

Nationell utvärdering av vården vid obesitas

Slutredovisning av uppdraget att analysera och
utvärdera vården vid obesitas (S2024/01775)

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-5-10248

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, maj 2026

Förord

Regeringen gav den 10 oktober 2024 ett uppdrag till Socialstyrelsen att analysera och utvärdera vården vid obesitas. En delredovisning har lämnats 30 april 2025.

Socialstyrelsen redovisar i denna rapport en kartläggning, analys och utvärdering av vården vid obesitas. Utgångspunkt i arbetet har varit följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas.

Rapporten är en slutredovisning av regeringsuppdraget. Rapporten vänder sig till regeringen, huvudmän inom hälso- och sjukvården, företrädare för professioner och patienter samt andra aktörer som berörs av vården vid obesitas. Projektledare för utvärderingen har varit Ann-Sofie Bertilsson. Ansvarig enhetschef har varit Maria State.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Inledning	8
Metod och datakällor	10
Om obesitas	13
Nydiagnostiserad obesitas	17
Sammanhållen hälso- och sjukvård genom vårdkedjan	22
Kirurgisk behandling vid obesitas.....	34
Läkemedelsbehandling vid obesitas	48
Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas	62
Fler patienter behöver uppföljande besök i vården.....	72
Kostnader till följd av nedsatt eller utebliven arbetsförmåga hos personer med obesitas.....	76
Kompetensutveckling till personal	80
Implementering av de nationella riktlinjerna	84
Avslutande diskussion	89
Referenser.....	92
Projektorganisation.....	96

Sammanfattning

I Sverige uppskattas cirka 1,3 miljoner vuxna och omkring 80 000 barn leva med obesitas. Obesitas är en komplex sjukdom som försämrar människors livskvalitet och ökar risken för andra allvarliga sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och flera cancerformer. Tidig utredning och diagnos är därför avgörande. Världshälsoorganisationen (WHO) definierar obesitas som en ”onormal eller överdriven ansamling av fettväv som utgör en risk för hälsan”. Sjukdomen är kronisk och vikten varierar ofta över tid.

Socialstyrelsen har utvärderat vården vid obesitas och utgångspunkt i arbetet har varit följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Utvärderingen visar att implementeringen av de nationella riktlinjerna behöver fortsätta.

Fler behöver utredas och erbjudas behandling för obesitas

Socialstyrelsens nationella utvärdering visar att antalet barn och vuxna som nydiagnostiserats med obesitas har ökat 2024 jämfört med 2020. Ökningen uppgick till 41 procent för barn och 27 procent för vuxna. För barn fortsätter ökningen, medan den för vuxna har planat ut. Barn behandlas i allt större utsträckning inom den specialiserade vården, vilket kan tyda på en pågående implementering av vårdprogram och riktlinjer. Kombinerad levnadsvanebehandling och läkemedelsbehandling har ökat både för barn och vuxna. För vuxna sker behandlingen främst inom primärvården. Detta kan också tyda på en nationell omställning till nära vård, där primärvården utgör navet med ökat fokus på egenvård och digitala lösningar, samt att patienter i större utsträckning själva söker vård för läkemedelsbehandling. Kirurgisk behandling vid obesitas har legat relativt konstant med cirka 5 000 operationer årligen. Dock har det skett ett skifte med att gastric bypass ökar och sleeve-gastrektomi minskar, vilket är i linje med de nationella riktlinjernas rekommendationer. Trots tillgång till effektiva behandlingar vid obesitas är det fortfarande låg andel vuxna som behandlas med kombinerad levnadsvanebehandling, läkemedelsbehandling eller kirurgi i förhållande till att Folkhälsomyndigheten uppskattar att omkring 18 procent lever med obesitas i Sverige.

Det finns en tydlig förekomst av könsskillnad där fler kvinnor än män nydiagnostiserats med obesitas. För barn ses ingen större skillnad i förekomst av könsskillnader mellan flickor och pojkar, och för barn som bor i områden med socioekonomiska utmaningar. Det är viktigt att regionerna

fortsätter arbetet med att minska könsskillnaderna för vuxna och även eftersträva en jämlik vård oavsett var i landet man bor.

Överdödligheten hos vuxna har legat stabilt under perioden 2020–2024, men personer med obesitas har fortsatt en dubbelt så hög överdödlighet jämfört med befolkningen i övrigt. Det finns även en signifikant skillnad mellan män och kvinnor med obesitas, där män har 34 procent högre överdödlighet än kvinnor. Det är därför av stor vikt att hälso- och sjukvården upptäcker obesitas tidigt och följer upp patienter över tid samt individualiserar behandlingen utifrån behov, i syfte att minska samsjuklighet och förebygga förtida död.

Fler patienter behöver få uppföljande besök i vården

Den strukturerade uppföljningen av patienter med obesitas behöver stärkas och implementeras. Förstärkt strukturerad, långsiktig uppföljning – inklusive tydliga remissrutiner, bättre samverkan mellan vårdnivåer och möjlighet att följa patienterna genom hela vårdkedjan – utgör därför ett av de viktigaste förbättringsområdena. En del patienter kan följas upp i primärvården medan andra behöver uppföljning i den specialiserade vården. Det är angeläget att hälso- och sjukvårdspersonalen bedömer om patienten behöver ytterligare behandling. Utvärderingen visar på en risk för bristande kontinuitet och långsiktig uppföljning av en kronisk sjukdom. Patienterna beskriver att uppföljning fungerar bättre i direkt anslutning till en specifik behandling, men att den blir mer otydlig över tid. När vården är aktiv och strukturerad, med tydliga nästa steg och ansvarsfördelning, upplevs den som trygg och förutsägbar. Omkring en tredjedel av vårdcentralerna uppger att alla, eller nästan alla, vuxna patienter har fått minst ett uppföljande besök efter aktiv kombinerad levnadsvanebehandling, läkemedelsbehandling eller kirurgi. Detta visar att primärvården fortfarande inte når den nationella målnivån, som anger att minst 75 procent av vuxna patienter ska få minst ett uppföljande besök per år. Drygt 70 procent av den specialiserade vården uppger att barn 2–17 år har fått minst ett uppföljande besök, vilket visar att även den specialiserade vården ännu inte når den nationella målnivån på 95 procent.

Öka kompetenshöjande utbildning om obesitas till personal

Trots att kompetenshöjande utbildning om obesitas rekommenderas högt i nationella riktlinjer är det endast 9 regioner som har genomfört utbildning till hälso- och sjukvårdspersonal som behandlar barn respektive 7 regioner för personal som behandlar vuxna. Patienter med obesitas beskriver

fortfarande att de upplever en okunskap kring obesitas i vården och att de själva behöver vara drivande för att få behandling samt att det förekommer stigmatisering kring sjukdomen.

Patienternas egna kostnader för läkemedel ökar

Patienternas egna kostnader för läkemedel vid obesitas har ökat kraftigt – från cirka 13,5 miljoner kronor 2018 till över 1,9 miljarder 2025, av totalt cirka 2 miljarder i läkemedelskostnader. Ökningen gäller främst egenavgifter och framför allt läkemedel utanför högkostnadsskyddet. Många patienter uppger att de inte har råd med läkemedel som inte är subventionerade.

Den totala kostnaden för kirurgisk behandling vid operationstillfället av vuxna uppgår till 350 miljoner kronor år 2024 och för barn till 1,8 miljoner kronor. Kostnaderna finansieras huvudsakligen med offentliga medel. I viss utsträckning finansieras kostnaden av patienten själv även om det har blivit mindre vanligt över tid. Finansiering med hjälp av sjukförsäkring förekommer men är inte särskilt vanligt.

Inledning

Kort om uppdraget

Regeringen gav Socialstyrelsen den 10 oktober 2024 i uppdrag att analysera och utvärdera vården vid obesitas. Bakgrunden till uppdraget var att övervikt och obesitas ökar i befolkningen och är en av de främsta orsakerna till sjukdomsburden och förtida död i Sverige.

I uppdraget har ingått att

- en kartläggning ska följa hela vårdkedjan och inkludera patienters upplevelser av vården,
- analysen omfattar aspekter som rör planering och utförande av olika vårdinsatser, inklusive riktad obesitasbehandling (exempelvis samtalsstöd om levnadsvanor, kirurgi, läkemedelsbehandling och uppföljning),
- analysen särskilt beaktar barn och unga och inkluderar sjukvårdskostnader för patienter med obesitas,
- Socialstyrelsen vid behov identifierar förbättringsområden.
- Socialstyrelsen anlägger ett verksamhetsnära perspektiv i sitt arbete.

För att inhämta kunskap och erfarenheter har Socialstyrelsen bjudit in Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Inspektionen för vård och omsorg, Sveriges kommuner och regioner samt patientföreningen Riksförbundet Obesitas Sverige. Kunskap och inspel har också inhämtats från Nationellt programområde (NPO) endokrina sjukdomar samt NPO barn och ungas hälsa, och Primärvårdsrådet har informerats om uppdraget.

Syfte och avgränsningar

Projektets övergripande syfte har varit att skapa en bredare förståelse för läget och utmaningar inom obesitasvården. En utgångspunkt har varit att utvärdera hälso- och sjukvården utifrån följsamheten till de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas [1]. Syftet är att utvärdera om vården bedrivs i enlighet med kriterierna för en god vård och omsorg.

Uppdraget ska bidra till utveckling av vården genom att belysa och analysera vilka områden som fungerar bra respektive mindre bra utifrån utvärderingens resultat. När hinder synliggörs är det möjligt att rikta insatser till specifika områden där förbättringar behövs. Det kan även bidra till att nationella riktlinjer revideras och utvecklas.

Genom att följa upp, utvärdera och inhämta patienters upplevelser av vården vid obesitas skapas bättre förutsättningar för en god och jämlik vård.

Under arbetets gång har Socialstyrelsen fått ytterligare uppdrag¹ från Socialdepartementet att följa upp användningen av läkemedel mot obesitas. Uppdraget kommer att komplettera och fördjupa den analys av läkemedel som redovisas i denna rapport, och kommer att slutredovisas i december 2026.

Arbetet med att kartlägga, analysera och utvärdera vården vid obesitas knyter an till Agenda 2030 och genomförandet av FN:s handlingsplan för hållbar utveckling samt de globala mål som tagits fram. Det aktuella uppdraget har framför allt koppling till agendans mål 3: god hälsa och välbefinnande och delmål 3.4: att minska antalet dödsfall till följd av icke-smittsamma sjukdomar och främja mental hälsa samt mål 10 att minska ojämlikhet [2].

¹ Regeringsbeslut 2026-01-22 S2026/00100. Uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp användningen av läkemedel mot obesitas.

Metod och datakällor

Socialstyrelsen har i utvärderingen hämtat uppgifter från olika datakällor.

Indikatorer och målnivåer för vård vid obesitas

Socialstyrelsen tar fram indikatorer för att följa hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis. Indikatorerna utgår främst från rekommendationerna, men omfattar även vårdresultat som är viktiga att följa över tid [3]. De används för att följa utvecklingen av kvaliteten inom vården. Fastställda målnivåer syftar till att ge hälso- och sjukvården tydliga mätbara kvalitetsmål för att bidra till att alla patienter får en god och jämlik vård [4].

→ **Läs mer** om indikatorernas tekniska beskrivning och fastställda nationella målnivåer på Socialstyrelsens webbplats.

Datakällor

Register

Socialstyrelsens följande register har använts:

- Dödsorsaksregistret
- Läkemedelsregistret
- Patientregistret
- Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- Registret över insatser till barn och unga
- Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (SOL)

→ **Läs mer** om registren på Socialstyrelsens webbplats.

Data baseras också på de nationella kvalitetsregistren:

- Barnobesitasregistret i Sverige (BORIS) [5] och Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg) [6].

→ **Läs mer** om kvalitetsregistren på www.kvalitetsregister.se.

Uppgifter har även hämtats från

- Försäkringskassans statistikdatabas för uppgifter om sjuk- och rehabiliteringspenning, sjuk- och aktivitetsersättning samt merkostnadsersättning [7].
- SKR:s kostnadsdatabas [8].
- Statistikmyndigheten SCB, dels från Utbildningsregistret och från Regionala statistikområden (RegSO)², aggregerade uppgifter över befolkningens storlek från Registret över totalbefolkningen (RTB) [9].

Enkätundersökning

Socialstyrelsen har genomfört nio enkätundersökningar riktade till hälso- och sjukvården samt kommunerna (tabell 1). Mot bakgrund av att det inte finns något fullständigt register över specialiserade verksamheter som bedriver obesitasvård skickade Socialstyrelsen en förfrågan till varje regions registratur för att få kontaktuppgifter till berörda verksamheter.

Tabell 1. Enkäter

Mottagare	Utskick	Inkomna	Svarsfrekvens (%)
Regionledning	21	20*	95
Centrala barnhälsovårdsteam	21	21	100
Elevhälsans medicinska insats**	1967	865	44
Kirurgisk enhet som utför obesitaskirurgi	30	26	87
Specialistvård obesitas för vuxna	17	10	59
Specialistvård medicin, endokrinologi för vuxna	28	13	46
Specialistvårdsverksamhet för barn	59	46	78
Vårdcentraler**	584	240	41
Kommuner	303	133	44

*Region Gävleborg har inte svarat.

**Urvalsundersökning.

→ **Läs mer** om enkäterna i bilaga 1 på Socialstyrelsens webbplats.

² Regionala statistikområden (RegSO) har tagits fram av SCB 2020 och reviderats 2025, och beskriver de socioekonomiska utmaningarna i respektive RegSO. Indelningen följer ett index och utifrån detta indelas Sverige i fem olika typer av områden, från områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar till områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Enkätundersökning av patientupplevelser

Via Riksförbundet Obesitas Sverige [10] genomfördes hösten 2025 en enkätundersökning med fokus på patienter både barn och vuxna, närstående och vårdnadshavares upplevelser/erfarenheter av vård vid obesitas. Enkäten besvarades av 1349 medlemmar i förbundet. Fokusgruppsamtal genomfördes därefter för att fördjupa förståelsen av vården vid obesitas.

Uppskattning av vårdkostnader för obesitas

En kostnadsanalys av de direkta kostnaderna har genomförts och redovisas i rapporten uppdelat per behandling. För att beräkna de direkta kostnaderna har antaganden behövt göras. Dessa antaganden ligger till grund för de kostnadsuppgifter som redovisas för respektive behandling. Tidsperioden för kostnadsuppskattningar varierar både mellan behandlingarna och i vissa fall inom respektive behandling. Detta beror på skillnader i behandlingsupplägg och tillgängliga data.

Därutöver omfattar kostnadsanalysen även indirekta kostnader till följd av obesitas, såsom merkostnadsersättning, sjuk- och rehabiliteringspenning samt sjuk- och aktivitetsersättning från Försäkringskassan. Metoder för att ta fram kostnadsberäkningar redovisas i bilaga.

Läs mer om kostnadsberäkningar i bilaga 2 på Socialstyrelsens webbplats.

Övriga metodaspekter

I utvärderingen har data redovisats uppdelat på barn och vuxna. Data redovisas för riket som helhet. När det är relevant att dela upp data redovisas den per region samt län för kommunerna. Åldersstandardisering har genomförts där det är relevant för att kunna jämföra regionernas resultat. Resultaten redovisas även om möjligt med jämförelse utifrån kön, ålder, utbildningsnivå och områdestyp (RegSO³).

³ Regionala statistikområden (RegSO) har tagits fram av SCB 2020 och reviderats 2025, och beskriver de socioekonomiska utmaningarna i respektive RegSO. Indelningen följer ett index och utifrån detta indelas Sverige i fem olika typer av områden, från områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar till områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Om obesitas

I Sverige uppskattas cirka 1,3 miljoner vuxna och omkring 80 000 barn leva med obesitas [1]. Obesitas är en komplex sjukdom som försämrar människors livskvalitet och ökar risken för andra allvarliga sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och flera cancerformer.

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar obesitas som en ”onormal eller överdriven ansamling av fettväv som utgör en risk för hälsan” [11].

Sjukdomen är kronisk och vikten varierar ofta över tid. Obesitas mäts ofta med hjälp av BMI (Body Mass Index), ett mått som beskriver förhållandet mellan vikt och längd: kroppsvikten delas med kroppslängden i kvadrat (kg/m^2). Gränsvärdet för att definiera obesitas är BMI 30 eller högre. För barn från två år beräknas ett så kallat iso-BMI som även tar hänsyn till ålder och kön [1].

BMI måttet tar inte hänsyn till kroppssammansättning (andelen muskelmassa, skelett, vatten och fett i kroppen). Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver bedöma fysiologiska aspekter i kombination med bland annat psykiska aspekter och eventuella begränsningar i aktivitet eller delaktighet. De behöver ta hänsyn till olika typer av sjukdomsorsaker, samtidiga sjukdomar, följsjukdomar och livskvalitet.

Sjukdomen är vanligt förekommande och har ökat i befolkningen sedan 1980-talet. Hos unga har ökningen varit särskilt snabb [12]. Det är vanligare med obesitas hos äldre vuxna än hos yngre. Det finns även en stark ärftlig komponent [1]. Sammantaget leder den höga förekomsten av obesitas till betydande konsekvenser, inte bara för individen utan även för samhället; enligt en rapport från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) beräknades de samhällsekonomiska kostnaderna år 2023 uppgå till 50,8 miljarder kronor [13]. Trots dessa omfattande konsekvenser bedöms obesitas i de nationella riktlinjerna vara både underdiagnostiserat och underbehandlat hos såväl barn som vuxna [1].

Överdödlighet

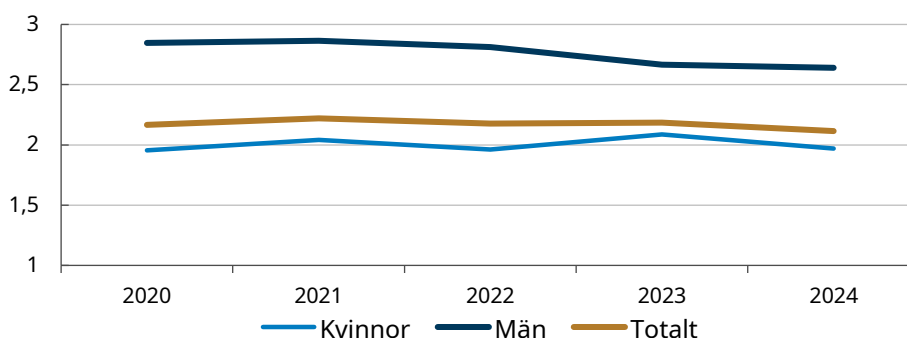
Sjukdomen obesitas är en riskfaktor för flera kroniska sjukdomar och förtida död [1]. Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa överdödligheten bland vuxna med obesitas. Indikatorn avser att mäta dödligheten bland personer med obesitas i jämförelse med dödligheten i befolkningen, dvs. överdödlighet. Värdet över 1 indikerar att överdödligheten är högre bland personer med obesitas i jämförelse med dödligheten i befolkningen.

Under perioden 2020–2024 var det totalt 9504 personer som avlidit med diagnosen⁴ obesitas. I absoluta tal har antalet döda med obesitas ökat från 2020 till 2023. Dödlighet dessa år var 2,2 gånger högre bland personer med obesitas än dödligheten i övriga befolkningen (överdödligheten).

Överdödligheten vid obesitas har legat stabilt över de senaste fem åren (diagram 1). Antalet döda med obesitas minskade under 2024. År 2024 var dödligheten bland personer med obesitas 2,1 gånger högre jämfört med dödligheten i övrig befolkning. För män med obesitas var dödligheten 2,6 gånger högre i jämförelse med dödligheten hos män i befolkningen. Vid samma jämförelse med kvinnor var överdödligheten 2,0 (diagram 1).

Diagram 1. Överdödlighet i befolkningen med obesitas, personer 18 år och äldre

Dödlighet bland personer 18 år och äldre med obesitas jämfört med dödligheten i befolkningen. Lågt värde eftersträvas. En kvot på 1 innebär ingen överdödlighet i jämförelse med övriga befolkningen. Avser år 2020–2024.



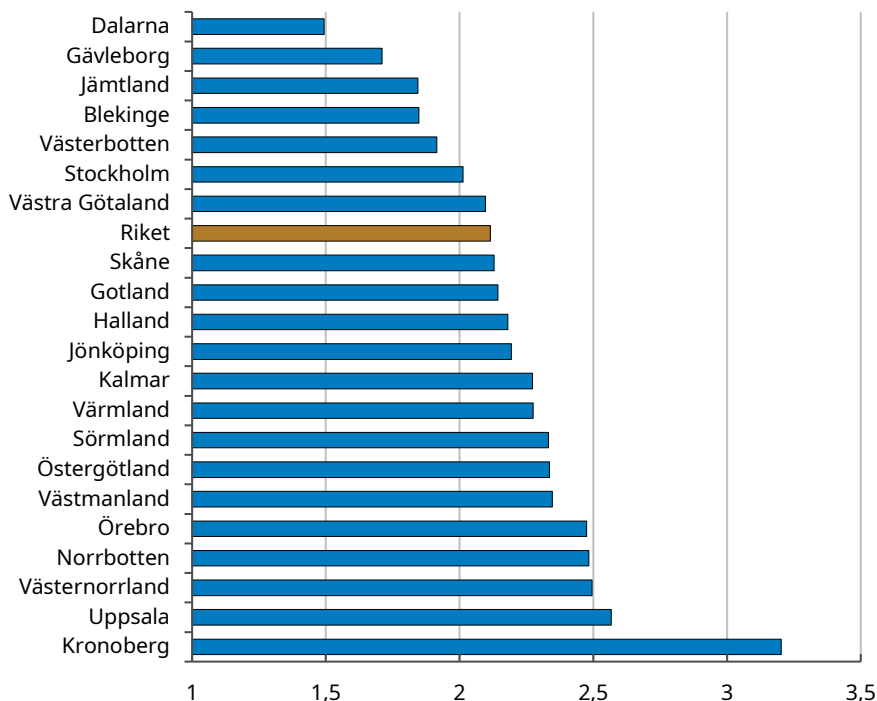
Källa: Dödsorsaksregistret och patientregistret, Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB).

I åldern 18–69 år var dödligheten 2,8 gånger högre än i övrig befolkning. Överdödligheten var i åldersgruppen 70–79 år något lägre (2,6 gånger), därefter minskade överdödligheten till 1,3 för åldersgruppen 80 år och äldre. Det finns en signifikant skillnad mellan män och kvinnor med obesitas, där män har 34 procent högre relativ dödlighet än kvinnor. Det förekommer en variation mellan regionerna från 1,5 till 3,2 där Region Dalarna har lägst överdödlighet bland personer med obesitas (diagram 2).

⁴ Här inkluderas personer som vårdats med diagnosen obesitas antingen som huvuddiagnos eller bidiagnos inom specialiserad öppen- eller slutenvård någon gång under en femårsperiod innan uppföljningsårets start.

Diagram 2. Överdödlighet bland vuxna med obesitas, fördelat på region

Överdödlighet personer 18 år och äldre med obesitas, uppdelat på region. Åldersstandardiserade värden. Avser år 2024.



Källa: Dödsorsaksregistret och patientregistret, Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB).

För 2024 var överdödligheten i cancer bland personer med obesitas 1,7 gånger högre än i befolkningen. För hjärt-kärlsjukdom var det 2,6 gånger högre samt för sjukdomar i andningsorganen 3,4 gånger högre för personer med obesitas jämfört med övrig befolkning.

Obesitas ur ett internationellt perspektiv

Enligt WHO har den globala prevalensen av obesitas mer än fördubblats år 2022 i jämförelse med 1999. År 2022 levde över 890 miljoner vuxna med obesitas i världen, cirka 16 procent. Samma år levde över 160 miljoner (8 procent) barn och unga i åldern 5–19 år med obesitas i jämförelse med år 1990 då antalet var 31 miljoner.

I både Sverige och övriga Europa är obesitas överrepresenterat i socioekonomiskt utsatta grupper [11], och det är främst i dessa grupper som förekomsten av obesitas ökar. Det finns många möjliga orsaker till denna skillnad. Sådant som ekonomiska svårigheter och en stressande livssituation

kan till exempel göra det svårare att tillämpa hälsosamma levnadsvanor. Barn är särskilt utsatta, eftersom de styr mindre över sina matvanor och fritidsaktiviteter än vuxna [1]. Tillgången till effektiv behandling skiljer sig utifrån socioekonomi. Skandinavien skiljer sig från andra delar av världen med sina offentligt finansierade sjukvårdssystem. Trots det tycks en högre socioekonomisk status vara förenat med både bättre tillgång till obesitaskirurgi som bättre resultat av behandlingen [14].

Kunskapsstyrning vid obesitas

Socialstyrelsen publicerade nationella riktlinjer för vård vid obesitas för första gången 2022 och riktlinjerna uppdaterades 2023 [1]. Riktlinjerna gäller för vård av barn 2–17 år och vuxna 18 år och äldre med obesitas. Riktlinjerna innehåller rekommendationer, indikatorer och målnivåer [1, 3, 4].

Ett vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar har utarbetats och antagits 2023 av NPO för barns och ungdomars hälsa. I programmet finns framtaget en vårdkedja. Målet med vårdprogrammet är att ge vägledning till hälso- och sjukvården för hur arbetet med barn som har obesitas bör ske [15]. En nationell arbetsgrupp inom NPO endokrina sjukdomar har 2023 påbörjat ett arbete med att ta fram ett nationellt kunskapsstöd med inriktning vuxna patienter (från 18 år), med grund i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Ett nationellt kliniskt kunskapsstöd förväntas publiceras under kvartal 2 2026 [16].

Partnerskapet för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård⁵ har inlett ett gemensamt arbete med fokus på obesitas. Arbetet utgår från en avsiktsförklaring om en mer sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning, där insatserna längs hela vårdkedjan stärks och samordnas [17].

⁵ Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård är en modell för långsiktig samverkan på nationell nivå i kunskapsstyrningsfrågor. I partnerskapet ingår styrgruppen (SKS) för nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård samt myndigheter i Rådet för att styra med kunskap (Rådet). Rådet består av nio myndigheter varav sex är aktiva i partnerskapet: eHälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Nydiagnostiserad obesitas

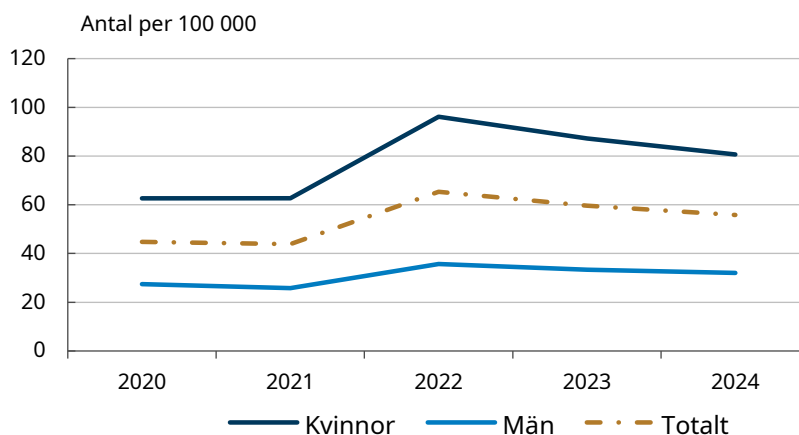
Det är viktigt att sjukdomen obesitas upptäckts och utreds så tidigt som möjligt för att personen med obesitas ska få rätt behandlingsinsatser för att förhindra försämrad livskvalitet, minska risken för förtida död samt minska risken för andra allvarliga sjukdomar exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes eller flera cancerformer [1, 14, 15].

Vuxna 18 år och äldre

Under perioden 2020–2024 har antalet personer 18 år och äldre som nydiagnostiserats⁶ med obesitas ökat (indikator 3.1). I slutet av 2022 efter covid-19-pandemin var antalet som högst, därefter har antalet som nydiagnostiserats varit relativt jämnt. Det är fler kvinnor som diagnostiserats med obesitas än män. År 2024 var det 81 kvinnor och 32 män per 100 000 i befolkningen (diagram 3). Totalt 2024 var det cirka 4660 personer 18 år och äldre som under året nydiagnostiserats med obesitas.

Diagram 3. Nydiagnostiserad obesitas hos vuxna, antal per år

Antal personer per 100 000 i befolkningen, 18 år och äldre som nydiagnostiserats med obesitas. År 2020–2024.



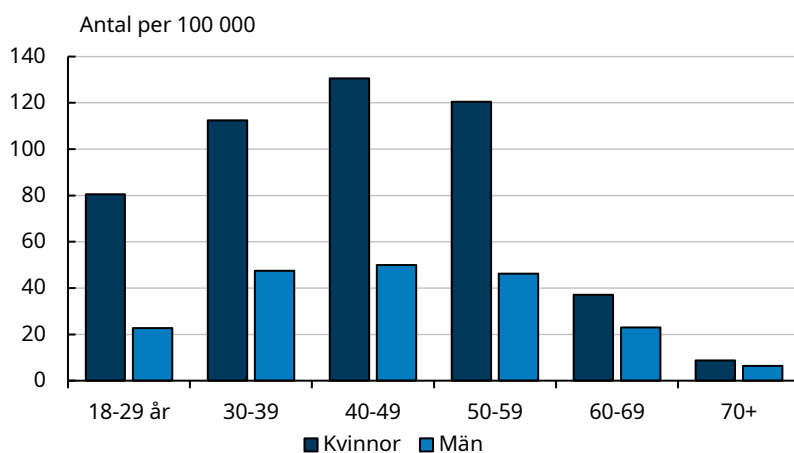
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB).

