Samhällsekonomiska kostnader för övervikt och obesitas i Sverige

Adam Fridhammar, Ida Haggren, Marije Galavazi,
Jovanna Dahlgren, Katarina Steen Carlsson



iHE
INSTITUTET FÖR HÄLSO- & SJUKVÅRDSEKONOMI
ENABLING INFORMED DECISION MAKING

Författare:
Fridhammar Adam, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Haggren Ida, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Galavazi Marije, Överviktsenheten, VO medicin, Universitetssjukhuset Örebro (USÖ); Fakulteten för medicin och hälsa, Institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet.
Dahlgren Jovanna, Avdelningen för Pediatrik vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet; Drottning Silvias Barnsjukhus vid Västra Götalandsregionen
Steen Carlsson Katarina, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

Citera rapporten som:
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

Rapporten är finansierad och framtagen på uppdrag av Novo Nordisk Scandinavia AB.

IHE RAPPORT 2025:7
e-ISSN:1651-8179
ISSN:1651-7598

© IHE- Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi

Rapporten kan laddas ner från IHE:s hemsida (www.ihe.se)

Förord

Obesitas är en komplex och kronisk sjukdom som även ökar risken för andra sjukdomar till exempelvis typ 2-diabetes, hjärtkärlsjukdom och cancer. Sjukdomen orsakas av en kombination av genetiska, beteendemässiga, miljömässiga och socioekonomiska faktorer. Förekomsten av övervikt och obesitas har ökat stadigt de senaste decennierna. Folkhälsomyndigheten beräknar att omkring 35 procent av den vuxna befolkningen i Sverige har övervikt och ytterligare drygt 18 procent har obesitas. Statistik från barnhälsovården och elevhälsan visar även på ökande andelar bland barn och ungdomar.

Övervikt och obesitas innebär ofta en betydande hälsobörda för individen genom den ökade risken för obesitasrelaterade sjukdomar. Forskningen lyfter också fram risker i bredare perspektiv inklusive sociala konsekvenser, stigmatisering och påverkan på arbetsmarknads-deltagande. De obesitasrelaterade sjukdomarna innebär konsekvenser för samhället i stort, dels i form av ett ökat behov av hälso- och sjukvårdens resurser, dels till följd av produktionsbortfall när personer inte arbetar eller dör i förtid.

I den här rapporten har vi beräknat de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas hos barn, unga och vuxna i Sverige år 2023. I beräkningarna ingick kostnader för hälso- och sjukvård, kommunal vård och omsorg, läkemedel, produktionsbortfall och närståendevård. Rapporten använder även 2023 års resultat för att göra prognoser för framtida samhällsekonomiska kostnader utifrån tre olika antaganden om hur stor andel av befolkningen som har övervikt och obesitas år 2030 respektive år 2040.

Rapporten är finansierad och framtagen på uppdrag av Novo Nordisk Scandinavia AB och baseras på offentlig nationell statistik från databaser och hälsodataregister samt hälsoekonomiska och epidemiologiska studier och rapporter. Vi riktar ett stort tack till Jenny Wiener på Skandia samt Lena Hjelm och Rolf Danielsson på Novo Nordisk Scandinavia AB som deltagit i rapportens referensgrupp och bidragit med värdefulla synpunkter under arbetets gång. Det är författarna ensamma som svarar för analys och rapportens innehåll.

Lund, juni 2025

Peter Lindgren
Verkställande direktör, IHE

Innehållsförteckning

Förord ... 3
Sammanfattning ... 6
Summary ... 8
1. Introduktion ... 10
2. Syfte ... 12
3. Metod ... 13
4. Resultat ... 17
4.1. Hälso- och sjukvård ... 19
4.2. Kommunal vård och omsorg ... 21
4.3. Läkemedel ... 22
4.4. Direkta kostnader ... 24
4.5. Produktionsbortfall ... 25
4.6. Närståendevård ... 26
4.7. Tilläggsanalys: produktionsbortfall för psykiska sjukdomar ... 26
5. Prognoser av framtida kostnader för övervikt och obesitas ... 28
5.1. Prognos 1: Fortsatt ökning av övervikt och obesitas enligt trend från föregående decennium ... 28
5.2. Prognos 2: Bibehållen andel med övervikt och obesitas som år 2023 ... 30
5.3. Prognos 3: Minskande andel med obesitas med 1 procent jämfört med 2023 ... 31
6. Diskussion ... 33
6.1. Huvudresultat ... 33
6.2. Produktionsbortfall och sjukfrånvaro ... 33
6.3. Arbetslöshet och produktionsbortfall kopplad till sjukdom ... 34
6.4. Obesitaskirurgi ... 35
6.5. Läkemedel ... 35
6.6. Psykisk ohälsa ... 36
6.7. Barn med övervikt och obesitas ... 37
6.8. Vem bär kostnaderna? ... 37
6.9. Prognoser av framtida kostnader och nationella riktlinjer ... 38
6.10. Jämförelse med tidigare studier ... 39

6.11. Jämförelse med andra sjukdomsområden och Sveriges bruttonationalprodukt 40
6.12. Rapportens begränsningar 41
7. Avslutande kommentar 42
8. Referenser 43
Bilagor 48
Bilaga 1: Metod 48
Bilaga 2: Kostnader som ingår 54
Bilaga 3: Rekommendationer i nationella riktlinjer 59

Sammanfattning

Frågeställningar

- Hur stora är de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas idag?
- Hur stora förväntas de samhällsekonomiska kostnaderna bli i framtiden om trenden med ökad förekomst fortsätter eller om trenden bryts?

Samhällsekonomiska kostnader kopplade till övervikt och obesitas …

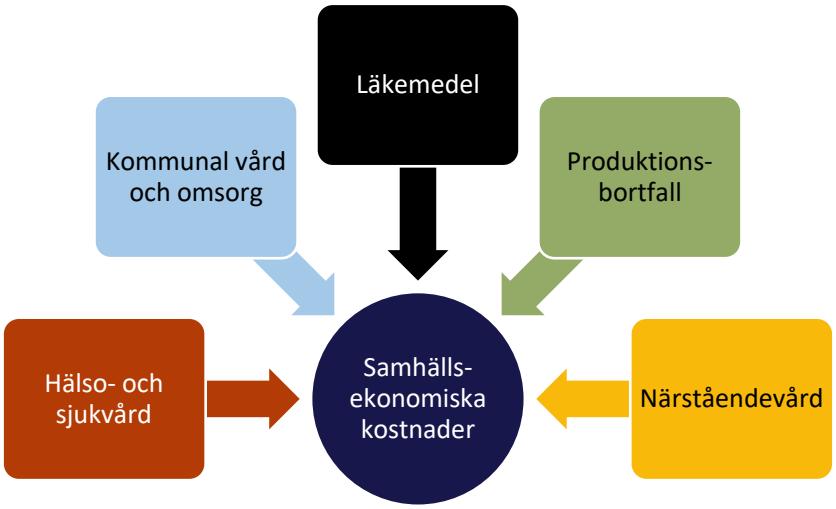
- … var 80 miljarder kronor år 2023.
- … ökar till 99 miljarder kronor år 2040 om trenden med ökad förekomst av obesitas fortsätter.
- … kan stanna vid 83 miljarder kronor om ökningen skulle stoppas vid 2023 års nivå.

Vad handlar rapporten om?

Rapporten beräknar de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas hos barn, unga och vuxna i Sverige år 2023 samt gör prognoser för motsvarande framtida kostnader år 2030 och år 2040. Prognoserna för de framtida kostnaderna bygger på nuläget och på tre olika scenarier för trender i folkhälsa som exempelvis kan påverkas av implementering av behandlingsriktlinjer och rekommendationer inom hälso- och sjukvården men också samhällets utveckling i stort.

Hur gjordes rapporten?

I beräkningarna ingick dels så kallade ”direkta kostnader” i form av resursanvändning inom hälso- och sjukvården, kommunal vård och omsorg samt läkemedel, dels ”indirekta kostnader” i form av produktionsbortfall som består av förlorat värde som hade kunnat uppstå om personer inte blivit arbetslösa, sjuka eller avlidit i förtid, samt kostnader för närståendevård.



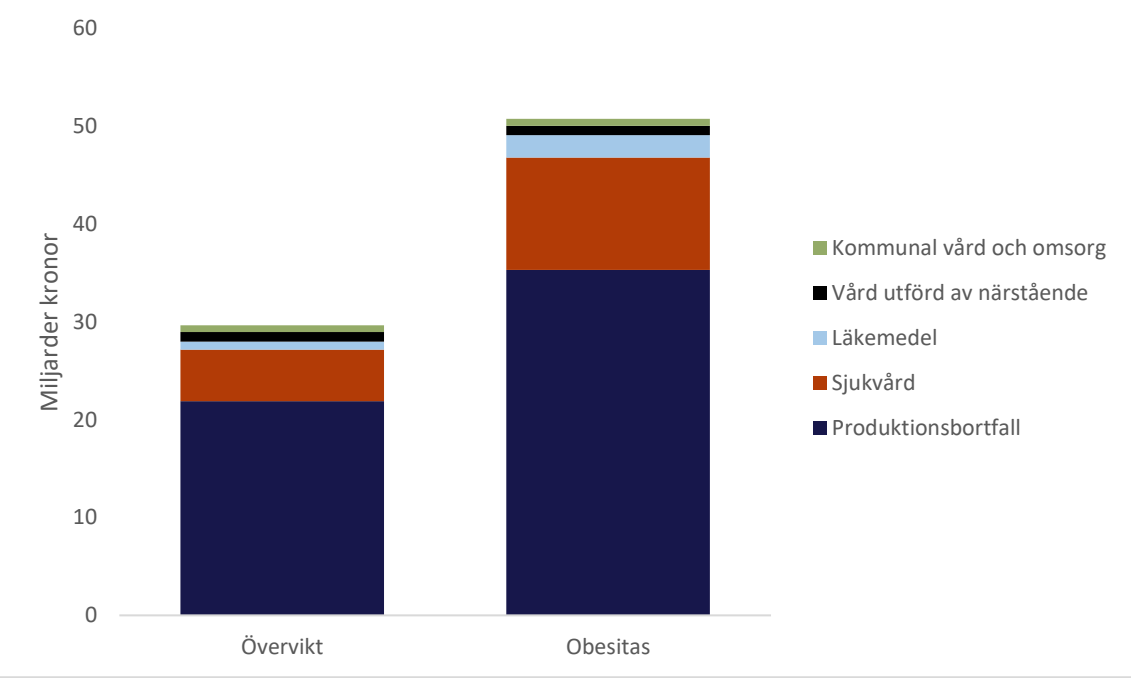
Analysen inkluderade både hälso- och sjukvårdskostnader med obesitas som huvuddiagnos och kostnader för obesitasrelaterade sjukdomar. Beräkningarna för de obesitasrelaterade sjuk-

domarna använder en vedertagen metod för att beräkna hur stor andel av kostnaderna för dessa sjukdomar som kan kopplas till övervikt och obesitas. Metoden utgår från riskökningar för obesitasrelaterade sjukdomar som visats i kliniska och epidemiologiska studier. Beräkningarna vilar också på statistik över förekomst av övervikt och obesitas hos Folkhälsomyndigheten. Denna pekar på att det finns ungefär 270 000 barn med övervikt och 97 000 barn med obesitas i Sverige. Samtidigt finns det omkring 3 miljoner vuxna med övervikt och 1,5 miljoner vuxna med obesitas.

Vad visar rapporten?

Rapporten visar att de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas var 80,4 miljarder kronor år 2023. Av dessa var 29,6 miljarder kronor kopplade till övervikt och 50,8 miljarder till obesitas. I en tilläggsanalys där även produktionsbortfall till följd av psykisk sjukdom ingick beräknades de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas till 91,8 miljarder kronor.

Majoriteten av samhällets kostnader utgjordes av produktionsbortfall (57,2 miljarder kronor, 71 procent). Hälso- och sjukvårdskostnaderna uppgick till ytterligare 16,8 miljarder kronor (21 procent). Kostnaderna för läkemedel (3,1 miljarder kronor), närståendevård (1,9 miljarder kronor) och kommunal vård och omsorg (1,4 miljarder kronor) utgjorde tillsammans 8 procent av de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas.



Om förekomsten av övervikt och obesitas fortsätter öka i samma takt som under föregående decennium, förväntas de framtida samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas öka till 88,1 miljarder kronor år 2030 och 98,7 miljarder kronor år 2040. Vid bibehållen andel med övervikt och obesitas förväntas de framtida kostnaderna stanna vid 81,5 miljarder kronor år 2030 och 83,1 miljarder kronor år 2040. Om trenden skulle kunna vändas och förekomsten av obesitas skulle kunna minska med en procentenhet jämfört med dagens nivå, skulle de framtida kostnaderna bli vid 79,5 miljarder kronor år 2030 och 81 miljarder kronor år 2040.

Summary

Questions

- What is the current economic burden associated with overweight and obesity?
- What is the expected future economic burden if the trend of increasing prevalence of obesity continues or if the increasing trend is halted?

The economic burden associated with overweight and obesity ...

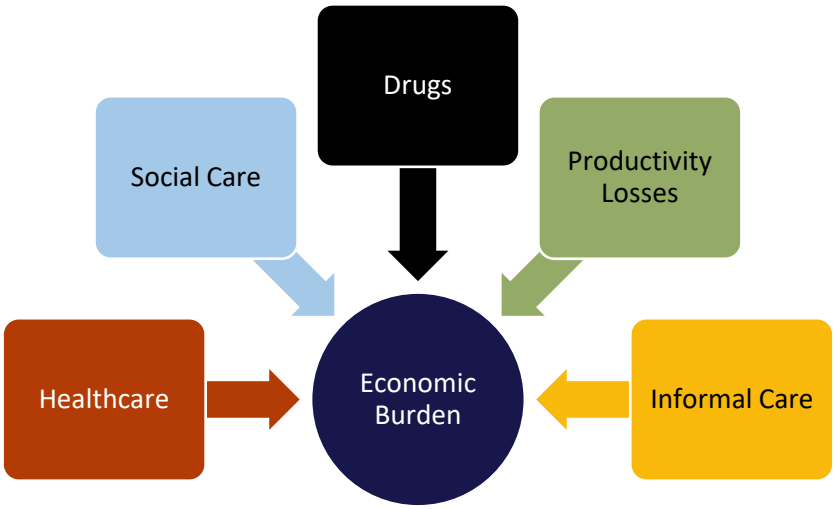
- ... was Swedish krona 80 billion in 2023.
- ... will increase to SEK 99 billion in 2040 if the trend of increasing prevalence continues.
- ... could stop at SEK 83 billion if the increase in prevalence would be halted at the 2023 level.

What is the report about?

The report estimates the economic burden associated with overweight and obesity in children, adolescents and adults in Sweden in 2023, and makes projections of future costs in 2030 and 2040. Estimates of future costs are based on the current situation and three different scenarios for public health which may be affected by the implementation of treatment guidelines and other developments in society.

How was the report produced?

The calculations included so-called ”direct costs” for healthcare, social care and drugs and “indirect costs” due to productivity losses resulting from reduced or lost work output due to unemployment, illness or premature mortality, and costs for informal care.



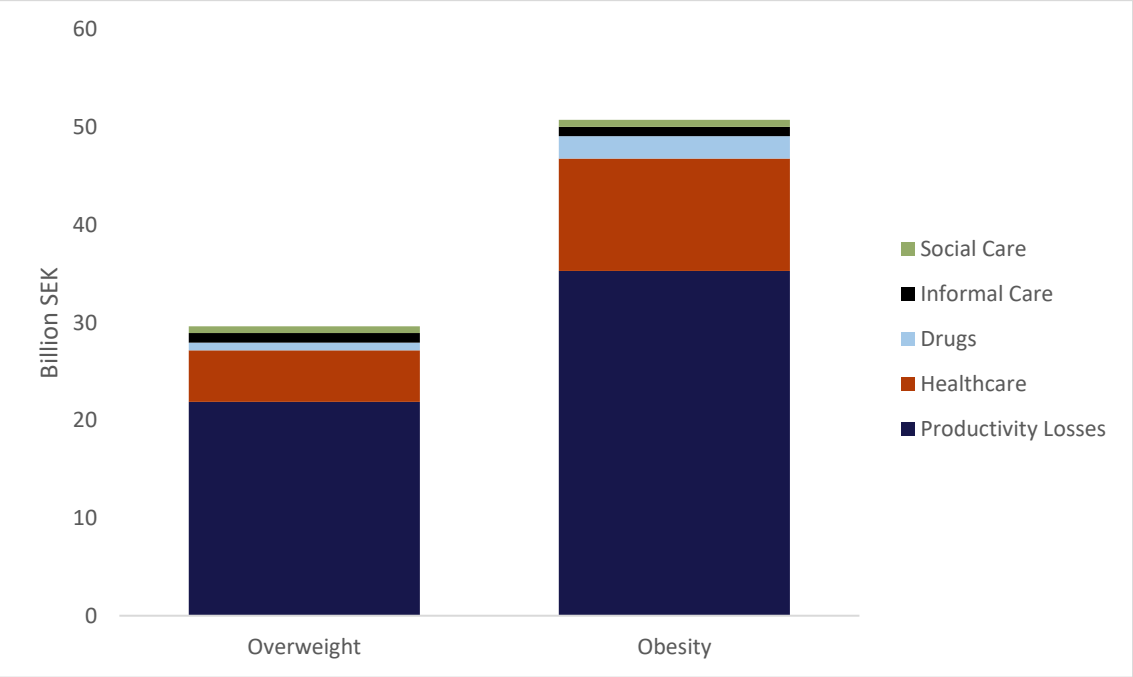
The analysis included both costs for healthcare with obesity as primary diagnosis and for obesity-related diseases. The report uses a well-established method to estimate the fraction of the costs of obesity-related diseases that can be attributed to overweight and obesity. The methodology is based on increased risks for obesity-related diseases reported in clinical and epidemiological studies. The estimates are also based on statistics on the prevalence of

overweight and obesity from the Public Health Agency of Sweden. These prevalence estimates correspond to approximately 270 000 children with overweight and 97 000 children with obesity, and 3 million adults with overweight and 1.5 million adults with obesity.

What does the report show?

The report shows that the economic burden associated with overweight and obesity was SEK 80.4 billion in 2023, of which SEK 29.6 billion were associated with overweight and SEK 50.8 billion with obesity. In a scenario analysis that also included productivity losses due to mental illness, the economic burden associated with overweight and obesity was estimated at SEK 91.8 billion.

Most of the economic burden was due to lost production (SEK 57.2 billion, 71 percent). Healthcare costs totaled a further SEK 16.8 billion (21 percent). The cost of drugs (SEK 3.1 billion), informal care (SEK 1.9 billion) and social care (SEK 1.4 billion) together accounted for 8 percent of the economic burden associated with overweight and obesity.



If obesity continues to increase with the same trend as in the previous decade, the future economic burden associated with overweight and obesity would increase to SEK 88.1 billion in 2030 and SEK 98.7 billion in 2040. If the prevalence of overweight and obesity would remain unchanged, the future economic burden would stop at SEK 81.5 billion in 2030 and SEK 83.1 billion in 2040 instead. If the trend could be reversed and the prevalence of obesity would decrease by one percentage unit, the future economic burden would be SEK 79.5 billion in 2030 and SEK 81 billion in 2040.

1. Introduktion

Obesitas är en komplex och kronisk sjukdom som ökar risken för andra sjukdomar, till exempel typ 2-diabetes, hjärtkärlsjukdom och cancer (1-3). Världshälsoorganisationen (World Health Organisation, WHO) definierar övervikt och obesitas som en onormal eller utökad ansamling av fettväv som kan påverka hälsa negativt. WHO använder måttet Body Mass Index (BMI)[1] för att beskriva vad som räknas som normalvikt (BMI 18,5–24,9), övervikt (BMI 25–29,9) och obesitas (BMI>30). I den senaste sammanställningen från 2022 räknade WHO med att 2,5 miljarder vuxna personer i världen hade ett BMI-värde över 25 varav 890 miljoner hade obesitas (2). Samtidigt beräknades att 37 miljoner barn under fem års ålder samt 390 miljoner barn och ungdomar i åldrarna 5–19 år lever med övervikt eller obesitas.

Obesitas beror framför allt på störd aptitreglering i hjärnan som leder till ökad aptit och fördröjd mättnadskänsla. Detta leder till en obalans där energiintaget, det vill säga det vi äter, överstiger energiförbrukningen, det vill säga det vi gör av med genom kroppens funktioner och våra aktiviteter. Sjukdomen orsakas av en kombination av genetiska, beteendemässiga, miljömässiga och socioekonomiska faktorer (5, 6). Forskning om obesitas ökar stadigt. Exempelvis har vetenskapliga studier av tvillingar och adopterade personer beräknat att mellan 40 och 70 procent av obesitasförekomsten skulle kunna kopplas till genetiska faktorer (7).

I Sverige, liksom i omvärlden, har förekomsten av övervikt och obesitas ökat stadigt de senaste decennierna (8). Enbart under de senaste tio åren har andelen vuxna med obesitas ökat med drygt 30 procent från 13,5 procent 2014 till 18,1 procent 2024 enligt Folkhälsomyndighetens enkät (9). Samma enkät visar att andelen vuxna med övervikt har legat stabilt omkring 35 procent det senaste decenniet. Uppföljning av statistik från barnhälsovården och elevhälsan visar dessutom på en ökad andel barn och ungdomar med övervikt eller obesitas (10, 11).

Obesitas klassas som en sjukdom sedan mer än 20 år. Forskning från Sverige och Norden liksom i det bredare internationella perspektivet pekar på kopplingar mellan obesitas och en lång rad sjukdomar (12-14). Övervikt klassas inte som en sjukdom utan betraktas som en riskfaktor för ohälsa. Studier visar att även övervikt kan kopplas till ökad risk för de flesta obesitasrelaterade sjukdomar. Därtill kan en fortsatt viktökning vid övervikt leda till obesitas.

Övervikt och obesitas innebär ofta en betydande hälsobörda för individen genom den ökade risken för obesitasrelaterade sjukdomar och förkortad livslängd. Forskningen lyfter även fram en högre risk för sociala konsekvenser, stigmatisering och påverkan på arbetsmarknadsdeltagande. De obesitasrelaterade sjukdomarna innebär även konsekvenser för samhället i stort, dels i form av ett ökat behov av hälso- och sjukvårdens resurser, dels till följd av produktionsbortfall vid till exempel sjukfrånvaro, vilket kan påverka arbetsplatser och socialförsäkringssystem (15-17).

De samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas har skattats vid ett flertal tidigare tillfällen (18-22). Den senaste rapporten kring de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas hos vuxna publicerades år 2018 av Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) (18). Rapporten utgick från en prevalensansats, vilket innebär en skattning av de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas under ett år. Enligt denna beräkning uppgick de totala samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas till 48,6 miljarder kronor under år 2016. Underlag om samband mellan

[1] BMI beräknas enligt vikten i kilogram dela med längden i meter i kvadrat för vuxna. För barn används anpassade åldersadekvata gränsvärden (2, 4).

BMI och olika sjukdomar vilade i den rapporten på en stor internationell sammanställning av studier (12). Rapporten avgränsade analysen till samhällsekonomiska kostnader för övervikt och obesitas bland vuxna.

