person-centered dialogue, patients are supported in designing an individualized plan. The plan may include guidance on energy-reduced healthy eating, increased physical activity, stress management strategies or improved sleep. Treatment can be delivered in-person or online, either individually or in groups. Regular evaluation is a key component of treatment, and an empathetic approach is essential for the treatment alliance.