Antalet personer med nydiagnostiserad obesitas per 100 000 i befolkningen var högst i åldersgruppen 40–49 år både för kvinnor och män (diagram 4).

⁶ Med den nydiagnostiserade obesitas avses tidpunkten för den första obesitas diagnosen de senaste fem åren registrerad i Socialstyrelsens patientregister som omfattar specialiserad vård. Uppgifter om primärvården ingår inte i patientregistret.

Diagram 4. Nydiagnostiserad obesitas hos vuxna, fördelat på ålder

Antal personer per 100 000 i befolkningen, 18 år och äldre som nydiagnostiserats med obesitas. Fördelning på åldersgrupper. Avser år 2024.

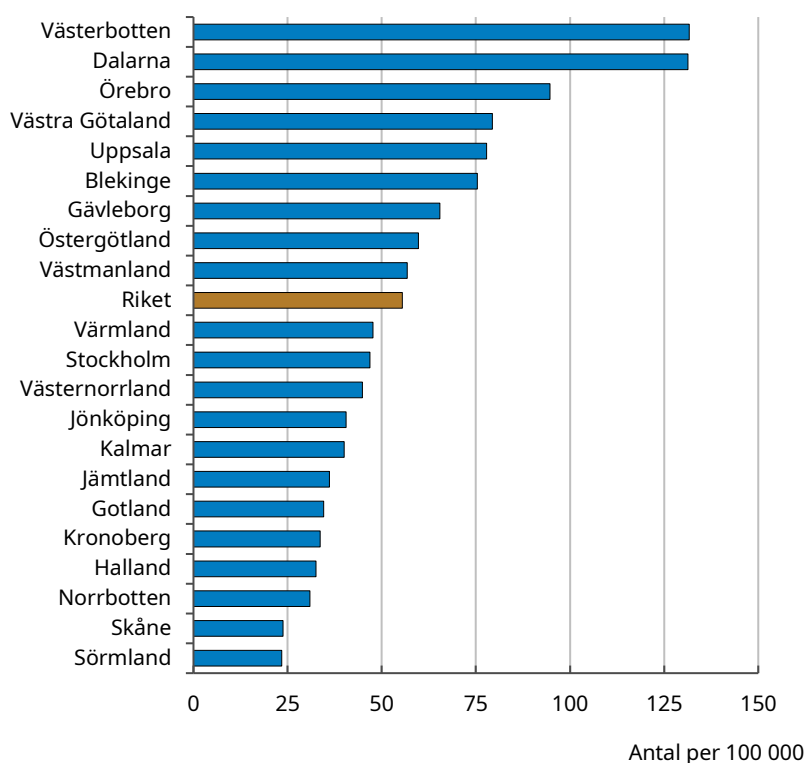


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB).

Det förekommer variation mellan regionerna från 23 till 132 per 100 000 i befolkningen (diagram 5). Lägst antal har Region Sörmland och högst antal har Region Västerbotten.

Diagram 5. Nydiagnostiserad obesitas hos vuxna, fördelat på region

Antal personer per 100 000 i befolkningen, vuxna 18 år och äldre som nydiagnostiserats med obesitas. Åldersstandardiserade värden. Avser år 2024.



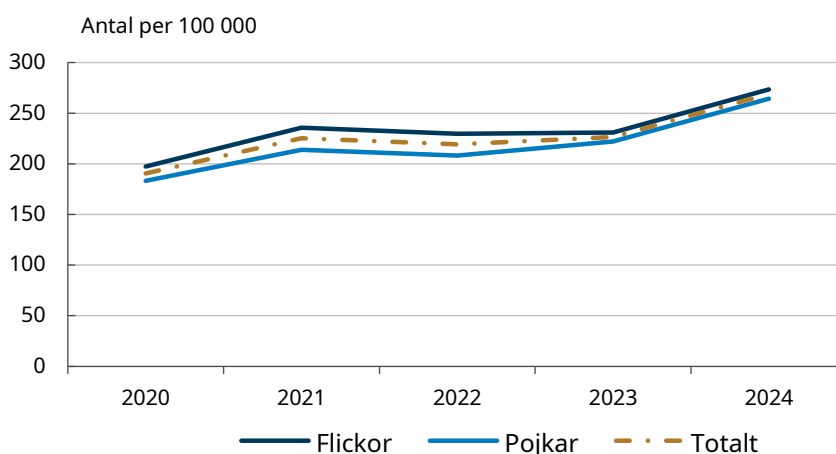
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB).

Barn 2–17 år

Resultatet visar att antalet barn per 100 000 i befolkningen med nydiagnostiserad⁷ obesitas har ökat under perioden 2020 till 2024 (indikator 2.1). Det är något fler flickor än pojkar som diagnostiserats. Antalet flickor var 273 och pojkar 264 per 100 000 i befolkningen (diagram 6). Totalt 2024 var antalet cirka 5300 barn med nydiagnostiserad obesitas.

Diagram 6. Nydiagnostiserad obesitas hos barn, antal per år

Antal personer per 100 000 i befolkningen, barn 2–17 år som nydiagnostiserats med obesitas. År 2020–2024.



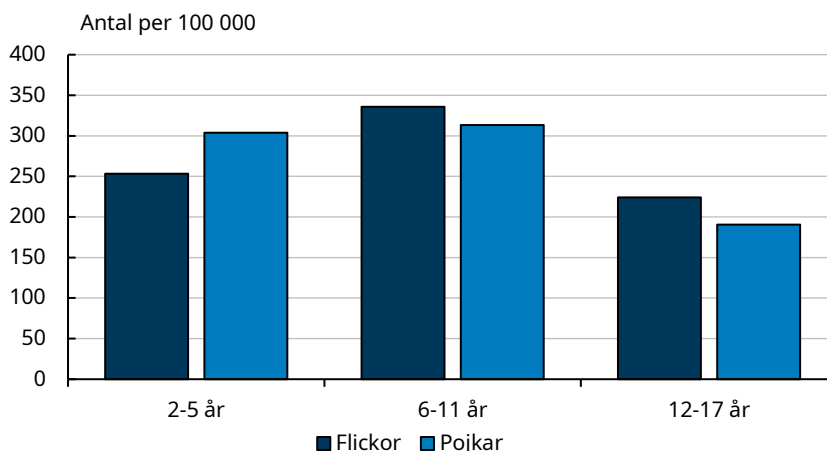
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB).

I åldersgrupperna 6–11 år och 12–17 år är det högst antal flickor som nydiagnostiserats och i åldersgruppen 2–5 år är det fler antal pojkar (diagram 7).

⁷ Med den nydiagnostiserade obesitas avses tidpunkten för den första obesitas diagnosen de senaste fem åren registrerad i Socialstyrelsens patientregister som omfattar specialiserad vård. Uppgifter om primärvården ingår inte i patientregistret.

Diagram 7. Nydiagnostiserad obesitas hos barn, kön och ålder

Antal per 100 000 i befolkningen, barn 2–17 år som nydiagnostiserats med obesitas. Avser år 2024.

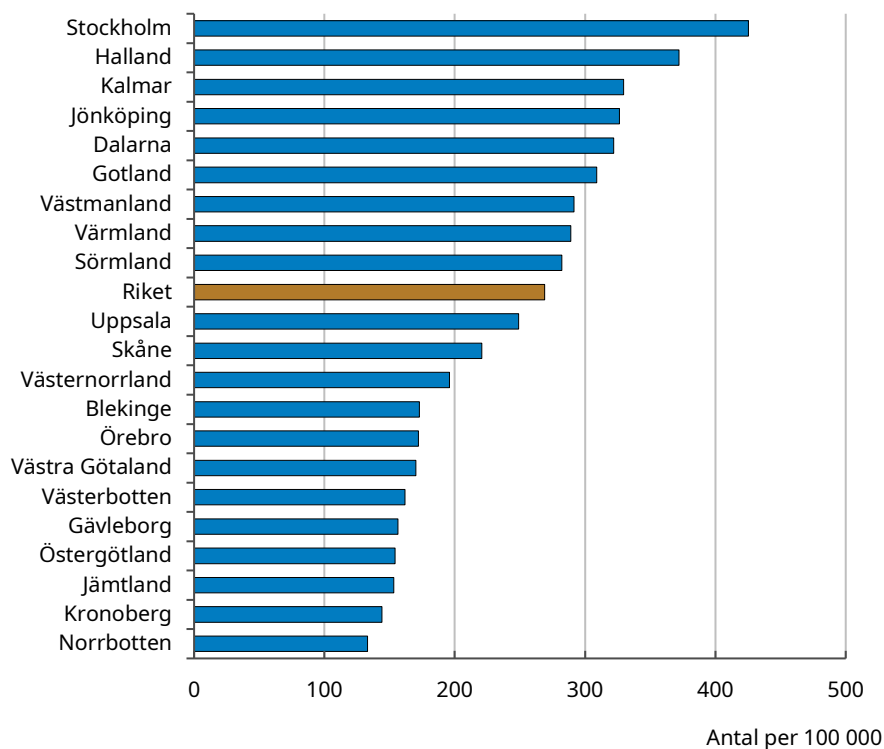


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB).

På rikets nivå 2024 var antalet barn i åldern 2–17 år med nydiagnostiserad obesitas 269 per 100 000 i befolkningen. Det finns en variation mellan regionerna. Region Stockholm har högst antal 425 och Region Norrbotten lägst med 133 per 100 000 i befolkningen (diagram 8).

Diagram 8. Nydiagnostiserad obesitas hos barn, fördelat på region

Antal personer per 100 000 i befolkningen, 2–17 år som nydiagnostiserats med obesitas. Redovisning regioner. Åldersstandardiserade värden. Avser år 2024.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB).

Analys av resultat

Eftersom obesitas är en kronisk och komplex sjukdom med hög samsjuklighet är det viktigt att följa utvecklingen av antal nydiagnostiserade personer, både för att kunna planera folkhälso- och sjukvårdsinsatser med prevention, behandling samt uppföljning. Även om andelen som får diagnosen obesitas fortfarande utgör en liten del av alla som lever med obesitas, har antal personer som nydiagnostiserats ökat i specialiserad vård både gällande barn och vuxna 2024 i jämförelse med 2020. För vuxna har dock trenden planats ut efter covid-19-pandemin. För barnen fortsätter trenden att öka. Riktningen kan spegla de insatser som görs bland annat inom barnhälsovården för att tidigt upptäcka sjukdomen. Det kan även tyda på en följsamhet till rekommendationer om att barn med obesitas ska behandlas inom specialiserad vård.

Både för barn och vuxna är det en stor variation mellan regionerna av antal som nydiagnostiserats med obesitas. Bland vuxna diagnostiseras även män i lägre grad än kvinnor, vilket skulle kunna vara relaterat till att kvinnor söker vård för obesitas i större utsträckning än män. Inom forskningen lyfts även att det är mer vanligt med obesitas hos barn på landsbygd än i storstad, samtidigt som det är fler barn i storstäder som diagnostiseras.

Utifrån att sjukdomen obesitas är underdiagnostiserad och många kan ha sjukdomen utan en konstaterad diagnos är det viktigt att vården fortsätter eftersträva att upptäcka och diagnostisera personer med obesitas för att rätt insatser ska kunna ges, oavsett kön, ålder eller var en person är bosatt. Incidensdata är viktigt för att förutse framtida vårdbehov för såväl obesitas som följsjukdomar såsom exempelvis typ 2-diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. De flesta fall av obesitas hos vuxna bör upptäckas och diagnostiseras i primärvården. Idag finns det inte tillgång till primärvårdsdata inom patientregistret. Däremot har Socialstyrelsen fått i uppdrag att fortsätta förbereda för en utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården, för att bättre kunna följa vårdens tillgänglighet och kvalitet särskilt inom primärvården.

Sammanhållen hälso- och sjukvård genom vårdkedjan

För att vården ska fungera optimalt för barn och vuxna med obesitas behövs en sammanhållen hälso- och sjukvård, från tidig upptäckt och utredning till behandling och uppföljning. För en sammanhållen hälso- och sjukvård genom hela vårdkedjan behövs en multiprofessionell samverkan både mellan och inom vårdnivåer. Det behövs en tydlig ansvarsfördelning samt rutiner för kontaktvägar och informationsöverföring mellan olika vårdgivare. Det behövs också rutiner för samverkan mellan primärvården och den specialiserade vården, mellan obesitasvården och annan hälso- och sjukvård samt mellan regionala och kommunala verksamheter [1].

Alla de rekommenderade insatserna om sammanhållen hälso- och sjukvård kan ge stora hälsovinster för patienter med ett svårt hälsotillstånd, och har därför hög prioritet såsom prioritet 2.

Rekommendation: Erbjud sammanhållen hälso- och sjukvård till barn och vuxna med obesitas

Rekommendationen till hälso- och sjukvården har prioritet 2.

Organisation för vård vid obesitas

Utvärderingen visar att vården organiseras på olika sätt och detta behöver tydliggöras så att patienterna vet vilken obesitasvård som finns i deras region. Patienterna beskriver att deras väg genom obesitasvården ser olika ut och upplevelsen påverkas i hög grad av hur kontakten med vården initieras och organiseras. En tydlig skillnad framträder mellan de som själva behövt driva sin vård och de som beskriver en mer strukturerad och vårdstyrd process. Många patienter upplever att det är svårt att få tillgång till obesitasvård, och de patienter som får vård ser ett behov av ökad samordning, kontinuitet och individanpassning.

Det har varit svårt för regionerna att beskriva organisationen för vården vid obesitas inom specialiserad medicinsk vård, vilket även bekräftas av de experter som ingått i utvärderingen. I vissa regioner finns ingen specialiserad vård för obesitas. Barn och ungdomar med obesitas behandlas huvudsakligen på barnkliniker eller motsvarande. Specialiserad vård för vuxna bedrivs antingen på specialiserade enheter för obesitas, alternativt endokrin- eller medicinkliniker på landets sjukhus. På endokrin- och medicinklinikerna vårdas patienter med obesitas i första hand för andra relaterade sjukdomar till obesitas.

Tidig upptäckt – erbjuda vägning och mätning

Hälso- och sjukvårdspersonal behöver enligt nationella riktlinjernas rekommendation kunna erbjuda vägning och mätning när det är lämpligt, för att kunna identifiera patienter med obesitas. Det är också viktigt enligt de nationella riktlinjerna att viktfrågan adresseras på ett respektfullt och icke-stigmatiserande sätt, samt att respektera om patienten inte vill vägas eller mätas [1]. Många patienter tar upp att det är viktigt att vägas och mätas i ett enskilt rum där enbart patienten och behandlaren finns. I fokussamtalen lyftes exempelvis ”att behöva gå längs en korridor till en våg eller vägas i ett väntrum där andra patienter ser en upplevs ofta som stigmatiserande”.

Rekommendation: Erbjud vägning och mätning till barn och vuxna som besöker hälso- och sjukvården, för att kunna identifiera personer med obesitas och erbjuda utredning och bedömning

Rekommendationen till hälso- och sjukvården har prioritet 2.

Enligt nationella riktlinjer behöver vården även ha rätt utrustning och tillgängliga lokaler [1]. Resultaten från primärvården visar att 87 procent (209 av 240) av vårdcentralerna uppger att de erbjuder vägning och mätning till barn 6–17 år och 95 procent (228 av 240) uppger att de erbjuder vägning och mätning till vuxna 18 år och äldre. Det är 93 procent (223 av 240) av vårdcentralerna som uppger att de har personvågar för en vikt upp till 200 kg och för vikt upp till 300 kg är det endast 15 procent (37 av 240) som har tillgång. Utöver personvågar så behöver exempelvis mottagningar som behandlar vuxna med obesitas ha stolar, britsar och viktmanschetter som är anpassade till personer med en vikt upp till 300 kg. Vårdcentralerna har tillgång till utrustning upp till 200 kg i större omfattning än utrustning upp till 300 kg (tabell 2). Omkring en tredje del av patienterna uppger att det inom primärvården saknats utrustning som varit anpassad till deras kroppar. Det vanligaste var att blodtrycksmanschetter, stolar och kläder saknats för dem.

Över 80 procent (176 av 209 för barn, 191 av 229 för vuxna) av vårdcentralerna uppger att barn respektive vuxna vägs och mäts i ett rum där endast patienten, eventuell närstående och patientansvarig personal befinner sig.

Tabell 2. Tillgång till utrustning

Vårdcentralernas tillgång till utrustning. Procent. Antal inom parentes. n=240. Avser år 2024.

Utrustning	Andel som svarat ja (antal verksamheter)
Brits, vikt upp till 200 kg	73 (175 av 240)
Brits, vikt upp till 300 kg	17 (41 av 240)
Blodtrycksmanschett, med ett omfång som passar en person med vikt upp till 200 kg	90 (217 av 240)
Blodtrycksmanschett, med ett omfång som passar en person med vikt upp till 300 kg	20 (49 av 240)
Stol i väntrum, vikt upp till 200 kg	63 (150 av 240)
Stol i väntrum, vikt upp till 300 kg	12 (29 av 240)

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, vårdcentraler. År 2025.

Inom den specialiserade obesitasvården för vuxna uppger samtliga verksamheter att de har utrustning som klarar en vikt upp till 200 kg, och hälften (5 av 10) att de har personvågar som klarar upp till 300 kg. Inom medicinkliniker och endokrinologiska mottagningar finns motsvarande utrustning för upp till 200 kg i 12 av 13 verksamheter, men vågar för upp till 300 kg endast i 4 av 13. Patienterna uppger att utrustningen inom specialistvården generellt har varit bättre anpassad till dem än inom primärvården. Trots detta anger mer än var tionde patient att utrustningen inom den specialiserade obesitasvården inte varit anpassad efter deras behov.

Vidare uppger 9 av 10 verksamheter inom den specialiserade obesitasvården för vuxna att vägning och mätning sker i ett rum där endast patienten, eventuell närstående och personal är närvarande. Motsvarande gäller för 9 av 13 medicinkliniker och endokrinologiska mottagningar. För specialistvårdsverksamheter för barn är motsvarande andel över 90 procent (42 av 46 verksamheter).

Nästintill samtliga regioners centrala barnhälsovårdsteam (19 av 21) uppger att de i mycket stor utsträckning eller ganska stor utsträckning identifierar barn med obesitas utifrån de mätningar av längd och vikt som görs. Region Norrbotten och Jämtland/Härjedalen anger att de inte vet i vilken utsträckning regionens barnhälsovårdsenheter identifierar barn med obesitas utifrån de mätningar av vikt och längd som görs.

Inom elevhälsan medicinska insats uppger 99 procent (856 av 865) av verksamheterna att mätning av längd och vikt sker i ett rum där endast eleven, eventuell närstående och patientansvarig personal befinner sig.

Rutiner för utredning och remiss

En förutsättning för tidig diagnostisering är att verksamheterna har tydliga, aktuella och lätt tillgängliga rutiner för att identifiera personer som kan ha obesitas. Med rutin avses här att den ska vara skriftlig och känd samt användas av personalen. Den kan ingå i andra styrdokument tex vårdprogram.

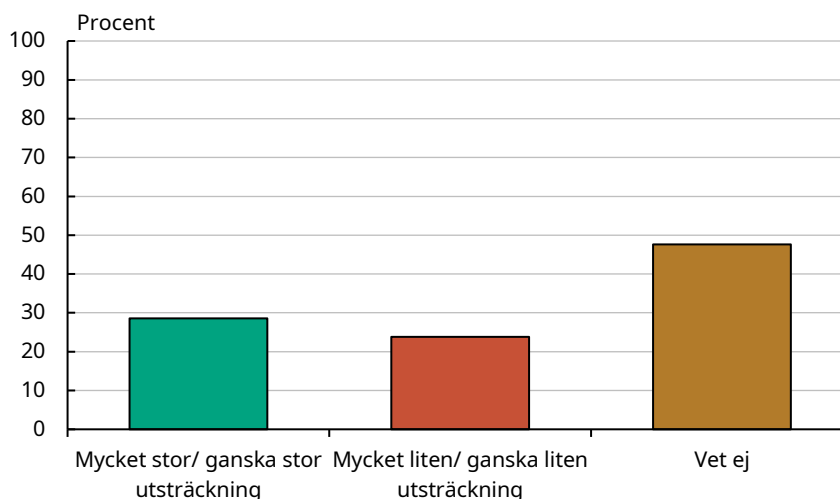
Rekommendation: Erbjud utredning och bedömning till barn och vuxna med obesitas, för att kunna erbjuda rätt behandling

Rekommendationen till hälso- och sjukvården har prioritet 2.

Alla centrala barnhälsovårdsteam uppger att de har skriftliga rutiner eller utgår från Rikshandboken i barnhälsovård [18] för att identifiera barn med obesitas inom barnhälsovården. I alla regioner utom Region Blekinge finns det även skriftliga rutiner för vart barn med obesitas ska remitteras för vidare utredning. Hälften av regionernas centrala barnhälsovårdsteam (10 av 21) uppger dock att de inte vet i vilken utsträckning barn med obesitas remitterats för behandling under 2024. Verksamheterna inom följande fem regioner – Halland, Jönköping, Kalmar, Västmanland och Örebro – uppger att barn med obesitas i mycket eller ganska stor utsträckning remitterades under 2024 (diagram 9).

Diagram 9. I vilken utsträckning barn remitterades för behandling av obesitas inom barnhälsovården

Andel i vilken utsträckning regionernas centrala barnhälsovårdsteam remitterat barn för behandling av obesitas. Procent. N=21. Avser år 2024.



Källa: Socialstyrelsens enkät till regionernas centrala barnhälsovårdsteam år 2025.

Inom elevhälsan uppger 92 procent (796 av 865) av verksamheterna att de har skriftliga rutiner för vart barn med obesitas ska remitteras för vidare utredning. 45 procent (397 av 865) av verksamheterna inom elevhälsan uppger att de under 2024 i olika utsträckning remitterat elever med obesitas för vidare utredning.

93 procent (43 av 46) av specialistvårdsverksamheterna som behandlar barn med obesitas uppger att de har skriftliga rutiner för utredning av barn med obesitas.

58 procent (140 av 240) av vårdcentralerna uppger att de har skriftliga rutiner för utredning av obesitas för barn och 77 procent (184 av 240) av verksamheterna att de har skriftliga rutiner för utredning av obesitas för vuxna.

Mottagande av remiss

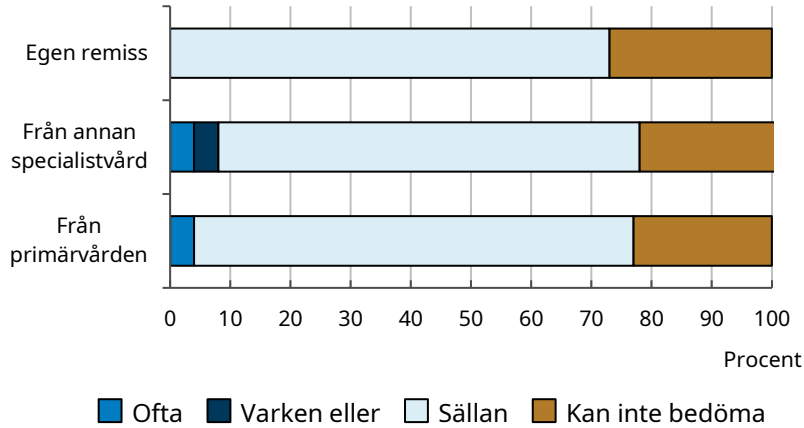
Inom den specialiserade vården för obesitas till vuxna uppger 7 av 10 verksamheter att de mycket ofta eller ganska ofta mottog remisser från primärvården. För medicinkliniker och endokrinologiska mottagningar gäller detta endast 3 av 13 verksamheter.

Över 60 procent av de kirurgiska verksamheterna uppgav att de mycket sällan mottagit remisser för barn 15–17 år, till sin verksamhet under 2024 från primärvården (17 av 26), annan specialistvård (16 av 26) eller egen remiss (18 av 26). Över en femtedel av verksamheterna uppger vidare att de har svårt att bedöma i vilken utsträckning de mottagit remisser för barn (diagram 10). Flera verksamheter uppger att de aldrig mottagit remisser för barn.

När det gäller remisser för vuxna, från 18 år, uppger däremot 85 procent (22 av 26) av de kirurgiska verksamheterna att de mycket ofta eller ganska ofta mottar remisser från primärvården. 27 procent (7 av 26) av verksamheterna uppger att de ganska ofta mottagit remisser från annan specialistvård under 2024. Vidare uppger hälften (13 av 26) av de kirurgiska verksamheterna att de mycket ofta eller ganska ofta mottagit egenremiss från patienter (diagram 11).

Diagram 10. Remittering till kirurgisk specialistverksamhet, barn 15-17 år

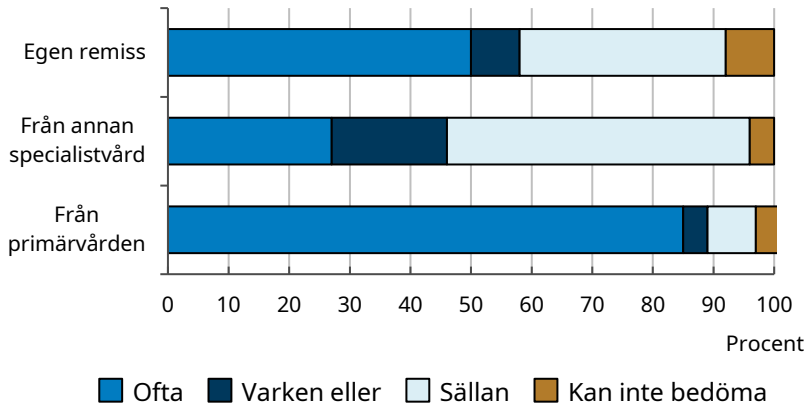
Andel i vilken utsträckning kirurgisk specialistverksamhet mottagit remiss för barn 15-17 år från annan verksamhet. N=26. Avser år 2024.



Källa: Socialstyrelsens enkät till kirurgisk specialistverksamhet år 2025.

Diagram 11. Remittering till kirurgisk specialistverksamhet, vuxna 18 år och äldre

Andel i vilken utsträckning kirurgisk specialistverksamhet mottagit remiss för vuxna 18 år och äldre från annan verksamhet. N=26. Avser år 2024.



Källa: Socialstyrelsens enkät till kirurgisk specialistverksamhet år 2025.

Patienterna beskriver att egenremisser inte i första hand används som ett aktivt val mellan olika vårdgivare, utan ett sätt att hantera brister i tillgänglighet inom det offentliga systemet. När vården fungerar och erbjuder behandling i rätt tid minskar behovet av alternativa vägar.

Samverkansrutiner mellan verksamheter

Med rutiner avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur samverkan ska gå till. Rutinen ska vara känd och användas av personalen och kan ingå i andra styrdokument, t.ex. vårdprogram. Med samverkan avses här ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan, med syfte att förbättra insatserna till personer med obesitas. Samverkan mellan verksamheter behövs för att insatserna vid vård av obesitas ska hållas ihop. Samverkan är extra viktigt när personer med obesitas behöver särskilt stöd på grund av svåra funktionsnedsättningar eller svåra psykiska sjukdomar.

Över hälften av vårdcentralerna (58 procent, 140 av 240) uppger att de har skriftliga rutiner för samverkan med specialistvården. Närmare en femtedel (18 procent, 44 av 240) uppger att de har skriftliga rutiner för samverkan med elevhälsans medicinska insats. Vidare uppger 10 procent (25 av 240) av vårdcentralerna att de har skriftliga rutiner för samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården och 6 procent (14 av 240) att de har skriftliga rutiner för samverkan med socialtjänsten.

Totalt 23 procent (56 av 240) av vårdcentralerna uppger att de saknar skriftliga rutiner för samverkan med såväl specialistvården, socialtjänsten, elevhälsans medicinska insats, kommunal hälso- och sjukvård, psykiatri, habilitering som Försäkringskassan (tabell 3).

Tabell 3. Förekomst av skriftliga rutiner för samverkan, vårdcentraler

Andel vårdcentraler som har skriftliga rutiner med verksamheter för samverkan om obesitas. Flera olika verksamheter. Procent. N=240. Avser år 2024.

Verksamheter	Andel (antal verksamheter)
Elevhälsans medicinska insats	18 (44 av 240)
Försäkringskassan	3 (6 av 240)
Habilitering	6 (14 av 240)
Kommunal hälso- och sjukvård	10 (25 av 240)
Psykiatri	8 (20 av 240)
Socialtjänsten	6 (14 av 240)
Specialistvården	58 (140 av 240)
Ingen av ovanstående verksamheter	23 (56 av 240)
Vet ej	15 (35 av 240)

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, vårdcentraler år 2025.

Drygt 70 procent (18 av 26) av kirurgiska verksamheter uppger att de har skriftliga rutiner för samverkan med primärvården. 35 procent (9 av 26) av

verksamheterna uppger att de har skriftliga rutiner för samverkan med internmedicin (t.ex. kardiologi, gastroenterologi, endokrinologi, lungmedicin, njurmedicin) och med specialiserad obesitasenhet; var motsvarande andel 31 procent (8 av 26) av verksamheterna. 15 procent (4 av 26) av kirurgiska verksamheterna uppger att de inte har några skriftliga rutiner för samverkan med primärvården, internmedicin, psykiatri eller specialiserad obesitasenhet (tabell 4).