En senare rapport från IHE analyserade kostnader för övervikt och obesitas bland barn och ungdomar (19). Analysen utgick från ett livstidsperspektiv och använde en så kallad incidens-ansats för beräkning av kostnader för övervikt och obesitas. Den samhällsekonomiska kostnaden för en årskohort av 6-åringar, där ungefär 12 procent hade övervikt och 4,4 procent hade obesitas, beräknades till 2,1 miljarder kronor för övervikt och 1,8 miljarder kronor för obesitas. Motsvarade siffor för en årskohort 15-åringar, där cirka 11 procent hade övervikt och 4 procent obesitas, var 4,2 miljarder kronor för övervikt och 3,0 miljarder kronor för obesitas. Den högre samhällsekonomiska kostnaden för 15-åringar förklarades av en högre risk för övervikt och obesitas i vuxen ålder än för 6-åringarna.

Sedan föregående rapport av de samhällsekonomiska kostnaderna bland vuxna med övervikt och obesitas har svensk hälso- och sjukvård fått nya riktlinjer och rekommendationer för vård vid obesitas (1, 23) samt uppdaterade riktlinjer om ohälsosamma levnadsvanor (24, 25). Därtill har också flera läkemedel för behandling av obesitas blivit godkända av den europeiska läkemedelsmyndigheten (1). De kan förskrivas till svenska patienter men ingår inte i läkemedelsförmånen i nuläget och måste betalas av individen själv fullt ut. Det finns även ett äldre obesitasläkemedel som ingår i läkemedelsförmånen, men förskrivningen av detta är liten i förhållande till antalet personer med obesitas.

Sedan föregående rapport har det publicerats två större forskningsstudier i Sverige respektive Finland kring kopplingen mellan BMI och obesitasrelaterade sjukdomar (13, 14). Studierna inkluderade både nya och sedan tidigare kända sjukdomssamband. De två studierna har hög relevans för att beskriva aktuella kostnader för övervikt och obesitas i Sverige eftersom de är gjorda i en skandinavisk kontext och dessutom i flera fall baseras på nyare data än den tidigare internationella sammanställningen (12).

Den ökade förekomsten av obesitas i Sverige tillsammans med den nya kunskapen kring obesitasrelaterade sjukdomar och förändringar som har skett i svensk hälso- och sjukvård bidrar till behovet av nya beräkningar av de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas hos barn, ungdomar och vuxna.

2. Syfte

Det övergripande syftet med rapporten är att beräkna de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas hos barn, unga och vuxna idag samt göra prognoser för de framtida kostnaderna. Beräkningar av kostnader i framtiden bygger på nuläget och på tre olika scenarier för trender i folkhälsa fram till år 2040.

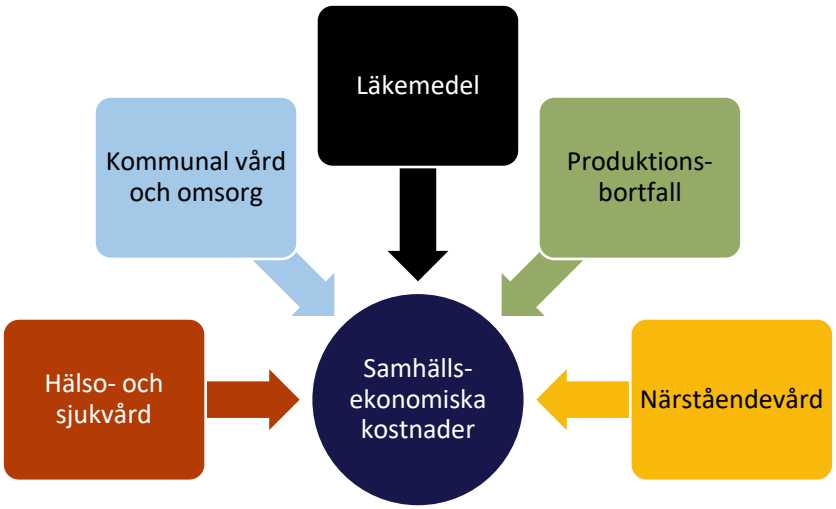
Syftet med rapporten är att besvara följande frågor;

- Hur stora är de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas idag?
- Hur stora förväntas de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas bli år 2030 samt år 2040 om trenden med ökad förekomst fortsätter eller om trenden bryts?

Rapporten diskuterar styrkor och svagheter med de använda metoderna och de dataunderlag som ligger grund för beräkningarna. Resultaten sätts sedan i perspektiv genom jämförelser med tidigare beräkningar av kostnader som kopplas till övervikt och obesitas. Andra referenspunkter i diskussionen är jämförelser med motsvarande kostnadsberäkningar för andra sjukdomar som cancer och demenssjukdom samt ett mått på Sveriges samlade ekonomi, den så kallade brutto-nationalprodukten (BNP). Diskussionen kommenterar även rapportens resultat i förhållande till två nyare nationella riktlinjer från Socialstyrelsen kring vård vid obesitas samt vård vid ohälsosamma levnadsvanor. Riktlinjerna innehåller konsekvensbeskrivningar med beräkningar av kostnader i hälso- och sjukvården om rekommendationerna införs.

3. Metod

Här beskrivs rapportens metod i korthet och en mer utförlig beskrivning finns i rapportens bilagor (Bilaga 1 och Bilaga 2). Rapporten utgår från en prevalensansats, vilket innebär en skattning av de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas för ett år. I denna rapport skattas kostnaderna för år 2023. De kostnader som ingår i beräkningarna är dels så kallade ”direkta kostnader” i form av hälso- och sjukvård, kommunal vård och omsorg samt läkemedel, dels ”indirekta kostnader” i form av produktionsbortfall som består av förlorat värde som hade kunnat uppstå om personer med övervikt eller obesitas inte blivit arbetslösa, sjuka eller avlidit i förtid, samt kostnader för den vård som utförs av närstående när personen med övervikt och obesitas blir sjuk (Figur 1).



Figur 1 Kostnader som ingår i beräkningarna av de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas

Analysen inkluderar hälso- och sjukvårdskostnader med obesitas som huvuddiagnos samt kostnader för obesitasrelaterade sjukdomar. Beräkningarna av kostnaderna för obesitas-relaterade sjukdomar bygger på en vedertagen metod för att beräkna hur mycket en riskfaktor, såsom obesitas, påverkar insjuknandet i en viss sjukdom (26). Metoden utgår från riskökningar för obesitasrelaterade sjukdomar hos personer med övervikt eller obesitas jämfört med personer med normalvikt som visats i kliniska och epidemiologiska studier (13, 14). Rapportens bilagor beskriver metoden och dataunderlag närmare.

Förekomst av övervikt och obesitas

Förekomsten av övervikt och obesitas i befolkningen hämtades från Folkhälsomyndighetens portal Folkhälsodata (27). Siffrorna för den vuxna befolkningen baserades mer specifikt på Nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Motsvarande uppgifter för barn och ungdomar baserades på information från Barnhälsovården, Elevhälsan och undersökningen Skolbarns hälsovanor. Detta underlag tillsammans med Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik för 2023 motsvarar ungefär 270 000 barn med övervikt och 97 000 barn med obesitas i Sverige idag. Samtidigt motsvarar det cirka 3 miljoner vuxna med övervikt och 1,5 miljoner vuxna med obesitas. Procentsatser för de olika åldersgrupperna finns i Tabell 1 i Bilaga 1.

Obesitasrelaterade sjukdomar

De sjukdomar som är kopplade till övervikt och obesitas hämtades från två större studier som publicerats under senare år (13, 14). Riskökningarna för de obesitasrelaterade sjukdomarna, exklusive cancersjukdomar, hämtades från en finsk studie med 115 000 personer vars BMI observerats via enkät (Tabell 2 i Bilaga 1) (13). För cancersjukdomar användes i stället riskökningarna från en svensk studie av drygt 4 miljoner personer, där en majoritet (85 procent) av BMI-uppgifterna hade samlats in i samband med mönstring eller graviditet (Tabell 3 i Bilaga 1) (14).

Hälso- och sjukvård

Kostnaderna för obesitasrelaterade sjukdomar inom primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård har beräknats utifrån uppgifter i Sveriges Kommuner och Regioners KPP-databas (KPP; Kostnad Per Patient) (28). Denna nationella databas innehåller information om resursutnyttjande och kostnader relaterade till slutenvård, specialiserad öppenvård och primärvård. KPP-databasen har hög rapporteringsgrad från regionerna särskilt för slutenvården och den öppna specialistvården. Dock registreras inte alla vårdkontakter i KPP-databasen och i analyserna räknades de rapporterade hälso- och sjukvårdskostnaderna upp så att de skulle motsvara en fullständig rapportering.

Kommunal vård och omsorg

Det saknas offentlig statistik över användning av kommunal vård och omsorg uppdelat på olika sjukdomar. Enbart kostnader för kommunal vård och omsorg kopplad till ischemisk hjärtsjukdom och sjukdomar i hjärnans kärl har kunnat beräknas, utifrån en nyligen publicerad studie som beräknat sjukdomsbördan vid hjärt- och kärlsjukdom i 54 olika länder, däribland Sverige (29).

Läkemedel

Läkemedel som ges på sjukhus inom såväl öppen specialistvård som vid slutenvårdsinläggningar ingår i de kostnader som rapporteras i KPP-databasen (28). De ingår därför i specialiserad öppenvård och slutenvård. Många av de sjukdomar som i olika grad kopplas till övervikt och obesitas behandlas med olika förskrivningsläkemedel. Inom ramen för denna rapport finns underlag för beräkningar av kostnader för förskrivningsläkemedel som tillskrivs övervikt och obesitas i fyra fall: obesitasläkemedel, diabetesläkemedel, läkemedelskostnader vid ischemisk hjärtsjukdom samt vid stroke och andra sjukdomar i hjärnas kärl. Det betyder att kostnader för andra förskrivningsläkemedel som används vid obesitasrelaterade sjukdomar inte ingår i rapportens beräkningar eftersom det saknas tillräckligt vetenskapligt underlag respektive detaljerad statistik för att hantera hur stor andel av olika läkemedels kostnader som kan tillskrivas övervikt och obesitas.

Produktionsbortfall

I kostnadsberäkningarna ingår produktionsbortfall till följd av arbetslöshet, kortare sjukfrånvaro (de första 14 dagarna), sjukskrivning (efter 14 dagar), sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) samt produktionsbortfall till följd av för tidig död.

Studier pekar på att övervikt och obesitas kan kopplas till en högre risk för arbetslöshet. Förekomsten av arbetslöshet hämtades från Statistiska centralbyråns arbetskraftsundersökning (AKU) (30). För att beräkna tillskrivningsfaktorer hämtades förhöjda risker för arbetslöshet hos

personer med övervikt eller obesitas från en svensk studie som länkat BMI-uppgifter från enkäter till Arbetsförmedlingens inskrivningsdata (31).

Kortare sjukfrånvaro, alltså de första 14 dagarna i en sjukskrivningsperiod som en arbetsgivare ansvarar för, sammanställdes genom att hämta antalet sjukdagar per anställd (32) samt antalet anställda i hela befolkningen (33) från Statistiska centralbyrån. Inga studier har identifierats som undersöker risken för kortare sjukfrånvaro hos personer med övervikt eller obesitas inom en svensk kontext. I stället användes en norsk studie som undersökt sambandet mellan flera faktorer, däribland övervikt och obesitas (16).

Sjukskrivning, det vill säga när Försäkringskassan tar över ansvaret efter de inledande 14 dagarna, baserades på information om antal personer och antal dagar med sjuk- och rehabiliteringspenning från Försäkringskassans offentliga statistikdatabas år 2023 (34). Den ökade risken för sjukpenning hos personer med övervikt eller obesitas baserades på en svensk studie av män som mönstrade åren 1969 och 1970 och sedan följdes upp mellan åren 1986 och 2005 avseende sjukskrivning (15).

Antalet personer med aktivitets- och sjukersättning år 2023 och ersättningens omfattning hämtades också från Försäkringskassan (35). Den ökade risken för sjuk- eller aktivitetsersättning hos personer med övervikt eller obesitas baserades även på en studie av svenska män som mönstrade mellan åren 1969 och 1994 (17).

Produktionsbortfallet till följd av för tidig död beräknades utifrån antalet dödsfall under år 2023 uppdelad i 5-årsklasser hämtade från Dödsorsaksregistret hos Socialstyrelsens (36). Den förhöjda risken för död bland personer med övervikt respektive obesitas hämtades från en metaanalys som bland annat beräknat risken för personer under 65 år som aldrig rökt baserat på 13 olika studier (37).

Slutligen värderas produktionsbortfallet i kronor genom att multiplicera tiden med dess värde mätt som lönekostnaden inklusive sociala avgifter. Detta värde beräknades för respektive åldersgrupp genom att hämta åldersgruppens genomsnittslön (38), justera ned denna med för sysselsättningsgraden, för att inte alla som ingår i arbetskraften har ett arbete, (39) samt med andel arbetade timmar per vecka av en heltid (40), och slutligen addera genomsnittliga sociala avgifter (41).

Närståendevård

För personer med kroniska sjukdomar kan hjälp från familjemedlemmar och andra närstående spela en avgörande roll i det dagliga livet. Denna typ av hjälp kallas närståendevård eller informell vård och kännetecknas alltså av att det är insatser i omhändertagandet som privatpersoner gör istället för att det skulle göras av vårdpersonal.

En litteraturgenomgång identifierade tre studier av närståendevård som bedömdes vara relevanta i ett svenskt sammanhang. Den första studien beräknade sjukdomsbördan vid hjärt- och kärlsjukdom i 54 olika länder, däribland Sverige (29). De andra två studierna var finska enkätstudier av vårdkonsumtion vid olika stadier av bröstcancer (42) samt tjock- och ändtarmscancer (43). Kostnader för närståendevård har inte kunnat beräknas för andra obesitasrelaterade sjukdomar på grund av att motsvarande studier av samband och statistikunderlag inte har hittats.

För att beräkna kostnaden för närståendevården användes ersättningskostnadsmetoden där tiden värderas utifrån hur mycket det skulle kosta om en professionell vårdgivare hade gett vården (44, 45).

Kostnader för åtgärder i nationella riktlinjer

Utöver de faktiska kostnader som uppstår kopplade till övervikt och obesitas, som beräknades med tillskrivningsfaktorer enligt ovanstående metod, sammanställdes även en separat översyn av de kostnader som skulle kunna uppstå om åtgärderna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer implementerades. Sammanställningen presenteras i Tabell 5 och Tabell 6 i Bilaga 3.

Prognos av framtida kostnader för övervikt och obesitas

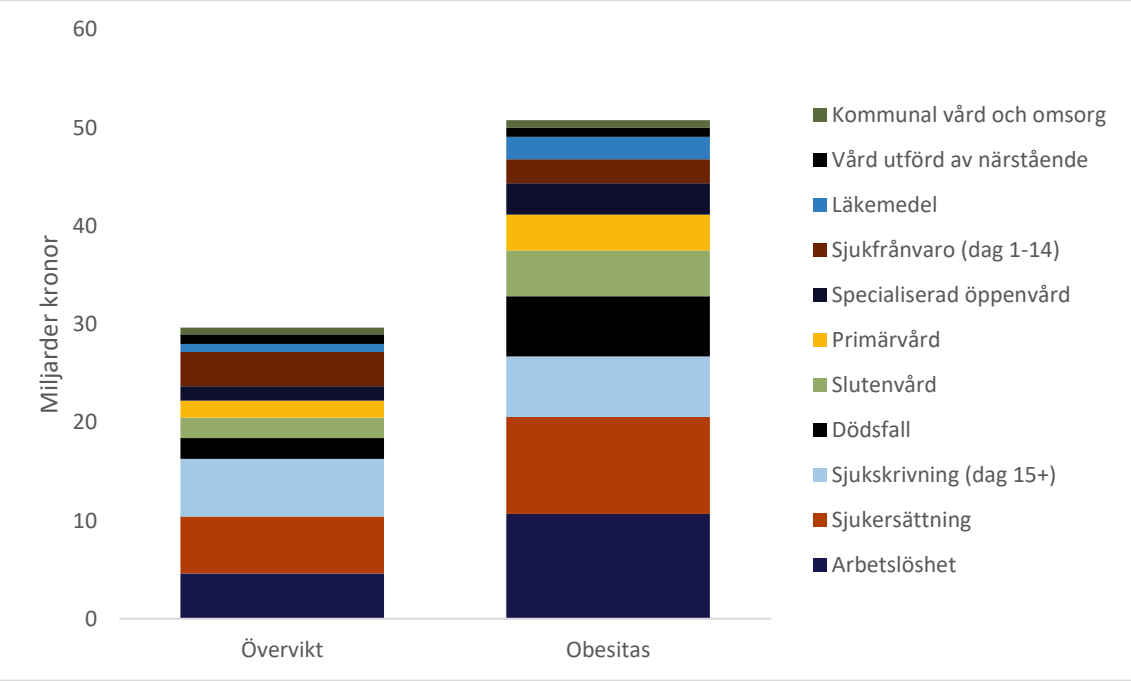
Rapporten presenterar även tre prognoser för kostnader kopplade till övervikt och obesitas år 2030 och år 2040. Prognosernas beräkningar använder de genomsnittliga kostnaderna per person med övervikt och obesitas från år 2023 för framskrivningen av de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas år 2030 och år 2040.

- Prognos 1: Fortsatt ökning av övervikt och obesitas med samma trend som senaste 10 åren
- Prognos 2: Bibehållen andel med övervikt och obesitas som år 2023
- Prognos 3: Minskad andel med obesitas med 1 procentenhet jämfört med 2023

4. Resultat

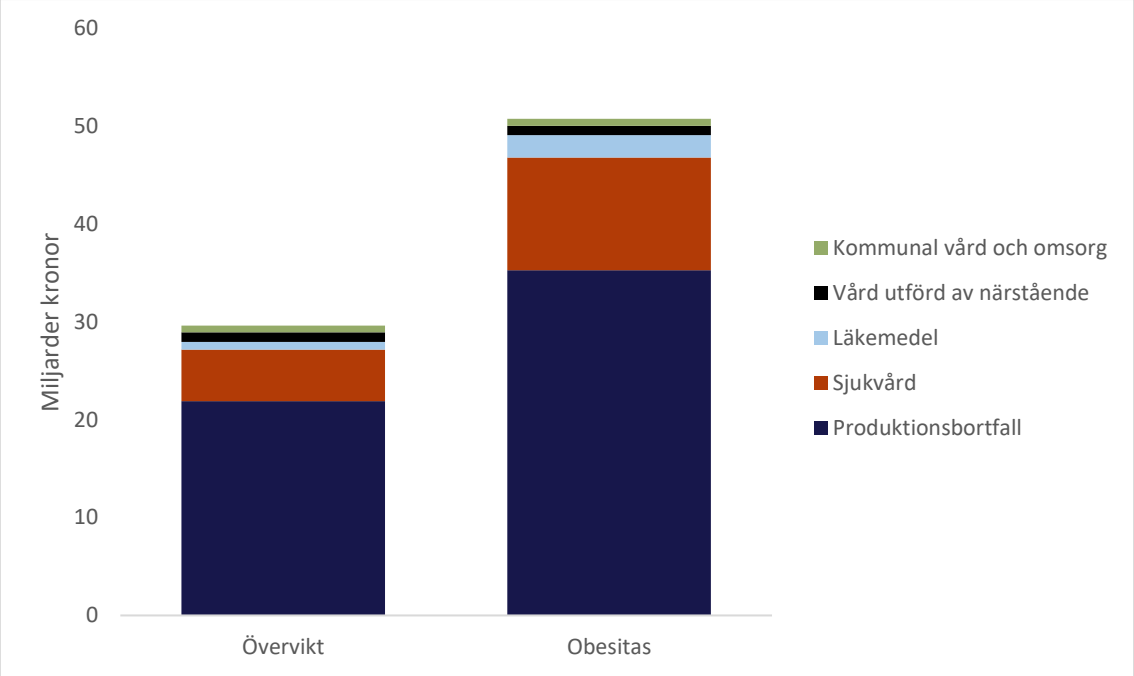
Rapporten beräknade kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas med ett brett samhällsperspektiv som inkluderade såväl kostnader som bärs av hälso- och sjukvården som de som bärs av individen själv eller andra samhällsaktörer. Baserat på data för år 2023, skattades den totala kostnaden kopplad till övervikt till 29,6 miljarder kronor medan kostnaden för obesitas uppgick till 50,8 miljarder kronor (Figur 2). Detta innebär sammanlagda kostnader på 80,4 miljarder kronor kopplade till övervikt och obesitas år 2023.

Det är ungefär dubbelt så många personer som har övervikt (drygt 3,2 miljoner individer) som antalet personer med obesitas (drygt 1,6 miljoner individer). Det innebär att kostnaden per person blir högre för obesitas. Kostnaderna skiljer sig också mellan barn och vuxna. Utslaget per person blir den genomsnittliga samhällskostnaden cirka 10 000 kronor för vuxna med övervikt och cirka 35 000 kronor för vuxna med obesitas år 2023. Kostnaden för barn innehåller enbart vårdtillfällen med obesitas som huvuddiagnos och blir cirka 2 000 kronor för barn med obesitas.



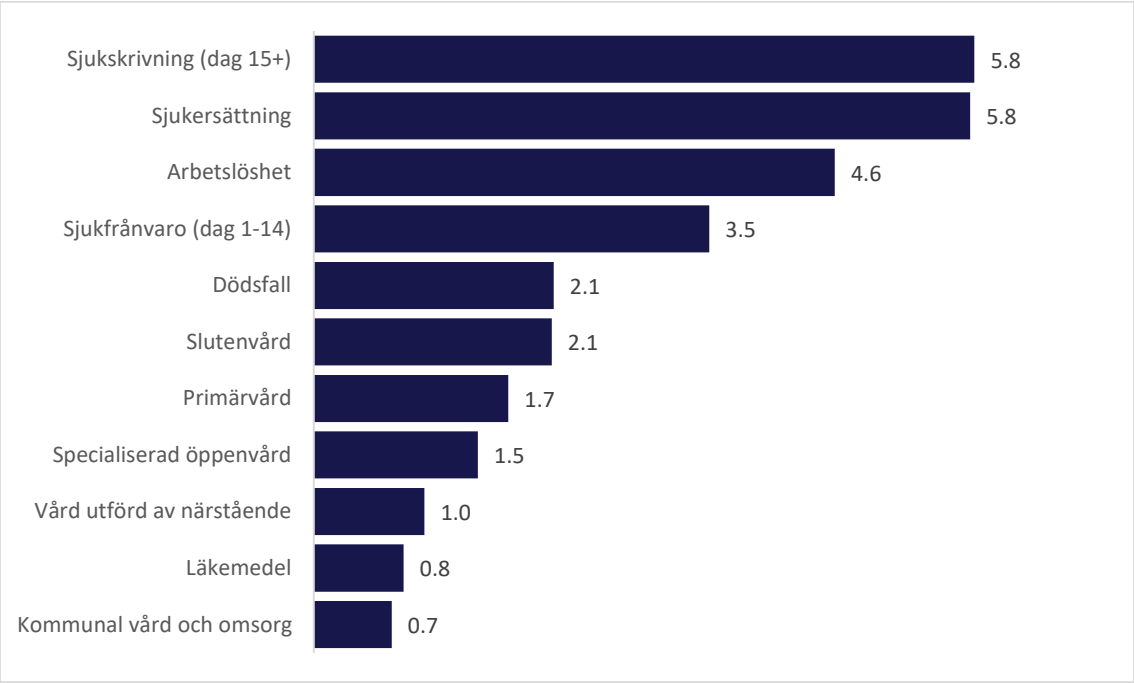
Figur 2 Totala samhällsekonomiska kostnader för övervikt och obesitas år 2023

Figur 3 summerar kostnadsposterna i fem övergripande kategorier: hälso- och sjukvård (primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård), kommunal vård och omsorg, läkemedel, produktionsbortfall (till följd av arbetslöshet, kortare sjukfrånvaro, sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning samt för tidig död) och närståendevård. Denna illustration visar att även om kostnader för hälso- och sjukvård är betydande så stod produktionsbortfallet för sammanlagt 74 procent av de totala kostnaderna kopplade till övervikt respektive 70 procent av de totala kostnaderna för obesitas.