Tabell 4. Förekomst av skriftliga rutiner bland kirurgiska verksamheter

Andel kirurgiska verksamheter som har skriftliga rutiner med verksamheter för samverkan om obesitas. Flera olika verksamheter. Procent. N=240. Avser år 2024.

Verksamheter	Andel (antal verksamheter inom parentes)
Primärvården	69 (18 av 26)
Internmedicin (ex. kardiologi, gastroenterologi, endokrinologi, lungmedicin, njurmedicin)	35 (9 av 26)
Psykiatri	8 (2 av 26)
Specialiserad obesitasenhet	31 (8 av 26)
Ingen av ovanstående verksamheter	15 (4 av 26)
Vet ej	4 (1 av 26)

Källa: Socialstyrelsens enkät till kirurgiska verksamheter år 2025.

Inom den specialiserade vården för obesitas till vuxna uppger 6 av 10 verksamheter att de har skriftliga rutiner för samverkan om obesitas med primärvården och 3 av 10 med Försäkringskassan. Inom medicinkliniker och endokrinologiska mottagningar svarar 5 av 13 verksamheter att de har samverkansrutiner med primärvården. Ingen av verksamheterna uppger att de har skriftliga rutiner med psykiatri, socialtjänst eller habilitering.

Patienterna beskriver att de behöver en mer sammanhållen vård, där ansvar för behandling och uppföljning är tydligt och där olika vårdnivåer samverkar. Balansen mellan patientens och vårdens ansvar har också stor betydelse för hur vården upplevs. När ansvaret i hög grad ligger på individen kan det skapa både engagemang och en känsla av kontroll men också frustration och ojämlikhet. En mer vårdledd process upplevs ofta som trygg och avlastande, särskilt i en komplex och långvarig behandlingssituation.

Förekomst av skriftliga rutiner för samverkan inom vården för barn

Det är 52 procent (24 av 46) av specialistvårdverksamheterna för barn med obesitas som uppger att de har skriftliga rutiner för samverkan med

primärvården, och strax under hälften, 46 procent (21 av 46), av verksamheterna uppger att de har skriftliga rutiner för samverkan med elevhälsans medicinska insats. Ungefär en tredjedel av specialistvårdsverksamheterna för barn, 28 procent (13 av 46), uppger att de inte har skriftliga rutiner för samverkan med primärvården, elevhälsans medicinska insats, psykiatrin, socialtjänsten, habilitering, kommunal hälso- och sjukvård eller Försäkringskassan (tabell 5).

Tabell 5. Andel specialistvårdsverksamheter för barn med skriftliga rutiner för samverkan

Andel specialistvårdsverksamheter för barn med obesitas som har skriftliga rutiner för samverkan med olika verksamheter. N=46. Avser år 2024.

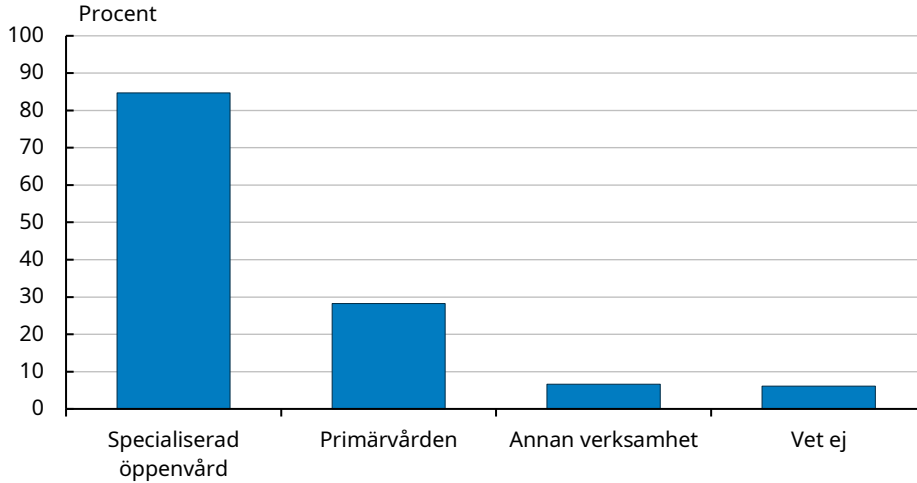
Verksamheter	Andel (antal verksamheter inom parentes)
Primärvården	52 (24 av 46)
Elevhälsans medicinska insats	46 (21 av 46)
Psykiatri	20 (9 av 46)
Socialtjänsten	15 (7 av 46)
Habilitering	15 (7 av 46)
Kommunal hälso- och sjukvård	4 (2 av 46)
Försäkringskassan	4 (2 av 46)
Ingen av ovanstående verksamheter	28 (13 av 46)
Vet ej	15 (7 av 46)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad vård för barn år 2025.

Inom elevhälsans medicinska insats uppger över 80 procent (733 av 865) av verksamheterna att de har skriftliga rutiner för samverkan med den specialiserade öppenvården och drygt 30 procent (244 av 865) av verksamheterna att de har skriftliga rutiner för samverkan med primärvården (diagram 12).

Diagram 12. Förekomst av skriftliga rutiner inom elevhälsans medicinska insats för samverkan om obesitas

Andel verksamheter som elevhälsans medicinska insats har skriftliga rutiner med för samverkan med olika verksamheter om obesitas. Flera verksamheter. N=865. Avser år 2024.

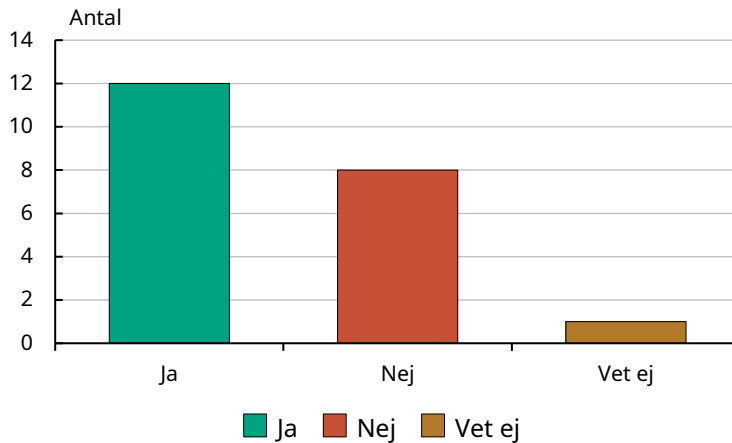


Källa: Socialstyrelsens enkät till elevhälsans medicinska insats år 2025.

Tolv av 21 regioner uppger att regionens centrala barnhälsovård har skriftliga rutiner för samverkan med den specialiserade öppenvården (diagram 13).

Diagram 13. Antal regioner som har skriftliga rutiner för samverkan mellan barnhälsovården och den specialiserade öppenvården

Antal regioner som har samverkan mellan barnhälsovården och specialiserad öppenvård. N=21. Avser år 2024.



Källa: Socialstyrelsens enkät till centrala barnhälsovårdsteam år 2025.

Multiprofessionella team

Multiprofessionella team inom vården används för att höja patientsäkerheten, förbättra vårdkvaliteten och göra vården mer personcentrerad genom att utgå från patientens individuella behov och mål. Genom att samla olika yrkeskompetenser kring patienten kan insatserna samordnas mer effektivt, särskilt vid komplexa eller långvariga sjukdomstillstånd. Detta minskar risken för missförstånd och vårdskador [19, 20, 21, 22]. Patienterna beskriver att när information är tydlig, strukturerad och pedagogisk upplevs den som trygghetsskapande och bidrar till ökad delaktighet. När denna struktur saknas blir tillgången till kunskap istället beroende av individens egen förmåga att söka information, vilket ökar ojämlikheten inom vården.

Det är 58 procent (140 av 240) av vårdcentralerna som uppger att de har tillgång till ett multiprofessionellt team som kan erbjuda insatser till patienter med obesitas. Motsvarande siffra för kirurgiska verksamheter som utför obesitaskirurgi är 88 procent (23 av 26). De verksamheter som uppgett att de inte har multiprofessionellt team är i regionerna Kronoberg, Gotland och Sörmland.

Inom den specialiserade vården för obesitas till vuxna uppger de allra flesta, 8 av 10 verksamheter att de har tillgång till ett multiprofessionellt team som kan erbjuda insatser till patienter från 18 år med obesitas. Inom medicinkliniker och endokrinologiska mottagningar har endast 1 av 13 verksamheter ett sådant team. Motsvarande siffra inom specialistvårdverksamhet för barn är 83 procent (38 av 46) av verksamheterna.

Vilka professioner som ingår i ett multiprofessionellt team för vården vid obesitas kan variera mellan olika verksamheter och beroende på vilken typ av behandling som erbjuds.

Analys av resultat

Majoriteten av verksamheterna inom hälso- och sjukvården erbjuder vägning och mätning både till barn och vuxna. Det är vanligt förekommande att det finns tillgång till utrustning för vikt upp till 200 kg, däremot saknas ofta utrustning i verksamheterna för vikt upp till 300 kg. I de allra flesta verksamheter sker mätning och vägning i ett avskilt rum, men det förekommer att patienter vägs och mäts i allmänt utrymme som till exempel väntrum eller korridor där andra patienter eller personal befinner sig. Resultatet tyder ändå på att fler vårdcentraler och även verksamheter i specialistvården behöver se över möjlighet att skapa avskilt utrymme för utredning såsom vägning och mätning och stärka tillgången till utrustning för vikt upp till 300 kg.

Både barnhälsovården och elevhälsan uppger att de i hög utsträckning har skriftliga rutiner för var barnen ska remitteras. Däremot framkommer det i enkätundersökningen att data saknas på hur stor andel som remitterats, vilket tyder på att det finns ett behov av att utveckla rutiner kring remissförfarande. Många remisser till specialiserad vård för obesitas samt kirurgisk specialistvård till vuxna tas fortfarande emot som egenremiss. Även om det är en styrka att personer själva kan skriva egenvårdsremiss till specialistvårdsenheter visar det ändå på behovet av skriftliga rutiner och remittering från andra vårdinstanser efter inledande utredning.

Det finns vissa former för samverkan mellan primärvård och specialistvård, samtidigt saknar en stor andel verksamheter skriftliga samverkansrutiner med centrala aktörer såsom exempelvis psykiatri, socialtjänst eller habilitering, vilket ökar risken för fragmenterad vård och otydligt ansvar. Detta begränsar möjligheterna till en sammanhållen, långsiktig och multiprofessionell obesitasvård. Det är angeläget att regionerna tar fram samverkansrutiner för att vården ska fungera optimalt för patienterna i alla delar i vårdkedjan.

Kirurgisk behandling vid obesitas

Obesitaskirurgi syftar till att främja hälsa genom viktminskning [1]. Under 2024 uppgick det totala antalet kirurgiska behandlingar för personer med ett BMI ≥ 30 kg/m² till drygt 5 000 bland den vuxna populationen.

I Sverige används framför allt två operationsmetoder: gastric bypass och sleeve-gastrektomi. Utöver dessa operationer finns exempelvis BPD/DS-operation (biliopankreatisk diversion med duodenal switch) som erbjuds till enstaka patienter med BMI över 50 kg/m². I Socialstyrelsens nationella riktlinjer är gastric bypass den högst prioriterade operationen för både vuxna och barn i åldern 15–17 år. Allra högst prioritet har gastric bypass för vuxna med BMI ≥ 35 kg/m² (prioritetsgrad 2) [1].

Rekommendation till hälso- och sjukvården: Erbjud kirurgi till personer med obesitas

Gastric bypass till vuxna som är aktuella för obesitaskirurgi med BMI ≥ 35 (prioritet 2), eller BMI 30–35 och har allvarlig obesitasrelaterad sjukdom (prioritet 3). Gastric bypass till barn 15–17 år med BMI ≥ 35 och är aktuella för obesitaskirurgi efter bedömning på specialiserat centrum (prioritet 3).

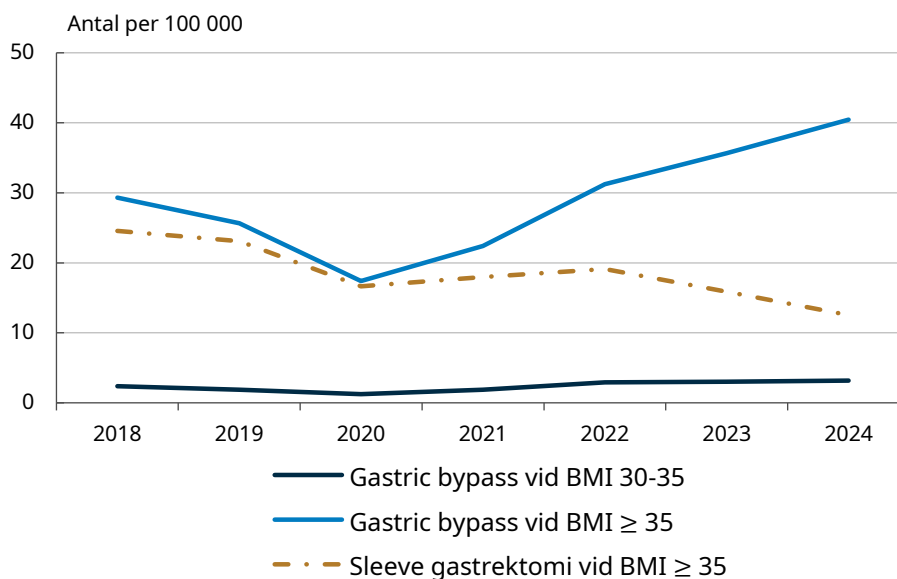
Sleeve-gastrektomi till vuxna som är aktuella för obesitaskirurgi och har BMI ≥ 35 (prioritet 3).

Kirurgisk behandling under perioden 2018–2024

Det totala antalet obesitaskirurgiska operationer har legat stabilt under perioden 2018 till 2024, med undantag för en nedgång under covid-19-pandemin. Antalet personer 18 år och äldre som genomgått gastric bypass vid BMI ≥ 35 , har ökat under tidsperioden. För personer med BMI under 35 som opererats med samma operationsmetod har antalet varit relativt konstant. Däremot har antalet personer som genomgått sleeve-gastrektomi vid BMI ≥ 35 minskat över tid (diagram 14). Totalt i Sverige var det 4422 personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som 2024 genomgick kirurgisk behandling med gastric bypass eller sleeve-gastrektomi. Resultaten redovisas enbart i relation till befolkningens storlek eftersom det idag inte finns någon nationell datakälla för alla personer med obesitas.

Diagram 14. Kirurgisk behandling vid obesitas

Antal personer, 18 år och äldre som genomgått gastric bypass eller sleeve-gastrektomi operation per 100 000 i befolkningen. Avser år 2018–2024.



Källa: Nationella kvalitetsregistret, Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

Kirurgi – gastric bypass

Vid gastric bypass (GBP) kopplas större delen av magsäcken och första delen av tunntarmen bort. Operationen har en mekanisk och hormonell påverkan som ska leda till viktminskning och görs främst genom titthålskirurgi [1].

Vuxna med BMI ≥ 35

Resultaten visar att andelen personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass har ökat under perioden 2018–2024. År 2024 var antalet 40 per 100 000 på rikets nivå och det totala antalet 3376. Det är fler kvinnor än män med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass. År 2024 var det 63 kvinnor per 100 000 i befolkningen och 19 män. Totalt var det 2593 kvinnor och 783 män. De flesta kvinnor och män som opererats var i åldern 30–49 år.

Barn 15–17 år med BMI ≥ 35

Det var endast ett fåtal barn 15–17 år med BMI ≥ 35 som opererades med gastric bypass. På rikets nivå 2024 var det 7 personer per 100 000 i befolkningen som opererades. Totalt genomgick 25 barn obesitaskirurgi.

Vuxna med BMI 30–35

Det är färre personer 18 år och äldre med BMI 30–35 som opererats med gastric bypass i jämförelse med de som har BMI ≥ 35 (diagram 14). På rikets nivå var det 3 per 100 000 i befolkningen. Det är fler kvinnor än män som opererats med BMI 30–35. Totala antalet kvinnor och män var 265.

Kirurgi – sleeve-gastrektomi

Sleeve-gastrektomi (SG) är ett ingrepp då magsäckens volym minskas genom att en del av magsäcken opereras bort och magsäcken formas till ett smalt rör. Operationen sleeve-gastrektomi har lägre prioritet än gastric bypass i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Sleeve-gastrektomi har något mindre effekt på viktnedgång än gastric bypass. Det finns också kända biverkningar, såsom refluxsjukdom (sura uppstötningar) [1].

Vuxna med BMI ≥ 35

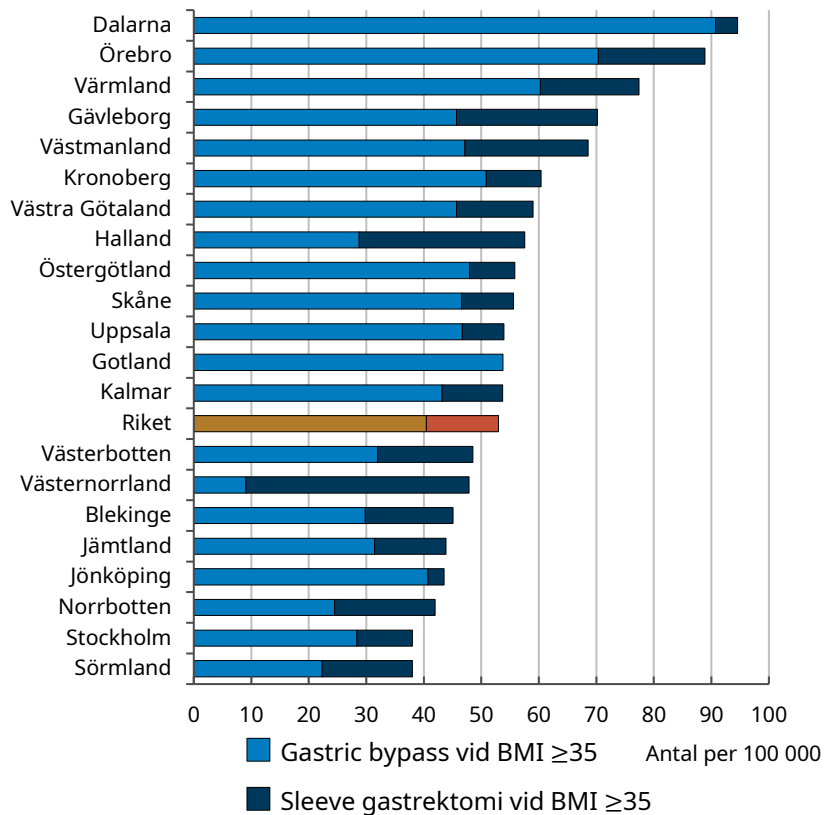
Antalet personer 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som opererats med sleeve-gastrektomi har minskat år 2024 i jämförelse med 2018. På rikets nivå var det 13 per 100 000 i befolkningen. Det var fler kvinnor än män som opererades. Totala antalet kvinnor och män var 1046.

Fler gastric bypass genomförs i regionerna

Det förekommer en variation mellan regionerna i antal personer per 100 000 som opererats. Gastric bypass är den operationsmetod som använts övervägande i de flesta regionerna 2024, men det förekommer variation (diagram 15).

Diagram 15. Kirurgisk behandling vid obesitas vid BMI ≥ 35

Antal personer, 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass eller sleeve-gastrektomi (SG) operation per 100 000 i befolkningen. Redovisning regioner. Avser år 2024.

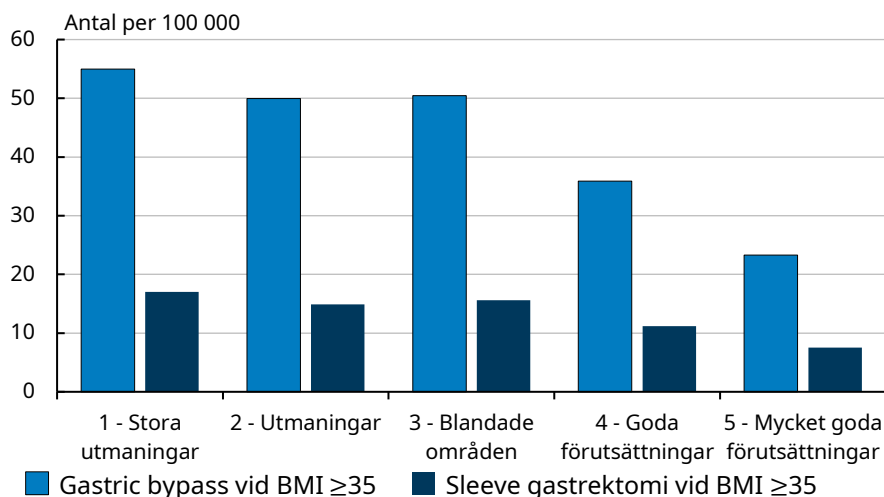


Källa: Nationella kvalitetsregistret, Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

Antalet personer 18 år och äldre som genomgått gastric bypass eller sleeve-gastrektomi operation är högst i områden med stora socioekonomiska utmaningar i jämförelse med områden med goda och mycket goda förutsättningar (diagram 16).

Diagram 16. Kirurgisk behandling vid obesitas vid BMI \geq 35, fördelat på områdestyp

Antal personer, 18 år och äldre som genomgått gastric bypass eller sleeve-gastrektomi BMI \geq 35 per 100 000 i befolkningen. Redovisning fördelat på områdestyp 1-5. Avser år 2024.



Källa: Regso och Nationella kvalitetsregistret, Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

Viktninggång fem år efter kirurgisk operation

Strukturerad och långsiktig uppföljning efter genomgången operation är av stor betydelse, även om behandlingsmålen är uppfyllda. För att säkerställa en god och jämlik vård har Socialstyrelsen fastställt nationella målnivåer för viktninggång fem år efter gastric bypass och sleeve-gastrektomi operation. Målnivåerna gäller övergripande effekter på gruppnivå, vilket innebär att de inte ska förväxlas med individuella behandlingsmål [4].

Andelen personer med uppföljning registrerad i SOReg 5 år efter kirurgisk behandling av obesitas är ungefär 50 procent.

Viktninggång efter gastric bypass vid BMI \geq 35

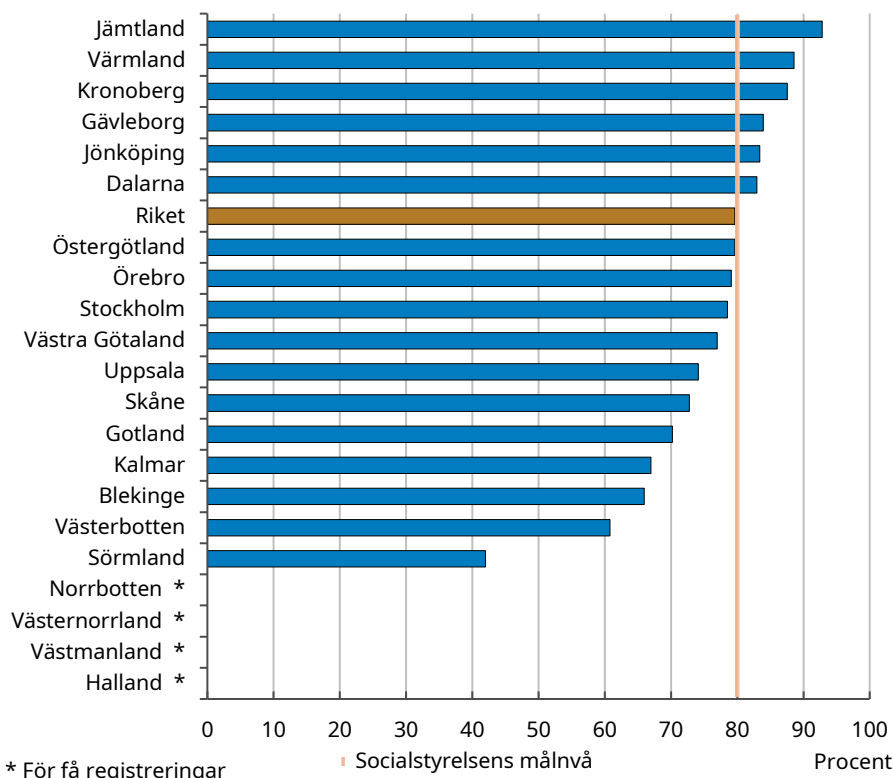
Resultatet för 2024 visar att på rikets nivå är det 80 procent av vuxna 18 år och äldre som minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer 5 år efter gastric bypassoperation. Skillnaden mellan andelen kvinnor och män som minskat sin övervikt med 50 procent var 2 procentenheter. Den nationella målnivån är fastställd till 80 procent.

Det förekommer en variation mellan regionerna från 42 till 93 procent (diagram 17). Lägst andel har Region Sörmland med 42 procent av patienterna som minskat sin övervikt med 50 procent eller mer 5 år efter operation i jämförelse med Region Jämtland som har högst andel 93 procent. Utöver Region Jämtland är det fem regioner som har uppnått nationell

målnivå om minst 80 procent; region Värmland, Kronoberg, Gävleborg, Jönköping och Dalarna.

Diagram 17. Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI ≥ 35

Andel personer, 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått gastric bypass operation och minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer 5 år efter operation. Redovisning regioner. Avser år 2024.



Källa: Nationella kvalitetsregistret, Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

Andelen personer som minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer fem år efter operationen finns i alla områdestyper, allt från stora socioekonomiska utmaningar till områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Den största andelen av personer som minskat sin tidigare övervikt är bosatta i områden med stora socioekonomiska utmaningar.

Viktnedgång efter gastric bypass vid BMI 30–35

På rikets nivå var det 92 procent (47 av 51) av patienterna som minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer 5 år efter gastric bypass operation. Redovisningen är inte möjlig att göra på regionnivå utifrån att det var småtal.

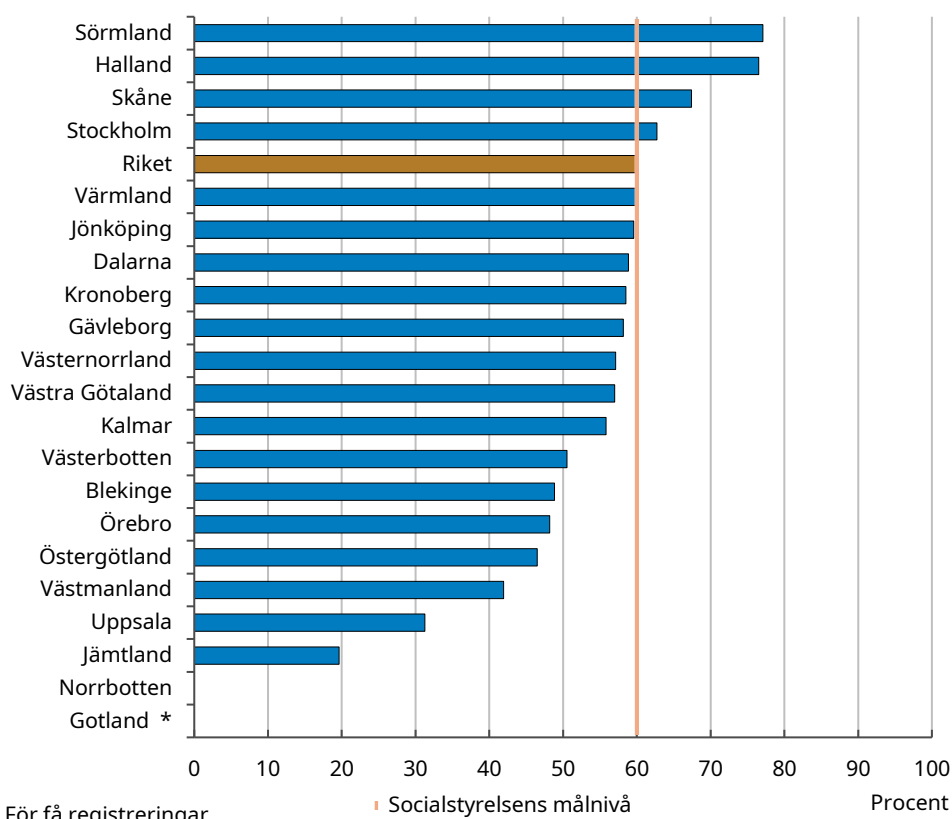
Viktninggång efter sleeve-gastrektomi vid BMI ≥ 35

På rikets nivå 2024 var det 60 procent av patienterna som minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer 5 år efter sleeve-gastrektomi operation. Andelen kvinnor som minskat sin vikt är 62 procent i jämförelse med 53 procent av männen, skillnaden mellan män och kvinnor var 9 procentenheter. Den nationella målnivån är fastställd till ≥ 60 procent.

Det finns en variation mellan regionerna från 20 till 77 procent (diagram 18). Region Sörmland har högst andel med 77 procent av patienter som gått ned i vikt fem år efter operation. Ytterligare regioner som uppnått nationell målnivå på minst 60 procent är Region Halland, Skåne och Stockholm.

Diagram 18. Viktninggång efter sleeve-gastrektomi vid BMI ≥ 35

Andel personer, 18 år och äldre med BMI ≥ 35 som genomgått sleeve-gastrektomi operation och minskat sin tidigare övervikt med 50 procent eller mer 5 år efter operation. Redovisning regioner. Avser år 2024.



Källa: Nationella kvalitetsregistret, Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

Andelen personer med viktninggång fem år efter operationen sleeve-gastrektomi är relativt jämnt fördelade i alla områdestyper 1–5. Personer med den högsta viktninggången är bosatta i områden med blandade socioekonomiska utmaningar.