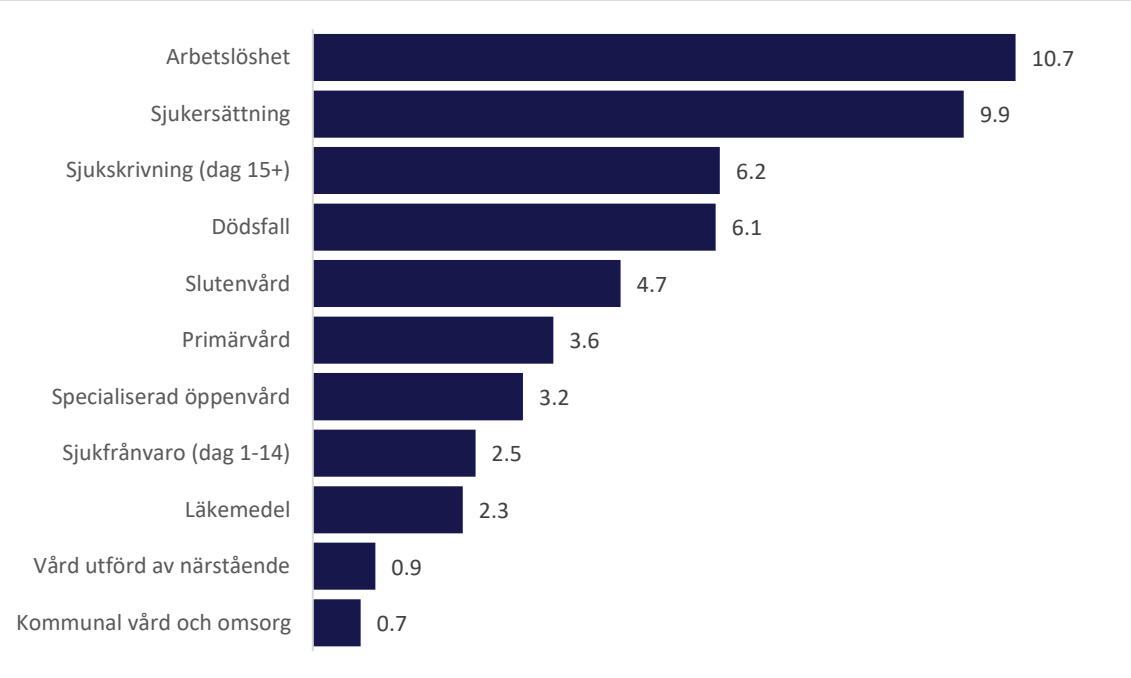
Figur 3 Totala samhällsekonomiska kostnader kopplade till övervikt och obesitas år 2023

En mer detaljerad redovisning av samhällskostnaderna kopplade till övervikt år 2023 visas i Figur 4. De största kostnadsposterna var produktionsbortfall till följd av sjukskrivning från dag 15 och framåt och produktionsbortfall till följd av sjukersättning (båda 5,8 miljarder kronor) följt av produktionsbortfall till följd av arbetslöshet (4,6 miljarder kronor).



Figur 4 Totala samhällsekonomiska kostnader kopplade till övervikt år 2023 (miljarder kronor)

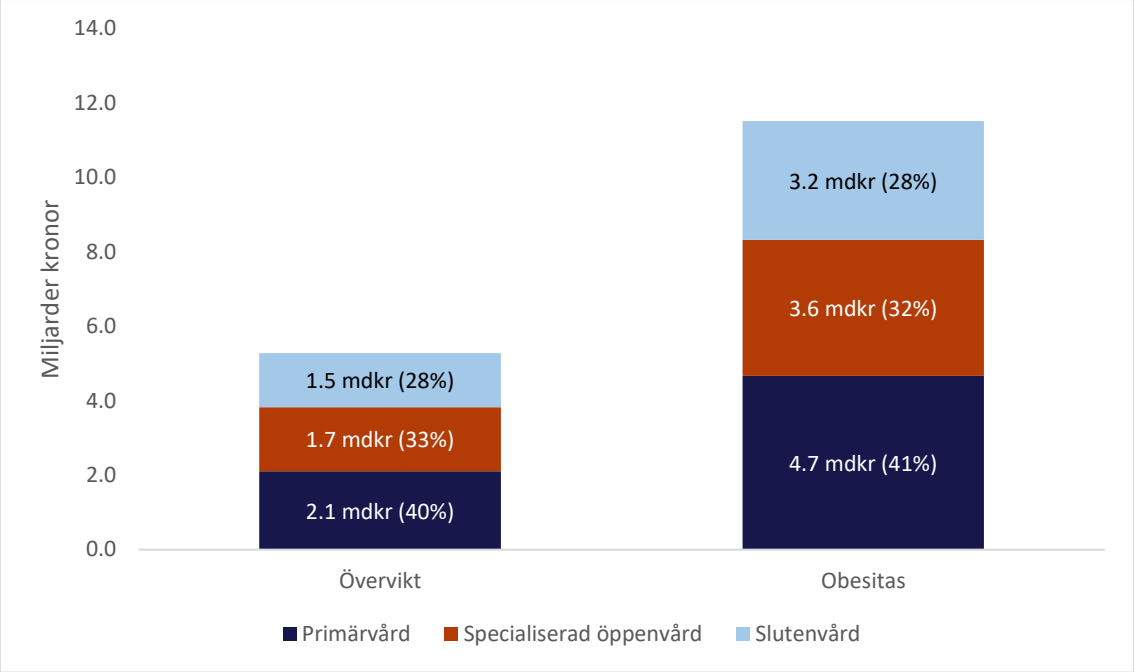
Motsvarande uppdelning av de samhällsekonomiska kostnaderna för obesitas under år 2023 hade en något annorlunda rangordning. Figur 5 visar kostnadsposterna för obesitas från störst till minst. Här var den största kostnadsposten produktionsbortfall till följd av arbetslöshet (10,7 miljarder kronor) med produktionsbortfall till följd av sjukskrivning från dag 15 och framåt först på tredje plats (6,2 miljarder kronor). Produktionsbortfall till följd av sjukersättning var den andra största kostnadsposten (9,9 miljarder kronor) också vid obesitas.



Figur 5 Totala samhällsekonomiska kostnader kopplade till obesitas år 2023 (miljarder kronor)

4.1. Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdskostnader visas uppdelat efter vårdtillfällets eller besökets vårdnivå (primärvård, specialiserad öppenvård eller slutenvård) i Figur 6. De totala hälso- och sjukvårdskostnaderna år 2023 var 5,3 miljarder kronor för övervikt och 11,5 miljarder kronor för obesitas, vilket sammanlagt blir 16,8 miljarder kronor. Figuren visar att det är en förhållandevis likartad kostnadsfördelning mellan de olika vårdnivåerna, men också att den största enskilda kostnadsposten för både övervikt och obesitas var primärvården.

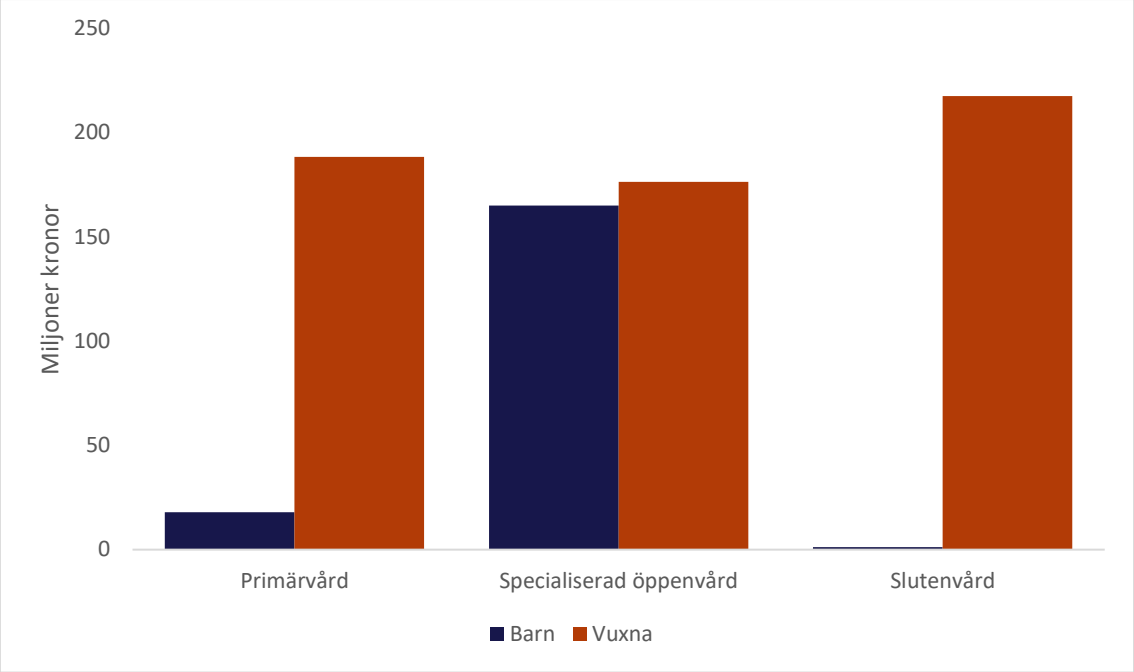


Figur 6 Kostnader kopplade till övervikt och obesitas år 2023 uppdelat efter vårdnivå i hälso- och sjukvården.

Bland kostnader för hälso- och sjukvård ingår vårdtillfällen som har obesitas som huvuddiagnos, totalt 775 miljoner kronor under 2023. Figur 7 visar hur dessa fördelades för barn och vuxna. Dessa vårdtillfällen omfattar exempelvis obesitaskirurgi som genomförts inom den offentliga hälso- och sjukvården.[2] Här ingår alltså inte kostnader för obesitasrelaterade sjukdomar.

Den totala sjukvårdskostnaden för behandling av obesitas hos barn var 217 miljoner kronor. Nästan 90 procent av dessa återfanns i den specialiserade öppenvården, följt av kostnader i primärvården, medan mindre än 1 procent var i slutenvård. För vuxna var sjukvårdskostnaderna för behandling av obesitas (totalt 558 miljoner kronor) relativt jämnt fördelade mellan primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård. Kostnaden i specialiserad öppenvård var något högre bland barn än vuxna medan kostnader för primärvård och slutenvård var betydligt högre hos vuxna än hos barn. Sammantaget utgör vårdtillfällen med obesitas som huvuddiagnos en mindre del av den totala sjukvårdskostnaden kopplad till obesitas 775 miljoner kronor av totalt 11,5 miljarder kronor (omkring 7 procent).

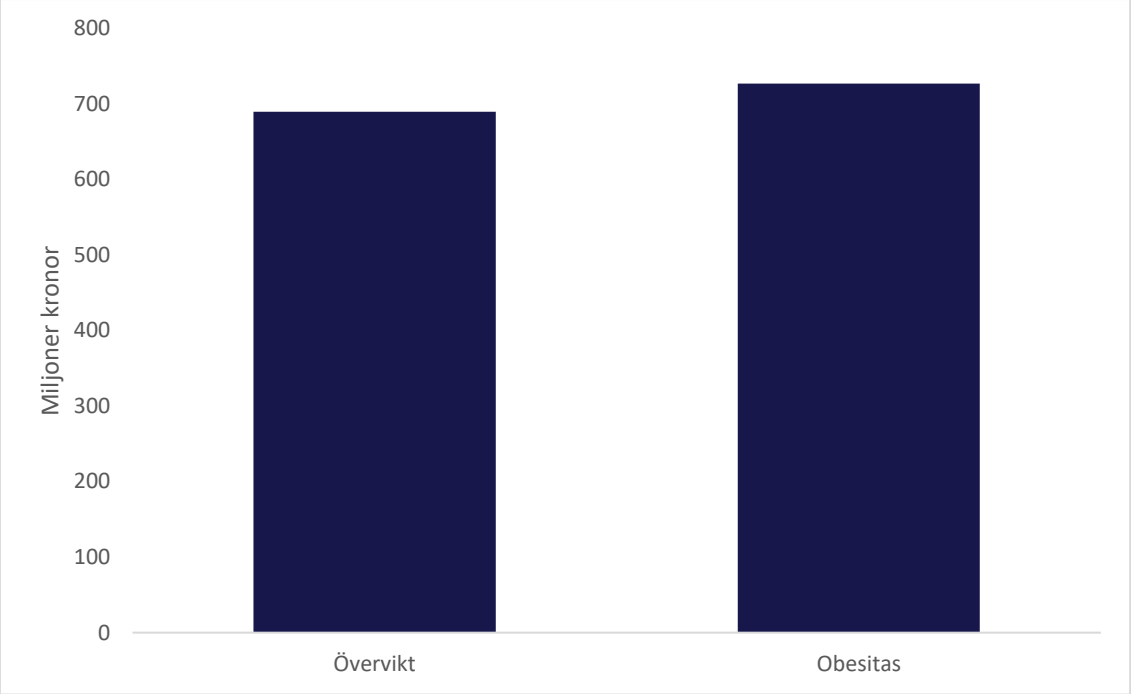
[2] Datakällan KPP-databasen har registreringar för obesitaskirurgi inom den offentliga hälso- och sjukvården. Obesitaskirurgi som genomförs av privata vårdgivare är bristfälligt rapporterat. Diskussionsavsnittet återkommer till vad detta har för betydelse för kostnadsberäkningarna.



Figur 7 Kostnader i hälso- och sjukvården med obesitas som huvuddiagnos år 2023 hos barn och vuxna.

4.2. Kommunal vård och omsorg

Kostnaderna för kommunal vård och omsorg för ischemisk hjärtsjukdom, stroke och andra sjukdomar i hjärnans kärl var 690 miljoner kronor kopplade till övervikt och 730 miljoner kronor kopplade till obesitas (Figur 8). Kostnader för kommunal vård och omsorg kan vara lågt räknade eftersom det saknas underlag för att kunna inkludera även andra obesitasrelaterade sjukdomar som kan påverka behov av omsorgsinsatser. Samtidigt visade inte den finska studien att övervikt och obesitas medförde en högre risk för demenssjukdom som är den vanligaste orsaken till att en person bevilja plats i särskilt boende. Det går dock inte att säga hur stor en eventuell underskattning är på grund av andra obesitasrelaterade sjukdomar med tydligare samband.

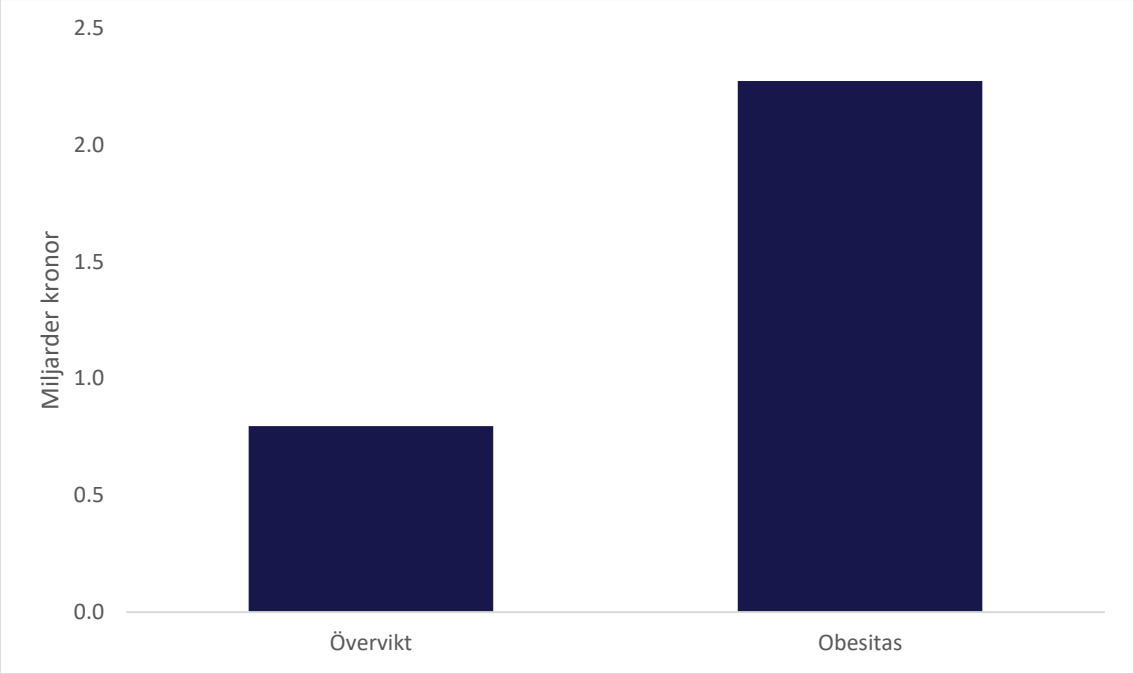


Figur 8 Kostnader inom kommunal vård och omsorg kopplade till övervikt och obesitas år 2023

4.3. Läkemedel

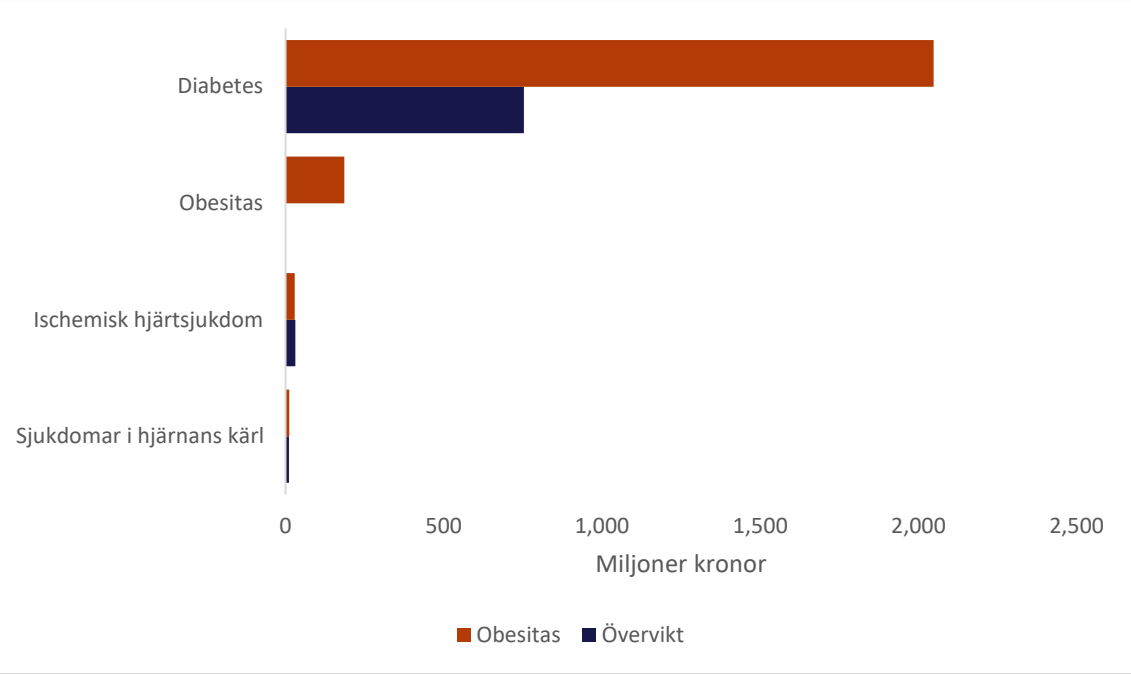
Kostnader för förskrivningsläkemedel kopplade till behandling av obesitas eller av obesitasrelaterade sjukdomar uppgick till 796 miljoner kronor kopplade till övervikt och 2,3 miljarder kronor kopplade till obesitas, vilket motsvarade totalt 3,1 miljarder kronor år 2023 (Figur 9). Beräkningarna inkluderar läkemedel för obesitas som ingår i läkemedelsförmånen samt för tre obesitasrelaterade sjukdomsgrupper. Dessa är diabetes, ischemisk hjärtsjukdom samt stroke och andra sjukdomar i hjärnans kärl. Beräkningen av kostnaden för förskrivningsläkemedel är en konservativ beräkning eftersom det finns flera andra förskrivningsläkemedel som används i behandlingen av de sjukdomar som har klarlagd koppling till övervikt och obesitas.[3] Kostnader för läkemedel som ges på sjukhus ingår i kostnader för slutenvård och specialiserad öppenvård.

[3] Exempelvis visar Tabell 2 att övervikt och obesitas kopplas till sömnstörningar, hjärtsvikt, gikt och njursvikt. Dessa sjukdomar behandlas med flera olika läkemedel och flera av dem används även vid andra sjukdomstillstånd. Inom ramen för detta arbete har vi inte identifierat studier eller rapporter som möjliggjort att sortera isär dessa samband för beräkning av kostnader kopplat specifikt till övervikt och obesitas.



Figur 9 Läkemedelskostnader kopplad till övervikt och obesitas år 2023

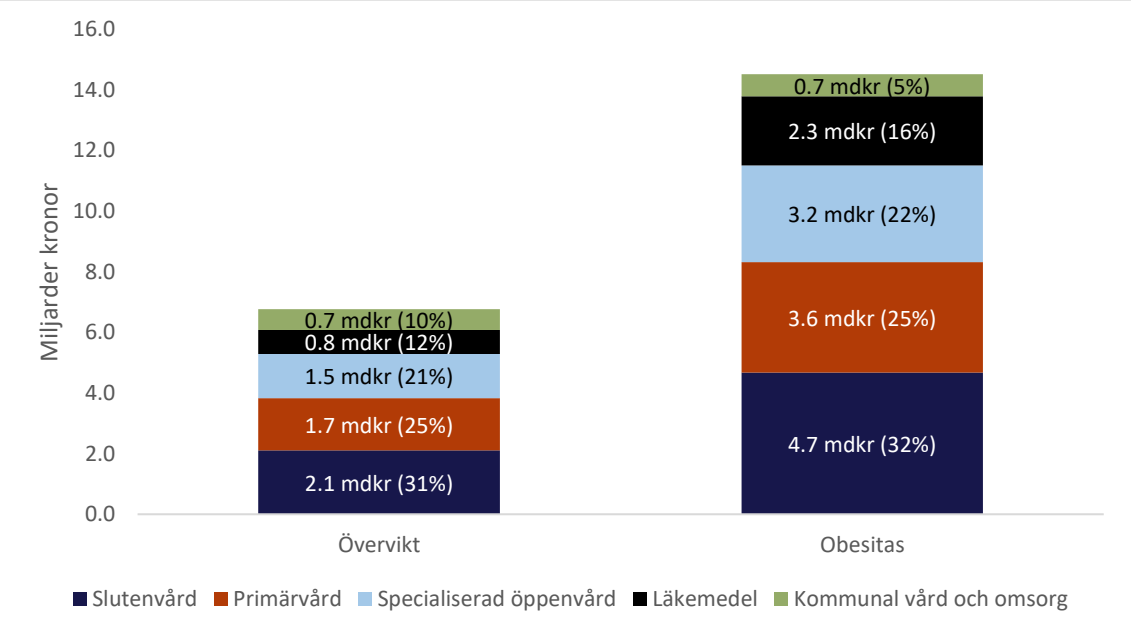
År 2023 såldes i Sverige läkemedel som tillhör gruppen diabetesmedel (ATC-kod A10) för sammanlagt knappt 4 miljarder kronor. Cirka 70 procent av dessa tillskrevs övervikt och obesitas utifrån den ökade risken för särskilt typ 2-diabetes som kopplas till övervikt och obesitas. Detta var den enskilt största läkemedelskostnaden, fördelad över 754 miljoner kronor kopplade till övervikt och 2 miljarder kronor kopplade till obesitas (Figur 10). Den samlade kostnaden för obesitasläkemedel år 2023 beräknades till 186 miljoner kronor, varav 14 miljoner kronor avsåg läkemedel som ingick i läkemedelsförmånen.



Figur 10 Läkemedelskostnader kopplade till övervikt och obesitas år 2023 uppdelat per sjukdomsgrupp

4.4. Direkta kostnader

De direkta kostnaderna för primärvård, specialiserad öppenvård, slutenvård, kommunal vård och omsorg samt läkemedel uppgick till 6,8 miljarder kronor kopplade till övervikt och ytterligare 14,5 miljarder kronor kopplade till obesitas. De direkta kostnaderna uppdelat efter kostnadskategori och sorterade i storleksordning visas i Figur 11.



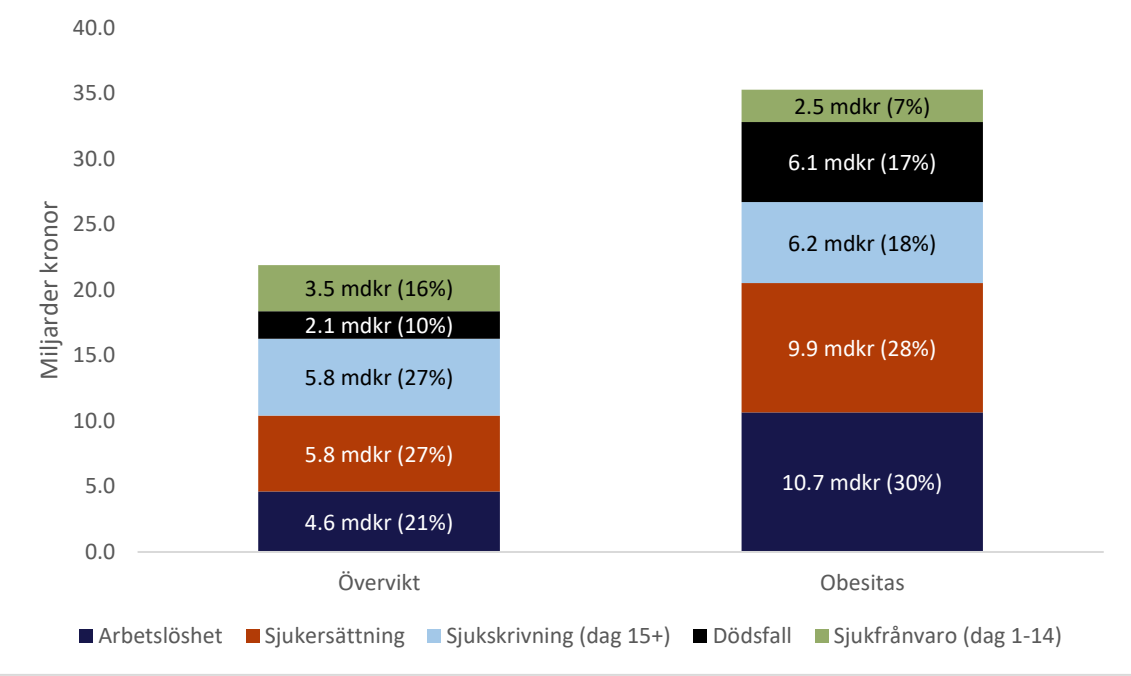
Figur 11 Direkta kostnader kopplade till övervikt och obesitas år 2023 uppdelat per kostnadskategori

4.5. Produktionsbortfall

Majoriteten av de samhällsekonomiska kostnaderna utgjordes av produktionsbortfall, 21,9 miljarder kronor kopplade till övervikt och 35,3 miljarder kronor kopplade till obesitas. Totalt innebär det ett produktionsbortfall på 57,2 miljarder kronor kopplade till övervikt och obesitas år 2023. Produktionsbortfallet visas uppdelat efter kostnadspost och sorterat efter storlek med den rangordning som kostnader kopplade till obesitas har i Figur 12. Figuren illustrerar att dessa kostnadsposter skiljer för övervikt och obesitas vad gäller storlek men också vad som framför allt driver de totala kostnaderna.

De största delarna av kostnaderna för produktionsbortfall kopplade till övervikt var sjukskrivning (dag 15+) samt sjukersättning, som vardera stod för 27 procent av totalen. För obesitas var däremot den största kostnadsposten bland produktionsbortfallet arbetslöshet, som stod för 30 procent av kostnaderna.

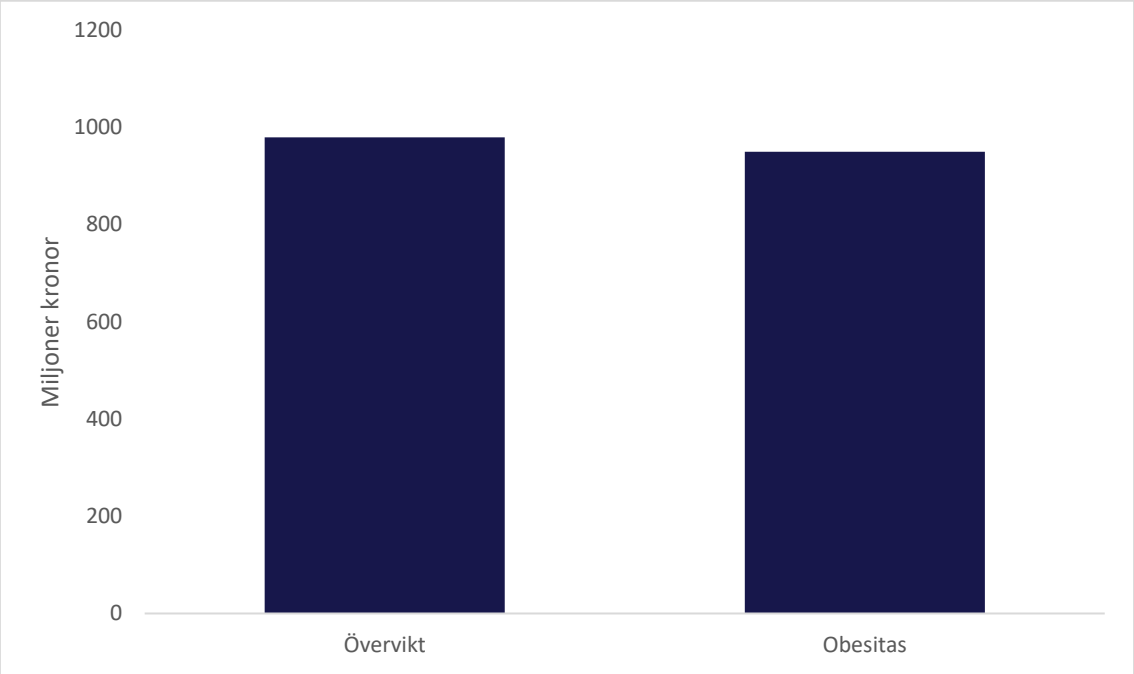
Produktionsbortfall till följd av för tidig död var den minsta av kostnadsposterna i produktionsbortfallet kopplad till övervikt (2,1 miljarder kronor). Motsvarande kostnadspost kopplad till obesitas var 6,1 miljarder kronor, nästan lika stor som kostnaderna för sjukskrivning (dag 15+, 6,2 miljarder kronor). Den minsta kostnaden för produktionsbortfall till följd av obesitas var sjukfrånvaro (dag 1–14), som uppgick till 2,5 miljarder kronor. Detta är en lägre summa än motsvarande kostnad kopplade till övervikt, som var 3,5 miljarder kronor. Detta beror på små skillnader i förhöjd risk för sjukfrånvaro, medan det är ungefär dubbelt så många som har övervikt jämfört med antalet med obesitas.



Figur 12 Produktionsbortfall kopplat till övervikt och obesitas år 2023 uppdelat efter bakomliggande orsak

4.6. Närståendevård

Kostnaderna för närståendevård var 980 miljoner kronor kopplade till övervikt och 950 miljoner kronor kopplade till obesitas (Figur 13). Kostnader för närståendevård har kunnat beräknas för bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, ischemisk hjärtsjukdom, stroke och andra sjukdomar i hjärnans kärl.

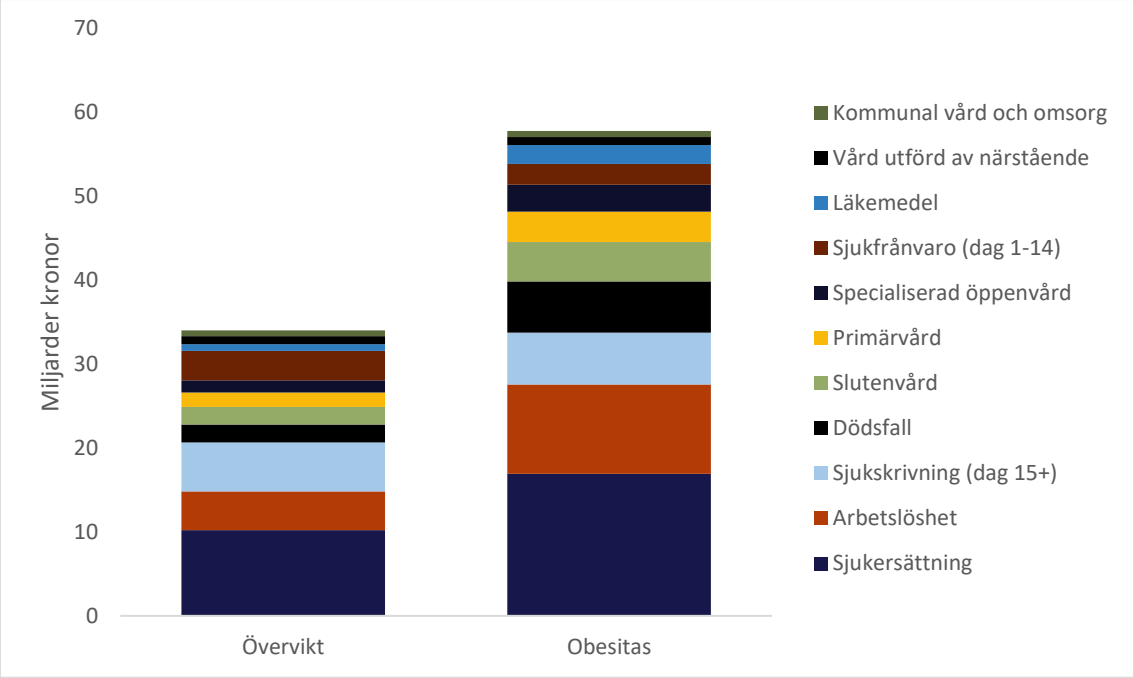


Figur 13 Kostnader för närståendevård kopplade till övervikt och obesitas år 2023

4.7. Tilläggsanalys: produktionsbortfall för psykiska sjukdomar

På grund av det dubbelriktade sambandet mellan övervikt, obesitas och psykisk sjukdom ingick inte sjuk- och aktivitetsersättning för psykisk sjukdom i huvudanalysen (se vidare Bilaga 2). I stället gjordes en tilläggsanalys där även produktionsbortfall för psykisk sjukdom inkluderades.

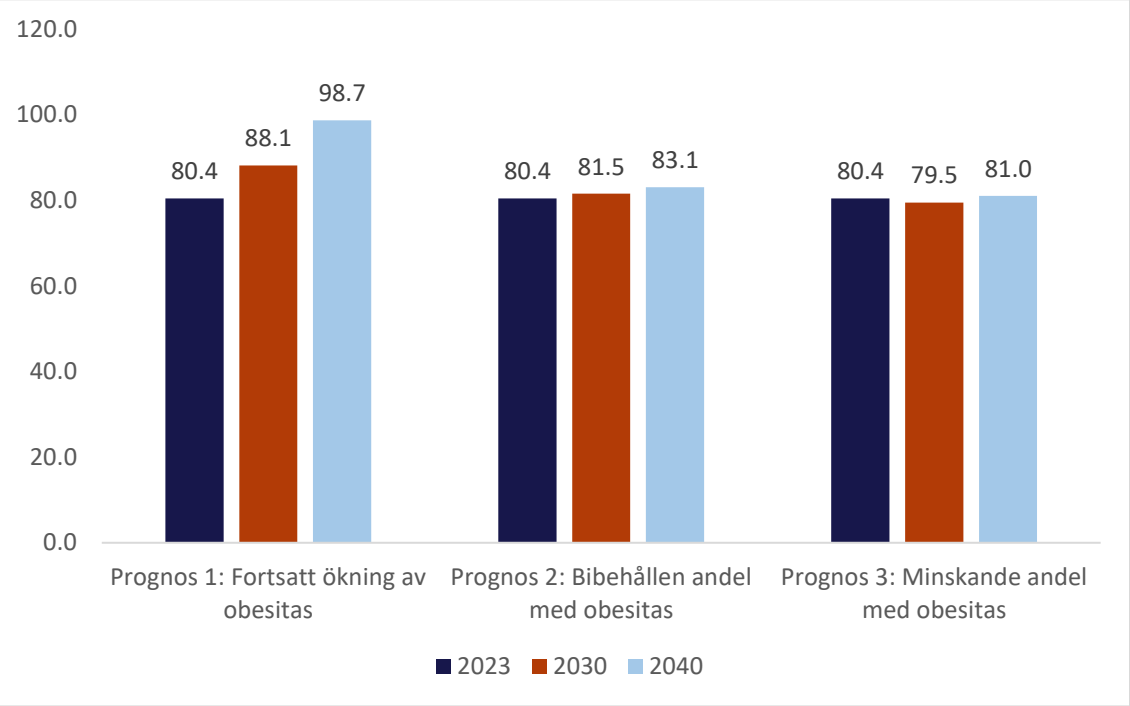
När produktionsbortfall för psykiska sjukdomar inkluderades i analysen steg de totala samhällsekonomiska kostnaderna till 34 miljarder kronor kopplade till övervikt och 57,8 miljarder kronor kopplade till obesitas, vilket skulle innebära en sammanlagd kostnad på 91,8 miljarder kronor för övervikt och obesitas (Figur 14). Tillägget motsvarar alltså mer än 11 miljarder kronor år 2023. Dessa resultat kommenteras vidare i rapportens diskussion.



Figur 14 Samhällsekonomiska kostnader kopplade till övervikt och obesitas år 2023 om produktionsbortfall för psykiska sjukdomar inkluderas

5. Prognoser av framtida kostnader för övervikt och obesitas

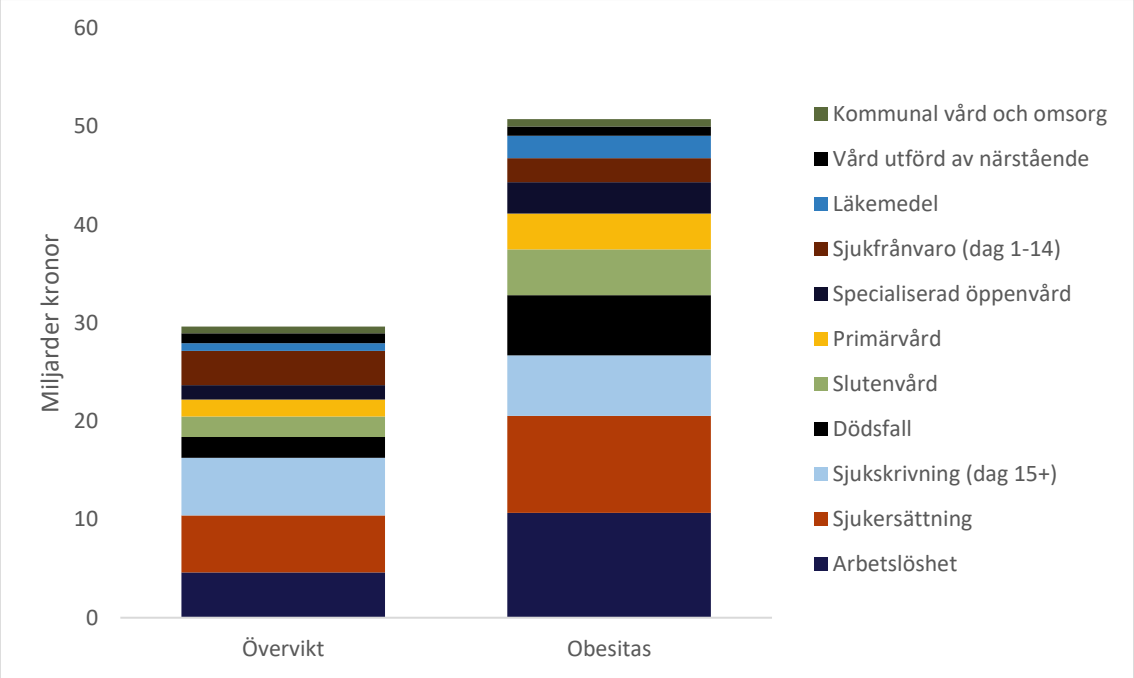
Rapporten prövar tre olika prognoser för utveckling av övervikt och obesitas kommande år och visar beräknade samhällsekonomiska kostnader år 2030 och år 2040. För att göra prognoserna användes den genomsnittliga kostnaden per person med övervikt och obesitas från år 2023 samt befolkningsframskrivning från Statistiska centralbyrån för att beräkna de förväntade samhällsekonomiska kostnaderna. Det betyder att kostnadsprognoserna drivs av den framtida förekomsten av övervikt och obesitas och håller andra faktorer såsom priser, produktivitet och behandlingsteknologier konstant. Figur 15 sammanfattar först de totala samhällsekonomiska kostnader kopplade till övervikt och obesitas utifrån de tre prognoserna. Nedan följer sedan en mer detaljerad redovisning.



Figur 15 Samhällsekonomiska kostnader kopplade till övervikt och obesitas år 2023 och prognoser för kostnaderna år 2030 och år 2040

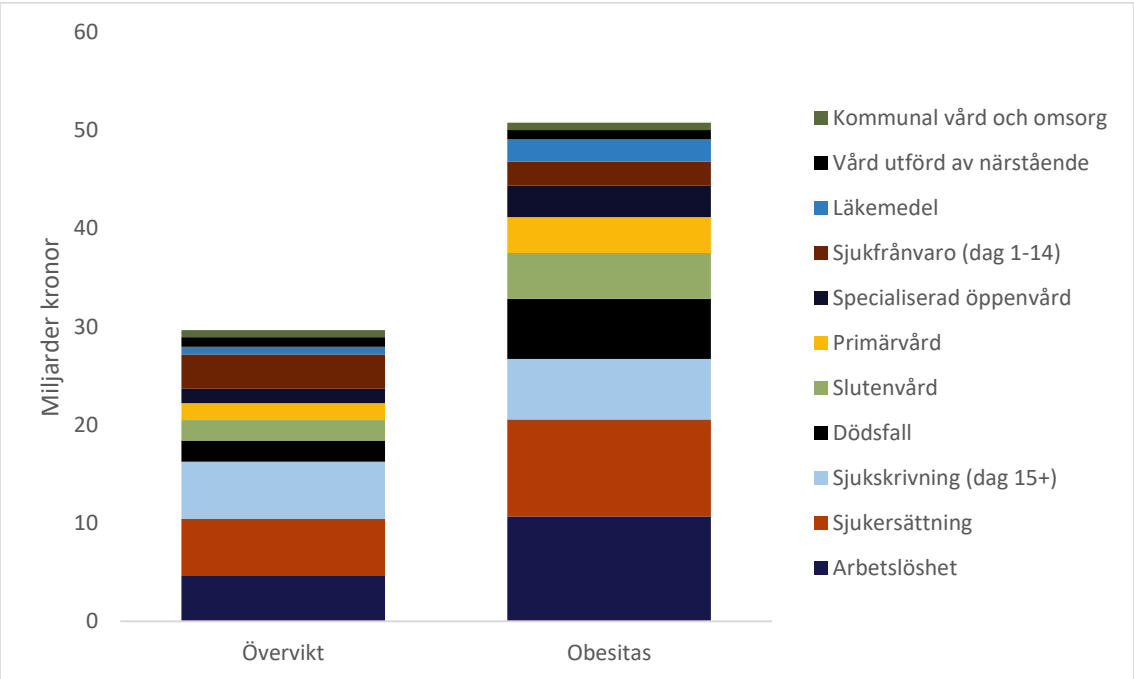
5.1. Prognos 1: Fortsatt ökning av övervikt och obesitas enligt trend från föregående decennium

De totala samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt år 2030 vid fortsatt trend beräknades till 29,3 miljarder kronor (Figur 16). Utöver det stod obesitas för 58,8 miljarder kronor. Sammantaget skulle det innebära det en kostnadsökning jämfört med år 2023 på 7,7 miljarder kronor till totalt 88,1 miljarder kronor år 2030.



Figur 16 Samhällsekonomiska kostnader kopplade till övervikt och obesitas år 2030 enligt trend från föregående decennium

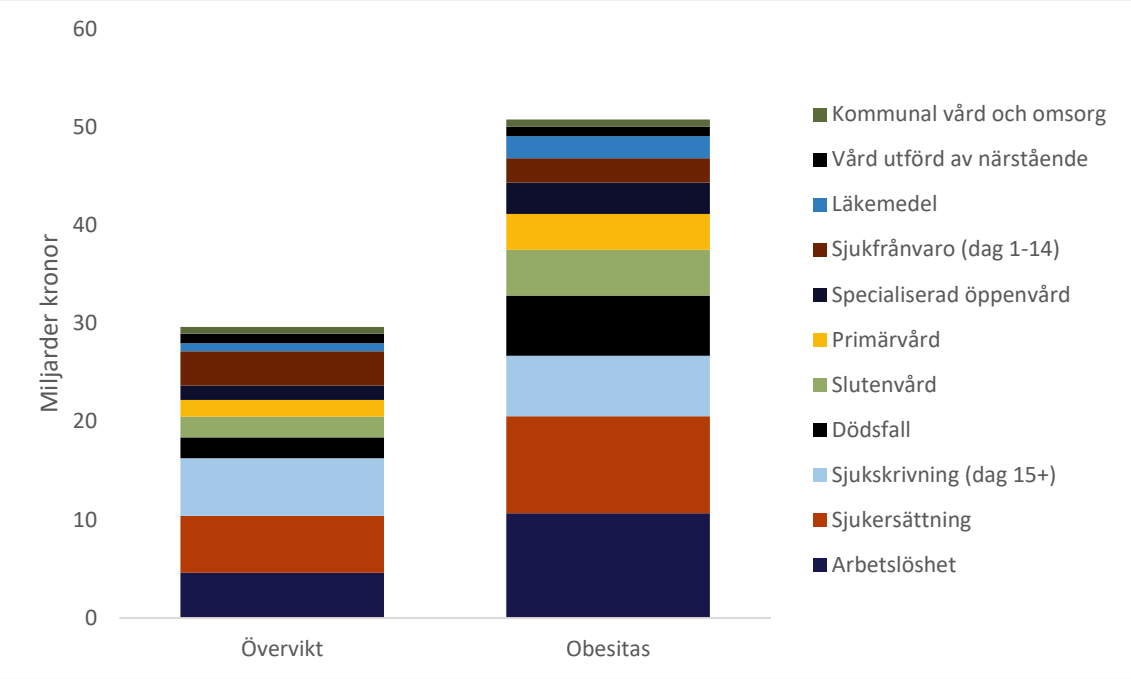
Vid en fortsatt trend skulle kostnaderna kopplade till övervikt minska med 900 miljoner till totalt 28.7 miljarder år 2040, medan kostnaderna kopplade till obesitas skulle öka med 19,2 miljarder till 70 miljarder kronor (Figur 17). Sammantaget skulle kostnaderna summera till 98,7 miljarder kopplade till både övervikt och obesitas.