Livskvalitet efter kirurgisk behandling av obesitas

Strukturerad och långsiktig uppföljning efter genomgången aktiv behandling av obesitas är av stor betydelse för att personerna ska kunna öka eller behålla sin hälsorelaterade livskvalitet även om behandlingsmålen är uppfyllda [1]. Resultaten redovisas för personer 18 år och äldre. Antalet uppföljningar av livskvalitet för barn 15–17 år ingår inte i redovisningen till följd av att det endast var ett fåtal som följts upp efter fem år.

Livskvalitet fem år efter kirurgisk behandling

En förbättring av livskvalitet kan ses vid uppföljning bland personer 18 år och äldre fem år efter kirurgisk behandling, här mätt med standardiserad medelvärdeskillnad⁸ Den fysiska hälsan skattas högre vid fem års uppföljning och detsamma gäller den psykiska hälsan. Förbättringen i fysisk hälsa är dock större än förbättringen i psykisk hälsa. Personerna har även skattat att deras obesitas-relaterade problem har minskat och en tydlig förbättring kan ses vid fem års uppföljningen i jämförelse med baslinjen. (tabell 6).

Tabell 6. Livskvalitet efter kirurgisk behandling av obesitas

Förbättring av livskvalitet bland personer 18 år och äldre, 5 år efter kirurgisk behandling. Förbättring mäts med standardiserad medelvärdeskillnad. Högre nivåer indikerar förbättrad livskvalitet. Avser år 2024.

Självskattningsinstrument av livskvalitet	Förbättring från baslinje, (standardiserad medelvärdeskillnad)
Fysisk hälsa (RAND-36)	17
Psykisk hälsa (RAND-36)	3
OP-9 (Obesity problems scale)	37

Källa: Nationella kvalitetsregistret, Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

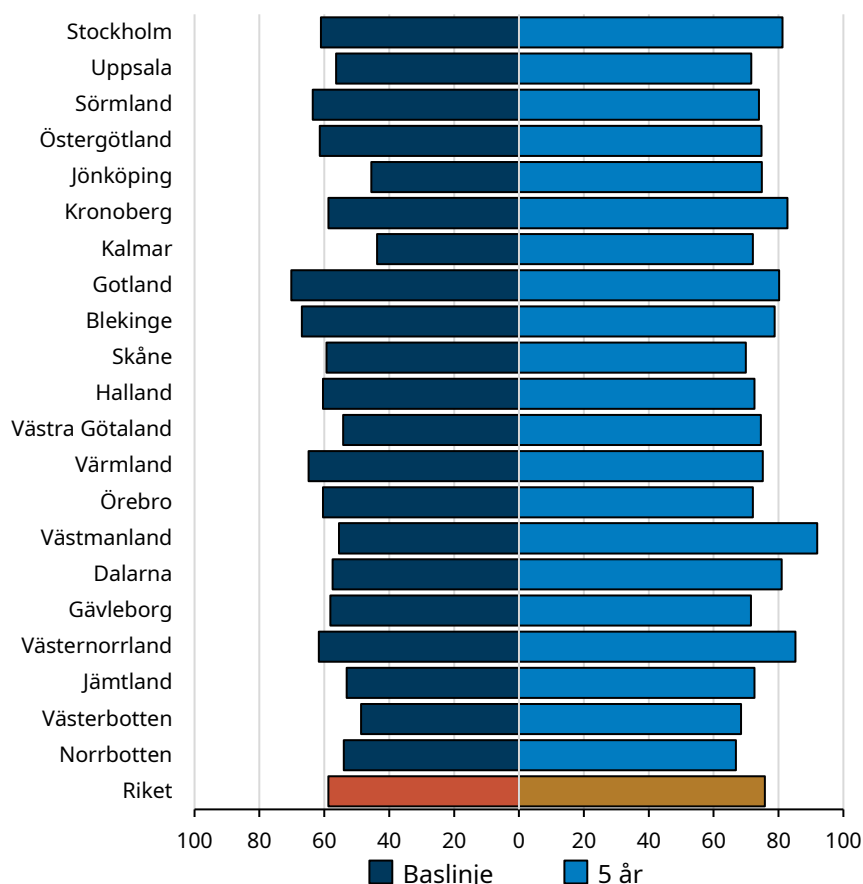
Livskvalitet fem år efter kirurgisk behandling - fysisk hälsa

På rikets nivå fem år efter baslinje var medelvärdeskillnaden 17. Mellan regionerna förekommer variation från 10 till 37. Högre nivåer indikerar förbättrad livskvalitet (diagram 19).

⁸ Högre nivåer indikerar förbättrad livskvalitet. Förbättringen mäts med standardiserad medelvärdeskillnad, där skillnaden i livskvalitet mellan baslinje och femårsuppföljningen sätts i relation till standardfelet. Värden över 1,96 indikerar signifikanta skillnader under uppföljningen.

Diagram 19. Förbättring av fysisk hälsa efter kirurgisk behandling av obesitas

Förbättring av fysisk hälsa bland personer 18 år och äldre, 5 år efter kirurgisk behandling. Förbättring mäts med standardiserad medelvärdeskillnad. Högre nivåer indikerar förbättrad livskvalitet. Redovisning regioner. Avser år 2024.



Källa: Nationella kvalitetsregistret, Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

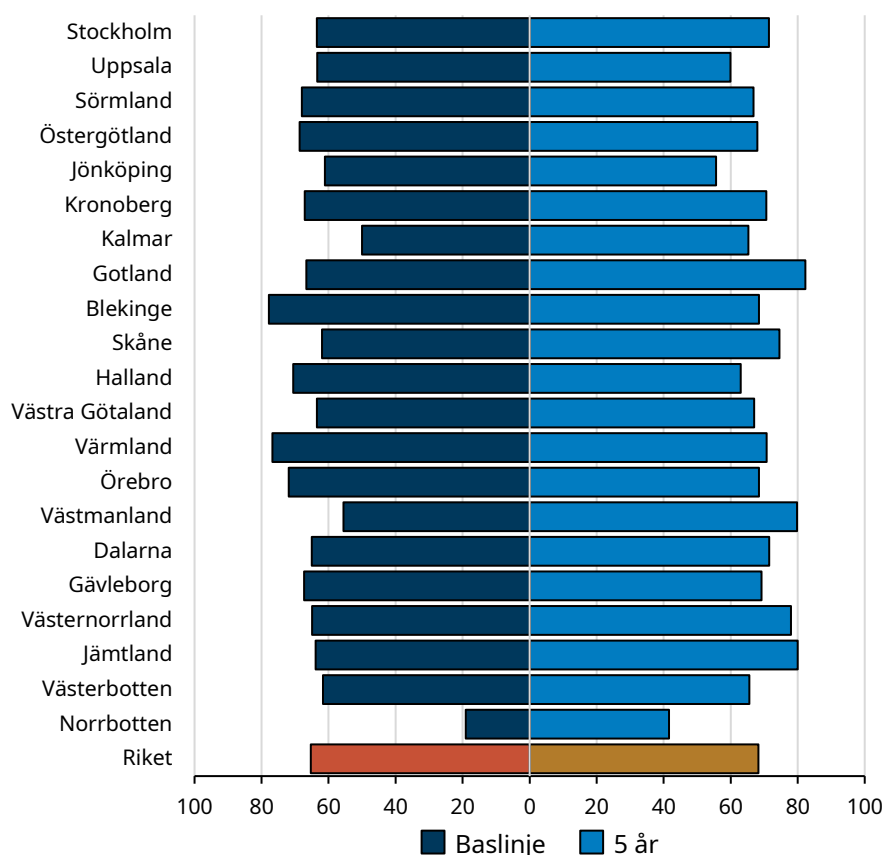
Personerna som förbättrat sin fysiska hälsa vid 5 års uppföljning förekommer i alla olika områdestyper, men de som är bosatta i områdestyp med mycket goda socioekonomiska förutsättningar skattar högre fysisk hälsa. Även förbättringen från baslinje är bäst för de som är bosatta i områdestyp med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Livskvalitet efter kirurgisk behandling – psykisk hälsa

På rikets nivå fem år efter baslinje var medelvärdeskillnaden 3. Mellan regionerna förekommer variation från 24 till mindre än 1. Högre nivåer indikerar förbättrad livskvalitet (diagram 20).

Diagram 20. Förbättring av psykisk hälsa efter kirurgisk behandling av obesitas

Förbättring av psykisk hälsa bland personer 18 år och äldre, 5 år efter kirurgisk behandling. Förbättring mäts med standardiserad medelvärdeskillnad. Högre nivåer indikerar förbättrad livskvalitet. Redovisning regioner. Avser år 2024.



Källa: Nationella kvalitetsregistret, Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

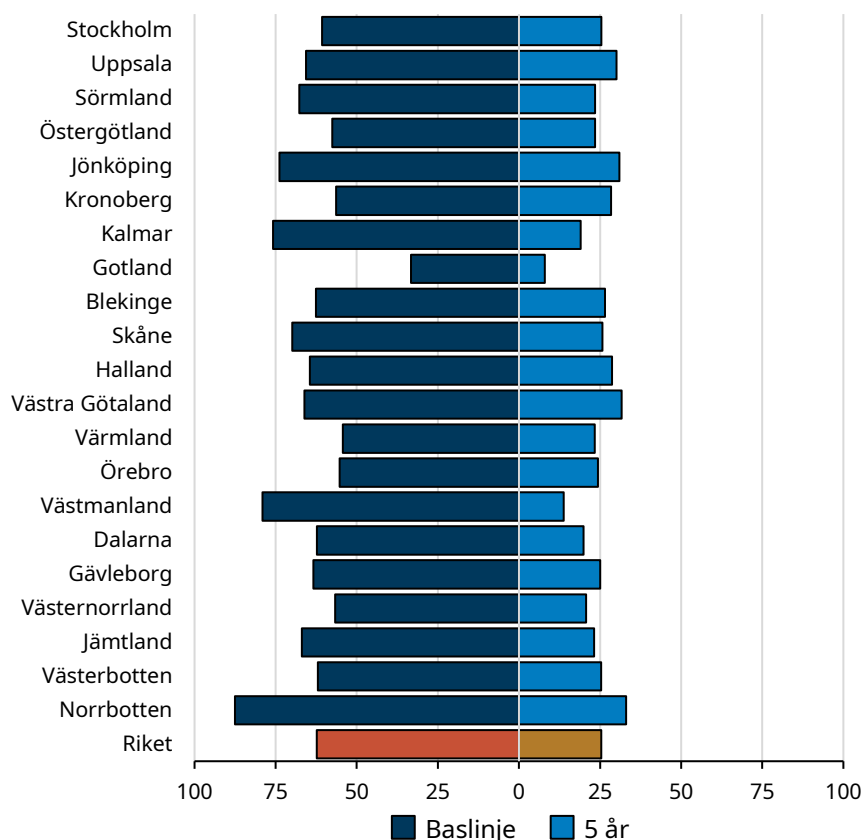
Personerna som förbättrat sin psykiska hälsa vid 5 års uppföljning förekommer i alla olika områdestyper, men de som är bosatta i områdestyp med mycket goda socioekonomiska förutsättningar har skattat högre psykisk hälsa. Även förbättringen från baslinjen var bäst för de som var bosatta i områdestyp med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Obesitas-relaterade problem efter kirurgisk behandling

På rikets nivå var medelvärdeskillnaden 37, fem år efter baslinje. Mellan regionerna förekommer variation från 25 till 65. Lägre nivåer indikerar förbättrad livskvalitet (diagram 21).

Diagram 21. Förbättring av obesitas-relaterade problem efter kirurgisk behandling av obesitas

Förbättring av obesitas-relaterade problem bland personer 18 år och äldre, 5 år efter kirurgisk behandling. Förbättring mäts med standardiserad medelvärdeskilnad. Lägre nivåer indikerar förbättrad livskvalitet. Avser år 2024. Redovisning regioner. Avser år 2024.



Källa: Nationella kvalitetsregistret, Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg).

Personer bosatta i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar skattar att de har mindre obesitasrelaterade problem än de som är bosatta i områden med stora utmaningar. Dock har gruppen med socioekonomiska utmaningar störst minskning av obesitasrelaterade problem.

Patientrapporterade upplevelsemått

Ungefär hälften av alla kirurgkliniker har använt SORegs frågeformulär för att samla in patientrapporterade upplevelsemått. Det var närmare 30 procent av patienterna som besvarat frågeformuläret. Resultaten visade att patienterna generellt var nöjda med sin operation, med informationen som gavs preoperativt, och personalens bemötande. De har också stort förtroende för behandlande klinik och anser att återbesöken var relevanta. Det finns en tendens till sämre resultat ju längre tid som gått sedan operationen [23].

Vårdkostnader för kirurgisk behandling vid obesitas

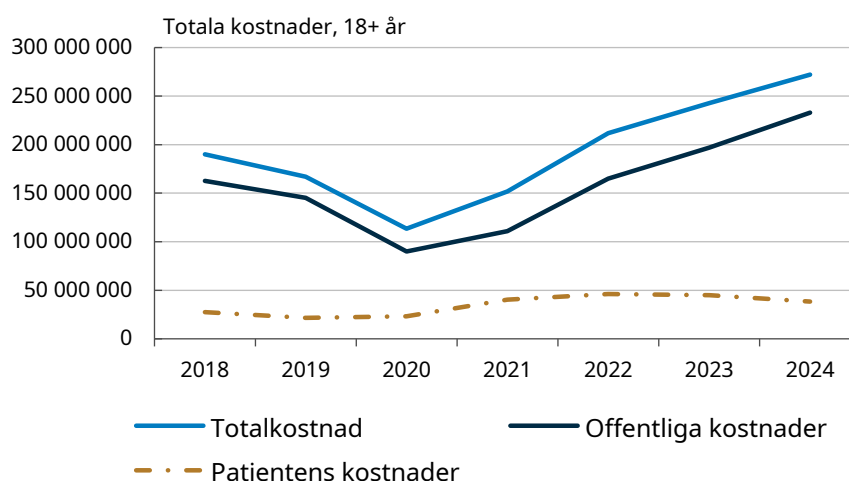
Den totala kostnaden för kirurgisk behandling har uppskattats till 350 miljoner kronor år 2024 för vuxna. Kostnaden för gastric bypass uppskattades till 270 miljoner kronor, sleeve gastrektomi uppskattades till 72 miljoner kronor och duodenal switch eller duodenal switchliknande operationer till 4,5 miljoner kronor. För barn och unga uppskattas den totala kostnaden till 1,8 miljoner kronor. Endast kostnader för operationstillfället ingår i beräkningen.

Genomsnittskostnaden för en kirurgisk operation är cirka:

- Gastric bypass: 71 300 kronor
- Sleeve gastrektomi: 57 390 kronor
- Duodenal switch: 125 600 kronor.

Kostnaderna för gastric bypass uppgick till omkring 270 miljoner kronor år 2024, vilket innebär en ökning med nära 50 procent jämfört med 2018. Kostnaderna finansieras primärt med offentliga medel. I viss utsträckning finansieras kostnaden av patienten själv även om det har blivit mindre vanligt över tid. Finansiering med hjälp av sjukförsäkring förekommer men är inte särskilt vanligt. Patienternas andel av de totala kostnaderna ökade under pandemiåren men har nu återgått till liknande nivåer som år 2018 (diagram 22).

Diagram 22. Kostnader och kostnadsfördelning gastric bypass

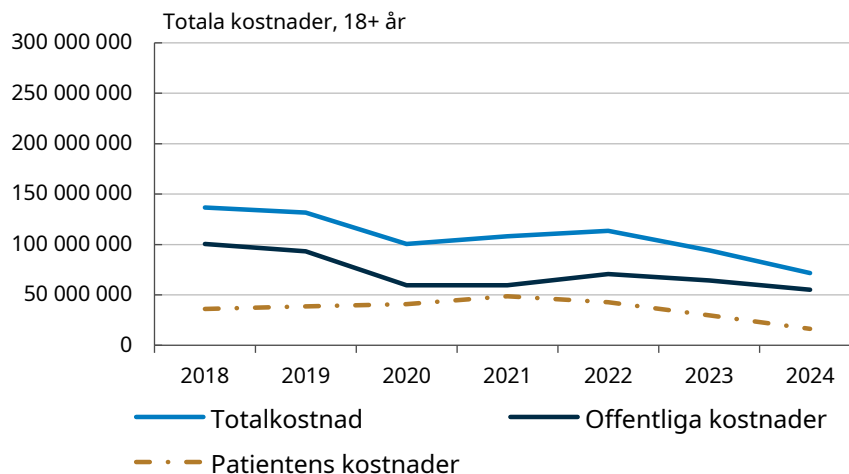


Källa: SOReg och SKR:s kostnadsdatabas.

Kostnaderna för sleeve-gastrektomi uppgick till ungefär 72 miljoner kronor år 2024, kostnaderna har halverats sedan 2018. År 2024 finansierades vården primärt av offentliga medel. Under 2020 – 2021 finansierades behandlingen i större utsträckning av patienterna själva, omkring 40 procent

av de totala kostnaderna, men denna andel har därefter minskat (diagram 23).

Diagram 23. Kostnader och kostnadsfördelning sleeve-gastrektomi



Källa: SOReg och SKR:s kostnadsdatabas.

Duodenal switch är den minst förekommande kirurgiska behandlingen och har därmed också lägst totala kostnader, omkring 4,5 miljoner kronor år 2024.

Patienterna beskriver att kirurgi upplevs som ekonomiskt tillgänglig inom den offentliga vården, medan läkemedel i stor utsträckning faller utanför motsvarande stödstruktur.

Analys av resultat

Trots att kirurgisk behandling är en högt prioriterad behandlingsform [1] är antalet operationer få i relation till att andelen personer (16–84 år) med obesitas i landet, beräknas vara cirka 18 procent enligt Folkhälsomyndigheten [24]. Resultaten visar att antalet obesitasoperationer legat på en tämligen stabil nivå med undantag för perioden under covid-19-pandemin då operationerna minskade. Andelen gastric bypass operationer har ökat under de senaste åren medan andelen sleeve-gastrektomi minskat, vilket följer prioriteten i de nationella riktlinjerna. Det förekommer en variation mellan regionerna, vilket kan tyda på att det är olika traditioner vid val av operationsmetod i regionerna.

Det är fler kvinnor än män som opererats vid obesitas, ett mönster som också ses i andra länder [25]. För att vården ska bli mer jämlik behöver regionerna rikta insatser för att öka tillgången till behandling även för män. Det är viktigt att vården aktivt informerar om kirurgi som ett behandlingsalternativ för dem som inte efterfrågar det själva. En minskad stigmatisering generellt i samhället, samt ökad remittering till kirurgkliniker

för bedömning av obesitaskirurgi är viktiga förändringar för att skapa en mer jämlik vård. Särskilt viktigt är detta för individer med nyligen debuterad typ 2-diabetes och samtidig obesitas [26]. Antalet personer som tillkommer med nydiagnostiserad obesitas överstiger även antalet genomförda operationer under samma period, vilket skulle kunna indikera att kapaciteten i systemet är otillräcklig, vilket i sin tur skulle kunna medföra ökade väntetider och risk för undanträngningseffekter. Regionerna kan därför behöva anpassa tillgången till kirurgisk behandling i högre utsträckning för att säkerställa att vårdgarantin kan upprätthållas. En sådan anpassning är särskilt angelägen eftersom kirurgisk behandling av obesitas har hög prioritet i de nationella riktlinjerna (prioritet 2). Kapacitetsplaneringen bör samtidigt utgå från regionala utfall och behovsanalyser, eftersom förutsättningarna skiljer sig mellan olika regioner.

Av riket som helhet nås de nationella målnivåerna om viktnedgång både efter gastric bypass och sleeve-gastrektomi 2024. Däremot finns det variationer mellan regionerna och det finns behov av att utveckla insatserna regionalt för att vården ska bli mer jämlik och att skillnader som förekommer mellan regionerna minskas. Långtidsuppföljning behöver utvecklas inom kirurgisk behandling både för män och kvinnor, och det är särskilt angeläget att rikta insatser till män som har en mindre viktnedgång fem år efter operation.

Vid uppföljning av livskvalitet fem år efter operationen framkommer en förbättring, där obesitasrelaterade besvär har minskat och både den fysiska och psykiska hälsan har förbättrats. Den psykiska hälsan har dock inte förbättrats i samma utsträckning som den fysiska, vilket indikerar att viktbehandling främst har effekt för fysisk livskvalitet samt att behovet av psykologiskt stöd kan vara större och mer långvarigt över tid. Det är angeläget att förväntningar kring viktminskning, somatiska symtom och kroppsuppfattning beaktas och aktivt hanteras både före och efter kirurgi [27, 28]. Utifrån att patienternas behov kan förändras över tid är det viktigt att både uppföljning från primärvård och specialiserad vård finns att tillgå.

Läkemedelsbehandling vid obesitas

Läkemedel kan användas för viktkontroll som tillägg till levnadsvanebehandling vid obesitas och i valda fall inför eller efter kirurgisk behandling av obesitas. Behandlingen syftar till att främja hälsa genom viktnedgång. Det finns sex läkemedelssubstanser som är godkända för viktkontroll⁹ för vuxna i Sverige. I nationella riktlinjer för vård vid obesitas från 2023 [1] beskrivs fyra av dessa: liraglutid, naltrexon i kombination med bupropion, orlistat och semaglutid. De var godkända för viktkontroll vid tidpunkten då riktlinjerna togs fram. Därefter har ytterligare två läkemedel med indikation viktkontroll tillkommit: tirzepatid och fentermin i kombination med topiramat. Läkemedel som är godkända för viktkontroll benämns som läkemedel vid obesitas¹⁰.

Läkemedlen fungerar på olika sätt. Liraglutid, naltrexon i kombination med bupropion, semaglutid, tirzepatid och fentermin i kombination med topiramat är aptitreglerande genom att påverka känslan av mättnad och hunger. Orlistat verkar i mag-tarmsystemet genom att minska upptaget av fett. Orlistat är subventionerat¹¹ och har prioritet 4 i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Rekommendation: Erbjud läkemedlet orlistat som tillägg till levnadsvanebehandling, till vuxna med obesitas som är aktuella för läkemedelsbehandling

Rekommendationen till hälso- och sjukvården har prioritet 4.

Övriga läkemedel är inte rekommenderade i de nationella riktlinjerna eftersom de inte omfattas av de statliga läkemedelsförmånerna. Läkare kan förskriva samtliga läkemedel inom ramen för den generella förskrivningsrätten.

Liraglutid är sedan 22 november 2021 godkänd för viktkontroll för barn från 12 år och indikationen utvidgades ytterligare 23 maj 2025 till att inkludera barn från 6 års ålder. Semaglutid har varit godkänd för barn från 12 år under hela dess försäljningstid i Sverige.

⁹ Enligt produktresumé för respektive läkemedel på Läkemedelsverkets webbplats (2026-03-25).
<https://www.lakemedelsverket.se/sv/sok-lakemedelsfakta>.

¹⁰ Utöver obesitas är läkemedlen också godkända för vuxna med BMI 27–30 (övervikt) vid förekomst av minst en viktrelaterad komorbiditet såsom dysglykemi (prediabetes eller diabetes mellitus typ 2), hypertoni, dyslipidemi, obstruktiv sömnapné eller kardiovaskulär sjukdom.

¹¹ Läkemedel med substansen orlistat omfattas av läkemedelsförmånerna med följande begränsning: Subventioneras endast för patienter vars BMI överstiger 35 kg/m², eller för patienter med typ 2-diabetes vars BMI överstiger 28 kg/m².

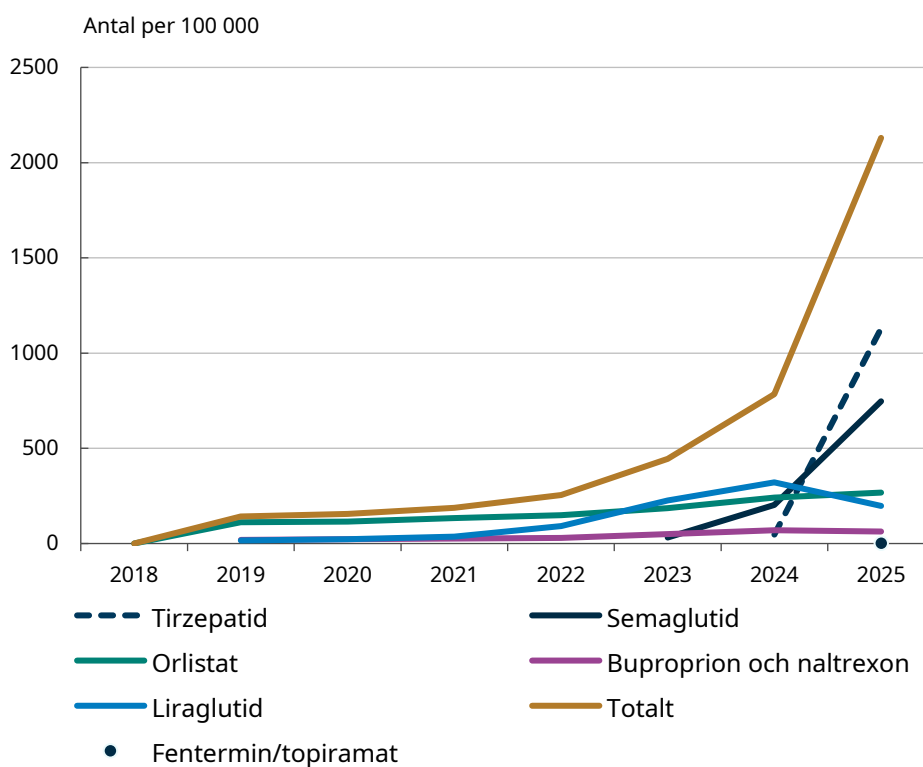
Liraglutid och semaglutid är också godkända för behandling vid typ 2-diabetes och omfattas för de flesta patienter med typ 2-diabetes¹² av de statliga läkemedelsförmånerna. Läkemedel med liraglutid eller semaglutid som är godkända för typ 2-diabetes benämns som diabetesläkemedel.

Personer 18 år och äldre

Resultatet visar att antalet personer per 100 000 i befolkningen som har hämtat ut minst ett läkemedel för obesitas¹³ har ökat under perioden 2018–2025 (diagram 24). År 2025 har det skett en markant ökning av GLP-1-analoger¹⁴ för obesitas. Tirzepatid var det läkemedel som hämtades ut av högst antal personer, cirka 1130 personer per 100 000 i befolkningen. Det subventionerade läkemedlet orlistat hämtades ut av närmare 270 personer per 100 000.

Diagram 24. Läkemedelsbehandling vid obesitas, vuxna 18 år och äldre

Antal per 100 000 i befolkningen, 18 år och äldre, som hämtat ut ett läkemedel för obesitas på recept vid minst 1 tillfälle under redovisningsår. Avser år 2018–2025.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

¹² Läkemedel med substanserna liraglutid och semaglutid omfattas av läkemedelsförmånerna för patienter med typ 2-diabetes med följande begränsning: Subventioneras endast för patienter med typ 2-diabetes som först provat metformin, sulfonureider eller insulin, eller där dessa inte är lämpliga.

¹³ Omfattar alla personer som har hämtat ut läkemedlen, utan information om obesitasdiagnos. En person kan under samma år ha hämtat ut flera olika läkemedel.

¹⁴ Liraglutid, semaglutid, tirzepatid.

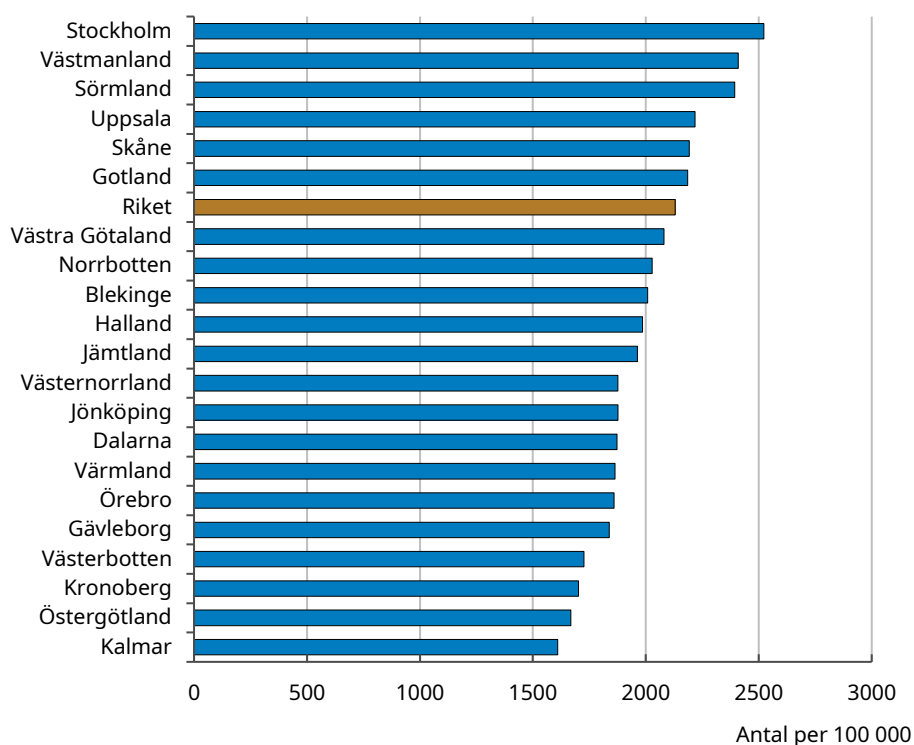
Det var totalt cirka 178 000 personer som hämtade ut något av läkemedlen under 2025. Det var fler kvinnor än män. Antalet kvinnor var cirka 131 000 och antalet män drygt 47 000.