Figur 17 Samhällsekonomiska kostnader kopplade till övervikt och obesitas år 2040 enligt trend från föregående decennium

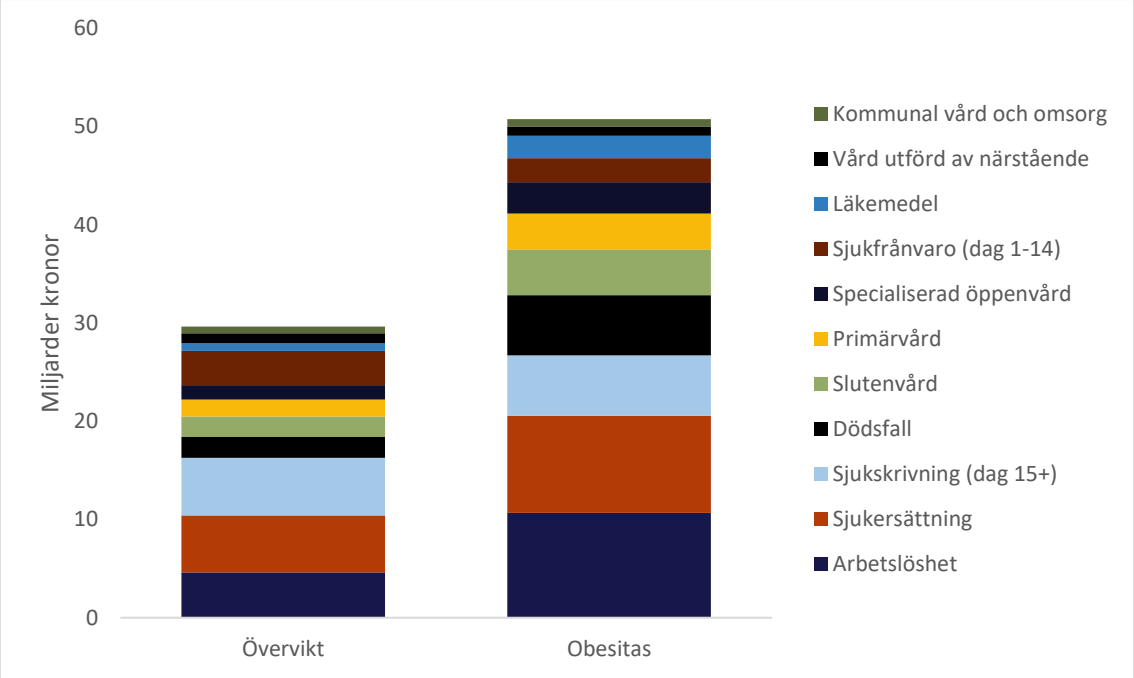
5.2. Prognos 2: Bibehållen andel med övervikt och obesitas som år 2023

Vid bibehållen andel av personer med övervikt och obesitas skulle de samhällsekonomiska kostnaderna bli 30,2 miljarder kopplade till övervikt och 51,3 miljarder kopplade till obesitas år 2030 (Figur 18). Sammantaget skulle det innebära en ökning av kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas jämfört med år 2023 med 1,1 miljarder kronor till 81,5 miljarder kronor år 2030.



Figur 18 Samhällsekonomiska kostnader kopplade till övervikt och obesitas år 2030 vid bibehållen andel med övervikt och obesitas

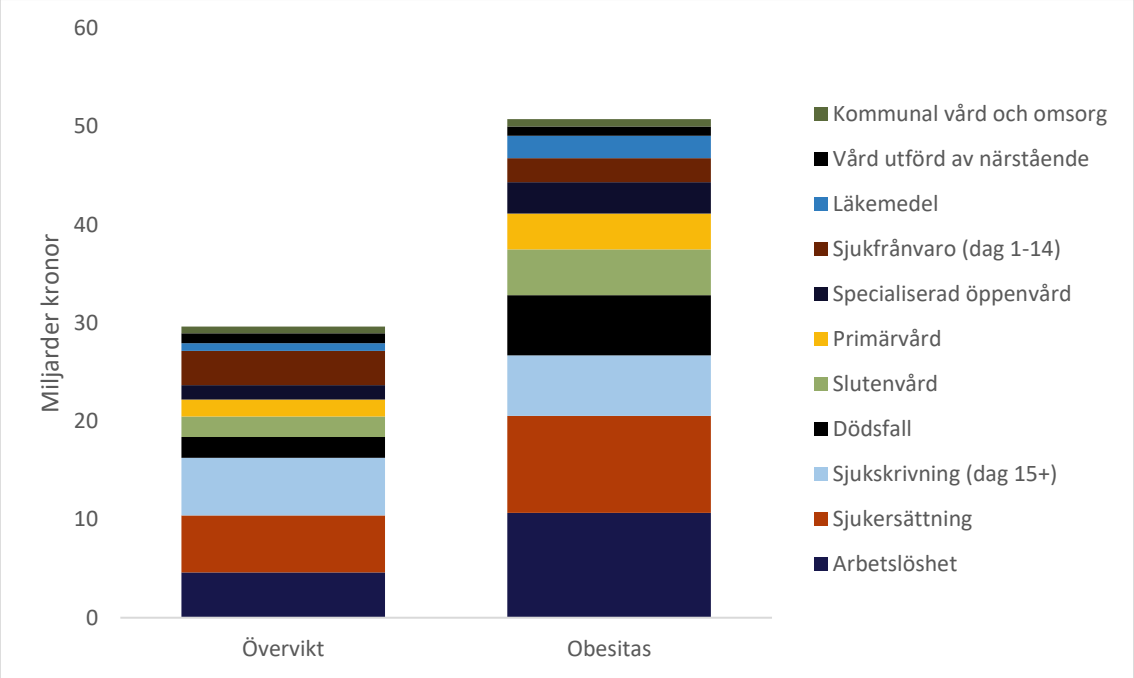
För år 2040 skulle de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt stiga något till 30,9 miljarder kronor medan kostnaderna kopplade till obesitas skulle stiga till 52,2 miljarder kronor, vid bibehållen andel med övervikt och obesitas. Det motsvarar en ökning med totalt 2,7 miljarder kronor till 83,1 miljarder kronor jämfört med år 2023 (Figur 19).



Figur 19 Samhällsekonomiska kostnader kopplade till övervikt och obesitas år 2040 vid bibehållen andel med övervikt och obesitas

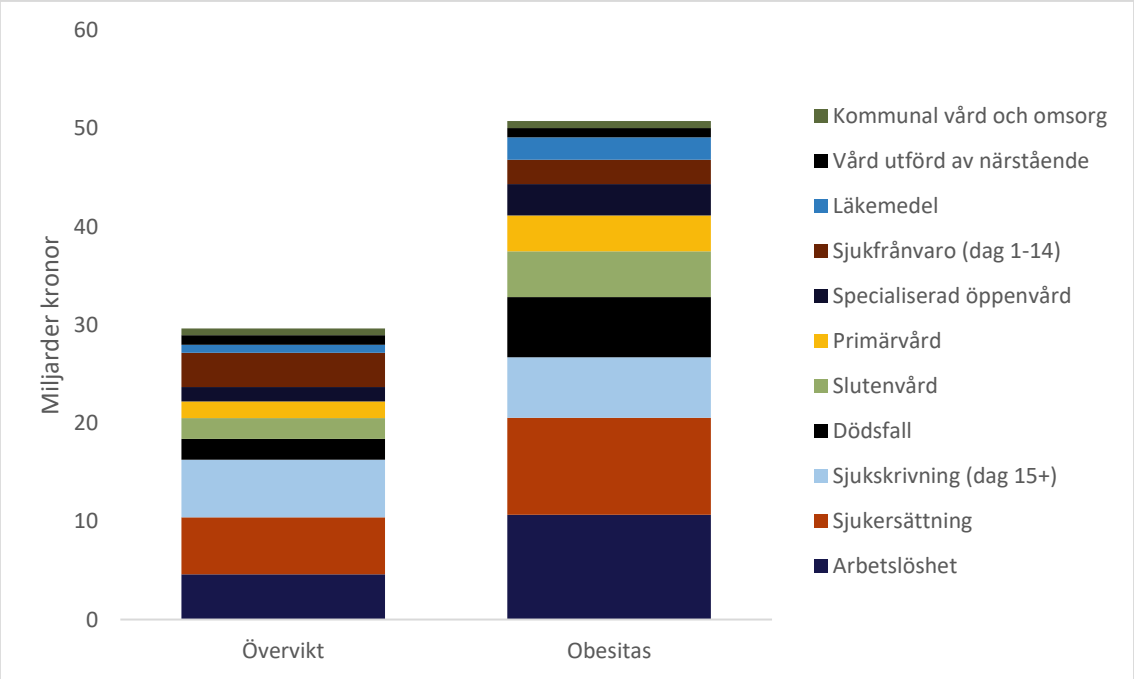
5.3. Prognos 3: Minskande andel med obesitas med 1 procent jämfört med 2023

Om andelen vuxna med obesitas minskar med en procentenhet, skulle de samhällsekonomiska kostnaderna kunna stanna vid 30,4 miljarder kronor kopplade till övervikt och 49 miljarder kronor kopplade till obesitas år 2030 (Figur 20). Detta skulle vara förenat med ungefär 900 miljoner kronor lägre kostnader jämfört med år 2023, med en sammantagen kostnad på 79,5 miljarder kronor.



Figur 20 Samhällsekonomiska kostnader kopplade till övervikt och obesitas år 2030 om förekomsten av obesitas minskar med en procentenhet jämfört med 2024

Om andelen vuxna med obesitas skulle vara en procentenhet lägre år 2040 än år 2023 skulle de samhällsekonomiska kostnaderna bli 31,1 miljarder kronor kopplade till övervikt och ytterligare 49,9 miljarder kronor kopplade till obesitas, en total ökning med cirka 600 miljoner kronor till 81 miljarder kronor (Figur 21). Befolkningsökning och olika sammansättning i åldrar innebär att de totala kostnaderna inte skulle minska men skulle ligga på en betydligt lägre nivå än om nuvarande trend fortsätter med successivt fler personer med obesitas i de flesta åldersgrupper.



Figur 21 Samhällsekonomiska kostnader kopplade till övervikt och obesitas år 2040 om förekomsten av obesitas minskar med en procentenhet jämfört med 2024

6. Diskussion

6.1. Huvudresultat

Kostnader kopplade till övervikt och obesitas i Sverige år 2023 uppgår till sammanlagt drygt 80 miljarder kronor där obesitas svarar för knappt 51 miljarder kronor. Majoriteten av kostnaderna (57 miljarder kronor) utgjordes av produktionsbortfall. Kostnader för hälso- och sjukvård uppgick till knappt 17 miljarder eller ungefär en femtedel av samhällets totala kostnader för övervikt och obesitas. Vårdkonsumtion med obesitas som huvuddiagnos utgjorde en mindre del av de totala kostnaderna i hälso- och sjukvården, omkring 775 miljoner kronor eller knappt 5 procent. Kostnader för läkemedel rapporteras som egen kostnadspost och uppgår till sammanlagt 3,1 miljarder kronor för ett urval av läkemedel medtillräckligt underlag för beräkningar.

Produktionsbortfall utgör den största kostnadsposten och denna rapport har samlat underlag om fem olika typer av produktionsbortfall som kan kopplas till övervikt och obesitas. Produktionsbortfall är ett samlingsbegrepp som används inom studier av kostnader för sjukdom. Det handlar om när en sjukdom, direkt eller indirekt, bidrar till minskad arbetsförmåga jämfört med befolkningen i allmänhet.[4] Det inkluderar då sjukfrånvaro, arbetslöshet och död i förtid. Kopplingen mellan sjukdomen och påverkan på arbetsförmåga och konsekvenser för samhällets totala produktion samt vem som i slutändan bär kostnaden ser det olika ut för de tre huvudtyperna av produktionsbortfall. Eftersom kostnader för produktionsbortfallet utgör en så stor del av de samlade kostnaderna följer diskussionen nedan upp metodval och sätter resultaten i perspektiv.

6.2. Produktionsbortfall och sjukfrånvaro

Denna rapport utgår från att produktionsbortfall uppstår när personer är sjukanmälda och borta från arbete. Vi använde alltså registreringar av antal sjukdagar för att fånga volymen och värderade dessa utifrån humankapitalansatsen. Vad är då värdet av det som normalt produceras under en arbetsdag? I denna analys har vi grundat denna värdering i genomsnittslönen i Sverige samt de lönekostnadspåslag som finns genom lagstadgade arbetsgivaravgifter och avtal mellan arbetsmarknadens parter i Sverige 2023 i linje med tidigare liknande arbeten (18, 19).

En annan ansats skulle vara att beskriva sjukdomskonsekvenser utifrån de inkomst-överföringar och faktiska utgifter som arbetsgivare och Försäkringskassan har samt minskade inkomster som individen får vid sjukfrånvaro. I det svenska systemet delar arbetsgivaren och individen på konsekvenserna av kort sjukfrånvaro, de första 14 dagarna i sjukfallet. Individen har en karensdag och får sedan lägre inkomst med sjuklönen än den vanliga lönen, det vill säga ett inkomstbortfall. Arbetsgivaren betalar ut sjuklön och antingen blir inte arbetet gjort alls förrän arbetstagaren är åter i arbetet eller så behöver arbetsgivaren tillsätta en vikarie eller på annat sätt fördela arbetsuppgifter på andra personer som uppbär lön. Det finns alltså flera konsekvenser från arbetsgivarens perspektiv och avvägningar som behöver göras. Från dag 15 och framåt övergår betalningsansvar för sjukpenning och senare sjukersättning till Försäkringskassan.

[4] Samma metoder kan användas för att beräkna kostnader för rökning (46) och spelproblem (47) eller andra vanor och aktiviteter där det finns kopplingar till konsekvenser för hälsa och arbetsförmåga.

De utbetalningar som arbetsgivaren gör i form av sjuklön och Försäkringskassan gör i form av sjukpenning och sjukersättning är transfereringar. De är finansiella utgifter för arbetsgivaren och Försäkringskassan men inte ett i sig själva nödvändigtvis ett rättvisande mått på värdet av den produktion som individen skulle gjort om han eller hon sluppit vara sjuk.

Att beräkna kostnader för sjukdom utifrån vilka utgifter samt förlorade inkomster som olika aktörer har, kan alltså vara ett alternativt sätt att summera kostnader för sjukfrånvaro och då från ett utbetalarperspektiv. I denna rapport använde vi i stället den etablerade humankapitalansatsen och ett samhällsperspektiv när vi värderade sjukfrånvaro från dag ett i beräkningarna. Varje analys behöver välja en av ansatserna, humankapitalansatsen eller en utgiftsstyrd ansats så att dubbelräkning undviks.

6.3. Arbetslöshet och produktionsbortfall kopplad till sjukdom

Produktionsbortfall för övervikt och obesitas kopplat till arbetslöshet bygger i denna rapport från registrerat antal dagar med arbetslöshet i Statistiska centralbyråns arbetskraftsundersökningar (30) och resultat i en svensk studie av skillnader i arbetslöshet kopplad till normalvikt, övervikt och obesitas (15). Precis som vid sjukfrånvaro tillskrivs inte all arbetslöshet till övervikt och obesitas, utan rapporten använder samma metod för att tillskriva del av produktionsbortfallet på grund av arbetslöshet som för kostnader för sjukdomar kopplade till övervikt och obesitas. Denna metod öppnar för att det kan vara flera olika underliggande faktorer bakom att personer med övervikt och obesitas på gruppnivå har mer arbetslöshet. Metoden beskrivs närmare i Bilaga 1 och är ett sätt att fördela i detta fall kostnader på gruppnivå.

Forskning inom arbetsmarknadsekonomi har bland annat lyft fram att diskriminering kan bidra till mer tid som arbetslös. En experimentell svensk studie från 2009 undersökte möjlig diskriminering vid rekrytering genom att skicka in fiktiva ansökningar till riktiga jobbannonser (48). De fann att personer med meritförteckningar där foto hade manipulerats för att visa en person med övervikt eller obesitas i mindre utsträckning kontaktades för en intervju än ansökningar där den sökande hade samma meriter och där personen på bilden såg normalviktig ut. Det finns också studier som beskrivit samband mellan mobbing, BMI och depression bland ungdomar (49) men det tycks finnas mindre forskning om motsvarande kopplingar mellan obesitas och mobbing på arbetsplatser på senare år. Kopplingen mellan arbetslöshet och obesitas är komplex och det finns studier som undersökt det omvända förhållandet, att arbetslöshet ökade risken för övervikt och obesitas. Exempelvis fann en brittisk studie att personer som blivit arbetslösa i genomsnitt ökade mer i vikt än de som var fortsatt anställda (50).

Andra samband som lyfts fram i befolkningsstudier och forskning är en indirekt koppling från övervikt och obesitas via låg utbildning (27, 51) till mer begränsade möjligheter på arbetsmarknaden och större risk för arbetslöshet (52, 53). En ekonomisk analys av koppling mellan utbildning och övervikt i fyra OECD-länder fann att påverkan kan gå i båda riktningarna. Personer med övervikt hade färre utbildningsår, men också att personer med kort utbildning oftare hade övervikt (51). Andra författare har lyft arbetsmiljöns betydelse och dess kopplingar till obesitas genom exempelvis skiftarbete, stillasittande och arbetsstress (54).

Denna rapport har beräknat kostnaden för produktionsbortfall på grund av arbetslöshet kopplat till övervikt och obesitas med samma metod som kostnader för tillskrivits olika obesitasrelaterade sjukdomar. Detta bygger då på att de samband som forskningsstudierna sett väsentligen handlar om att personer med övervikt och obesitas är arbetslösa för att de inte får jobb. Om det i stället är så att arbetslöshet orsakar viktuppgång, det vill säga det omvända sambandet,

så är kostnaderna för arbetslöshet kopplade till övervikt och obesitas i denna rapport för högt räknade. De underlag som varit tillgängliga i arbetet med denna rapport är inte tillräckliga för att avgöra hur stor denna överskattning i så fall är.

6.4. Obesitaskirurgi

Enligt kvalitetsregistret för obesitaskirurgi, SOReg, gjordes det omkring 5 200 ingrepp år 2023 (55). Obesitaskirurgi genomförs både på regionernas sjukhus och hos privata vårdgivare. En del av den obesitaskirurgi som görs hos privata vårdgivare betalas av regionerna medan resten finansieras av individer som själva betalar hela kostnaden för operationen. Kostnaden för en operation varierar beroende på om komplikationer finns men också mellan utförare. Socialstyrelsen angav i nationella riktlinjer för vård vid obesitas att kostnaden per operation varierar mellan 70 000 kronor och 90 000 kronor (1). Den genomsnittliga kostnaden per obesitasoperation i regionernas sjukvård var år 2023 omkring 68 000 kronor enligt KPP-databasen (28).

KPP-databasen registrerade år 2023 omkring 2 300 slutenvårdstillfällen med huvuddiagnosen obesitas och åtgärdskod för obesitaskirurgi. Dessa ingår i rapportens kostnader för obesitas. Det är en stor skillnad mellan antalet operationer som finns registrerade i den nationella KPP-databasen (omkring 2 300), liksom i Socialstyrelsens patientregister (drygt 2 600), och kvalitetsregistret SOReg (omkring 5 200). Det beror enligt SORegs årsrapport på att privata vårdenheter registrerar de ingrepp som genomförs i kvalitetsregistret men inte rapporterar till regionerna så att data kommer med regionernas statistik över utförd vård.

Kostnaderna för obesitaskirurgi är därmed underskattade med omkring 200 miljoner kronor i rapportens beräkningar. En betydande andel av detta, omkring 75 miljoner kronor, betalades år 2023 av individer som själva finansierade sin obesitaskirurgi hos privata vårdgivare utifrån kvalitetsregistret SORegs uppgift att 23 procent av operationerna finansierades privat (55). Den betydande underrapporteringen till nationell vårdstatistik av det faktiska antalet obesitas-kirurgier innebär då också att det blir en underskattning av de faktiska kostnader som regionerna och som finansieras av skattemedel.

6.5. Läkemedel

Läkemedelskostnaderna kopplade till övervikt eller obesitas uppgick till 3,1 miljarder kronor. Detta är en konservativ beräkning, eftersom det utöver kostnader för obesitasläkemedel enbart ingår läkemedel för ett begränsat urval av de obesitasrelaterade sjukdomarna. I rapporten ingår del av kostnaderna för läkemedelsbehandling av diabetes, ischemisk hjärtsjukdom, stroke och andra sjukdomar i hjärnans kärl som tillskrivs övervikt och obesitas med samma metoder som rapporten tillskriver del av andra kostnader i hälso- och sjukvården. Andra förskrivningsläke-medel som används för prevention av eller behandling vid obesitasrelaterade sjukdomar ingår inte till följd av brist på underlag. Läkemedelskostnaderna blir därmed lågt räknade. En anledning till att data saknas är att det så här långt har saknats information om förskrivnings-diagnos i nationella läkemedelsregister. Eftersom många läkemedel kan användas för mer än en diagnos så skulle kostnaderna behöva fördelas på dessa olika förskrivnings-anledningar i ett första steg. Rapportunderlaget hade inte tillgång till sådan information.

Underlaget bygger på den totala försäljningsstatistiken för området diabetesläkemedel (ATC-kod A10) och där ingår läkemedel som på senare tid fått godkänd indikation hjärtsvikt och njursvikt. Detta innebär att kostnaden kan vara något högt räknad eftersom den inte tar hänsyn till att en del av förskrivningen av dessa substanser kan avse personer som enbart har

exempelvis hjärtsvikt eller enbart njursvikt men inte har samtidig diabetes. Dessa diagnoser har förvisso också en koppling till övervikt och obesitas men överrisken är inte lika stor som för diabetes.