Det var högst antal kvinnor i åldern 30–49 år per 100 000 som hämtade ut något av läkemedlen och för män var det högst antal i åldersgruppen 50–69 år. Det var en högre andel kvinnor än män som hämtade ut läkemedel oavsett åldersgrupp.

På rikets nivå hämtade 2 130 personer per 100 000 i befolkningen ut minst ett läkemedel för obesitas. Det förekom en variation mellan regionerna utifrån patienternas folkbokföringsort. Region Stockholm har högst antal personer cirka 2 520 per 100 000 i befolkningen, och Region Kalmar lägst antal med 1 610 personer per 100 000 i befolkningen (diagram 25).

Diagram 25. Läkemedelsbehandling, vuxna 18 år och äldre, per region

Antal per 100 000 i befolkningen, 18 år och äldre, som hämtat ut ett läkemedel¹⁵ för obesitas på recept vid minst 1 tillfälle under 2025. Fördelat på regioner utifrån patienternas folkbokföringsort.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det förekommer en samsjuklighet mellan obesitas och diabetes. I diagram 26 visas även andelen personer som hämtat ut läkemedelsprodukter som är godkända för diabetes. Läkemedlen kan förskrivas inom förmånerna för de flesta patienter med typ 2-diabetes. Den andel som hämtas ut utanför

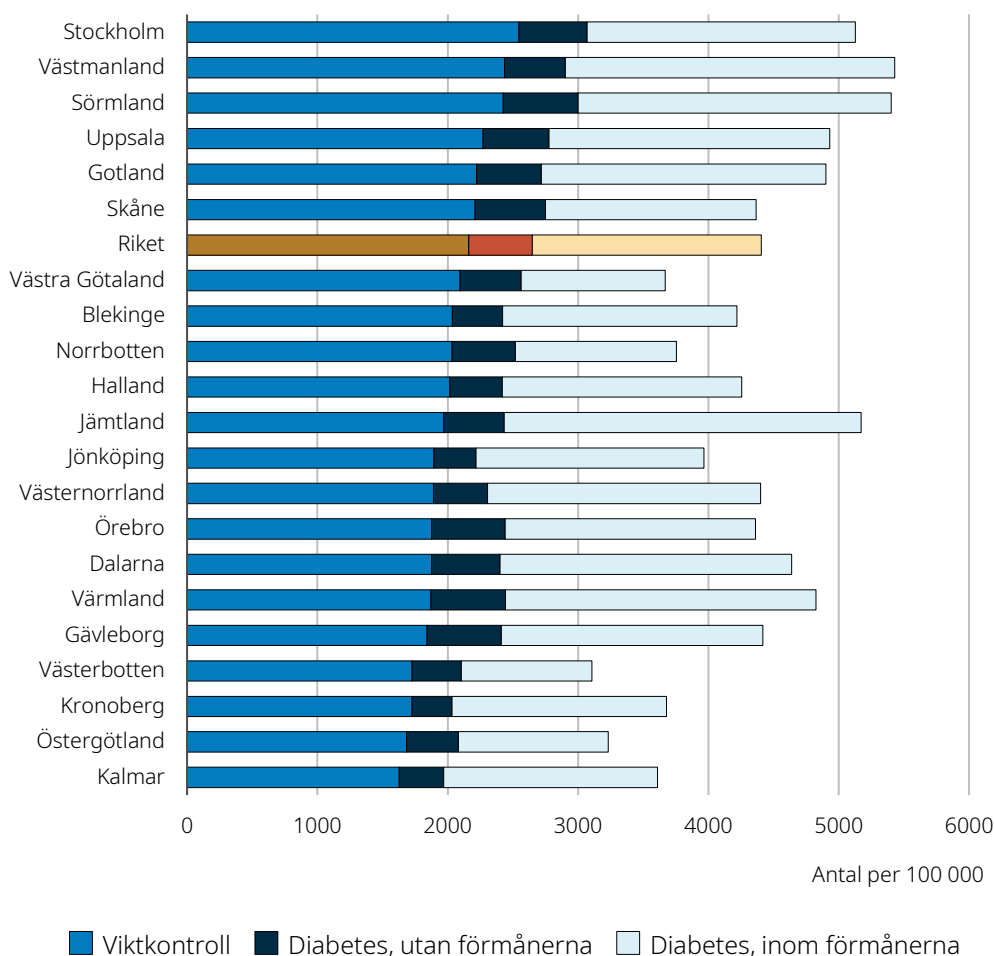
¹⁵ Fentermin/topiramet, liraglutid, naltrexon/bupropion, orlistat, semaglutid eller tirzepatid.

läkemedelsförmånerna kan antas vara i viktkontrollerande syfte. För läkemedlen med diabetesindikation finns det ingen skillnad i andelen kvinnor och män som hämtat ut läkemedel. Däremot är det en större andel kvinnor än män som hämtat ut läkemedel för obesitas.

Det förekommer en variation mellan regionerna i antal per 100 000 av uthämtade läkemedel för obesitas jämfört med diabetesläkemedlen (diagram 26).

Diagram 26. Läkemedelsbehandling för vuxna 18 år och äldre, uppdelat på olika indikationer, per region

Antal per 100 000 i befolkningen, 18 år och äldre, som hämtat ut minst ett läkemedel¹⁶ för obesitas respektive diabetesläkemedel med liraglutid eller semaglutid på recept vid minst 1 tillfälle under 2025. Fördelat på regioner utifrån patienternas folkbokföringsort.



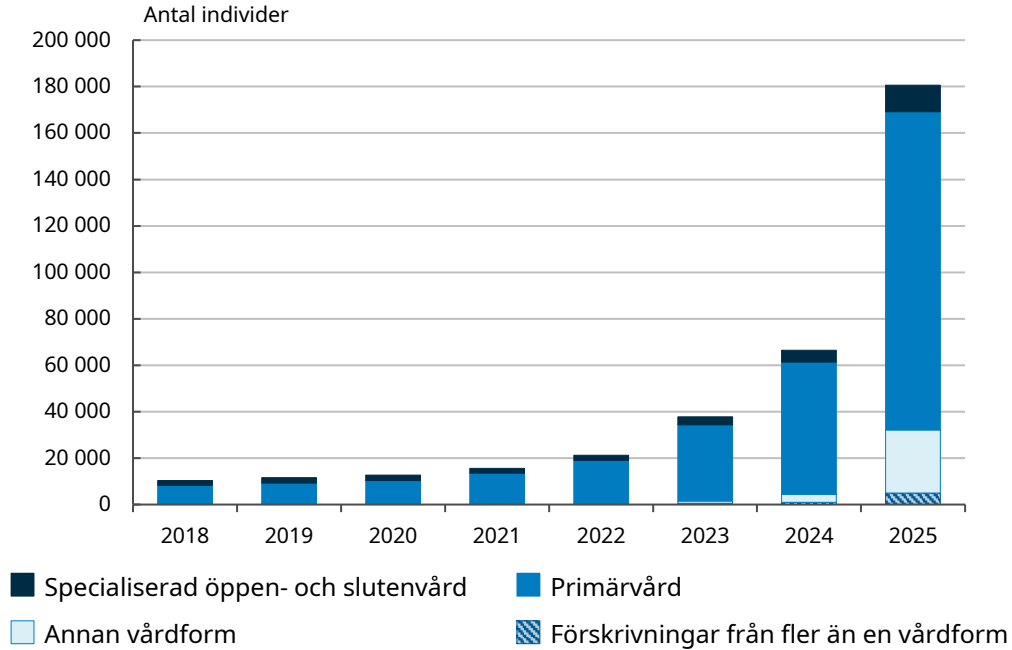
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

¹⁶ Fentermin/topiramet, liraglutid, naltrexon/bupropion, orlistat, semaglutid eller tirzepatid.

Uppdelat på vårdform¹⁷ sker störst andel av förskrivningar av läkemedel för vuxna 18 år och äldre inom primärvården (diagram 27).

Diagram 27. Antal individer uppdelat på förskrivande vårdform, vuxna

Antal unika individer uppdelat på förskrivande vårdform om läkemedel som förskrivits inom primärvård, specialiserad vård eller annan vårdform utifrån uthämtade läkemedel för obesitas. Vuxna 18 år och äldre. Avser år 2018–2025.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Uppdelning av läkemedelsförskrivning offentlig och privat vård

Läkemedelsbehandling för vuxna 18 år och äldre med obesitas sker inom offentlig vård likväl som i privat vård med eller utan offentlig finansiering. Hur stor del av den offentligt finansierade vården som utförs av offentliga respektive privata vårdgivare skiljer sig mellan regionerna. Det förekommer också att privata vårdgivare aktivt erbjuder offentligt finansierad vård till patienter i andra regioner än den region vårdgivaren befinner sig i. Vårdgivare som kan erbjuda digitala vårdbesök finns i alla tre grupper.

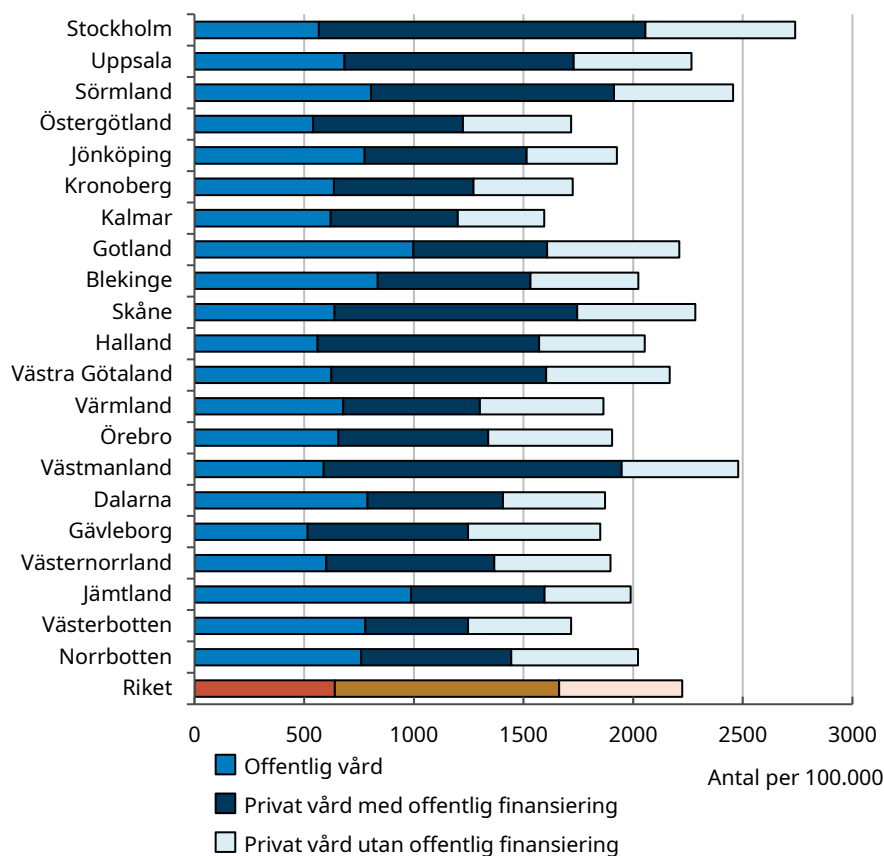
För att få en bild av hur vården vid obesitas var fördelad mellan olika typer av vårdgivare år 2025 har uthämtning av läkemedel för obesitas använts som

¹⁷ Indelningen utgår ifrån den vårdform som regionerna har registrerat för respektive arbetsplatskod i Arbetsplatskodsregistret.

proxy¹⁸ för offentlig och privat vård (diagram 28). Det är en mindre variation mellan regionerna i den privatfinansierade än i den offentligt finansierade vården. I riket fick drygt 560 personer per 100 000 invånare läkemedel för obesitas förskrivna från privatfinansierad vård. Andelen patienter i privatfinansierad vård verkar inte påverkas av hur omfattande förskrivningen är i den offentligt finansierade vården i respektive region.

Diagram 28. Uppdelning av läkemedelsförskrivning i offentlig och privat vård, vuxna 18 år och äldre, regioner

Antal per 100 000 i befolkningen, 18 år och äldre, uppdelning på vårdform offentlig vård, privat med eller utan offentlig finansiering utifrån uthämtade läkemedel med indikation obesitas. Fördelning på regioner utgår ifrån patientens folkbokföringsort. Avser år 2025.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

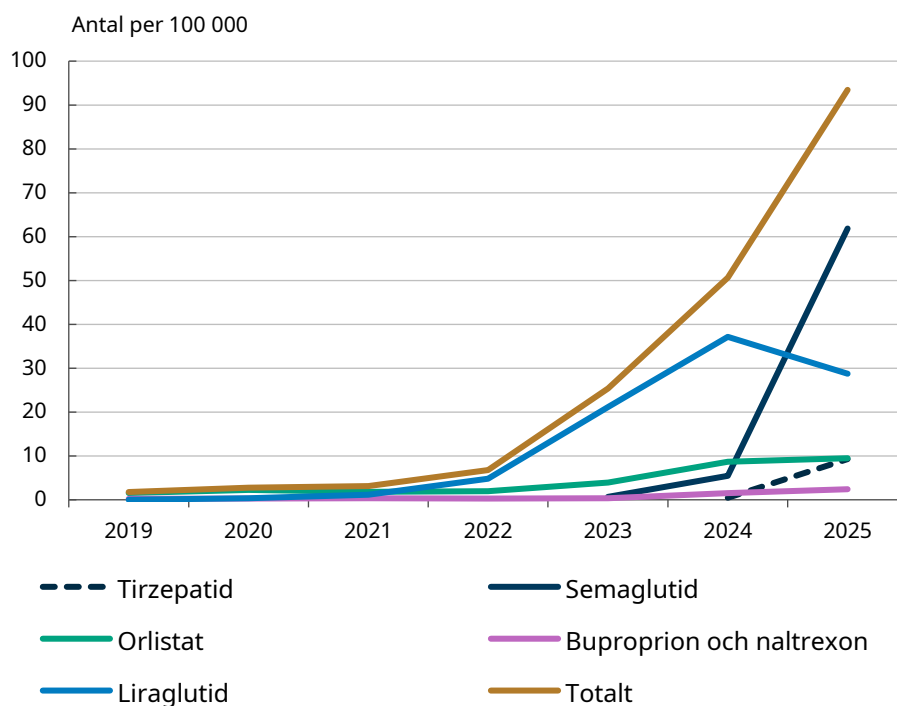
Barn 2–17 år

År 2025 hämtade cirka 1 800 barn i hela landet ut läkemedel för obesitas. Det motsvarade 93 barn per 100 000 invånare (diagram 29). Det var cirka 1000 flickor och 800 pojkar som hämtade ut läkemedel.

¹⁸ Indelningen utgår ifrån den ägarform som regionerna har registrerat för respektive arbetsplatskod i Arbetsplatskodsregistret (för Region Skåne och Region Stockholm har arbetsplatskoder med ägarform ”Övrigt” klassificerats om i dialog med regionerna).

Diagram 29. Läkemedelsbehandling vid obesitas för barn 2–17 år

Antal per 100 000 i befolkningen, barn 2–17 år, som hämtat ut ett läkemedel¹⁹ för obesitas på recept vid minst 1 tillfälle under redovisningsår. Avser år 2019–2025.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

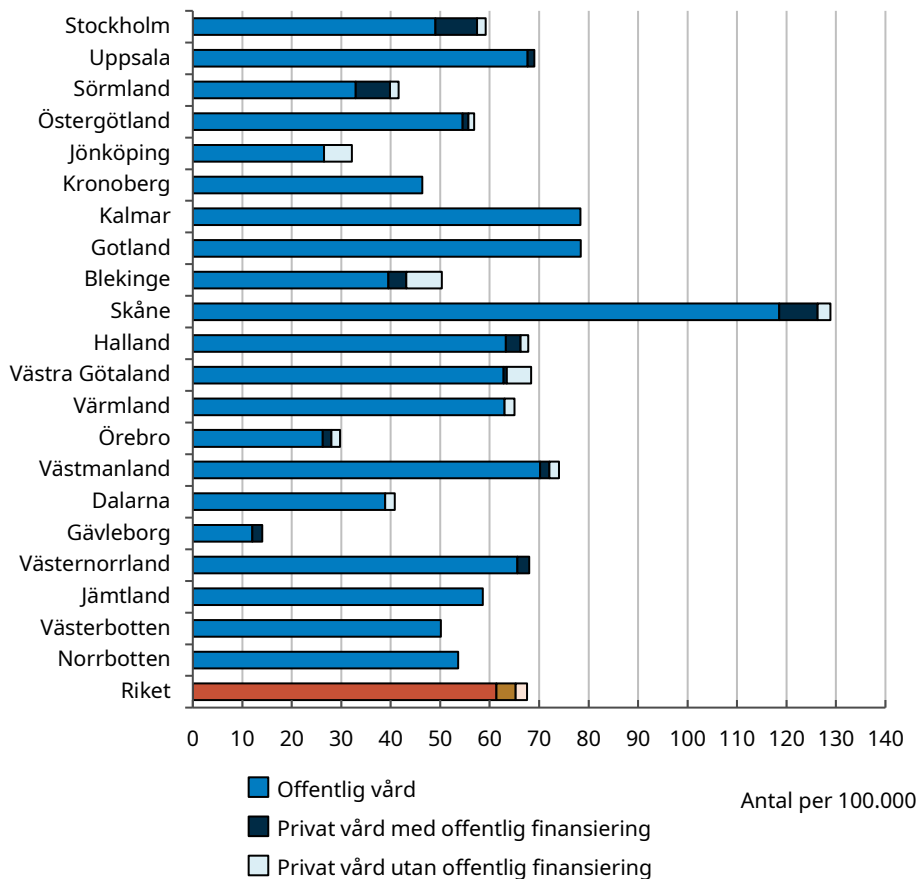
Den högsta andelen (per 100 000 i befolkningen) barn 2–17 år som hämtade ut något av läkemedlen var bosatta i områden med socioekonomiska utmaningar.

Läkemedelsbehandling för barn sker vanligast inom offentlig vård (diagram 30).

¹⁹ Liraglutid, naltrexon/bupropion, orlistat, semaglutid eller tirzepatid.

Diagram 30. Vårdform, barn upp till 17 år, regioner

Antal per 100 000 i befolkningen, barn upp till 17 år, uppdelning på vårdform offentlig vård, privat med eller utan finansiering utifrån uthämtade läkemedel vid obesitas. Fördelning på regioner utgår ifrån patientens folkbokföringsort. Avser år 2025.

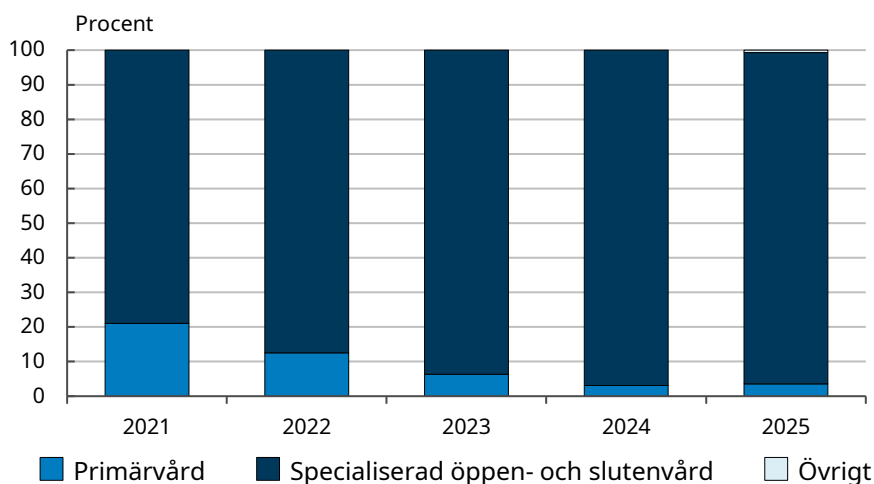


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Över tid har andelen av förskrivningarna av läkemedel till barn i primärvården minskat från omkring 20 procent år 2021 till ungefär 5 procent år 2025 (diagram 31).

Diagram 31. Fördelning av förskrivning av läkemedel uppdelat på förskrivande vårdform, barn upp till 17 år

Fördelning av förskrivning, uppdelat på förskrivande vårdform som läkemedel för obesitas förskrivits inom primärvård, specialiserad vård eller annan vårdform, utifrån uthämtade läkemedel för obesitas. Barn upp till 17 år.

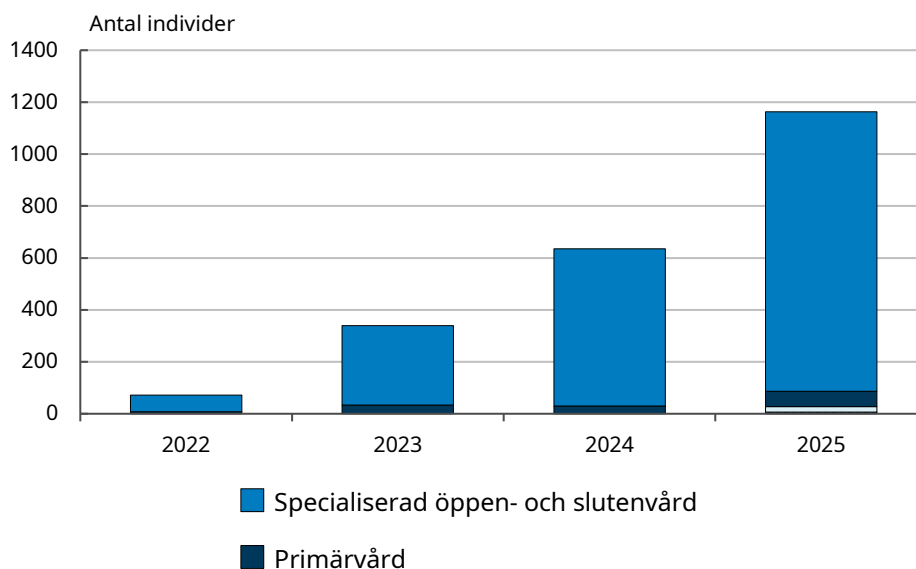


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Mellan 2022 och 2025 ökade antalet barn som hämtade ut läkemedel inom specialiserad vård från cirka 60 till närmare 1 080 (diagram 32).

Diagram 32. Antal barn uppdelat på förskrivande vårdform

Antal unika individer uppdelat på förskrivande vårdform utifrån uthämtade läkemedel²⁰ för obesitas, barn upp till 17 år. Avser år 2022–2025.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

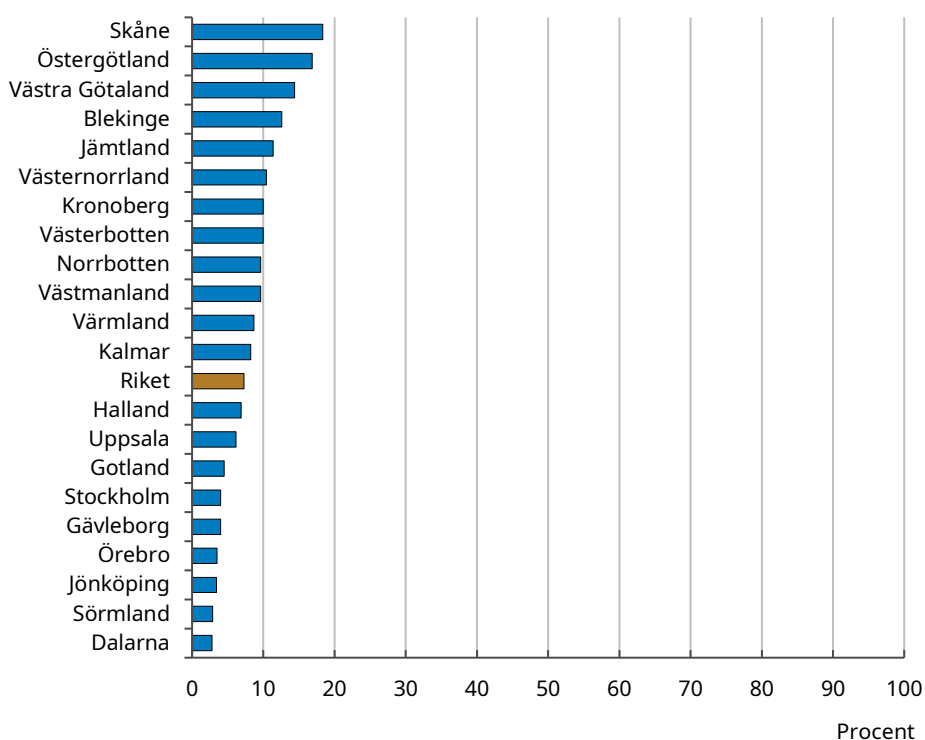
²⁰ Liraglutid och semaglutid för viktkontroll.

Läkemedelsbehandling barn inom specialiserad vård

Resultatet visar att 7 procent av barnen som behandlades inom specialiserad vård hämtade ut läkemedel²¹ för obesitas på recept vid minst 1 tillfälle 2025 (diagram 33). Andelen varierade mellan olika regioner. Semaglutid och liraglutid var de läkemedel som hämtades ut i störst omfattning.

Diagram 33. Läkemedelsbehandling, barn specialiserad vård

Andelen barn 2-17 år inom specialiserad vård som hämtat ut läkemedel²² för obesitas på recept vid minst 1 tillfälle under 2025. Fördelat på regioner utifrån patientens folkbokföringsort.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kostnader för läkemedelsbehandling vid obesitas

År 2025 uppgick de totala kostnaderna till nära 2 miljarder kronor för läkemedel för obesitas till vuxna 18 år och äldre. Antalet patienter ökade år 2018 från 10 500 till närmare 180 000 individer år 2025. Under perioden har flera nya läkemedel med indikation viktkontroll blivit tillgängliga. Kostnadsökningen gäller främst de kostnader som patienterna själva står för

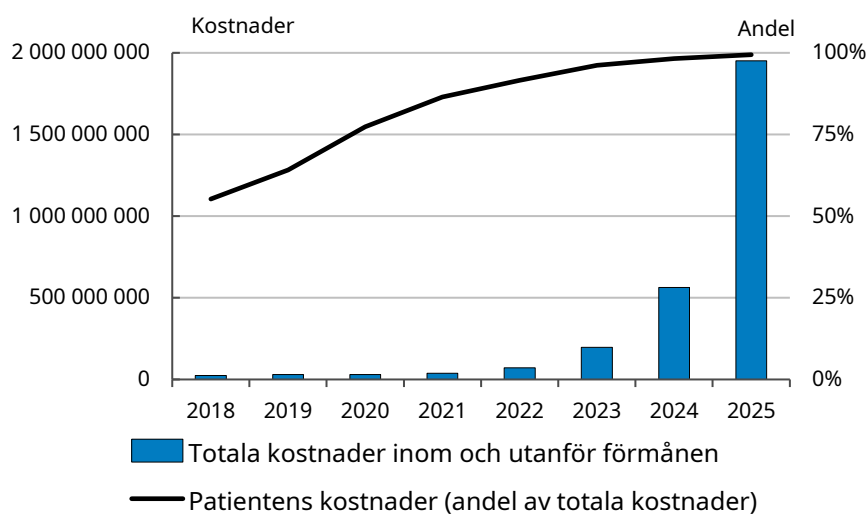
²¹ Liraglutid, naltrexon/bupropion, orlistat, semaglutid eller tirzepatid.

²² Liraglutid, naltrexon/bupropion, orlistat, semaglutid eller tirzepatid.

vilket avser både egenavgifter för förmånsläkemedel men framför allt kostnader för läkemedel utanför förmånerna. Patienternas totala kostnader har ökat från omkring 13,5 miljoner år 2018 till mer än 1,9 miljarder kronor år 2025. Regionernas kostnader stod under samma period nästan still, från 10,9 miljoner kronor till 11,1 miljoner kronor. 2025 stod patienternas kostnader för 99 procent av de totala kostnaderna (diagram 34).

Diagram 34. Kostnadsutveckling för uthämtade läkemedel²³ med indikation obesitas för vuxna 18 år och äldre

Patienternas andel av kostnaderna i relation till de totala kostnaderna inom och utanför läkemedelsförmånerna. Avser år 2018–2025.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

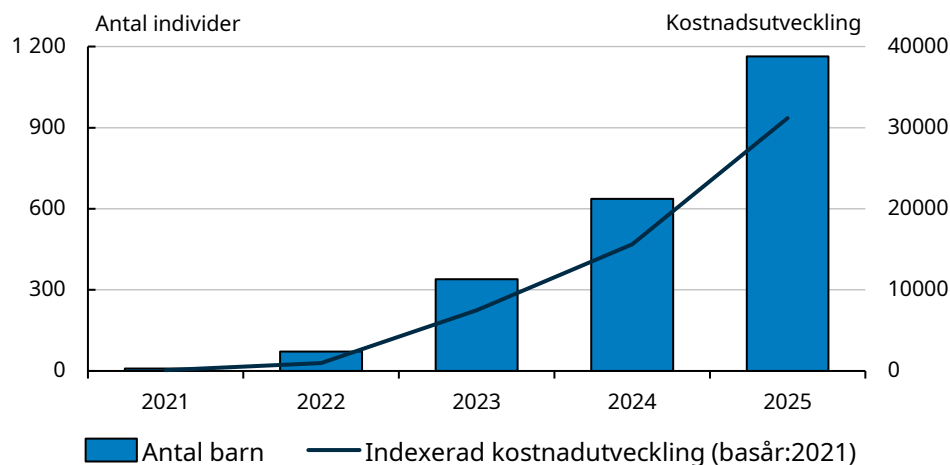
Motsvarande kostnader för barn som för vuxna är inte möjliga att redovisa. Det beror på att det är för få företag på marknaden avseende läkemedel för obesitas som förskrivs till barn. Socialstyrelsen skulle därmed kunna röja uppgifter kopplat till företagssekretess genom att redovisa dessa kostnader. Det är därför endast möjligt att visa på den procentuella kostnadsutvecklingen samt hur antalet barn har förändrats över tid. Antalet patienter ökade 2021 från omkring 10 till närmare 1 160 individer år 2025 (diagram 35).