Rapportens beräkningar bygger på statistik för läkemedelsförsäljning för år 2023 eftersom detta var det senast tillgängliga året för uppgifter om hälso- och sjukvårdskonsumtion i KPP-databasen vid tiden för rapportens datasammanställning. Socialstyrelsens läkemedelsstatistik innehåller dock senare uppgifter och den visar att antalet personer med uttag av obesitas-läkemedel ökade från knappt 38 000 personer totalt år 2023 till över 64 000 personer totalt år 2024 (56). Även om antalet personer med läkemedelsuttag har ökat utgör de i nuläget en liten andel i förhållande till antalet personer som har obesitas i befolkningen. Rapportens beräkningar visar att det är omkring 1,5 miljoner vuxna personer och 97 000 barn som har obesitas enligt Folkhälsomyndighetens rapportering.

Socialstyrelsen publicerade nyligen försäljningsstatistik för läkemedel för helåret 2024 där diabetesläkemedel tillhör de 20 största läkemedelsgrupperna liksom tidigare år. Försäljnings-värdet för blodglukossänkande medel, exklusive insuliner, ökade stort mellan år 2023 och år 2024, med 46 procent. Antalet personer med minst ett sådant läkemedelsuttag ökade sam-tidigt med 15 procent, från knappt 630 000 personer till drygt 720 000 personer. Dessa ökningar kan till del bero på att det är fler personer med diabetes som förskrivs dessa läkemedel. Det finns dock i den läkemedelsgruppen också läkemedel som även har indikation viktkontroll. Antal personer med minst ett uttag av något av dessa läkemedel med indikation viktkontroll har mer än fördubblats från knappt 19 000 personer år 2023 till över 38 000 personer år 2024. Under 2024 tillkom ytterligare ett obesitasläkemedel.

Statistiken pekar alltså på att allt fler hämtar ut obesitasläkemedel men även läkemedel som används i behandlingen av sjukdomar där övervikt och obesitas innebär en överrisk. Om statistiken över läkemedelsförsäljning för år 2024 används i stället för år 2023 blir den beräknades läkemedelskostnaden kopplat till övervikt och obesitas knappt 900 miljoner kronor högre. Det går emellertid inte säkert att säga vilken effekt den ökade läkemedelsanvändningen kan ha haft på övriga kostnader år 2024.

6.6. Psykisk ohälsa

Rapporten använder underlag från en nyligen publicerad finsk studie om obesitasrelaterade sjukdomar. Den fann inte övervikt och obesitas skulle vara kopplat till statistiskt säkerställda överrisker för psykiska sjukdomar (13). Grundanalysen är därför konservativ och inkluderar inte kostnader kopplat till psykisk sjukdom, varken för hälso- och sjukvård eller relaterat till produktionsbortfall. Däremot fann en svensk studie att personer med övervikt och obesitas hade större risk för sjuk- och aktivitetsersättning med en psykisk diagnos (17).

Även om den finska studien inte fann säkra samband har andra studier pekat på att det kan finnas ett dubbelriktat samband mellan obesitas och depression, ätstörningar samt psykosociala problem bland barn och vuxna (57-59). Annorlunda uttryckt skulle obesitas både kunna vara en konsekvens av de listade psykiska tillstånden och en orsak till dem. Studieförfattarna diskuterade möjliga sätt hur obesitas kan bidra till psykisk ohälsa genom viktstigma, diskriminering och biologiska funktioner (59) eller att barn med obesitas löper större risk än barn med normal vikt att utsättas för mobbning (57). Andra studier har pekat på att vuxna med obesitas oftare kan utsättas för diskriminering i arbetslivet, i hälso- och sjukvården och inom utbildningsväsendet (60, 61).

Rapporten innehåller dock en tilläggsanalys som beräknat kostnader för produktionsbortfall kopplat till psykisk sjukdom utifrån den svenska studien av överrisker för personer med övervikt och obesitas att ha sjuk- och aktivitetsersättning (15, 17) (Tabell 4 i bilaga 1). Även om överriskerna var lägre för psykisk sjukdom än för exempelvis hjärtkärlsjukdom, så var mer än hälften av fallen med sjuk- och aktivitetsersättning i Försäkringskassans statistik kopplade till psykisk sjukdom (57 procent, år 2023). Produktionsbortfallet kopplat till övervikt och obesitas ökade med drygt 11 miljarder kronor när psykisk sjukdom inkluderades, vilket gav en sammanlagt samhällsekonomisk kostnad på 91,8 miljarder kronor kopplat till övervikt och obesitas.

6.7. Barn med övervikt och obesitas

Kostnaden för vårdtillfällen med obesitas som huvuddiagnos bland barn uppgick till knappt 220 miljoner kronor. Detta inkluderar då inte kostnader för eventuella obesitasrelaterade sjukdomar hos barn och där vårdtillfället har en annan diagnos.[5] Flera av de sjukdomar som studier har visat har tydlig koppling till övervikt och obesitas är ovanliga före vuxen ålder. Däremot innebär övervikt eller obesitas i barndomen en ökad risk för övervikt och obesitas även i vuxen ålder med de kopplingar till andra sjukdomar som då finns.

Även om produktionsbortfallet uppstår i vuxen ålder så kan obesitas i barndomen direkt påverka skolresultaten, vilket i sin tur medför en ökad risk för arbetslöshet. Enligt en svensk studie var sannolikheten att fullfölja 12 års skolgång lägre för barn med obesitas (57 procent) än för barn utan obesitas (74 procent) (62).

6.8. Vem bär kostnaderna?

Denna rapport har beräknat den samhällsekonomiska kostnaden för övervikt och obesitas. Men vem är det som bär kostnaderna? De direkta kostnaderna bärs till största delen av aktörer i offentlig sektor i Sverige, medan en mindre del i form av patient- och egenavgifter bärs av den enskilda personen med övervikt eller obesitas. Godkända läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånen kan förskrivas men måste då bekostas av patienterna själva fullt ut. Regionerna står för merparten av kostnaderna för hälso- och sjukvård. De hanterar även kostnader för läkemedelsförmånen men får där bidrag från staten motsvarande över 40 miljarder kronor år 2025. Rapporten inkluderar även kostnader som bärs av kommunerna för vård och omsorg.

Kostnaden för produktionsbortfall till följd av arbetslöshet, sjukdom och för tidig död är inte lika enkelt att fördela. Rapportens metod mäter kostnaderna i termer av ett potentiellt värde som aldrig uppstår, men om det hade uppstått hade det fördelats runtom i samhället. Alltså är det samhället i stort – individer, företag och det offentliga – som bär kostnaden.

Under de första fjorton dagarnas sjukskrivning sker en transferering från arbetsgivaren till arbetstagaren, med undantag för karensdagen. Från arbetsgivarens perspektiv motsvarar alltså den beräknade kostnaden för sjukfrånvaro (dag 1–14) drygt den kostnad som arbetsgivaren möter för övervikt och obesitas. Efter dag 14 sker omfördelningen från staten till den enskilda. Omfördelningen vid arbetslöshet sker på ungefär samma sätt – från staten och A-kassorna till

[5] I de 220 miljoner kronorna kan ingå ett mindre antal obesitasoperationer. Det registrerades under 2023 sammanlagt 90 vårdtillfällen med huvuddiagnosen obesitas och åtgärd obesitaskirurgi i åldersgruppen 15–24 år. Statistiken kan inte delas upp på barn under 18 år och unga vuxna 18–24 år i KPP-databasens onlineversion.

den enskilde. Eftersom ingen av dessa ersättningar är heltäckande möter även individen ett visst inkomstbortfall.

6.9. Prognoser av framtida kostnader och nationella riktlinjer

Rapporten gör även prognoser för de framtida samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas. Beräkningarna visar att en fortsatt ökning av övervikt och obesitas med samma trend som från föregående decennium så kommer den samhällsekonomiska kostnaden att öka till knappt 99 miljarder kronor år 2040. Om trenden bryts, stannar den samhällsekonomiska kostnaden år 2040 vid drygt 83 miljarder kronor om andelen med övervikt och obesitas är samma som nu. Om trenden vänder och andelen med obesitas till och med minskar, så att de blir en procentenhet lägre i varje åldersgrupp stannar kostnaderna på cirka 81 miljarder kronor. Detta motsvarar möjliga kostnadsbesparingar på mellan 16 miljarder kronor och 18 miljarder kronor jämfört med om trenden med ökande andel obesitas fortsätter i samma takt som hittills.

Rapportens prognoser bygger på dagens behandlingsmönster och andra insatser som görs för folkhälsan i nuläget. Det som ändras i prognoserna är ålderssammansättningen enligt Statistiska centralbyråns befolkningsprognoser och olika scenarier för hur de framtida andelarna med övervikt och obesitas i befolkningen kan komma att vara. Hur det faktiskt kommer att bli påverkas bland annat av insatser som under kommande år görs av olika aktörer i samhället. Exempelvis kan implementering i hälso- och sjukvården av Socialstyrelsens rekommendationer i nationella riktlinjer eller andra privata och offentliga aktörers insatser för att främja folkhälsan bidra till att påverka hur många som har övervikt och obesitas. Gemensamt för olika förebyggande och hälsofrämjande insatser är att de ofta innebär kostnader idag för hälso- och sjukvården, individen eller arbetsgivaren men att värdet av minskad sjukdomsbörda kommer först senare.

Till exempel beräknar Socialstyrelsen i sin konsekvensanalys av de nationella riktlinjerna för vård vid ohälsosamma levnadsvanor respektive vård vid obesitas med ökade kostnader i hälso- och sjukvården under kommande år. Detta med målsättningen att förbättrade levnadsvanor ska kunna påverka utvecklingen i folkhälsa inklusive övervikt och obesitas samt att barn och vuxna med obesitas ska få insatser från hälso- och sjukvården i större utsträckning än idag. I de nationella riktlinjerna för vård vid obesitas ingår fyra åtgärder som har kostnadsberäknats av Socialstyrelsen: att erbjuda levnadsvanebehandling till barn, unga, respektive vuxna, samt att erbjuda obesitaskirurgi till personer med ett BMI över 35. Att erbjuda levnadsvanebehandling med regelbundna träffar ledda av sjuksköterska, dietist eller fysioterapeut till barn, unga och vuxna skulle årligen öka vårdens kostnader med drygt 500 miljoner kronor. Om obesitaskirurgi skulle erbjudas i större utsträckning beräknar Socialstyrelsen att detta skulle kosta ytterligare 200 miljoner kronor per år. Den totala summan, 700 miljoner kronor, kan då jämföras med att denna rapport beräknat att den faktiska kostnaden för vårdtillfällen med huvuddiagnosen obesitas uppgick till 775 miljoner kronor år 2023, varav 200 miljoner kronor i primärvården, 360 miljoner kronor i den specialiserade öppenvården och 210 miljoner kronor i slutenvården.

De nationella riktlinjerna för vård vid ohälsosamma levnadsvanor, specifikt de åtgärder som riktar sig till personer med ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet, kan ses som en preventiv insats som kan väntas påverka förekomst av övervikt och obesitas. En minskning av ohälsosamma matvanor och färre med otillräcklig fysisk aktivitet kan även ha andra fördelar i ett folkhälsoperspektiv. Därför kan inte hela kostnaden för att implementera denna

rekommendation ses som en kostnad för förebyggande åtgärder för att minska förekomsten av övervikt och obesitas. Dessa åtgärder består av rådgivande samtal till ungdomar, gravida och vuxna, samt familjestödsprogram för barn. Socialstyrelsens beräkningar av kostnader inom ramen för konsekvensbeskrivningen bygger på flera antaganden och innehåller flera osäkerheter. Den sammantagna bedömningen är att det totalt rör sig om att dessa åtgärder skulle öka vårdens årliga kostnader med omkring 1 miljard kronor om de införs på det sätt och i den omfattning som presenteras i konsekvensbeskrivningen.

En annan aspekt är att det inte bara är hälso- och sjukvården som bär kostnader för hälsofrämjande och behandlande insatser som kopplar till övervikt och obesitas. Detta gäller insatser som ökad fysisk aktivitet eller bättre matvanor där eventuella merkostnader hamnar på hushållsbudgeten. Det gäller också hälso- och sjukvårdsåtgärder som obesitaskirurgi där kvalitetsregistret SOREG anger att 23 procent av de drygt 5 000 operationer som utfördes år 2023 betalades av patienterna själva (55). Socialstyrelsens rekommendationer i nationella riktlinjer om obesitaskirurgi kan då innebära att fler personer får ingreppet inom ramen för regionernas hälso- och sjukvård och inte behöver betala själva. En sådan ändring påverkar då inte kostnaderna i samhället för obesitaskirurgi men det blir en mindre kostnad för individen och familjen. På samma sätt delar hälso- och sjukvården och individerna idag på kostnader för obesitasläkemedel dels genom att individen betalar kostnaden upp till högkostnadsskyddet för förskrivningsläkemedel som ingår i läkemedelsförmånen, dels genom att läkemedel som inte är subventionerade helt betalas av individen själv.

Ett gemensamt mål för preventiva åtgärder och behandlingar är att minska risken för obesitasrelaterade sjukdomarna och att detta förutom hälsovinster också i förlängningen kan minska hälso- och sjukvårdens kostnader och det produktionsbortfall som dessa sjukdomar kan kopplas till. Ett första steg är då att bromsa den utveckling som varit under det senaste decenniet med ökande andel obesitas bland både barn och vuxna. De studier vi har idag visar på förhöjda risker på gruppnivå för en lång rad sjukdomar men också koppling till högre sjukfrånvaro och större risk för arbetslöshet bland de med övervikt och obesitas. Framtida forskning kan fördjupa och utveckla vår förståelse av hur starka sambanden är. Forskningen kan också fortsätta utvecklingen av befintliga och nya metoder som stödjer personer med övervikt och obesitas att minska hälsorisker. Folkhälsomyndighetens senaste statistik över hur många som har obesitas, 18 procent av den vuxna befolkningen, understryker vikten av att hitta sätt för såväl hälso- och sjukvården som andra delar av samhället att strukturerat finna nya lösningar som motverkar de kända riskerna. Hur detta görs, och vad som kan uppnås påverkar de framtida samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas och dessa kan således bli såväl högre som lägre än prognoserna i denna rapport.

6.10. Jämförelse med tidigare studier

De samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas kan jämföras med tidigare beräkningar som har använt samma metod. De totala samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas hos vuxna år 2003 beräknades vara cirka 16 miljarder kronor (20, 21). Av dessa kostnader var cirka 3,6 miljarder kronor kostnader för specialiserad öppenvård, slutenvård och läkemedel medan 12,4 miljarder kronor var produktionsbortfall till följd av sjukskrivning, sjukersättning och för tidig död. Vid inflationsjustering motsvarar det totalt 23,2 miljarder kronor i 2023 års prisnivå. Beräkningarna inkluderade inte kostnader i primärvården, produktionsbortfall till följd av arbetslöshet eller till följd av de första 14 dagarnas sjukfrånvaro eller kostnader för informell vård.

De totala samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas hos vuxna år 2016 beräknades till cirka 48,6 miljarder kronor, varav 23,4 miljarder kronor kopplade till övervikt och 25,2 miljarder kronor till följd av obesitas (18). Av dessa kostnader var 9,6 miljarder för primärvård, specialiserad öppenvård, slutenvård, kommunal vård och omsorg och läkemedel, 37,8 miljarder kronor för produktionsbortfall till följd av sjukskrivning, sjukersättning och för tidig död och 1,2 miljarder kronor för informell vård. Vid inflationsjustering motsvarar det totalt 60,2 miljarder kronor, varav 29,8 miljarder kronor kopplade till övervikt och 32,2 miljarder kronor till följd av obesitas i 2023 års prisnivå. Studien inkluderade inte produktionsbortfall till följd av arbetslöshet eller till följd av de första 14 dagarnas sjukfrånvaro. Däremot inkluderades produktionsbortfall för psykisk sjukdom.

Den beräknade samhällsekonomiska kostnaden i denna rapport kopplat till övervikt år 2023 var 29,6 miljarder kronor utan psykiska sjukdomar och 34 miljarder kronor när psykiska sjukdomar inkluderas och är därmed i linje med den inflationsjusterade skattningen år 2016. Den beräknade samhällsekonomiska kostnaden kopplat till obesitas var däremot betydligt högre år 2023 (50,8 miljarder kronor utan psykiska sjukdomar och 57,8 miljarder kronor med psykiska sjukdomar) än år 2016. De högre kostnaderna i denna rapport kan förklaras av flera faktorer. För det första har förekomsten av obesitas ökat med ungefär 3 procentenheter sen år 2016. För det andra har fler kostnadsposter inkluderats i denna rapport. Två kostnadsposter inom produktionsbortfall, den till följd av arbetslöshet (15,1 miljarder kronor) och den kopplat till de första 14 dagars sjukfrånvaro (6 miljarder kronor), svarar tillsammans för merparten av skillnaden. Därtill har kostnader för obesitas hos barn och ungdomar inkluderats. Detta motsvarade emellertid enbart kostnader på drygt 200 miljoner kronor.

Utöver de samhällsekonomiska kostnaderna, har det i en tidigare rapport gjorts en grov skattning av kostnaden för personer som lever med obesitas genom att värdera hälsa i kronor och ören (63). Utifrån ett antagande om tre år kortare livslängd vid obesitas och vad Trafikverket kallar för ”värdet av ett statistiskt liv” skattades kostnaden till 35 miljarder kronor år 2011. Kostnaden för personerna som lever med obesitas har justerats upp vid två tillfällen, först till 70 miljarder kronor år 2016 (64) och därefter till 125 miljarder kronor år 2023 (65).

Eftersom dessa skattningar utgår från hälsoförluster och inte kostnader grundat i resursanvändning i hälso- och sjukvården och produktionsförluster är de inte direkt jämförbara med resultaten från denna rapport. Måttet kan inte heller förklara hur samhällsekonomiska kostnader fördelar sig mellan samhällets olika aktörer.

6.11. Jämförelse med andra sjukdomsområden och Sveriges bruttonationalprodukt

De samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas (drygt 80 miljarder kronor) kan även jämföras med de samhällsekonomiska kostnaderna för andra stora folksjukdomar. De samhällsekonomiska kostnaderna för cancer har beräknats till 57,9 miljarder kronor år 2022 (66). Medan majoriteten av kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas utgjordes av produktionsbortfall så var kostnader i hälso- och sjukvården (22 miljarder kronor) den största kostnadsposten för cancer. Läkemedelskostnaderna var också betydligt högre för cancer (8,2 miljarder kronor) jämfört med för övervikt och obesitas (3,1 miljarder kronor).

De samhällsekonomiska kostnaderna till följd av demenssjukdom har beräknats till mellan 69 miljarder kronor och 80 miljarder kronor år 2023 (67). Av dessa var cirka 85 procent av kostnaderna i kommunal sektor, vilket kan jämföras med knappt 2 procent av de totala kostnaderna i denna rapport.

En annan referenspunkt skulle kunna vara Sveriges bruttonationalprodukt, BNP, som är ett mått på storleken på Sveriges ekonomi och mäter värdet av varor och tjänster, det vill säga ekonomiska aktiviteter i samhället. År 2023 var Sveriges BNP 6 212 miljarder kronor, vilket innebär att de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas motsvarar drygt en procent av BNP. Ett annat perspektiv skulle kunna vara att jämföra med den årliga ökningen i BNP, som legat mellan 236 miljarder kronor och 401 miljarder kronor de senaste tre åren enligt Statistiska centralbyråns nationalräkenskaper.

6.12. Rapportens begränsningar

Denna rapport har ett antal begränsningar. För det första är kostnaderna för kommunal vård och omsorg, läkemedel och närståendevård är sannolikt underskattade. Detta eftersom underlagen medgav beräkningar för ett mindre urval av de obesitasrelaterade sjukdomarna. Hur stor underskattningen är går inte att säga utan vidare information om kopplingar mellan dessa insatser och olika sjukdomstillstånd. Här kan forskning i Sverige och andra nordiska länder med tillgång till registerdata bidra med ny kunskap.

Det kan även finnas fler obesitasrelaterade sjukdomar som inte ingår i denna rapport. Även om beräkningar vilar på underlag från två stora och aktuella studier från Sverige respektive Finland så kan framtida forskning komma att visa på nya sjukdomar med förhöjd risk. Det skulle då innebära att denna rapport underskattar de totala kostnaderna men det går inte i nuläget att säga hur mycket.

Det är också möjligt att det finns omvända orsakssamband för flera av de obesitasrelaterade sjukdomarna i denna rapport, det vill säga att övervikt och obesitas är en konsekvens av sjukdomen i stället för tvärtom. Detta gäller exempelvis för psykiska sjukdomar där obesitas kan leda till depression samtidigt som depression kan leda till viktökning och därmed ökad risk för obesitas. Psykiska sjukdomar ingick därför inte i huvudanalysen, vilket innebär en underskattning av kostnaderna, samtidigt finns det en risk för överskattning för övriga sjukdomar med möjliga omvända samband. Det ligger emellertid utanför denna rapports ramar att med tillgängliga data på gruppnivå fördjupa analysen av detta.

På samma sätt finns det forskning som pekar på ett möjligt dubbelriktat samband mellan övervikt, obesitas och arbetslöshet. I så fall kan de kostnader som rapporteras kopplade till produktionsbortfall vid arbetslöshet vara delvis överskattad. Det skulle vara möjligt inom ramen för forskning arbeta vidare med de möjligheter som ges med svenska registerdata och undersöka konsekvenser av övervikt och obesitas i olika åldrar vad gäller sysselsättning och arbete.

De förhöjda riskerna för obesitasrelaterade sjukdomar i rapportens beräkningar bygger på genomsnitt i grupper och över tid. Det innebär exempelvis att en 35-åring antas ha samma relativa riskökning för diabetes som en 55-åring. Flera av rapportens sjukdomstillstånd kan även ta lång tid att utveckla där övervikt och obesitas kan bidra till insjuknandet under flera år. Den typ av detaljerade samband fångas inte av rapportens metod. Det kan innebära att kostnader för övervikt och obesitas i kan överskattas om personer idag har haft obesitas under en kortare tid. Det är också möjligt att fler studier av relativa risker i framtiden kan komma visa på större eller mindre överrisker. Denna rapports genomgång ligger i linje med hur beräkningarna har gjorts i tidigare studier.

7. Avslutande kommentar

Rapporten beräknar de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas hos barn, unga och vuxna i Sverige år 2023 samt gör prognoser av framtida kostnader. Liksom tidigare studier visar beräkningarna i denna rapport att merparten av kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas bärs av individen och av samhället i stort.

Den största kostnadsposten är produktionsbortfall som är ett samlingsbegrepp som handlar om att en sjukdom som obesitas eller tillstånd som övervikt, direkt eller indirekt, bidrar till minskad arbetsförmåga jämfört med befolkningen i allmänhet. Det inkluderar då sjukfrånvaro, arbetslöshet och död i förtid. Rapporten beräknar att produktionsbortfallet står för omkring 70 procent av de totala kostnaderna medan endast en femtedel är resursanvändning i hälso- och sjukvården och knappt 4 procent är läkemedel. Det är också en begränsad del av hälso- och sjukvårdens insatser som har obesitas som huvuddiagnos och merparten kopplas till de ökade risker för andra sjukdomar som visats i epidemiologiska studier om samband på gruppnivå.

Rapportens resultat bygger på data för ett år, 2023, och flera faktorer bidrar till att kostnaderna kan förväntas öka i framtiden. Det är också möjligt att insatser och utveckling på olika nivåer och hos olika aktörer inklusive samhället som helhet, hälso- och sjukvården, arbetsplatser och skola, individen och familjen kan både påverka nivåerna på nuvarande kostnader och skifta fördelningen.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. 2023.

2. Världshälsoorganisationen (WHO). Obesity and overweight. [17 Apr, 2025]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

3. Islam A, Sultana H, Nazmul Hassan Refat M, Farhana Z, Abdulbasah Kamil A, Meshbahur Rahman M. The global burden of overweight-obesity and its association with economic status, benefiting from STEPs survey of WHO member states: A meta-analysis. Prev Med Rep. 2024;46:102882.

4. Världshälsoorganisationen (WHO). Obesity. [17 Apr, 2025]. Available from: https://www.who.int/health-topics/obesity/#tab=tab_1.

5. Masood B, Moorthy M. Causes of obesity: a review. Clin Med (Lond). 2023;23(4):284-91.

6. National Heart L, and Blood Institute. Overweight and Obesity - Causes and Risk Factors. [8 maj, 2025]. Available from: https://www.nhlbi.nih.gov/health/overweight-and-obesity/causes.

7. Loos RJF, Yeo GSH. The genetics of obesity: from discovery to biology. Nat Rev Genet. 2022;23(2):120-33.

8. Global Burden of Disease Adult BMI Collaborators. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990-2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2025;405(10481):813-38.

9. Socialstyrelsen. Nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor?”. Available from: https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/.

10. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma bland skolbarn 11–15 år fortsätter öka. 2020.

11. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma är vanligt och ökar med ålder hos 6–9 åringar. 2020.

12. Global Burden of Disease Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1659-724.

13. Kivimaki M, Strandberg T, Pentti J, Nyberg ST, Frank P, Jokela M, et al. Body-mass index and risk of obesity-related complex multimorbidity: an observational multicohort study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022;10(4):253-63.

14. Sun M, da Silva M, Bjorge T, Fritz J, Mboya IB, Jerkeman M, et al. Body mass index and risk of over 100 cancer forms and subtypes in 4.1 million individuals in Sweden: the Obesity and Disease Development Sweden (ODDS) pooled cohort study. Lancet Reg Health Eur. 2024;45:101034.

15. Neovius K, Neovius M, Kark M, Rasmussen F. Association between obesity status and sick-leave in Swedish men: nationwide cohort study. Eur J Public Health. 2012;22(1):112-6.

16. De Bortoli MM, Oellingrath IM, Fell AKM, Burdorf A, Robroek SJW. Influence of lifestyle risk factors on work ability and sick leave in a general working population in Norway: a 5-year longitudinal study. BMJ Open. 2021;11(2):e045678.

17. Neovius M, Kark M, Rasmussen F. Association between obesity status in young adulthood and disability pension. Int J Obes (Lond). 2008;32(8):1319-26.

18. Andersson E, Welin K-O, Steen Carlsson K. Kostnader för fetma i Sverige idag och år 2030. IHE Rapport 2018:3. Lund: IHE, 2018.

19. Nilsson K, Fridhammar A, Wahlberg K, Steen Carlsson K. The economic burden of overweight and obesity in Swedish children – A lifetime perspective. IHE report 2022:12. Lund, Sweden: IHE, 2022.

20. Persson U, Ödegaard K. Indirekta kostnader till följd av sjukdomar relaterade till övervikt och fetma. IHE Rapport. 2005.

21. Persson U, Svensson M, Ödegaard K. Kostnadsutvecklingen i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma – några scenarier. Landstingsförbundet, 2004.

22. Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket. Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet. 2017.

23. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård: Nationellt programområde obesitas. [22 Apr, 2025]. Available from: https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npoendokrinasjukdomar/obesitas.62062.html.

24. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2024: Vård vid ohälsosamma levnadsvanor. 2024.

25. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård: Nationellt programområde levnadsvanor. [22 Apr, 2025]. Available from: https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npolevnadsvanor.56440.html.

26. Världshälsoorganisationen (WHO). Methods for estimating health impacts. [Apr 15, 2025]. Available from: https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/monitoring/methods.

27. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsodata. Available from: https://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata/.

28. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Kostnad per patient (KPP) – Databas. 2025. Available from: https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp/kppdatabas.46722.html.

29. Luengo-Fernandez R, Walli-Attaei M, Gray A, Torbica A, Maggioni AP, Huculeci R, et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study. European heart journal. 2023;44(45):4752-67.

30. Statistiska Centralbyrån (SCB). Befolkningen 15-74 år (AKU) efter arbetskraftstillhörighet, typ av data, kön och ålder. Månad 2001M01 - 2025M02. Statistics Sweden; 2025. Available from: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0401__AM0401A/AKURLBefM/.

31. Norrback M, Tynelius P, Ahlstrom G, Rasmussen F. The association of mobility disability and obesity with risk of unemployment in two cohorts from Sweden. BMC Public Health. 2019;19(1):347.

32. Statistiska Centralbyrån (SCB). Antal sjukdagar och sjukfall per anställd efter kön och sektor. Kvartal 2015K2 - 2023K4. Available from:

https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0209__AM0209A/SjukloneperiodSektor/.

33. Statistiska Centralbyrån (SCB). Antal pågående anställningar efter kön, region och sektor. Månad 2020M01 - 2025M01. Available from: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0211__AM0211A/AntPagAnstRegion/.

34. Försäkringskassan. Antal personer som har fått sjuk- och rehabiliteringspenning. Available from: https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk/sjp-antal-mottagare-nettodagar-belopp/SJPMottagareBeloppDagarAlder.

35. Försäkringskassan. Aktivitetsersättning, sjukersättning och bostadstillägg. Available from: https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk.

36. Socialstyrelsen. Dödsorsaksregistret.

37. Aune D, Sen A, Prasad M, Norat T, Janszky I, Tonstad S, et al. BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. BMJ. 2016;353:i2156.

38. Statistiska Centralbyrån (SCB). Genomsnittlig grund- och månadslön samt kvinnors lön i procent av mäns lön efter sektor, yrkesgrupp (SSYK 2012), kön och ålder. År 2023. Available from: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0110__AM0110B/LonYrkeAlderAN/.

39. Statistiska Centralbyrån (SCB). Utgår 23/5-2025. Befolkningen 15-74 år (AKU) efter kön, ålder och arbetskraftstillhörighet. År 2001 - 2024. Available from: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0401__AM0401A/NAKUBefolkning2Ar/.

40. Statistiska Centralbyrån (SCB). Medelarbetstid (överenskommen) per vecka för sysselsatta 15-74 år (AKU) efter kön och ålder. År 2005 - 2024. Available from: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0401__AM0401S/NAKUOkMedArbtidAr/.

41. Statistiska Centralbyrån (SCB). Arbetskraftskostnader (ENS2010) efter näringsgren SNI 2007, löpande priser. Kvartal 1993K1 - 2024K4. Available from: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__NR__NR0103__NR0103A/NR0103ENS2010T08KvRK/.

42. Roine E, Farkkila N, Sintonen H, Taari K, Roine RP, Saarto T. Costs in Different States of Breast Cancer. Anticancer Res. 2019;39(1):353-9.

43. Farkkila N, Torvinen S, Sintonen H, Saarto T, Jarvinen H, Hanninen J, et al. Costs of colorectal cancer in different states of the disease. Acta Oncol. 2015;54(4):454-62.

44. Statistiska Centralbyrån (SCB). Genomsnittlig grund- och månadslön samt kvinnors lön i procent av mäns lön efter region, sektor, yrkesgrupp (SSYK 2012) och kön. År 2023. Available from: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0110__AM0110B/LonYrkeRegionAN/.

45. Statistiska Centralbyrån (SCB). Anställda i riket efter yrke (3-siffrig SSYK 2012), arbetsställets sektortillhörighet, ålder och kön. Baserat på BAS. År 2020 - 2023. Available from: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0208__AM0208B/YREG62BAS/.

46. Andersson E, Toresson Grip E, Norrlid H, Fridhammar A. Samhällskostnaden för rökningsrelaterad sjuklighet i Sverige. IHE Rapport 2017:4. Lund: IHE, 2017.

47. Hofmarcher T, Gustafsson A, Persson U. Samhällets kostnader för spelproblem i Sverige. IHE Rapport 2020:1. Lund: IHE, 2020.

48. Rooth D-O. Obesity, Attractiveness, and Differential Treatment in Hiring: A Field Experiment. Journal of Human Resources. 2009;44.

49. Kanders SH, Nilsson kW, Åslund C. Body mass index and bullying victimization as antecedents for depressive symptoms in a Swedish youth cohort. Journal of Public Health. 2022;30:2513–24

50. Monsivais P, Martin A, Suhrcke M, Forouhi NG, Wareham NJ. Job-loss and weight gain in British adults: Evidence from two longitudinal studies. Soc Sci Med. 2015;143:223-31.

51. Devaux M, Sassi F, Church J, Cecchini M, Borgonovi F. Exploring the Relationship Between Education and Obesity. OECD Journal: Economic Studies. 2011;2011:5-.

52. OECD. Education at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2023.

53. Cutler DM, Huang W, Lleras-Muney A. When does education matter? The protective effect of education for cohorts graduating in bad times. Soc Sci Med. 2015;127:63-73.

54. Pandalai SP, Schulte PA, Miller DB. Conceptual heuristic models of the interrelationships between obesity and the occupational environment. Scand J Work Environ Health. 2013;39(3):221-32.

55. Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg). Årsrapport SOReg 2023 Del 1 – operationsstatistik och tidiga komplikationer. 2024.

56. Socialstyrelsen. Läkemedelsregistret. 2025. Available from: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/lakemedelsregistret/.

57. Russell-Mayhew S, McVey G, Bardick A, Ireland A. Mental health, wellness, and childhood overweight/obesity. J Obes. 2012;2012:281801.

58. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(3):220-9.

59. Steptoe A, Frank P. Obesity and psychological distress. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2023;378(1888):20220225.

60. Hansson LM, Naslund E, Rasmussen F. Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden. Scand J Public Health. 2010;38(6):587-96.

61. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. Obesity (Silver Spring). 2009;17(5):941-64.

62. Lindberg L, Persson M, Danielsson P, Hagman E, Marcus C. Obesity in childhood, socioeconomic status, and completion of 12 or more school years: a prospective cohort study. BMJ Open. 2021;11(3):e040432.

63. Andersson D, Fransson A. Kalorier kostar - en ESO-rapport om vikten av vikt. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi: 2011.

64. Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket. Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet, Bilaga 3. 2017.

65. Folkhälsomyndigheten. Samhällskostnader för övervikt och obesitas. [19 maj, 2025]. Available from: https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-obesitas/overvikt-och-obesitas/samhallskostnader-for-overvikt-och-obesitas/.

66. Cancerfonden. Cancer i samhället. [23 maj, 2025]. Available from: https://www.cancerfonden.se/om-cancer/statistik/cancer-i-samhallet.

67. Wimo A, Qiu C, Fratiglioni L, Liang Y, Grande G, Sköldunger A, et al. Antalet demenssjuka och kostnader för demenssjukdomar i Sverige 2023. 2025.

68. National Cancer Institute. Hazard Ratio. [22 apr, 2025]. Available from: https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/hazard-ratio.

69. Socialstyrelsen. Statistik om läkemedel 2024 - Bilaga Tabeller. 2025.

70. Försäkringskassan. Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv, 1995–2022. 2023.

71. Winslow UC, Rode L, Nordestgaard BG. High tobacco consumption lowers body weight: a Mendelian randomization study of the Copenhagen General Population Study. Int J Epidemiol. 2015;44(2):540-50.

Bilagor

Bilaga 1: Metod

Rapporten utgår från en prevalensansats där de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till övervikt och obesitas skattats under ett år, 2023. De kostnader som ingår i beräkningarna är dels så kallade ”direkta kostnader” i form av hälso- och sjukvård, kommunal vård och omsorg samt läkemedel, dels ”indirekta kostnader” i form av produktionsbortfall som består av förlorat värde som hade kunnat uppstå om personer med övervikt eller obesitas inte blivit arbetslösa, sjuka eller avlidit i förtid, och kostnader för den vård som utförs av närstående när personen med övervikt och obesitas blir sjuk.

Beräkningarna av hälso- och sjukvårdens kostnader inkluderar kostnader med obesitas som huvuddiagnos samt kostnader för obesitasrelaterade sjukdomar. Denna rapport använder en etablerad metod som beskrivs närmare nedan (i avsnittet Tillskrivningsfaktor) för att beräkna vilken andel av hälso- och sjukvårdens kostnader för olika sjukdomar som kan hänföras till förekomst av övervikt eller obesitas. Metoden utgår från riskökningar för obesitasrelaterade sjukdomar hos personer med övervikt eller obesitas jämfört med personer med normal vikt som visats i kliniska och epidemiologiska studier (13, 14).

På samma sätt som det finns studier av överrisker för sjukdom på gruppnivå som kopplas till övervikt och obesitas jämfört med normalvikt, så finns epidemiologiska studier som undersökt sjukfrånvaro och dödlighet. Det finns också arbetsmarknadsekonomiska studier som undersökt förekomst av arbetslöshet på gruppnivå med liknande metoder. Dessa studier visar en förhöjd risk för sjukfrånvaro, arbetslöshet och död i förtid för personer med övervikt och obesitas på gruppnivå jämfört med personer med normalvikt i genomsnitt (15-17, 31, 37). Det innebär att det i ett brett samhällsperspektiv blir en mindre samlad produktion än om dessa grupper haft samma frånvaro, arbetslöshet och livslängd som gruppen med normalvikt. Detta brukar kallas för produktionsbortfall och kan värderas med hjälp av den förhöjda risken att bli sjukskriven, arbetslös eller dö i förtid på gruppnivå för personer med övervikt och obesitas tillsammans med det värde som arbetet skulle ha skapat.

Denna rapport arbetar genomgående med resultat från publicerade studier som är överförbara till en svensk kontext och med svenska nationella registerdata. Även om dessa underlag har bred täckning och bygger på internationell forskningstradition kan det finnas ytterligare sjukdomar som i framtiden kan komma att kopplas till övervikt och obesitas som inte ingår i beräkningarna här.

I resterande del av det här kapitlet beskrivs först de tillvägagångssätt och underlag som använts i beräkningarna i detalj. Därefter redovisas och motiveras rapportens urval av prognoser för framtida kostnader för övervikt och obesitas.

Tillskrivningsfaktor

Beräkningarna av kostnaderna för obesitasrelaterade sjukdomar bygger på en vedertagen metod för att beräkna hur mycket en riskfaktor, så som obesitas, påverkar insjuknandet i en viss sjukdom (26). Med hjälp av metoden beräknas en så kallad tillskrivningsfaktor (eller på engelska, population attributable fraction, PAF) som anger hur stor del av sjukdomsfallen som kan förklaras av riskfaktorerna.

För att kunna beräkna tillskrivningsfaktorer behövs information om förekomsten av övervikt och obesitas i den svenska befolkningen, vilka sjukdomar som har ett samband med övervikt eller obesitas samt storleken på riskökningarna för dessa sjukdomar. Den matematiska formeln för att beräkna tillskrivningsfaktorn för obesitas ser ut så här:

$$\frac{förekomst_{obesitas} \times riskökning_{obesitas}}{förekomst_{obesitas} \times riskökning_{obesitas} + förekomst_{övervikt} \times riskökning_{övervikt} + 1}$$

Formeln väger samman förekomsten av övervikt och obesitas samt riskökningen för en viss sjukdom (till exempel typ 2-diabetes) för att beräkna andelen av sjukdomen som är kopplad till obesitas. På samma sätt beräknas tillskrivningsfaktorer för resterande sjukdomar som är kopplade till obesitas samt för sjukdomar som är kopplade till övervikt. Metoden innebär att ju större observerad riskökning för personer med obesitas har för ett sjukdomstillstånd jämfört med personer som är normalviktiga, desto större andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna för sjukdomstillståndet tillskrivs personer med obesitas. Denna metod är populationsbaserad och räknar på gruppgenomsnitt.

Förekomst av övervikt och obesitas

Förekomsten av övervikt och obesitas i befolkningen hämtades från Folkhälsomyndighetens portal Folkhälsodata (27). Siffrorna för den vuxna befolkningen baserades mer specifikt på Nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor från Folkhälsomyndigheten (Tabell 1). Motsvarande uppgifter för barn och ungdomar baserades på information från Barnhälsovården, Elevhälsan och undersökningen Skolbarns hälsovanor från Folkhälsomyndigheten. Mätningarna vid 1,5 års ålder från Barnhälsovården användes för barn mellan ett och tre år och vid fyra års ålder även för femåringarna. På samma sätt användes mätningarna från Elevhälsan för barn mellan sex och nio år även för tioåringarna. Den rapporterade förekomsten i Tabell 1 som har använts i beräkningarna motsvarar ungefär 270 000 barn med övervikt och 97 000 med obesitas samt 3 miljoner vuxna med övervikt och 1,5 miljoner med obesitas.

Tabell 1 Förekomst av övervikt och obesitas som använts i beräkningarna. Procent. Uppgifterna är hämtade från Folkhälsomyndighetens portal Folkhälsodata (27).

	Övervikt (procent)		Obesitas (procent)	
	Flickor/Kvinnor	Pojkar/Män	Flickor/Kvinnor	Pojkar/Män
1-3 år	7,0	7,0	1,0	1,0
4-5 år	10,0	10,0	2,0	2,0
6-10 år	16,6	14,7	7,4	7,1
11-15 år	9,0	14,0	2,0	4,0
16-29 år	19,6	22,3	9,4	11,0
30-44 år	26,9	40,0	18,4	16,1
45-64 år	32,9	48,4	23,5	23,4
65-84 år	37,1	46,4	18,8	18,8
85+ år	31,5	37,9	15,2	9,8
Vuxna (16+ år)	30,0	40,5	18,2	17,8

Obesitasrelaterade sjukdomar

De sjukdomar som är kopplade till övervikt och obesitas hämtades från två större studier som publicerats under senare år. Den första studien använde finska registerdata för att skatta överrisken för en lång rad sjukdomar hos personer med övervikt eller obesitas (13). I studien ingick 115,000 personer vars BMI observerats via enkät. Personerna följdes sedan upp i finska hälsodataregister under i genomsnitt tolv år.

Den andra studien använde svenska registerdata för att skatta överrisken för olika cancersjukdomar hos personer med övervikt eller obesitas (14). Totalt ingick drygt 4 miljoner personer, där en majoritet (85 procent) av BMI-uppgifterna hade samlats in i samband med mönstring eller graviditet (mätt mellan åtta och tio veckors graviditet). Personerna följdes upp i Cancerregistret från mätpunkten av BMI till och med år 2019.

Riskökningarna för de obesitasrelaterade sjukdomar, exklusive cancersjukdomar, hämtades från den finska studien (Tabell 2). För cancersjukdomar användes i stället riskökningarna från den svenska studien (Tabell 3). Enbart sjukdomar med en signifikant riskökning inkluderades i analysen. Skador och fall inkluderades inte. I båda studierna mättas överrisken med så kallade hasardkvoter (eller på engelska, hazard ratio). En hasardkvot jämför risken för en viss händelse, till exempel sjukdom eller dödsfall, mellan två grupper över tid. En kvot över 1,0 innebär att en händelse i genomsnitt inträffar tidigare (68).

I vissa fall hade studierna skattat risker dels för enskilda sjukdomar, dels för sjukdomsgrupper där dessa sjukdomar ingick. Till exempel fanns separata beräkningar för hjärtinfarkt och kärlkramp samtidigt som det även fanns en beräkning för kranskärlsjukdomar (där bland annat hjärtinfarkt och kärlkramp ingår). Vid sådana tillfällen inkluderades antingen de enskilda sjukdomarna eller hela sjukdomsgruppen utifrån vilken som ansågs ha den tydligaste kopplingen till obesitas enligt kliniska experter inom projektgruppen.

Tabell 2 Riskökning i hasardkvot för sjukdomar, exklusive cancersjukdomar, till följd av övervikt och obesitas jämfört med normalvikt. Samtliga uppgifter hämtade från en finsk studie publicerad 2022 (13).

Sjukdom	ICD10	Övervikt	Obesitas
Bakteriella infektioner	A01-A79	1,25	2,16
Anemier	D50-D64		1,69
Diabetes	E10-E14	3,09	12,14
Transitorisk ischemisk attack	G45-G46		1,28
Sömnstörningar	G47	1,84	6,27
Sjukdomar i ögat och närliggande organ	H00-H59	1,09	1,2
Sjukdomar i örat och mastoidutskottet	H60-H99		1,19
Hypertonisjukdomar	I10-I15	1,74	3,2
Angina pectoris	I20	1,28	1,54
Hjärtinfarkt	I21	1,34	1,52
Ischemisk hjärtsjukdom*	I20-I25	1,22	1,39
Lungemboli	I26		2,86
Arytmi	I46-I49	1,18	1,72
Hjärtsvikt	I50	1,7	4,17
Stroke	I60-I61, I63-I64		1,41
Stroke och andra sjukdomar i hjärnans kärl*	I60-I69	1,14	1,29
Ventrombos	I80-I82		2,43
Influensa och lunginflammation	J09-J18		1,45
Astma	J45-J46	1,28	1,95
Sjukdomar i levern	K70-K77		1,85
Akut pankreatit	K85	1,39	1,86
Hudinfektioner ock eksem	L00-L08, L20-L30	1,39	2,49
Reumatoid artrit och relaterade sjukdomar	M05-M06, M08, M13, M30-35, M45	1,13	1,33
Gikt	M10	1,63	4,31
Artros	M15-M19	1,64	2,71
Ischias	M50-M51	1,15	
Ryggvärk	M54		1,85
Sjukdomar i mjukvävnader	M60-M79	1,14	1,2
Njursvikt	N17-N19		2,95
Hypertoni under graviditeten	O13-O16	1,55	1,76
Diabetes under graviditeten	O24	2,92	4,82
Symtom och sjukdomstecken från cirkulationsorganen och andningsorganen	R00-R09	1,25	1,3
Symtom och sjukdomstecken från matsmältningsorganen och buken	R10-R19		1,36

** Används enbart i beräkningarna av kommunal vård och omsorg samt läkemedelsbehandling*

Tabell 3 Riskökning i hasardkvot för cancersjukdomar till följd av övervikt och obesitas jämfört med normalvikt. Samtliga uppgifter hämtade från en svensk studie publicerad 2024 (14).

Cancersjukdom		Övervikt		Obesitas	
	ICD10	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Matstrupe, adenokarcinom	C15	1,2			
Magsäck	C16.0		1,39		1,62
Tunntarm	C17		1,46	1,42	1,62
Tjocktarm	C18	1,08	1,21	1,19	1,57
Ändtarm	C19-20		1,09		1,27
Lever	C22		1,41	1,52	2,85
Gallblåsa	C23	1,33	1,16	1,61	1,58
Gallvägar	C24	1,33	1,16	1,61	
Bukspottkörtel	C25.0-3, C25.8-9			1,17	1,34
Neuroendokrina pankreastumörer	C25.4		1,51		
Näsa och bihålor	C30-31				1,75
Malignt melanom	C43		1,13		1,15
Hjärnan och centrala nervsystemet	C47, C70-72, C75.2, C75.3	1,15		1,18	1,38
Annan bindväv och mjukvävnad	C49		1,3		1,59
Bröst, postmenopausal	C50	1,06		1,09	
Vulva	C51	1,75		2,43	
Livmoderhals, adenokarcinom	C53			1,34	
Livmoder	C54.1	1,73		3,33	
Äggstockarna	C56	1,09		1,09	
Penis	C60		1,64		3,07
Njurarna	C64	1,56	1,44	2,32	2,06
Sköldkörteln	C73	1,11			1,59
Bisköldkörteln	C75.0		1,27	1,4	1,4
Hypofysen	C75.1	1,25	1,36	1,54	1,63
Lymfom	C81-85, C88, C91, C96	1,08	1,1	1,12	1,3
Myelom	C90	1,25	1,14		
Leukemi	C92-95, D46, D47.1				1,44

Prognos av framtida kostnader för övervikt och obesitas

Rapporten presenterar också tre prognoser för kostnader för övervikt och obesitas år 2030 och år 2040. Prognoserna utgick från Folkhälsomyndighetens enkät med uppgifter om övervikt och obesitas uppdelat på ålder och kön samt befolkningsframskrivning från Statistiska centralbyrån och tre alternativa antaganden om förekomst av övervikt och obesitas i framtiden.