Kostnaderna har ökat i större utsträckning än vad antalet barn med diagnosen obesitas har gjort, vilket indikerar att läkemedlen har blivit dyrare. Viktigt att notera är att produktsammansättningen har förändrats över tid och även förändringar avseende vilka åldrar som läkemedlen är godkända för under perioden 2021–2025. Kostnaderna har även ökat från låga nivåer vilket medför stora procentuella ökningarna.

²³ Fentermin/topiramater, liraglutid, naltrexon/bupropion, orlistat, semaglutid eller tirzepatid.

Diagram 35. Kostnadsutveckling för uthämtade av läkemedel²⁴ med indikation obesitas för barn upp till 17 år

Patienternas andel av kostnaderna i relation till de totala kostnaderna inom och utanför läkemedelsförmånerna. Avser år 2021–2025.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Gemensamma erfarenheter som patienterna lyfter fram är att läkemedelsbehandling innebär en långsiktig ekonomisk belastning, oavsett hur vårdprocessen ser ut i övrigt. Detta påverkar både möjligheten att påbörja behandling och att upprätthålla den över tid. De beskriver också brister i befintliga ersättningssystem, där regler upplevs som otydliga och inkonsekventa vilket bidrar till en känsla av ojämlikhet och osäkerhet kring vilka stöd som faktiskt finns att tillgå.

Finansiering av obesitasläkemedel genom undantagshantering ökar

Undantagshantering av läkemedel innebär att en region, vid synnerliga medicinska behov för en enskild patient, subventionerar läkemedel som inte omfattas av läkemedelsförmånerna. Läkemedlet blir då utan kostnad för patienten. Det saknas nationella data för omfattningen av undantagshantering. Regionernas användning av undantagshantering har kartlagts genom att analysera doseringstexten, där förskrivaren kan ange information om detta till apoteket²⁵, för läkemedel med indikation obesitas under tidsperioden 2019–2025.

Få patienter får läkemedel mot obesitas finansierade genom undantagshantering (diagram 36). Antalet har dock ökat på senare år. Mellan

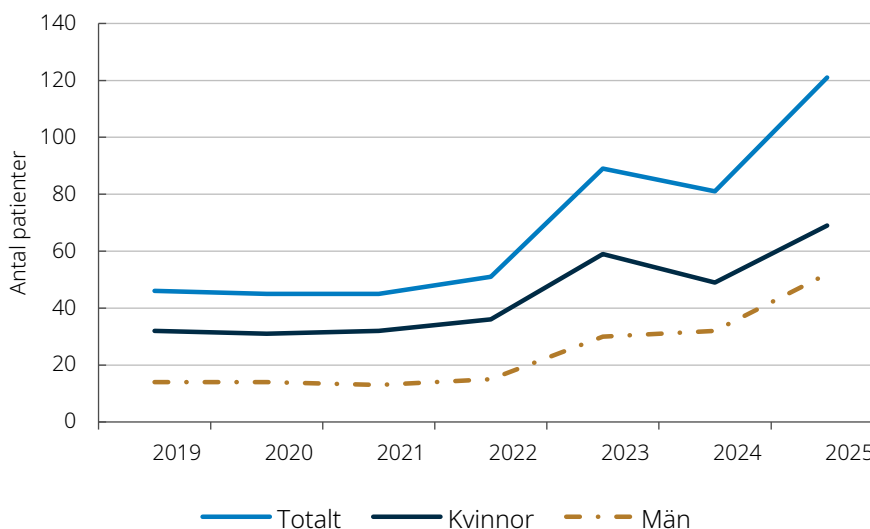
²⁴ Liraglutid och semaglutid för viktkontroll.

²⁵ Analysen baseras på den regionspecifika text som enligt de olika regionernas rutiner ska anges i doseringstexten, se bilaga 3. Stockholm, Norrbotten och Västra Götalandsregionen saknar enligt mejlkorrespondens standardfras och kunde därför inte analyseras.

2019 och 2024 dominerade läkemedel med liraglutid. Vid 2025 skedde ett skifte över till främst semaglutid och även tirzepatid. Under tidsperioden var 73 procent av patienterna över 18 år och 27 procent barn.

Diagram 36. Antal patienter som har hämtat ut läkemedel för obesitas med undantagshantering, 2019–2025

Antal patienter i alla regioner utom Stockholm, Norrbotten och Västra Götaland utifrån information i doseringstexten. Avser år 2019-2025.



Källa: Läkemedelsregistret.

Resultatet visar att regionerna nyttjar undantagshantering i olika omfattning. Region Uppsala har valt denna finansiering för flest patienter, följt av Östergötland och Skåne. I Jönköping och Kalmar fanns inga patienter som fått läkemedel mot obesitas finansierade genom undantagshantering.

Analys av resultat

Läkemedelsbehandling är en behandlingsform som ska kombineras med levnadsvanebehandling och även kan kombineras med kirurgi. Även om användningen av läkemedel har ökat under senare år, visar resultaten att det är en låg andel vuxna som fått läkemedelsbehandling i relation till att 18 procent enligt Folkhälsomyndigheten uppskattas leva med obesitas i Sverige [24]. Det är en större andel kvinnor än män som får läkemedelsbehandling med indikation obesitas, vilket kan bero på att fler kvinnor söker vård för obesitas. Vården är inte likvärdig, det förekommer en variation mellan regionerna både gällande uthämtade läkemedel för obesitas och diabetesläkemedel med liraglutid och semaglutid.

Det finns endast ett läkemedel som är subventionerat för vård vid obesitas när särskilda krav uppfylls, och patienterna bekostar en stor del av läkemedelsbehandlingen själva. Det beror på att majoriteten av kostnaderna uppstår utanför förmånerna. Patienternas andel av kostnaderna inom

förmånerna har dock också ökat över tid från 31 procent 2018 till 47 procent 2025. Det innebär att även om regionernas kostnader inom förmånerna har ökat över tid så har deras andel av kostnadsbördan inom förmånerna minskat. Kostnader för läkemedel bidrar till en uttalad ojämlik tillgänglighet av läkemedelsbehandling vid obesitas.

Även läkemedelsbehandlingen för barn har ökat under perioden. Samtidigt har en förflyttning av förskrivningen skett till specialiserad vård. Under 2025 behandlades barn 2–17 år främst inom den specialiserade vården vilket kan tyda på en följsamhet till rekommendationer om att barn med obesitas behöver vårdas inom specialiserad barnsjukvård.

Förväntningen är att läkemedelsbehandling kommer att öka de närmaste åren, trots att patienterna själva står för höga kostnader. Så länge aptitreglerande läkemedel inte kan hämtas ut inom förmånerna kommer ojämlikheten i vård vid obesitas öka ytterligare. Tillgängliga aptitreglerande läkemedel har bidragit till en ökad kunskap om obesitas hos vårdgivare och inte minst hos personer som har obesitas som därmed söker vård.

Läkemedelsbehandling ger för många en god viktnedgång så länge som behandlingen pågår och minskar risken för följsjukdomar till obesitas såsom hjärt-kärlsjukdomar [29, 30]. Tillgången till mer effektiva läkemedel fyller ett gap som funnits mellan levnadsvanebehandling och kirurgi. På kort sikt kan man förvänta sig en viss minskad efterfrågan på kirurgisk behandling av obesitas. Läkemedelsbehandlingen behöver dock fortsätta under många år för att bibehålla en långsiktig effekt [31]. Effekten både på vikt och följsjukdomar av obesitas är fortfarande betydligt sämre med läkemedelsbehandling än kirurgi vilket sammantaget kan medföra en ökad efterfrågan av kirurgisk behandling på längre sikt [32, 33]. Socialstyrelsens fortsatta regeringsuppdrag om att följa upp användningen av läkemedel mot obesitas som ska slutredovisas i december 2026 kommer att komplettera och fördjupa analys av läkemedel som presenteras i denna rapport, vilket kan bidra med nya perspektiv kring läkemedel.

Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas

Personer med obesitas behöver erbjudas behandling för att utveckla och bibehålla beteenden som främjar god hälsa. Kombinerad levnadsvanebehandling syftar till förbättrad hälsa genom viktnedgång. För barn behöver behandlingsinsatserna anpassas efter ålder och förutsättningar. För yngre barn riktar sig behandlingsinsatserna framför allt till barnets vårdnadshavare.

Behandlingen omfattar tre huvudkomponenter: individuell anpassning av kost, fysisk aktivitet och stöd till beteendeförändring. Kombinerad levnadsvanebehandling kan genomföras vid fysiska besök eller på distans, individuellt eller i grupp samt ges med olika intensitet. Hälso- och sjukvården bör enligt de nationella riktlinjerna erbjuda kombinerad levnadsvanebehandling utifrån ett helhetsperspektiv av patientens behov. Kombinerad levnadsvanebehandling har olika prioritet, men har högst prioritet för barn och vuxna med behov av särskilt stöd [1].

**Rekommendation: Erbjud kombinerad
levnadsvanebehandling till personer med obesitas**

Barn eller vuxna med behov av särskilt stöd (prioritet 2), barn i åldern 2–17 år (prioritet 3), vuxna under 70 år inklusive gravida (prioritet 4).

Barn 2–17 år inom primärvård och specialiserad vård

För barn behöver behandlingsinsatserna anpassas efter ålder och förutsättningar. För yngre barn riktar sig behandlingsinsatserna framför allt till barnets vårdnadshavare. Enligt data från kvalitetsregistret Barnobesitasregistret i Sverige (BORIS) genomgick närmare 16 200 barn 2–17 år obesitasbehandling 2025 och av dem fick 96 procent kombinerad levnadsvanebehandling. Det är en jämn fördelning mellan andelen flickor och pojkar som fått kombinerad levnadsvanebehandling (tabell 7). Det är även en jämn fördelning mellan åldersgrupper.

Tabell 7. Kombinerad levnadsvanebehandling, barn 2–17 år, antal

Antalsuppgifter kombinerad levnadsvanebehandling flickor och pojkar 2–17 år med obesitas. Avser år 2025.

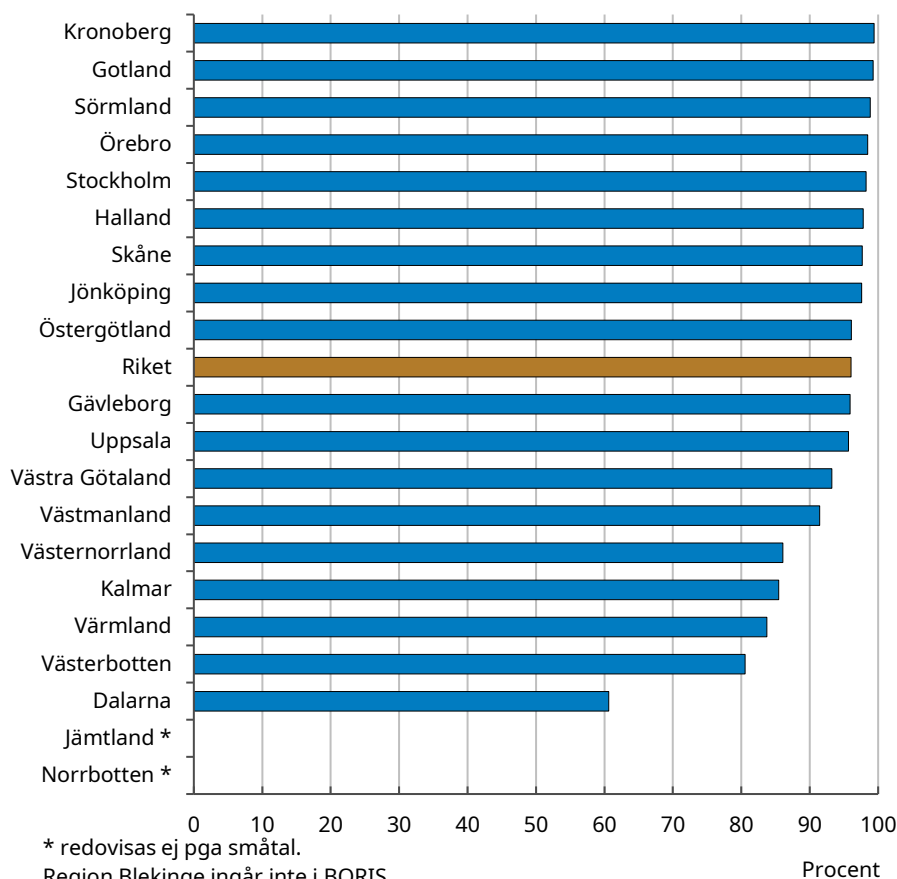
Kön	Andel	Antal	Totalt
Flickor	96	7 423	7 710
Pojkar	96	8 133	8 488
Totalt	96	15 556	16 198

Källa: Nationellt kvalitetsregister. Barnobesitasregistret i Sverige (BORIS).

Det förekommer en variation mellan regionerna, från 100 till 60 procent av andelen barn 2–17 år inom obesitasvården som genomgått kombinerad levnadsvanebehandling (diagram 37).

Diagram 37. Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas, barn

Andelen barn 2–17 år med obesitas inom obesitasvård som fått kombinerad levnadsvanebehandling. Avser år 2025.



Källa: Nationellt kvalitetsregister. Barnobesitasregistret i Sverige (BORIS).

Barn som är i behov av särskilt stöd

Kombinerad levnadsvanebehandling har högst prioritet i de nationella riktlinjerna för barn med obesitas som behöver särskilt stöd. Det beror på att deras hälsotillstånd har en mycket stor svårighetsgrad – barnen har obesitas samtidigt som de har annan svår funktionsnedsättning eller sjukdom. Socialstyrelsens indikator mäter andel barn med obesitas, 2–17 år, med behov av särskilt stöd²⁶ inom obesitasvård som fått kombinerad levnadsvanebehandling.

Resultaten visar att 93 procent av 2–17 åringar med behov av särskilt stöd fått kombinerad levnadsvanebehandling. Andelen flickor som fått kombinerad levnadsvanebehandling är 3 procentenheter högre än pojkar. Antalet skiljer sig dock åt och det är färre flickor än pojkar som fått kombinerad levnadsvanebehandling (tabell 8).

Tabell 8. Kombinerad levnadsvanebehandling, barn 2–17 år med särskilda behov, antal

Antalsuppgifter uppdelat på flickor och pojkar 2–17 år med obesitas. Avser år 2025.

Kön	Andel	Antal	Totalt
Flickor	95	333	352
Pojkar	92	461	499
Totalt	93	794	851

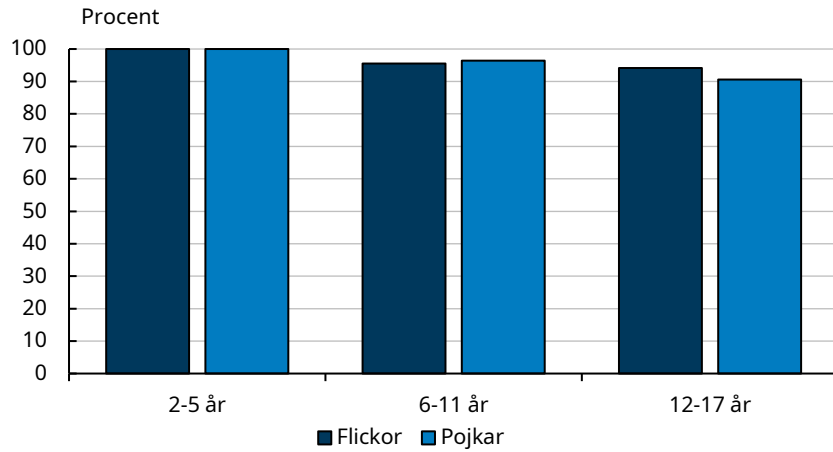
Källa: Nationellt kvalitetsregister. Barnobesitasregistret i Sverige (BORIS). Patientregistret (PAR), Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Av barnen i 2–5 års ålder som fått obesitasbehandling, fick alla (100 procent) kombinerad levnadsvanebehandling. I åldern 12–17 år var andelen flickor som fått kombinerad levnadsvanebehandling 4 procent högre än pojkarna (diagram 38).

²⁶ Omfattar barn med obesitas och neuropsykiatrisk och/eller, intellektuell funktionsnedsättning, eller svår psykisk ohälsa. Innefattar även barn som har insats enligt Lagen om särskilt stöd (LSS) t.ex. särskilt boende eller stödinsatser i hemmet. Här ingår även barn omhändertagna enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Diagram 38. Barn med särskilda behov som fått kombinerad levnadsvanebehandling, åldersgrupper

Barn i obesitasbehandling med särskilda behov som fått kombinerad levnadsvanebehandling, åldersgrupper. Avser år 2025.

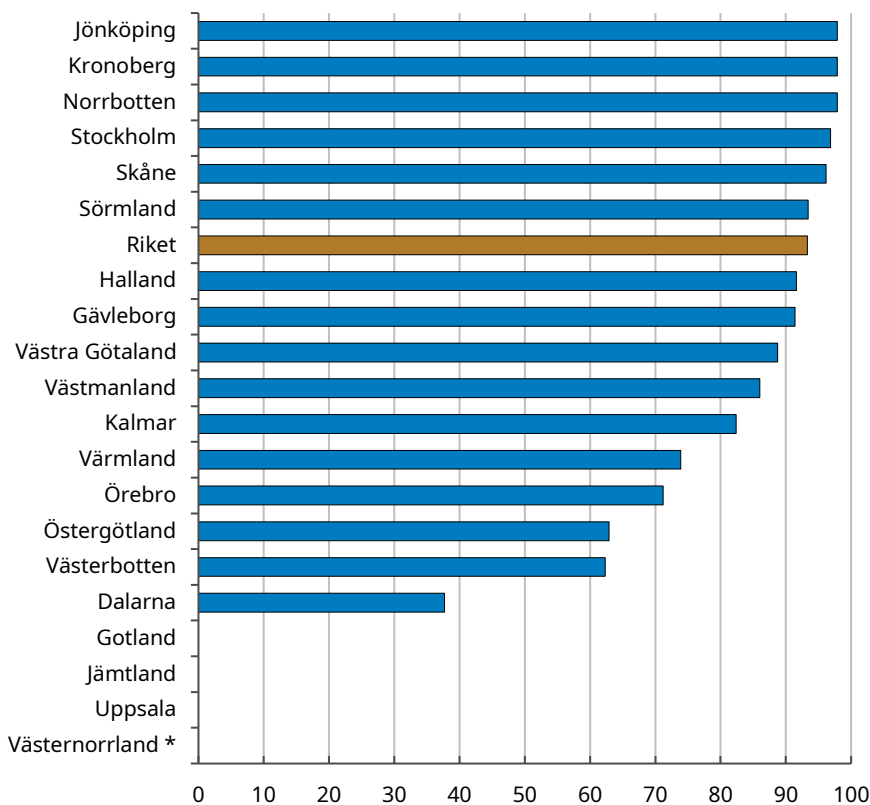


Källa: Nationellt kvalitetsregister. Barnobesitasregistret i Sverige (BORIS).

Resultatet visar att det är 6 regioner där minst 93 procent av barnen inom obesitasvården med behov av särskilt stöd i åldrarna 2–17 år fått kombinerad levnadsvanebehandling. Det finns skillnad mellan regionerna, från 98 till 38 (diagram 39).

Diagram 39. Kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas, behov av särskilt stöd

Andelen barn inom obesitasvården med obesitas, 2–17 år, med behov av särskilt stöd som fått kombinerad levnadsvanebehandling. Avser år 2025.



* redovisas ej pga småtal. Region Blekinge ingår inte i BORIS.

Procent

Källa: Nationellt kvalitetsregister. Barnobesitasregistret i Sverige (BORIS). Patientregistret (PAR), Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Ungefär en tredjedel av specialistvårdsverksamheter som behandlar barn för obesitas uppger i enkätundersökningen att de erbjuder kombinerad levnadsvanebehandling med särskilt anpassad information för patienter 2–17 år i behov av särskilt stöd.

Vuxna 18–69 år inom specialiserad vård

När data hämtats ut från patientregistret²⁷ framgår att endast ett fåtal personer med obesitas i åldern 18 år till 69 år under perioden 2019–2024 fått

²⁷ Patientregistret för somatisk vård innehåller endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade vården. Åtgärder genomförda av andra legitimerade yrkeskategorier utöver läkare saknas. Täljaren i indikatorn definieras som samtliga individer med huvuddiagnos eller bidiagnos obesitas ICD-10-SE E.66.0-E.66.9 inom specialiserad vård som under redovisningsåret fått behandlingar motsvarande minst en KVÅ-kod per område kost, fysisk aktivitet och stöd till beteende förändring.

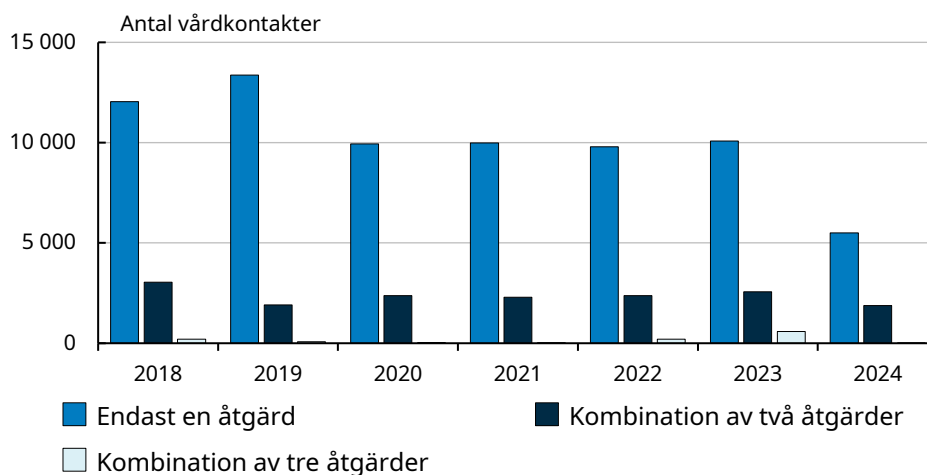
kombinerad levnadsvanebehandling inom specialiserad vård. Andelen var 2024 mindre än 0,5 procent. Det var drygt 170 personer varav 120 kvinnor och 50 män med registrerad kombinerad levnadsvanebehandling av närmare 40 500 vuxna med diagnosen obesitas. Personerna som fått kombinerad levnadsvanebehandling 2024 förekommer inom alla områdestyper. Flest antal personer som fått behandlingen bor i områden med goda ekonomiska förutsättningar. I åldersgruppen 50–69 år är det högst andel kvinnor som fått kombinerad levnadsvanebehandling.

Eftersom det saknas tillgång till primärvårdsregister och uppgifter om åtgärder utförda av andra legitimerade yrkeskategorier än läkare i patientregistret, har SKR:s kostnadsdatabas [8] använts, där även vårdkontakter med hälsoprofessioner ingår.

SKR:s kostnadsdatabas visar att inom specialiserad vård var det flest registrerade levnadsvanebehandlingar 2018 och 2019. Därefter har antalet vårdkontakter där levnadsvanebehandlingsåtgärder om kost, fysisk aktivitet och stöd till beteendeförändring registrerats varit relativt stabilt. År 2024 avviker dock från detta mönster, då betydligt färre vårdkontakter innehöll levnadsvanebehandling (diagram 40).

Diagram 40. Antal vårdkontakter levnadsvanebehandlingsåtgärd i specialiserad öppenvård, vuxna

Uppdelat på om levnadsvanebehandlingsåtgärd har registrerats som en åtgärd eller kombination av två eller i respektive tre åtgärder. Avser år 2018–2024.

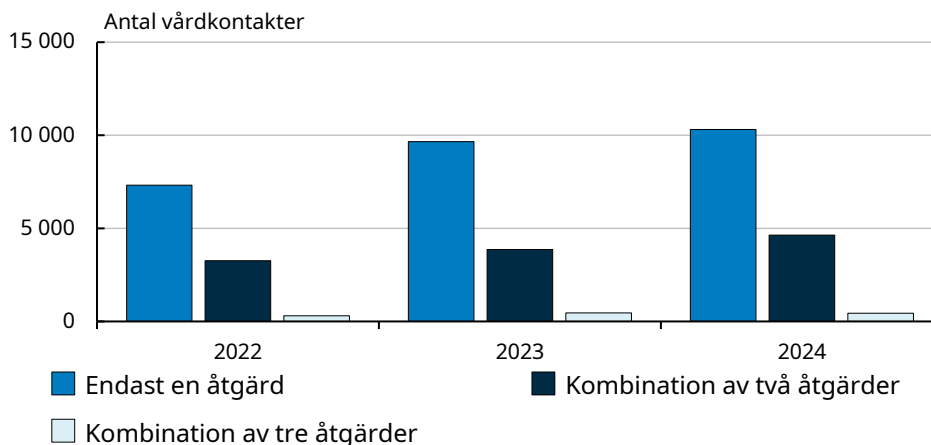


Källa: SKR:s kostnadsdatabas.

Antalet registrerade vårdkontakter för vuxna inom primärvården har ökat under åren 2022 till 2024. Vårdkontakter där en kombination av åtgärder såsom kost, fysisk aktivitet och stöd till beteendeförändring registrerats är relativt få och har endast ökat marginellt (diagram 41).

Diagram 41. Antal vårdkontakter levnadsvanebehandlingsåtgärd i primärvård, vuxna

Uppdelat på om levnadsvanebehandlingsåtgärder registrerats som en åtgärd eller i kombination av två respektive tre åtgärder. Avser år 2022–2024.



Källa: SKR:s kostnadsdatabas.

Ungefär 50 procent av vårdcentralerna (108 av 219) uppger i enkätundersökningen att de har möjlighet att erbjuda kombinerad levnadsvanebehandling med särskilt anpassad information för personer i behov av särskilt stöd.

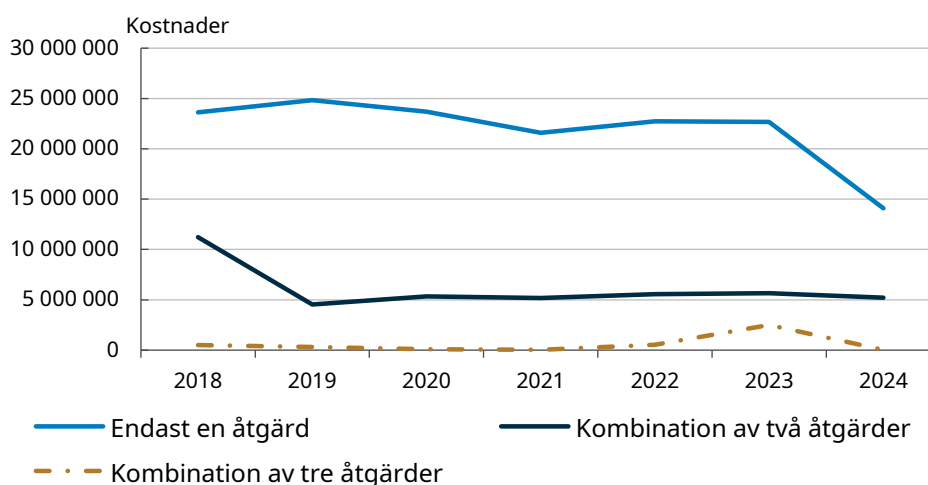
Vårdkostnader för kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas

De totala kostnaderna för kombinerad levnadsvanebehandling²⁸ (alla tre kategorier) inom den specialiserade öppenvården för vuxna uppgick till 19,3 miljoner kronor år 2024. År 2018 var motsvarande kostnad 35,4 miljoner kronor. För barn var kostnaden 38,9 miljoner år 2024. Kostnadsutvecklingen i specialiserad öppenvård för vuxna och barn redovisas i diagram 42 och 43.

²⁸ De uppskattade kostnaderna för kombinerad levnadsvanebehandling grundas på vårdkontakter där huvuddiagnos eller bidiagnos obesitas ICD-10-SE E.66.0-E66.9 registrerats.

Diagram 42. Kostnadsutveckling i specialiserad öppenvård, vuxna

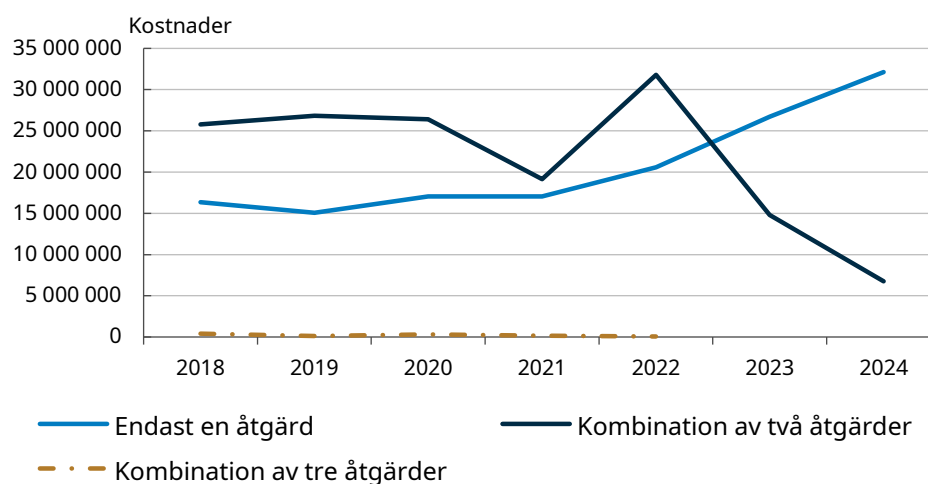
Uppdelat på om levnadsvanebehandlingsåtgärder registrerats som en åtgärd eller i kombination av två respektive tre åtgärder. Avser år 2018–2024.



Källa: SKR:s kostnadsdatabas.

Diagram 43. Kostnadsutveckling i specialiserad öppenvård, barn

Uppdelat på om levnadsvanebehandlingsåtgärder registrerats som en åtgärd eller i kombination av två respektive tre åtgärder. Avser år 2018–2024.



Källa: SKR:s kostnadsdatabas.

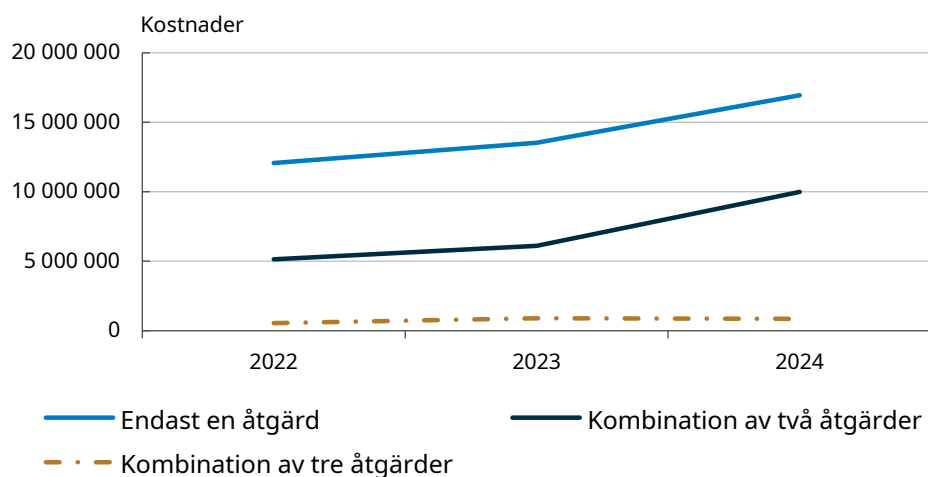
De totala vårdkostnaderna²⁹ i primärvården för alla tre kategorier uppgick till 27,8 miljoner kronor år 2024 för vuxna. Två år tidigare, år 2022 var motsvarande kostnad 17,5 miljoner kronor. Utvecklingen i vårdkostnaderna följer i stort utvecklingen i antalet vårdkontakter, där behandlingar som avser endast en behandlingsåtgärd utgör den största delen, följt av vårdkontakter där två levnadsvanebehandlingsåtgärder registrerats i kombination. Kostnaderna för vårdkontakter där tre

²⁹ De uppskattade kostnaderna för kombinerad levnadsvanebehandling grundas på vårdkontakter där huvuddiagnos eller bidiagnos obesitas ICD-10-SE E.66.0-E66.9 registrerats.

levnadsbehandlingsåtgärder registrerats är små och har endast ökat marginellt under tidsperioden 2022–2024 (diagram 44).

Diagram 44. Kostnadsutveckling i primärvården, vuxna

Uppdelat på om levnadsvanebehandlingsåtgärd registrerats som en åtgärd eller i kombination av två respektive tre åtgärder. Avser år 2022–2024.



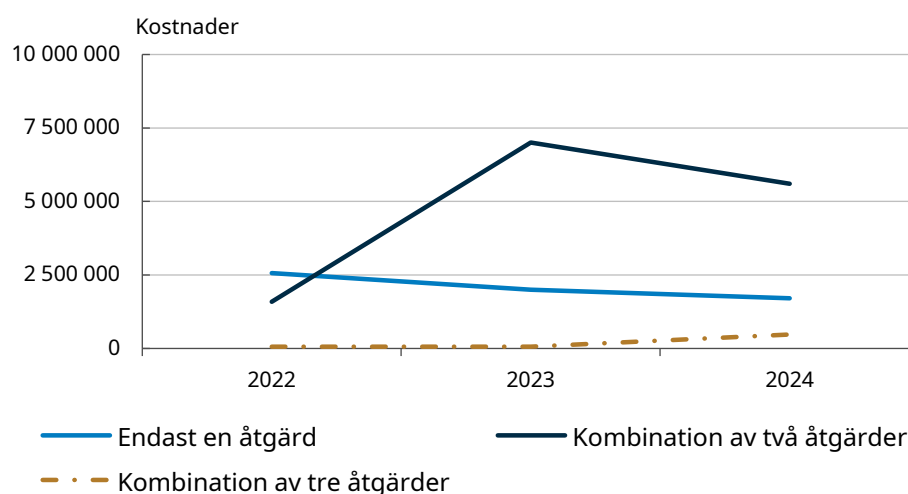
Källa: SKR:s kostnadsdatabas.

De totala vårdkostnaderna³⁰ inom primärvården för barn för alla tre kategorier uppgick till 7,7 miljoner kronor år 2024, jämfört med 4,2 miljoner kronor år 2022. Däremot har kostnaderna för behandling av en levnadsvaneåtgärd minskat under perioden, så har även kostnaderna för behandling som avsett två levnadsvanor minskat mellan 2023–2024, efter en ökning mellan 2022 och 2023. Kostnaderna för behandling omfattar tre levnadsvaneåtgärder (diagram 45).

³⁰ De uppskattade kostnaderna för kombinerad levnadsvanebehandling grundas på vårdkontakter där huvuddiagnos och bidiagnos obesitas ICD-10-SE E.66.0-E66.9 registrerats.

Diagram 45. Kostnadsutveckling i primärvård, barn

Uppdelat på om levnadsvanebehandlingsåtgärd registrerats som en åtgärd eller i kombination av två respektive tre åtgärder. Avser år 2022–2024.



Källa: SKR:s kostnadsdatabas.

Analys av resultat

Resultatet tyder på att antalet vårdkontakter med såväl levnadsvanebehandling som kombinerad levnadsvanebehandling för vuxna har minskat inom specialiserad vård och ökat inom primärvården. Det är svårt att avgöra vad förändringen beror på. Det kan tyda på en ökad kunskap i primärvård och introduktionen av läkemedel vid obesitas som gör att personer söker för obesitas i större utsträckning än tidigare, samt erhåller kombinerad levnadsvanebehandling. Förflyttningen från specialiserad vård till primärvården, skulle även kunna vara relaterat till omställningen av God och Nära vård [34] som pågått under de senaste åren. Den kombinerade levnadsvanebehandlingen utförs dock fortfarande väldigt sällan i primärvården, trots att det är en rekommenderad behandling till personer med obesitas. Behandlingen har högst prioritet för barn och vuxna som är i behov av särskilt stöd därav behöver regionerna rikta insatser för att öka tillgången på anpassad information särskilt för dessa grupper.

Det är även viktigt med riktade insatser för att minska könsskillnader inom vården av obesitas för vuxna, där män är underrepresenterade. För barn är vården mer jämlik oavsett kön. Att allt fler barn får kombinerad levnadsvanebehandling inom specialiserad vård, kan spegla att barnen i hög utsträckning remitteras vidare till specialiserad vård i enlighet med rekommendationer och vårdprogram. Andra bidragande orsaker kan också vara att vården vid barnobesitas utökas och har blivit mer tillgänglig.

Det är angeläget att regionerna fortsätter att erbjuda behandling både för barn och vuxna vid obesitas samt förebygger obesitas för att minska både konsekvenser för individen och samhället i stort.

Fler patienter behöver uppföljande besök i vården

Personer med diagnosen obesitas behöver följas upp regelbundet enligt de nationella riktlinjernas rekommendationer. Den strukturerade uppföljningen är angelägen utifrån att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver bedöma om patienten behöver ytterligare behandling. Till exempel kan hälsotillståndet försämrats eller att patienten upplever en försämring av funktion, aktivitet eller delaktighet. Olika yrkesprofessioner kan följa upp patienterna. En del patienter kan följas upp i primärvården medan andra behöver uppföljning i den specialiserade vården. Både intervallet och innehållet behöver anpassas till varje patients behov. Det kan även finnas vuxna, barn eller vårdnadshavare som av någon anledning avstår från att komma till uppföljning eller där annat sjukdomstillstånd gör att patienten ändå följs av hälso- och sjukvården [1]. Uppföljning är dock viktigt utifrån ett skyddsperspektiv av barnens rättigheter till uppföljning efter genomgången vård av en kronisk sjukdom.

Rekommendation: Följ upp behandlingen för barn och vuxna som fått aktiv behandling för obesitas, strukturerat, regelbundet och långsiktigt

Rekommendationen till hälso- och sjukvården har prioritet 2.

Minst ett uppföljande besök efter aktiv behandling

Resultaten visar att primärvården eller den specialiserade vården inte når den nationella målnivån om att minst 75 procent av vuxna ska få ett uppföljande besök per år. Omkring en tredjedel av vårdcentralerna uppger att alla, eller nästan alla, vuxna patienter har fått minst ett uppföljande besök efter aktiv kombinerad levnadsvanebehandling (61 av 205), läkemedelsbehandling (81 av 221) eller kirurgi (62 av 208).

Inom specialistvården för vuxna varierar andelen patienter som fått minst ett uppföljande besök efter behandling för obesitas under 2024 mellan olika verksamheter och behandling. Tre av åtta verksamheter uppger att alla, eller nästan alla, fått minst ett uppföljande besök efter aktiv kombinerad levnadsvanebehandling. Motsvarande andel efter läkemedelsbehandling uppges vara två av åtta verksamheter, och fem av åtta verksamheter anger att alla, eller nästan alla, fått minst ett uppföljande besök efter kirurgi. För medicinkliniker och endokrinologiska mottagningar var antalet svarande verksamheter så lågt att resultaten inte kan redovisas.

Inom specialistvården för barn 2–17 år med obesitas uppger en majoritet av verksamheterna att patienter som genomgått kombinerad levnadsvanebehandling och läkemedelsbehandling har fått minst ett uppföljande besök under 2024, motsvarande strax över 70 procent (30 av 42). För kirurgi är andelen mindre än hälften, den låga uppföljningen kan bero på att det endast är ett fåtal barn som opererats och att de har följts inom andra verksamheter. För barnen nås inte heller målnivån om att minst 95 procent ska fått strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning minst 1 gång per år.

Registerdata från patientregistret³¹ 2024 visar mycket låg registrering för läkare inom specialiserad vård av KVÅ-kod för strukturerad uppföljning enligt nationella riktlinjer (AW001). Mer än hälften av vårdcentralerna och specialistverksamheterna för vuxna respektive barn uppger att de inte registrerar koden. Störst andel verksamheter som använder koden återfinns inom kirurgin, där lite mer än en femtedel (6 av 26) av verksamheterna uppger att de använder koden.

Patienterna upplever att uppföljning fungerar bättre i direkt anslutning till en specifik behandling, men att den blir mer otydlig över tid. När behandlingen förändras eller nya behov uppstår saknas ibland en tydlig plan för fortsatt uppföljning. Kontinuerlig uppföljning upplevs som avgörande för att känna trygghet i behandlingen och för att kunna justera insatser över tid. När uppföljningen saknas eller blir oregelbunden ökar osäkerheten och ansvaret förflyttas till individen.

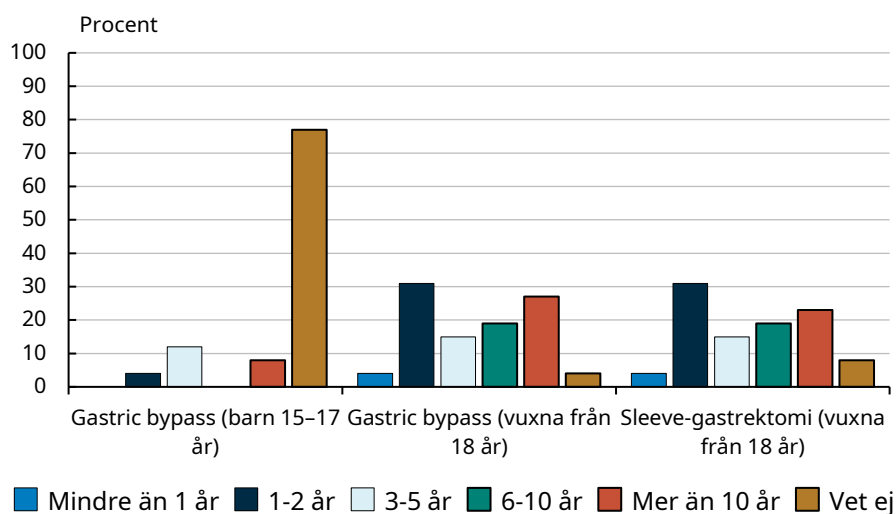
Antal år som vårdcentraler följer upp vuxna patienter som genomgått aktiv behandling för obesitas varierar. Flera vårdcentraler uppger att de arbetar personcentrerat, men också att uppföljning beror på vilken behandling patienten genomgått. Även för specialistvårdsverksamheterna som behandlar barn varierade uppföljningen mellan verksamheterna.

Det kan vara stora skillnader mellan hur många år en kirurgisk verksamhet följer upp en patient efter operation vilket kan bero på i vilken regi verksamheten bedrivs, vilket avtal verksamheten har med regionen och hur vården kring patienterna är organiserad i regionen. Till exempel är det vanligt att patienter följs upp i 1–2 år inom den verksamhet där de opererats, för att därefter fortsätta sin uppföljning i primärvården (diagram 46).

³¹ Patientregistret innehåller inte uppgifter om patienter som behandlats av enbart annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom somatisk öppenvård. Uppgifter om primärvård ingår inte heller.

Diagram 46. Uppföljning efter kirurgisk behandling

Antal år som kirurgiska verksamheter följer upp patienter som genomgått obesitaskirurgi. Barn och vuxna. Andelen verksamheter i procent. N=26.



Källa: Socialstyrelsens enkät till kirurgisk specialistverksamhet år 2025.

Analys av resultatet

Resultaten visar att varken primärvården eller den specialiserade vården når de nationella målnivåerna för uppföljning av patienter med obesitas, varken för vuxna eller barn. Detta visar att regionerna i ännu högre grad behöver implementera riktlinjerna. För vuxna ligger uppföljningen tydligt under målnivån om att minst 75 procent ska få ett uppföljande besök per år. Endast omkring en tredjedel av vårdcentralerna uppger att alla eller nästan alla patienter fått minst ett uppföljande besök efter aktiv kombinerad levnadsvanebehandling, läkemedelsbehandling eller kirurgi. Inom specialistvården för vuxna varierar resultaten mellan verksamheter och behandlingstyper: få når hög täckning för uppföljning efter levnadsvanebehandling och läkemedel, medan kirurgin delvis utmärker sig med fler verksamheter där så gott som alla patienter får uppföljning. För vissa verksamheter är underlaget dock så litet att resultaten inte kan redovisas.

För barn med obesitas är uppföljningen något bättre men fortfarande otillräcklig. En majoritet av verksamheterna anger att barn som fått kombinerad levnadsvanebehandling eller läkemedel har fått minst ett uppföljande besök, men detta motsvarar endast drygt 70 procent och ligger därmed under målnivån om att minst 95 procent ska få strukturerad, regelbunden och långsiktig uppföljning. Uppföljningens längd varierar mellan verksamheter, både i primärvård och specialistvård, och påverkas av behandlingsform, avtal och hur vården organiseras.

För att närma sig de nationella målen behövs tydligare standardiserade uppföljningsprogram för olika behandlingar, stärkt samverkan mellan primärvård och specialistvård, tydliga planer för övergången mellan barn och vuxenvård samt bättre uppföljning av data för att tidigt identifiera brister och stödja verksamheter med låg täckning.

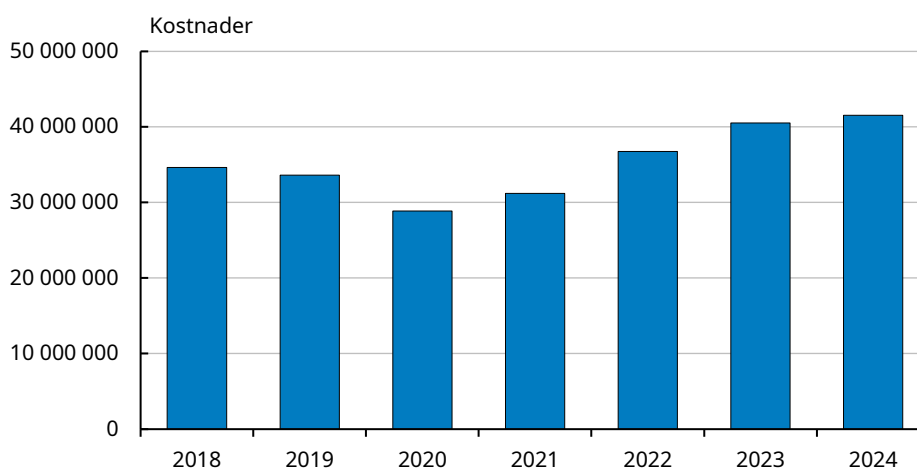
Kostnader till följd av nedsatt eller utebliven arbetsförmåga hos personer med obesitas

Indirekta kostnader kopplade till obesitas är de samhällsekonomiska kostnader som uppstår till följd av nedsatt eller utebliven arbetsförmåga hos personer med obesitas, snarare än kostnader för hälso- och sjukvård. Dessa kostnader syns främst som frånvaro från arbete och långvarigt bortfall från arbetsmarknaden, till exempel genom ersättningar inom socialförsäkringssystemet. Här redovisas de indirekta kostnaderna för perioden 2018–2024 för personer med obesitasdiagnos. Kostnaderna består av sjuk- och rehabiliteringspenning, sjuk- och aktivitetsersättning samt merkostnadsersättning för läkemedel eller andra hjälpmedel.

Sjuk- och rehabiliteringspenningen har ökat över tid

De totala kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenningen uppgick till drygt 41,5 miljoner kronor år 2024, vilket motsvarar en ökning med nära 7 miljoner kronor (cirka 20 procent) jämfört med år 2018. Under samma tidsperiod har antalet individer minskat med omkring 10 procent, från 2 650 individer till 2 370 individer. Kostnadsökningen beror därmed inte på att fler individer får sjuk- och rehabiliteringspenning utan det skulle kunna bero på att personer får sjuk- och rehabiliteringspenning under längre tid (diagram 47).

Diagram 47. Totala kostnader för sjuk- och rehabiliteringspenning vid obesitas

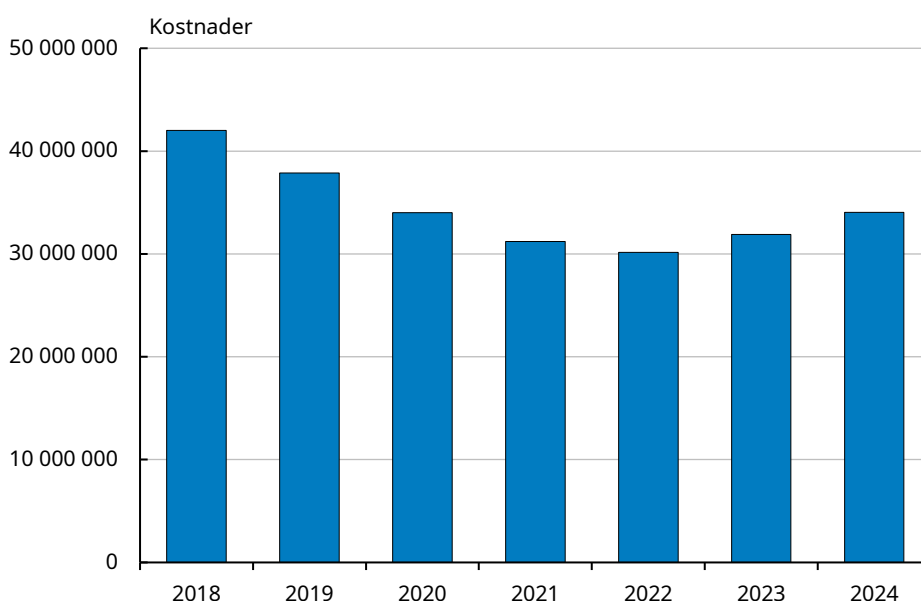


Källa: Försäkringskassan.

Kostnad för sjuk- och aktivitetsersättning har minskat

De totala kostnaderna för sjuk- och aktivitetsersättning har minskat över tid för personer med obesitas, från drygt 40 miljoner till omkring 34 miljoner mellan 2018 – 2024 (diagram 48). Det motsvarar en minskning på 15 procent. Under samma tidsperiod har även antalet personer som fått ersättningen minskat från cirka 390 till 240 individer, vilket motsvarar en minskning på ungefär 40 procent.

Diagram 48. Totala kostnader sjuk- och aktivitetsersättning för personer med obesitas



Källa: Försäkringskassan.

Ökade kostnader för merkostnadsersättningen

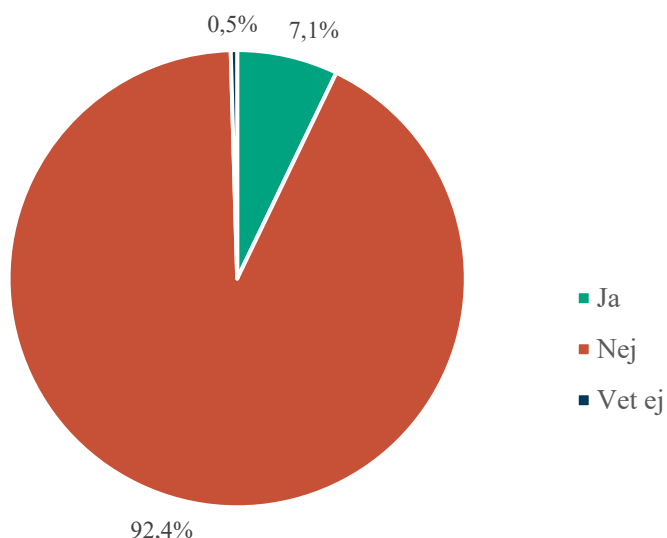
Personer som har extra kostnader på grund av en funktionsnedsättning kan ansöka om merkostnadsersättning hos Försäkringskassan [7] om det bedöms att personen har merkostnader på minst 14 800 kronor per år. Exempel på sådant som kan räknas som merkostnader är kostnader för sjukvård, läkemedel, sjukresor eller hemtjänst. I ansökan behöver Försäkringskassan ett läkarutlåtande som beskriver personens funktionsnedsättning. Försäkringskassan utreder om personen kan få merkostnadsersättning³².

³² Nedladdad 26-03-27 från Försäkringskassan. <https://www.forsakringskassan.se/privatperson/vuxen-med-funktionsnedsattning/merkostnadsersattning-for-vuxna#kanjagfamerkostnadsersattning>.

Resultatet från Riksförbundet Obesitas Sverige enkät visar att 7 procent (63 av 815) av patienterna har ansökt om merkostnadsersättning kopplat till sin obesitas (diagram 49). Vanligast var att patienterna fick information om merkostnadsersättning via internet eller media.

Diagram 49. Andel patienter med obesitas som ansökt om merkostnadsersättning, vuxna

Andel patienter med obesitas som ansökt om merkostnadsersättning.

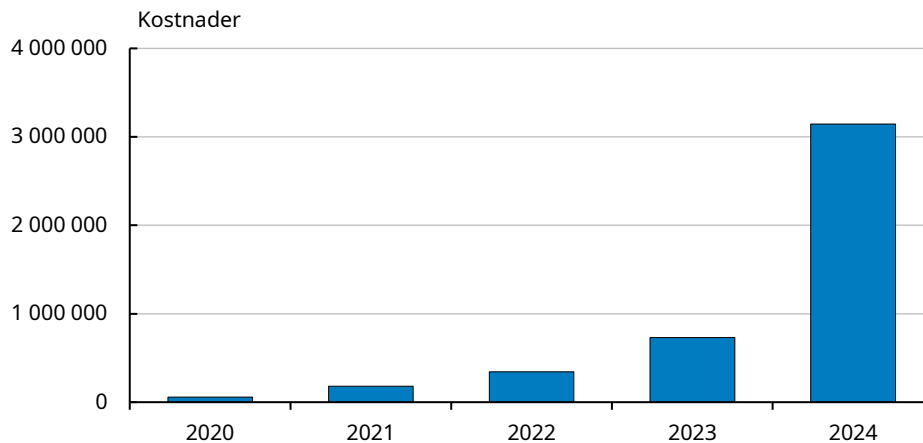


Källa: Riksförbundet Obesitas Sveriges enkätundersökning år 2025.

Det var 12 procent av patienterna som bitt vårdgivaren om ett läkarutlåtande för att kunna ansöka om merkostnadsersättning hos Försäkringskassan, och det var hälften av dessa som fått ett läkarutlåtande.

Merkostnadsersättningen vid obesitas har ökat över tid och uppgick år 2024 till mer än tre miljoner kronor (diagram 50). Under samma tidsperiod har antalet personer som fått utbetald merkostnadsersättning ökat från 3 personer till 125 personer. En stor del av kostnadsökningen beror troligtvis på att fler personer fått merkostnadsersättning

Diagram 50. Totala kostnader merkostnadsersättning vid obesitas



Källa: Försäkringskassan.

Analys av resultat

Sjuk- och rehabiliteringspenningen har ökat över tid, kostnadsökningen beror inte på att fler individer får sjuk- och rehabiliteringspenning utan det kan bero på att personer får sjuk- och rehabiliteringspenning under längre tid. Det är angeläget att patienterna får tidig behandling och strukturerad och långsiktig uppföljning för att minska risken för längre sjukskrivning och omfattningen av sjukskrivningen.

Kompetensutveckling till personal

I en välfungerande obesitasvård behöver all personal ha god kunskap om sjukdomen och ett icke-stigmatiserande bemötande. Kunskapen är också en förutsättning för att patienterna ska kunna få bästa möjliga vård.

Kompetensutveckling har därför hög prioritet. I de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas har rekommendationen att erbjuda kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal prioritet 2 [1].

Rekommendation: Erbjud kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal

Rekommendationen till hälso- och sjukvården har prioritet 2.

Kompetensutveckling i regionerna

Det är 9 regioner som uppger att de har genomfört kompetenshöjande utbildning³³ om sjukdomen obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal som behandlar barn. För vuxna är det 7 regioner som uppger att de genomfört kompetenshöjande utbildning till personal som behandlar vuxna (tabell 9).

Tabell 9. Kompetenshöjande utbildning per region

Regioner som har genomfört kompetenshöjande utbildning om sjukdomen obesitas riktad till hälso- och sjukvårdspersonal som behandlar barn respektive vuxna i hälso- och sjukvården.

Region	Barn (2–17 år)	Vuxna (från 18 år)
Stockholm	Ja	Ja
Uppsala	Nej	Nej
Sörmland	Vet ej	Vet ej
Östergötland	Ja	Ja
Jönköping	Vet ej	Vet ej
Kronoberg	Vet ej	Nej
Kalmar	Ja	Nej
Gotland	Nej	Nej
Blekinge	Ja	Nej

³³ Utbildningen ska innehålla minst en av följande delar: sjukdomens genes, behandlingsalternativ eller färdighetsträning i personcentrerad samtalsmetodik. Med kompetensutveckling menas här att vid ett eller flera tillfällen delta i utbildning såsom föreläsningar eller webbaserade utbildningar. Kompetensutvecklingen ska vara kostnadsfri för personalen samt ske på betald arbetstid. Utbildningen ska ha skett under de senaste fem åren.

Region	Barn (2-17 år)	Vuxna (från 18 år)
Skåne	Nej	Nej
Halland	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Nej
Värmland	Ja	Ja
Örebro	Vet ej	Ja
Västmanland	Vet ej	Vet ej
Dalarna	Vet ej	Ja
Gävleborg *	-	-
Västernorrland	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Nej
Västerbotten	Nej	Nej
Norrbotten	Nej	Nej
Summa antal ja	9	7

*Svar saknas från Region Gävleborg.

Källa: Socialstyrelsens enkät till regionerna år 2025.

I alla regioner har centrala barnhälsovårdsteamerna uppgett att de genomfört kompetenshöjande utbildning om sjukdomen obesitas under de fem senaste åren.

Mindre än 50 procent av vårdcentralerna uppger att fler än hälften av läkarna som är yrkesverksamma vid verksamheten har genomgått kompetenshöjande utbildning om obesitas under de senaste fem åren.

Av de kirurgiska verksamheterna uppger över 80 procent av verksamheterna att hälften eller fler än hälften av läkare/kirurger genomgått kompetenshöjande utbildning om obesitas.