Prognosernas beräkningar använder kostnaden per person med övervikt och obesitas för år 2023 för framskrivningen av samhällsekonomiska kostnader för övervikt och obesitas år 2030 och år 2040. Det betyder att kostnadsprognoserna drivs av den framtida förekomsten av övervikt och obesitas och håller andra faktorer såsom priser, produktivitet och behandlingsteknologier konstant. Detta är i linje med tidigare studier som gör framskrivningar av kostnader.

Prognos 1: Fortsatt ökning av övervikt och obesitas enligt trend från föregående decennium

En årlig förändringstakt beräknades utifrån förekomsten av övervikt och obesitas år 2014 och 2024, uppdelat på ålder och kön. Utifrån denna förändringstakt gjordes en prognos av andelen med övervikt och obesitas år 2030 och år 2040. Kategorierna 16+ år och 84+ år ingick inte Folkhälsomyndighetens statistik över övervikt och obesitas tidigare än år 2021. Vid beräkningen av förändringstakt i åldersgruppen 16+ år användes förekomsten av övervikt och obesitas i åldersgruppen 16–84 år. Vid beräkningen av förändringstakt i åldersgruppen 84+ år användes i stället förekomsten av övervikt och obesitas.

Prognos 2: Bibehållen andel med övervikt och obesitas som år 2023

Trenden med ökande andel vuxna med obesitas hejdas vid den nivå som gäller år 2024. År 2030 och år 2040 har därför samma andel personer övervikt och obesitas som år 2024. Befolkningstillväxt ökar däremot de absoluta kostnaderna.

Prognos 3: Minskande andel med obesitasmed 1 procent jämfört med 2023

Preventiva åtgärder och behandlingar minskar andelen vuxna med obesitas med en procentenhet till år 2030 eller år 2040. Andelen med övervikt är oförändrad, vilket innebär att andelen med normalvikt ökar med en procentenhet. Att minska antalet personer med obesitas är ett framtida mål, men givet ökningen de senaste årtiondena bedömdes inte en större minskning vara trolig. Därför utfördes beräkningarna på ett försiktigt minskningsscenario om en procentenhet.

Bilaga 2: Kostnader som ingår

Hälso- och sjukvård

Kostnaderna för obesitasrelaterade sjukdomar inom primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård har beräknats utifrån uppgifter i KPP-databasen (KPP; Kostnad Per Patient) (28). Denna nationella databas, som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ansvarar för, innehåller information om resursutnyttjande och kostnader relaterade till både specialiserad vård och primärvård. KPP innebär att en kostnad beräknas för varje enskilt vårdtillfälle. Utöver kostnad för vårdpersonal ingår även allmänna omkostnader för personal, lokaler, administration med mera.

KPP-databasen användes för att beräkna de totala kostnaderna i hälso- och sjukvården för sjukdomarna med en koppling till övervikt eller obesitas. Samtliga kostnader för sjukdomarna år 2023 hämtades ut från databasen, uppdelat efter huvuddiagnos, ålder och kön. Därefter beräknades den del av hälso- och sjukvårdskostnaderna som var kopplad till övervikt eller obesitas med hjälp av tillskrivnings-faktorerna för respektive sjukdom.

Samtliga vårdkontakter registreras inte i KPP-databasen. För primärvård är täckningsgraden 30 procent, för specialiserad öppenvård 74 procent och för slutenvård 94 procent (28). För att bättre fånga de faktiska kostnaderna räknades de registrerade kostnaderna i KPP-databasen upp så att de motsvarade en täckningsgrad om 100 procent, under antagandet att de oregistrerade vårdtillfällena i genomsnitt har samma kostnad som de registrerade vårdtillfällena.

Kommunal vård och omsorg

Det saknas offentlig statistik över användning av kommunal vård och omsorg uppdelat på olika sjukdomar.

För ischemisk hjärtsjukdom och sjukdomar i hjärnans kärl beräknades kostnader för kommunal vård och omsorg i stället utifrån en nyligen publicerad studie som beräknat sjuk-domsbördan vid hjärt- och kärlsjukdom i 54 olika länder, däribland Sverige (29). Dessa kostnader kombinerades med tillskrivningsfaktorn baserad på den förhöjda risken för hjärt- och kärlsjukdomar (Tabell 2). Kommunal vård och omsorg för övriga sjukdomar ingår inte i rapportens beräkningar till följd av brist på underlag.

Läkemedel

Läkemedel som ges på sjukhus inom såväl öppen specialistvård som vid slutenvårdsinläggningar ingår i de kostnader som rapporteras i KPP-databasen. De ingår därför i specialiserad öppenvård och slutenvård. Statistik över läkemedel som ges på recept finns tillgängligt per preparat och har inte fram tills nu rapporterats för den diagnos som förskrivningen avser behandla. Eftersom många läkemedel kan användas vid behandling av flera olika sjukdomar går det inte med aggregerad statistik att tilldela hur stora läkemedelskostnaderna är för specifika övervikts- och obesitasrelaterade sjukdomar utan fördjupad forskningsanalys av individbaserade data. Inom ramen för detta arbete gick det att ta fram underlag för att beräkna läkemedelskostnader för behandling vid obesitas, diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar.

Många av de sjukdomar som i olika grad kopplas till övervikt och obesitas behandlas med olika förskrivningsläkemedel. I några fall finns entydiga kopplingar mellan sjukdom och läkemedel såsom när läkemedlet har endast en indikation. När ett och samma läkemedel kan användas av flera patientgrupper behövs fördjupade studier utifrån individdata som fördelar läkemedels-

kostnader mellan patientgrupper. Inom ramen för denna rapport finns underlag för beräkningar av kostnader för förskrivningsläkemedel som tillskrivs övervikt och obesitas i fyra fall: läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen med indikation obesitas, diabetesläkemedel, samt läkemedelskostnader vid ischemisk hjärtsjukdom och sjukdomar i hjärnas kärl inklusive stroke. Underlag för dessa hämtades från följande källor:

- Kostnaden för obesitasläkemedel vid obesitas baserades på statistik över antalet expedieringar av läkemedel från Socialstyrelsens läkemedelsregister (56) och apotekens utförsäljningspris för dessa läkemedel[6]. Dessa kostnader inkluderades i sin helhet som kostnader för obesitas.
- Kostnaderna för läkemedel vid diabetes hämtades från Socialstyrelsens uppföljning av läkemedelsförsäljning där diabetesläkemedel presenteras separat[7] (69). Dessa kostnader tillskrevs övervikt och obesitas med samma metod som kostnader för annan hälso- och sjukvård.
- En nyligen publicerad studie som beräknade kostnader för läkemedel vid för hjärt- och kärlsjukdom i 54 olika länder, däribland Sverige (29), och rapporterade även kostnader separat för ischemisk hjärtsjukdom och sjukdomar i hjärnas kärl inklusive stroke. En del av dessa två senare läkemedelskostnader tillskrevs övervikt och obesitas med samma metod som kostnader för annan hälso- och sjukvård.

Det betyder att kostnader för andra förskrivningsläkemedel som används vid obesitasrelaterade sjukdomar inte ingår i rapportens beräkningar till följd av brist på underlag.

Produktionsbortfall

I kostnadsberäkningarna ingår produktionsbortfall till följd av arbetslöshet, kortare sjukfrånvaro (de första 14 dagarna), sjukskrivning (efter 14 dagar), sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension), samt produktionsbortfall till följd av för tidig död.

Tillskrivningsfaktorer för sjukdagar, sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning och för tidig död beräknades utifrån publicerade studier av de förhöjda riskerna till följd av övervikt eller obesitas (15-17, 31, 37). Dessa tillskrivningsfaktorer tillämpas sedan på förekomsten för att mäta hur stort produktionsbortfall som kan tillskrivas övervikt respektive obesitas.

Arbetslöshet

Övervikt och obesitas är förknippat med en högre risk för arbetslöshet. Förekomsten av arbetslöshet hämtades från Statistiska centralbyråns arbetskraftsundersökning (30). För att beräkna tillskrivningsfaktorer hämtades förhöjda risker för arbetslöshet hos personer med övervikt respektive obesitas från en svensk studie som länkat BMI-uppgifter från enkäter till Arbetsförmedlingens inskrivningsdata (31). Studien kontrollerar för en rad möjliga felkällor såsom ålder, utbildningsnivå och inkomst. Resultaten från studien visade att personer med övervikt hade en hasardkvot för arbetslöshet på 1,07 medan personer med obesitas hade en hasardkvot på 1,28.

[6] Det gick i statistiken från läkemedelsregistret inte att särskilja semaglutid från liraglutid. I beräkningarna användes apotekens utförsäljningspris för semaglutid.

[7] Här ingår även vissa obesitasläkemedel. Kostnaderna för dessa inkluderades inte i beräkningarna.

Sjukfrånvaro (de första 14 dagarna)

Antal sjukdagar, alltså de första 14 dagarna i en sjukskrivningsperiod som en arbetsgivare ansvarar för, sammanställdes genom att hämta antalet sjukdagar per anställd (32) samt antalet anställda i hela befolkningen (33) från Statistiska centralbyrån som följer statistiken genom urvalsundersökningar mot företag.

Inga studier har identifierades som undersöker risken för sjukdagar hos personer med övervikt eller obesitas inom en svensk kontext. I stället användes en norsk studie som undersökt sambandet mellan flera faktorer, däribland övervikt och obesitas, och vad de kallar kortsiktig sjukfrånvaro (upp till 14 dagar) genom en enkätundersökning (16). Studien fann att oddskvoten för kortvarig sjukfrånvaro var 1,23 hos personer med övervikt och 1,29 hos personer med obesitas.

Det norska systemet kring sjukfrånvaro är likt det svenska, där de första dagarnas sjukfrånvaro ersätts av arbetsgivaren (14 dagar i Sverige, 16 dagar i Norge), för att därefter gå över till offentlig ersättning. En skillnad är att Norge inte har ett karensavdrag, såsom Sverige har (70).

Sjukskrivning (efter 14 dagar)

Sjukskrivning, det vill säga när Försäkringskassan tar över ansvaret efter de inledande 14 dagarna, baserades på information om antal personer och antal nettodagar med sjuk- och rehabiliterings-penning från Försäkringskassans offentliga statistikdatabas år 2023 (34).

Den ökade risken för sjukpenning hos personer med övervikt eller obesitas baserades på en svensk studie av män som mönstrade mellan åren 1969 och 1970 följdes upp mellan 1986 och 2005 avseende sjukskrivning (15). Författarna beräknade risker för sjukpenning samt sjuk- eller aktivitetsersättning utifrån längd och vikt från Mönstringsregistret och statistik från Försäkringskassan mellan 1986 och 2005. Riskökningen för sjukfall som varar minst 30 dagar från studien användes i beräkningarna av sjukskrivning till följd av övervikt och obesitas. Studien fann en hasardkvot för sjukpenning på 1,19 hos personer med övervikt och 1,34 hos personer med obesitas.

Sjuk- och aktivitetsersättning

Antalet personer med aktivitets- och sjukersättning och ersättnings omfattning år 2023 hämtades också från Försäkringskassan (35). Sjuk- och aktivitetsersättning ges till personer med långvarigt nedsatt arbetsförmåga. Ersättning kan ges på 25 procent, 50 procent, 75 procent eller 100 procent beroende på hur mycket arbetsförmågan är nedsatt.

Den ökade risken för sjuk- eller aktivitetsersättning hos personer med övervikt eller obesitas baserades även på studier av svenska män som mönstrade mellan åren 1969 och 1994 (15, 17). För sjuk- eller aktivitetsersättning beräknade författarna av rapporten beräknade de separata risker för hjärt- och kärlsjukdomar, rörelseorganens sjukdomar, psykiska sjukdomar, skador och förgiftningar, nervsystem och sinnesorgan, tumörer samt övriga sjukdomar. Riskökningarna för sjuk- och aktivitetsersättning till följd av övervikt och obesitas visas i Tabell 4.

Tabell 4 Riskökning i hasardkvot för sjuk- och aktivitetsersättning till följd av övervikt och obesitas jämfört med normalvikt.

Relativa risker	Övervikt	Obesitas
Tumörer	1.28	1.96
Psykiska sjukdomar	1.21	1.60
Nervsystem och sinnesorgan	1.42	1.54
Hjärt- och kärlsjukdomar	2.06	3.51
Rörelseorganens sjukdomar	1.47	2.15
Skador och förgiftningar	1.14	1.51
Övriga	1.71	4.38

Personer med övervikt och obesitas har en ökad risk för depression samtidigt som personer med depression har en ökad risk för övervikt och obesitas (58). På grund av det dubbelriktade sambandet gjordes en konservativ beräkning av produktionsbortfallet där sjuk- och aktivitets-ersättning för psykisk sjukdom inte ingick. I stället gjordes en tilläggsanalys där även produktionsbortfall för psykisk sjukdom inkluderades.

För beräkningarna av det långsiktiga produktionsbortfallet till följd av övervikt och obesitas kombinerades de relativa riskerna från den svenska studien med information om antalet personer med sjuk- eller aktivitetsersättning inom motsvarande diagnoskapitel från Försäkringskassans offentliga databas. Det saknades information om omfattning (25 procent, 50 procent, 75 procent eller 100 procent) för varje diagnoskapitel och i stället användes den genomsnittliga omfattningen för samtliga personer med sjuk- eller aktivitetsersättning i beräkningarna.

Produktionsbortfall till följd av för tidig död

Produktionsbortfallet till följd av för tidig död beräknades utifrån antalet dödsfall under 2023 uppdelad i 5-årsklasser hämtades från Dödsorsaksregistret hos Socialstyrelsens (36).

Den förhöjda risken för död bland personer med övervikt respektive obesitas hämtades från en metaanalys som bland annat beräknat risken för personer under 65 år som aldrig rökt baserat på 13 olika studier (37). Att studien var avgränsad till 65 år innebär att den reflekterar risken för personer i arbetsför ålder, vilket är gruppen som denna beräkning görs för. Att den är avgränsad till icke-rökare innebär att effekten av rökning på dödlighet exkluderas (71).

Riskökningen vid övervikt i denna rapport baserades på riskökningen vid BMI 27,5 i studien, vilket motsvarar mittpunkten i intervallet för övervikt (BMI 25–29,9). För obesitas användes riskökningen vid BMI 32,5. Detta motsvarar mittpunkten i intervallet för första gradens obesitas (BMI 30–34,9), vilket drygt två tredjedelar av personerna med obesitas i Sverige har (27). Detta innebar en skattad relativ risk för dödsfall på 1,12 hos personer med övervikt och 1,63 hos personer med obesitas.

Värdering av produktionsbortfallet

Slutligen prissätts produktionsbortfallet genom att multiplicera tiden med värdet, vilket är lönekostnaden inklusive sociala avgifter. Denna identifierades för respektive åldersgrupp genom att hämta genomsnittlig lön (38), justera ned den med sysselsättningsgraden, för att inte alla som ingår i arbetskraften har ett arbete (39) samt med andel arbetade timmar per vecka av en heltid (40), och slutligen addera genomsnittliga sociala avgifter (41).

Produktionsbortfallet till följd av för tidig död skattades genom att antalet förväntade kvarstående arbetsaktiva år vid dödsfallet beräknades utifrån åldersspecifika dödsrisker och multiplicerades med den genomsnittliga produktionen under dessa år, diskonterat med 3 procent per år.

Närståendevård

För personer med kroniska sjukdomar kan hjälp från familjemedlemmar och andra närstående spela en avgörande roll i det dagliga livet. Denna typ av hjälp kallas informell vård och ges av privatpersoner i stället för av vårdpersonal inom ramen för deras arbete. För beräkningen gjordes en riktad litteraturgenomgång för att hitta vetenskapliga studier som kunde ligga till grund för en uppskattning av kostnaderna för informell vård.

Litteraturgenomgången identifierade tre studier om informell vård som vi bedömde vara relevanta i ett svenskt sammanhang. Den första studien beräknade sjukdomsbördan vid hjärt- och kärlsjukdom i 54 olika länder, däribland Sverige (29). Det totala antalet timmar informell vård för ischemisk hjärtsjukdom samt sjukdomar i hjärnans kärl i Sverige enligt studien har använts i beräkningarna för informell vård för ischemisk hjärtsjukdom samt sjukdomar i hjärnans kärl.

De andra två studierna var finska enkätstudier av vårdkonsumtion vid olika stadier av bröstcancer (42) samt tjock- och ändtarmscancer (43). I genomsnitt fick patienter med dessa cancersjukdomar drygt två timmar informell vård per vecka. Socialstyrelsens patientregister har använts för att beräkna antalet personer som lever med bröstcancer, tjocktarmscancer och ändtarmscancer. Det gjordes ett antagande att antalet personer som lever med dessa cancersjukdomar motsvarar antalet personer med minst ett besök i den specialiserad vården under år 2023 kopplad till bröstcancer, tjocktarmscancer eller ändtarmscancer som huvuddiagnos. Informell vård för övriga sjukdomar ingår inte i rapportens beräkningar till följd av brist på underlag.

För att beräkna kostnaden för den informella vården användes ersättningskostnadsmetoden där tiden värderas utifrån hur mycket det skulle kosta om en professionell vårdgivare hade gett vården (44, 45). Denna typ av vård utförs ofta inom den kommunala sektorn och den genomsnittliga lönen för undersköterskor och vårdbiträden inom den kommunala sektorn inklusive sociala avgifter (41) användes därför i beräkningarna.

Bilaga 3: Rekommendationer i nationella riktlinjer

Utöver de faktiska kostnader som uppstår kopplade till övervikt och obesitas och som beräknades med tillskrivningsfaktorer enligt ovanstående metod, sammanställdes även en separat översikt av de kostnader som skulle uppstå om åtgärderna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer implementerades. De två inkluderade riktlinjerna är nationella riktlinjer för vård vid obesitas, samt nationella riktlinjer för vård vid ohälsosamma levnadsvanor, specifikt för ohälsosamma matvanor samt otillräcklig fysisk aktivitet. Den senare riktlinjen avser då åtgärder i hälso- och sjukvården som erbjuds personer med ohälsosamma levnadsvanor och som kan påverka utveckling av övervikt och obesitas. Dessa riktlinjer riktar sig till en större målgrupp än personer med risk att utveckla övervikt eller obesitas. Förbättrade levnadsvanor kan också ha fler mål än kroppsvikt. Sammanställningen av kostnaderna som är förknippade med implementeringen av nationella riktlinjer för vård vid ohälsosamma levnadsvanor kan därför inte enbart ses som kostnader för förebyggande insatser för övervikt och obesitas.

Denna rapport redovisar sammanställningen av de kostnadskalkyler som publicerats i Socialstyrelsens konsekvensbeskrivning. Detta som en kompletterande information om rekommenderade insatser i hälso- och sjukvården och dess förväntade kostnader om de implementeras. Socialstyrelsens tar fram konsekvensbeskrivningar för ett urval av de rekommendationer som ingår i nationella riktlinjer.

Tabell 5 Sammanställning av kostnader i konsekvensbeskrivningen av rekommenderade åtgärder i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas (1)

ID	Beskrivning	Målgrupp Tillstånd	Antal personer i målgrupp	Antaganden	Årlig merkostnad för hälso- och sjukvården Miljoner kronor
6–8	Kombinerad levnadsvanebehandling, 10 gruppträffar samt 7 uppföljningar via telefon. Interventionen riktar sig till föräldrar och är ledd av dietist eller sjuksköterska.	Barn 4–6 år med obesitas.	12 000	90 procent av målgruppen deltar.	17–20 mkr
6–8	Kombinerad levnadsvanebehandling, 59 teoretiska gruppträffar med barn och förälder (gemensamt och separat), samt 52 gruppträningspass med fysioterapeut. Gruppstorleken är 10 eller 20 barn.	Barn 7–17 år med obesitas.	69 000	90 procent av målgruppen deltar och interventionen sker under en treårsperiod.	25–50 mkr
9, 11	Kombinerad levnadsvanebehandling. Fas 1, år 1: 30 gruppträffar och 12 individuella träffar, bägge med dietist. Fas 2, år 2–4: månatliga individuella uppföljningar, samt gruppträffar.	Vuxna med obesitas.	1 miljon	50 procent av målgruppen deltar och interventionen sker under en tioårsperiod.	460 mkr (efter uppbyggnad)
18, 19	Obesitaskirurgi, erbjud operationerna gastric bypass samt sleeve-gastrektomi till vuxna med obesitas som har BMI 35+.	Vuxna med obesitas och BMI 35+.	220 000	15 procent av målgruppen genomgår obesitaskirurgi under en femårsperiod. Ca 4 000 personer genomgår redan kirurgi i regional regi årligen.	200 mkr
				Totalt	702–730 mkr

Tabell 6 Sammanställning av kostnader i konsekvensbeskrivningen av rekommenderade åtgärder i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid ohälsosamma levnadsvanor (24)

ID	Beskrivning	Målgrupp Tillstånd	Antal personer i målgrupp	Antaganden	Årlig merkostnad för hälso- och sjukvården Miljoner kronor
33	Kvalificerat rådgivande samtal.	Vuxna personer med ohälsosamma matvanor och särskild risk	810 000–1 200 000	80 procent av målgruppen deltar och interventionen sker under en femårs-period. 86 000 personer får redan interventionen årligen.	336–837 mkr
35–37	Rådgivande samtal med eller utan tillägg av ordination av fysisk aktivitet eller aktivitets-mätare.	Vuxna personer med otillräcklig fysisk aktivitet och särskild risk	1 300 000	80 procent av målgruppen deltar och interventionen sker under en femårsperiod. 230 000 personer får redan interventionen årligen.	0–89 mkr
52	Rådgivande samtal.	Ungdomar 13–17 år som är otillräckligt fysiskt aktiva (årligen).	26 000	100 procent av mål-gruppen deltar och interventionen sker vid ett tillfälle under något av ungdomsåren.	20 mkr
54, 55	Familjestödsprogra m.	Barn 2–12 år som är otillräckligt fysiskt aktiva eller har ohälsosamma matvanor (exklusive barn med obesitas).	176 000	80 procent av målgruppen deltar.	280 mkr
62	Kvalificerat rådgivande samtal.	Gravida med ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysiska aktivitet (exklusive gravida med obesitas).	15 000	100 procent av målgruppen deltar.	113 mkr
				Totalt	749–1 339 mkr

ihe.se

IHE RAPPORT 2025:7