Inom specialistvårdsverksamhet för obesitas för vuxna uppger de flesta verksamheter att dietister fått kompetenshöjande utbildning om obesitas, följt av läkare och sjuksköterska.

Kompetensutveckling i kommunerna

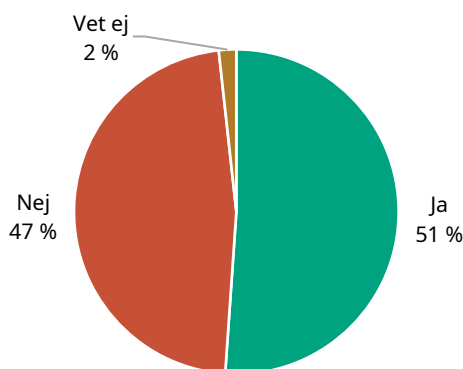
Det är 82 procent av kommunerna (109 av 133) som uppger att de inte genomfört kompetenshöjande utbildning om sjukdomen obesitas riktad till personal som medverkar till behandling av vuxna med obesitas, motsvarande andel för personal som behandlar barn är 51 procent (68 av 133). Av de kommuner som uppgett att de genomfört kompetenshöjande insatser har 9 procent (12 av 133) riktat det främst till personal som

medverkar i behandling av barn. De kommuner som genomfört kompetenshöjande utbildning lyfter framför allt utbildning för personal verksamma vid elevhälsans medicinska insats.

Däremot uppger hälften av verksamheterna (442 av 865) inom elevhälsans medicinska insats att skolsköterskorna genomgått kompetenshöjande utbildning om sjukdomen obesitas under de senaste fem åren (diagram 51). Exempel på kompetenshöjande utbildning är föreläsningar via patientföreningen Riksförbundet Obesitas Sverige, temadagar där dietist, forskare eller läkare föreläst samt kurser via universitetsutbildning.

Diagram 51. Skolsköterskor inom elevhälsan som genomgått kompetenshöjande utbildning

Andel tillfrågade verksamheter där skolsköterskan genomgått kompetenshöjande utbildning om obesitas under de senaste fem åren. N=865.



Källa: Socialstyrelsens enkät till elevhälsans medicinska insats år 2025.

Analys av resultat

Trots att kompetenshöjande insatser har hög prioritet i de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas så är det i många verksamheter låg andel av personalen som har erbjudits kompetensutveckling. Det är framför allt läkare, sjuksköterskor och dietister som genomgått kompetenshöjande utbildning om obesitas under de senaste fem åren.

Resultaten visar att mindre än hälften av regionerna har genomfört kompetenshöjande utbildning om sjukdomen obesitas riktad till hälso- och sjukvårdspersonal som behandlar barn respektive vuxna i hälso- och sjukvården. Inom regionernas barnhälsovård har dock centrala barnhälsovårdsteamerna uppgett att de genomfört kompetenshöjande utbildning om sjukdomen obesitas under de fem senaste åren.

Kommunernas satsningar på kompetenshöjande utbildning om obesitas till personal har skett i låg utsträckning. I de fall det förekommit har det främst varit inom elevhälsan. Ungefär hälften av skolsköterskorna som är verksamma inom elevhälsans medicinska insats uppger att de genomgått

kompetenshöjande utbildning om sjukdomen obesitas under de senaste fem åren.

För att kunna erbjuda personer med obesitas rätt behandling och därigenom minska risk för samsjuklighet och förtida död är det av stor betydelse att personalen har rätt kompetens och har tillgång till fortbildning. Personal med rätt kompetens och kunskap om sjukdomen obesitas kan då bidra till att minska den underdiagnostisering av sjukdomen som förekommer idag, och förbättra vården samt öka patientsäkerheten. Det finns flera olika utbildningar inom området. Socialstyrelsen har tagit fram en webbutbildning³⁴ om obesitas för vårdpersonal, och dessutom erbjuds en fristående universitetsutbildning³⁵ inom ämnet.

Socialstyrelsen vill lyfta behovet av att regioner och kommuner stärker utbildningsinsatser till personalen inom alla olika områden för att kompetens ska finnas på olika vårdnivåer inom vårdkedjan för personer med obesitas.

³⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/obesitas>.

³⁵ <https://utbildning.ki.se/student-pa-ki/alla-kurs-och-programwebbar/barnfetma-orsaker-risker-och-atgarder/barnobesitas-orsaker-konsekvenser-och-atgarder-75hp>.

Implementering av de nationella riktlinjerna

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas publicerades 2022. Implementering av de nationella riktlinjerna i verksamheterna i vården är viktigt för att skapa möjlighet för en god och jämlik vård i hela landet. Det handlar om att införa högt prioriterade behandlingar och metoder så att patienterna får ta del av dessa utifrån sina individuella behov. Åtgärder för att införa riktlinjerna är därför av stor betydelse.

Regioners och kommuners implementeringsarbete

Det är 5 regioner (Halland, Norrbotten, Uppsala, Västerbotten och Örebro) som uppger att de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas har behandlats i nämnd eller styrelse inom regionen. Inom landet finns olika arbetssätt och i ett flertal regioner hanteras denna typ av beslut inom ordinarie organisation för hälso- och sjukvårdsstyrning samt kunskapsstyrningen av vården. Fem regioner (Skåne, Stockholm, Värmland, Västerbotten och Örebro) har en övergripande handlingsplan eller motsvarande för att implementera rekommendationerna från de nationella riktlinjerna.

Endast tre av de 133 kommuner uppger att de har en övergripande handlingsplan eller motsvarande för implementering av de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas.

Drygt hälften av regionerna uppger att de kartlagt vilka resurser som krävs för att implementera de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas. 12 regioner uppger att de har eller delvis har kartlagt personalresurser, exempelvis hälso- och sjukvårdspersonal i relevanta kategorier, och 11 regioner uppger att de har eller delvis har kartlagt utbildning till personal. Det är 9 regioner som uppger att de har eller delvis har kartlagt resurser i form av utrustning, exempelvis nya vågar, stolar och britsar (tabell 10).

Tabell 10. Regionernas kartläggningar

Regionernas kartläggningar för implementering av nationella riktlinjerna. Avser år 2024.

Regioner	Personalresurser, exempelvis hälso- och sjukvårdspersonal i relevanta yrkeskategorier	Utbildning till personal	Utrustning (exempelvis nya vågar, stolar och britsar)
Stockholm	Nej	Nej	Nej
Uppsala	Nej	Nej	Nej

Regioner	Personalresurser, exempelvis hälso- och sjukvårdspersonal i relevanta yrkeskategorier	Utbildning till personal	Utrustning (exempelvis nya vågar, stolar och britsar)
Södermanland	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Delvis	Delvis	Delvis
Jönköping	Delvis	Delvis	Vet ej
Kronoberg	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Kalmar *	-	-	-
Gotland	Nej	Nej	Nej
Blekinge	Delvis	Delvis	Nej
Skåne	Delvis	Delvis	Delvis
Halland	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Nej	Nej	Nej
Värmland	Delvis	Delvis	Ja
Örebro	Ja	Delvis	Ja
Västmanland	Nej	Vet ej	Vet ej
Dalarna	Ja	Ja	Ja
Gävleborg *	-	-	-
Västernorrland	Delvis	Delvis	Delvis
Jämtland	Delvis	Delvis	Nej
Västerbotten	Delvis	Nej	Delvis
Norrbottn	Delvis	Delvis	Delvis

* Svar från Region Gävleborg och Kalmar saknas.

Endast ett fåtal av kommunerna (10 av 133) drygt 8 procent svarar att de har eller delvis har kartlagt personalresurser, exempelvis hälso- och sjukvårdspersonal. Drygt 14 procent (18 av 133) av kommunerna uppger att de har eller delvis har kartlagt utbildning till personal och 26 procent (34 av 133) av kommunerna uppger att de har kartlagt resurser i form av utrustning, exempelvis nya vågar, stolar och britsar.

Enlig de nationella rekommendationerna till hälso- och sjukvården ska en sammanhållen hälso- och sjukvård erbjudas till barn och vuxna med obesitas, vilket inkluderar sammanhållen vård mellan huvudmän som region och kommun. Detta kan ske genom exempelvis ett samverkansavtal eller överenskommelse. Det är 7 regioner som uppger att de har ett samverkansavtal eller en överenskommelse mellan regionen och

kommunerna i regionen som innefattar vård av personer med obesitas (tabell 11).

Tabell 11. Regionernas samverkansavtal och överenskommelser

Regionernas samverkansavtal eller överenskommelse med kommunerna.

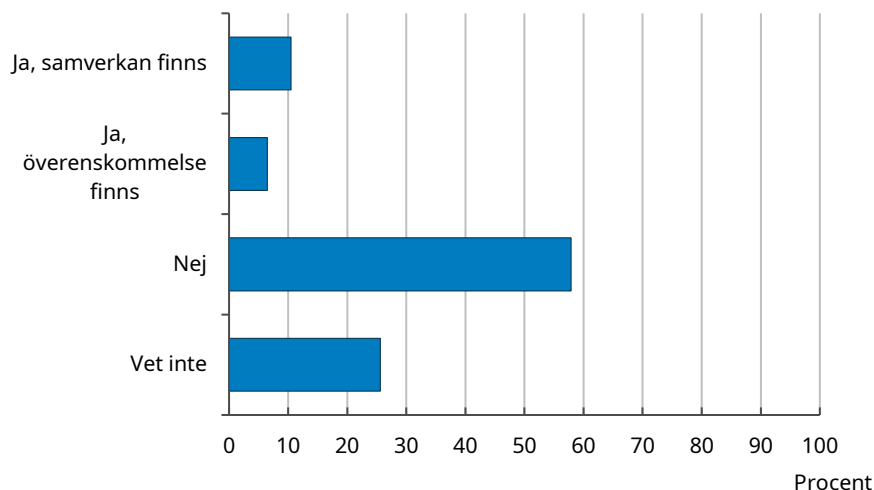
Region	Samverkansavtal eller en överenskommelse mellan regionen och kommunerna i regionen som innefattar vård eller omhändertagande av personer med obesitas
Stockholm	Nej
Uppsala	Nej
Sörmland	Nej
Östergötland	Ja
Jönköping	Ja
Kronoberg	Nej
Kalmar	Ja
Gotland	Nej
Blekinge	Nej
Skåne	Nej
Halland	Ja
Västra Götaland	Nej
Värmland	Ja
Örebro	Ja
Västmanland	Vet inte
Dalarna	Nej
Gävleborg *	-
Västernorrland	Ja
Jämtland	Nej
Västerbotten	Nej
Norrbotten	Nej

* Svar från Region Gävleborg saknas.

23 av 133 kommuner (18 procent) uppger att det finns ett samverkansavtal eller överenskommelse mellan regionen och kommunen avseende patienter med obesitas (diagram 52).

Diagram 52. Förekomst av samverkansavtal eller överenskommelse mellan region och kommun

Andelen kommuner som uppger att det finns ett samverkansavtal eller en överenskommelse mellan regionen och kommunen avseende patienter med obesitas. N=133. Avser år 2024.



Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner år 2025.

Det är 8 regioner (Blekinge, Halland, Kronoberg, Skåne, Uppsala, Värmland, Västernorrland och Örebro) som uppger att de har genomfört informationsaktiviteter om de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas till berörd personal inom den specialiserade vården. 7 regioner (Halland, Skåne, Stockholm, Värmland, Västernorrland, Örebro och Östergötland) uppger att de genomfört informationsaktiviteter till primärvården.

76 av 133 (57 procent) kommuner uppger att de inte har genomfört några informationsaktiviteter om de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas till berörd personal efter att riktlinjerna publicerats. Av de kommuner som genomfört informationsaktiviteter har endast en kommun genomfört aktiviteter riktat mot socialtjänsten, två kommuner genomfört informationsaktiviteter riktat mot kommunal hälso- och sjukvård och elva kommuner genomfört aktiviteter riktat mot elevhälsans medicinska insats.

Analys av resultat

Resultaten från regionerna och kommunernas enkätsvar kring införandet av nationella riktlinjer tyder på att regioner och kommuner behöver i hög grad fortsätta stärka implementeringen av nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Endast fem av 19 regioner uppger att de har handlingsplan för implementering och bland kommunerna uppger tre av 133 kommuner att de har en övergripande handlingsplan eller motsvarande för implementering av de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas. Ungefär hälften av regionerna har kartlagt, eller delvis kartlagt resurser som krävs för att implementera riktlinjerna, och bland kommunerna är kartläggningen av resurser låg.

Hälften av regionerna har anordnat informationsaktiviteter kring riktlinjer för vård vid obesitas, vilket visar på att det finns behov av fortsatt arbete för att stärka implementeringen. Detsamma gäller kommunerna där närmare 60 procent uppger att de inte genomfört informationsaktiviteter kring de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas.

En viktig del i fortsatt arbete är den kunskapsstyrningsstruktur med samverkan mellan olika aktörer på olika nivåer inom hälso- och sjukvården som finns inom landet.

Avslutande diskussion

Obesitas är i dag en av de största folkhälsoutmaningarna i Sverige, med omkring 18 procent av den vuxna befolkningen och ett växande antal barn som lever med sjukdomen [24]. Trots tydlig evidens för ökad sjuklighet och dubblad dödlighet jämfört med övriga befolkningen är obesitas fortfarande underdiagnostiserad och underbehandlad. Utvecklingen de senaste åren visar både positiva tendenser – ökad diagnostik, mer behandling och en förflyttning mot primärvård och specialiserad barnsjukvård – och tydliga brister som måste åtgärdas för att vården ska bli mer jämlik, effektiv och långsiktigt hållbar.

Socialstyrelsens utvärdering visar att vårdens organisation behöver tydliggöras, så att patienter vet vilken obesitasvård som finns inom deras region och erbjuds tillgång till lämpliga insatser på ett icke-stigmatiserat sätt. Regionerna har haft svårt att beskriva hur den specialiserade medicinska vården vid obesitas är organiserad, vilket även bekräftas av de experter som medverkat i utvärderingen. I vissa regioner saknas specialiserad obesitasvård helt. Barn med obesitas behandlas huvudsakligen vid barnkliniker eller motsvarande enheter. Den specialiserade vården för vuxna bedrivs antingen vid särskilda obesitasenheter eller vid endokrin- och medicinkliniker på sjukhus. Vid endokrin- och medicinklinikerna behandlas patienter med obesitas i första hand för andra sjukdomar med koppling till obesitas.

En central slutsats är att tillgången till utredning och behandling inte motsvarar omfattningen av sjukdomen. Det är fler som nydiagnostiseras med sjukdomen än som får behandling, om trenden fortsätter blir allt fler obehandlade. Andelen patienter som får kombinerad levnadsvanebehandling, läkemedelsbehandling eller kirurgi är låg i relation till hur många som lever med obesitas. Detta förstärks av tydliga ojämlikheter: kvinnor diagnostiseras och behandlas i större utsträckning än män, trots att obesitas är minst lika vanligt förekommande bland män. Barn följs generellt upp bättre, delvis tack vare strukturer i barn- och skolhälsovård, medan ojämlikheten är större för vuxna – både geografiskt och socioekonomiskt. För att uppnå en mer jämlik vård krävs riktade insatser mot män, mot vuxna i socioekonomiskt utsatta områden samt mot regioner med lägre diagnostik- och behandlingsgrad.

En annan tydlig brist gäller uppföljning av denna kroniska sjukdom. Varken primärvård eller specialiserad vård når de nationella målnivåerna för årliga uppföljande besök, och långtidsuppföljning efter kirurgi är otillräcklig, särskilt med tanke på att färre än hälften av patienterna har femårsdata i SOReg. Detta riskerar att leda till utebliven justering av behandling, sämre hantering av samsjuklighet och förlorade möjligheter att förebygga förtida död. Resultaten i utvärderingen visar tydligt på att implementeringen av de

nationella riktlinjerna är låg. Förstärkt strukturerad, långsiktig uppföljning – inklusive tydliga remissrutiner, bättre samverkan mellan vårdnivåer och möjlighet att följa patienterna genom hela vårdkedjan – utgör därför ett av de viktigaste förbättringsområdena.

Kompetensnivån om obesitas i vården är en ytterligare nyckelfråga. Trots tydliga rekommendationer är det få regioner som genomfört systematiska kompetenshöjande satsningar för personal som möter barn respektive vuxna med obesitas. Patienter beskriver fortfarande att de kan mötas av okunskap, bristande bemötande och stigmatisering i vården. Detta påverkar både benägenheten att söka vård och kvaliteten på de insatser som erbjuds. Ökad utbildning om obesitas som kronisk sjukdom – med fokus på sjukdomens genes, behandlingsmöjligheter, bemötande och betydelsen av långsiktig uppföljning – är avgörande för att minska stigma och förbättra vårdens kvalitet.

Utvecklingen av läkemedelsbehandling har skapat nya möjligheter, men också nya ojämlikheter. Tillgången till effektiva aptitreglerande läkemedel fyller ett behandlingsslag mellan levnadsvanebehandling och kirurgi och kan bidra till minskad risk för följsjukdomar. Samtidigt har kostnaderna för läkemedel ökat kraftigt, där en mycket stor del av kostnadsbördan nu ligger på patienterna, särskilt eftersom de flesta läkemedel inte omfattas av förmånssystemet. Detta skapar en tydlig ekonomiskt grundad ojämlikhet: de som har råd får behandling, medan andra står utan.

Kirurgisk behandling är fortsatt underutnyttjad i relation till sjukdomsbördan, trots att resultaten visar att nationella målnivåer för viktnedgång uppnås på riksnivå. Variationer mellan regioner, tydliga könsskillnader och begränsad långtidsuppföljning tyder på behov av bättre information till patienter och behov av att förbättra vården inklusive uppföljning. På kort sikt kan ökad läkemedelsanvändning minska efterfrågan på kirurgi, men på längre sikt kan den fortsatt bättre effekten av kirurgi på vikt och följsjukdomar leda till ökad efterfrågan. Regioner som inte i tillräcklig utsträckning använder gastric bypass som operationsmetod behöver se över detta. Det ställer krav på långsiktig planering och kapacitet inom obesitaskirurgin.

Implementeringen av de nationella riktlinjerna är otillräcklig, och regionerna behöver fortsatt stärka genomförandet av nationella rekommendationer för både barn och vuxna. Det är mycket angeläget att förebygga obesitas, särskilt hos barn, för att undvika långvariga konsekvenser för deras hälsa och framtida arbetsliv samt ur ett kostnadsperspektiv för samhället [35].

Slutligen är bristande datainfrastruktur en genomgående begränsning för möjligheten att följa utvecklingen, bedriva forskning och säkerställa god vård för patienter med obesitas. Avsaknaden av primärvårdsdata i patientregistret, otillräcklig registrering av åtgärder utförda av andra

professioner än läkare samt svårigheter att följa patienters hälsodata genom hela vårdkedjan försvårar uppföljning, kvalitetsutveckling och resursplanering. De pågående satsningarna på att inkludera primärvårdsdata i nationella register och utveckla en nationell digital infrastruktur för hälsodata är därför centrala för att mer systematiskt kunna följa incidens, behandling, resultat och jämlikhet.

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
2. Agenda 2030. Hämtad 2026-04-10 från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030>.
3. Nationella riktlinjer Indikatorer för vård vid obesitas. Stockholm: Socialstyrelsen; 2026.
4. Nationella riktlinjer Målnivåer vård vid obesitas. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
5. Barnobesitas Registret i Sverige. Hämtad 2026-04-09 från <https://www.e-boris.se>.
6. Skandinaviskt kvalitetsregister SOReg - Scandinavian Obesity Surgery Registry. Hämtad 2026-04-09 från <https://www.ucr.uu.se/soreg>.
7. Försäkringskassans statistikdatabas. Hämtad 2026-04-09 från <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys>.
8. Kostnad per patient – så fungerar metoden och databasen. Hämtad 2026-04-09 från <https://skr.se/halsaochsjukvard/ekonomiochavgiftersjukvard/kostnadperpatientkpp.7873.html>.
9. Statistikmyndigheten SCB statistikdatabasen. Hämtad 2026-04-09 från <https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd>.
10. Riksförbundet Obesitas Sverige. Hämtad 250206 från <https://obesitassverige.se>.
11. World Health Organization. Obesity and overweight. Hämtad 2026-04-09 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
12. Folkhälsomyndigheten. Utveckling av BMI i Sverige 1980–2022. Hämtad 2025-02-06 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c536d143d614486abf93b1261d2ec1b6/utveckling-bmi-sverige-1980-2022.pdf>.
13. Fridhammar A, Haggren I, Galavazi M, Dahlgren J, Steen Carlsson K. Samhällsekonomiska kostnader för övervikt och obesitas i Sverige. IHE RAPPORT 2025:7, IHE: Lund
14. Sundbom M, Näslund I, Ottosson J, Stenberg E, Näslund E. Results from the Scandinavian Obesity Surgery Registry: A narrative review. *Obes Rev.* 2024 Feb;25(2):e13662. doi: 10.1111/obr.13662. Epub 2023 Nov 14. PMID: 37962040.

15. Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar. Nationellt programområde för barns och ungdomars hälsa. Hämtad 2025-03-23 från <https://vardpersonal.1177.se/globalassets/nkk/nationell/media/dokument/kunskapsstod/vardprogram/obesitas-hos-barn-och-ungdomar.pdf>.
16. Kunskapsstyrning vård. Nationellt programområde endokrina sjukdomar. Insatsområde obesitas. Hämtad 2026-04-09 från <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomraden/ochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npouendokrinasyjukdomar/obesitas.62062.html>.
17. Gemensamma insatser för att stärka obesitasvården. Hämtad 2026-04-09 <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning/nyheter/nyheter/gemensammainsatserforattstarkaobesitasvarden.94486.html>.
18. Rikshandboken i barnhälsovård. Ett nationellt metod- och kunskapsstöd för professionen. Hämtad 2026-04-09 från <https://www.rikshandboken-bhv.se>.
19. Kunskapsguiden. Om teambaserat arbetssätt. Hämtat 2026-04-09. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/teambaserat-arbetsatt/om-teambaserat-arbetsatt>.
20. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2025-05-15 från <https://termbank.socialstyrelsen.se>.
21. Nationellt stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Socialstyrelsen. Artikelnummer: 2023-2-8373 | Publicerad: 2023-02-09
22. Vårdhandboken. Team och teamarbete. Hämtad 2026-04-09 <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/oversikt>.
23. SOReg Årsrapport: 2024 del 3 av 3 (Publicerad dec 2025) Hämtad 2026-03-17 från <https://www.ucr.uu.se/soreg/component/edocman/arsrapport-soreg-2024-del-3?Itemid=0>.
24. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 26-04-13 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/vara-amnesomraden/overvikt-och-obesitas/overvikt-och-obesitas-i-befolkningen/overvikt-och-obesitas-hos-vuxna>.
25. Brown WA, Liem R, Al-Sabah S, Anvari M, Boza C, Cohen RV, Ghaferi A, Våge V, Himpens J, Kow L, Morton J, Musella M, Pattou F, Sakran N, Clapp B, Prager G, Shikora S; IFSO Global Registry Collaboration. Metabolic Bariatric Surgery Across the IFSO Chapters: Key Insights on the Baseline Patient Demographics, Procedure Types, and Mortality from the Eighth IFSO Global Registry Report. *Obes Surg*. 2024 May;34(5):1764–1777. doi: 10.1007/s11695-024-07196-3. Epub 2024 Apr 9. PMID: 38592648; PMCID: PMC11031475.

26. Jans A, Näslund I, Ottosson J, Szabo E, Näslund E, Stenberg E. Duration of type 2 diabetes and remission rates after bariatric surgery in Sweden 2007-2015: A registry-based cohort study. *PLoS Med.* 2019 Nov 20;16(11):e1002985. doi: 10.1371/journal.pmed.1002985. PMID: 31747392; PMCID: PMC6867594.
27. Lundin Kvalem I, Gabrielsen L, Eribe I, Kristinsson JA, Mala T. Predicting satisfaction with outcome and follow-up care 5 years after bariatric surgery: A prospective evaluation. *Obes Sci Pract.* 2022 Feb 9;8(5):595-602. doi: 10.1002/osp4.594. PMID: 36238221; PMCID: PMC9535663.
28. White GE, Courcoulas AP, King WC. Long-term Satisfaction with Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery: Results From a Multicenter Prospective Cohort Study. *Ann Surg.* 2022 Nov 1;276(5):e425-e433. doi: 10.1097/SLA.0000000000004625. Epub 2020 Nov 24. PMID: 33234799; PMCID: PMC12951289.
29. Deanfield J, Lincoff AM, Kahn SE, Emerson SS, Lingvay I, Scirica BM, Plutzky J, Kushner RF, Colhoun HM, Hovingh GK, Stensen S, Weeke PE, Jeppesen OK, Bravo R, Wu CC, Komuro I, Santini F, Hjelmæsæth J, Urina-Triana M, Buscemi S, Ryan DH. Semaglutide and cardiovascular outcomes by baseline and changes in adiposity measurements: a prespecified analysis of the SELECT trial. *Lancet.* 2025 Nov 8;406(10516):2257-2268. doi: 10.1016/S0140-6736(25)01375-3. Epub 2025 Oct 22. PMID: 41138739
30. Hosseinpour A, Sood A, Kamalpour J, Zandi E, Pakmehr S, Hosseinpour H, Sood A, Agrawal A, Gupta R. Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists and Major Adverse Cardiovascular Events in Patients With and Without Diabetes: A Meta-Analysis of Randomized-Controlled Trials. *Clin Cardiol.* 2024 Jul;47(7):e24314. doi: 10.1002/clc.24314. PMID: 38953365; PMCID: PMC11217813.
31. Wilding JPH, Batterham RL, Davies M, Van Gaal LF, Kandler K, Konakli K, Lingvay I, McGowan BM, Oral TK, Rosenstock J, Wadden TA, Wharton S, Yokote K, Kushner RF; STEP 1 Study Group. Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: The STEP 1 trial extension. *Diabetes Obes Metab.* 2022 Aug;24(8):1553-1564. doi: 10.1111/dom.14725. Epub 2022 May 19. PMID: 35441470; PMCID: PMC9542252.
32. Stenberg E, Ottosson J, Cao Y, Sundbom M, Näslund E. Cardiovascular and diabetes outcomes among patients with obesity and type 2 diabetes after metabolic bariatric surgery or glucagon-like peptide 1 receptor agonist treatment. *Br J Surg.* 2024 Aug 30;111(9):znae221. doi: 10.1093/bjs/znae221. PMID: 39235379; PMCID: PMC11375857.
33. Gasoyan H, Alavi MH, Zajicheck A, Casacchia NJ, Al Jabri A, Bena J, Feng X, Wilson R, Corcelles R, Butsch WS, Singh RP, Das N, Jeong H, Mentias A, Tang WHW, Burguera B, Rosenthal RJ, Nissen SE,

Rothberg MB, Aminian A. Macrovascular and microvascular outcomes of metabolic surgery versus GLP-1 receptor agonists in patients with diabetes and obesity. *Nat Med.* 2025 Oct;31(10):3341-3349. doi: 10.1038/s41591-025-03893-3. Epub 2025 Sep 16. PMID: 40957960.

34. Uppföljning av omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen. artikelnummer: 2025-9-9707 | Publicerad: 2025-09-01.
35. The economic burden of overweight and obesity in Swedish children – a lifetime perspective. Nilsson K, Fridhammar A, Wahlberg K, Steen Carlsson K. IHE –The Swedish Institute for Health Economics. Publicerad: 2022-12-06 Sahlgrenska akademin.

Projektorganisation

Projektledning

Ann-Sofie Bertilsson	projektledare
Malin Lindström	delprojektledare (t.o.m. december 2025)
Christina Broman	enhetskoordinator
Marias State	projektägare

Expertstöd

Marije Galavazi	distriktsläkare och doktorand. Överviktsenheten, Universitetssjukhuset Örebro
Emilia Hagman	docent i epidemiologi och nutritionist. Karolinska institutet, Stockholm. Medlem i styrgruppen för BORIS
Annika Janson	docent och överläkare, specialist i barn- och ungdomsmedicin. Rikscentrum Barnobesitas, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Kajsa Järholm	docent i psykologi, Lunds universitet, leg. psykolog, Skånes universitetssjukhus
Erik Stenberg	docent och överläkare inom gastrointestinal kirurgi, Universitetssjukhuset Örebro. Vice registerhållare SOReg
<i>Adjungerad expert</i>	
Mattias Malmberg	leg. fysioterapeut, KBT-terapeut, Överviktsenheten, Universitetssjukhuset Örebro

Projektmedarbetare

Gudrun Jonasdottir Bergman	statistiker
Heval Beydogan	statistiker
Mikael Nyman	diagramproduktion
Jonas Berkow	enkätstöd
Iffat Rahman	statistiker, enkäter
Annika Johansson Ensjö	sakkunnig läkemedel

Hanna Nordlund	hälsoekonom
Tharshini Thangavelu	hälsoekonom
Dan Brundin	produktionsledare
Guna Graufelds	kommunikatör

Kvalitetsregister – kontaktperson

Emilia Hagman	forskning och datauttag BORIS
Johan Ottosson	registerhållare SOReg

Patientförening – kontaktperson

Jenny Vinglid	generalsekreterare, Riksförbundet Obesitas Sverige
---------------	--



Nationell utvärdering av vården vid obesitas (artikelnr 2026-5-10248)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.