Rättad 2025-11-19 avseende »Indikation enligt Fass« i Tabell 1.

Nya möjligheter i behandling av barn och ungdomar med obesitas

EN KRONISK SJUKDOM SOM KRÄVER LÅNGSIKTIG BEHANDLING

Obesitas utgör ett hot mot barns och ungdomars framtida och nuvarande hälsa. Tunga barn får svårare att hänga med i fysiska lekar och kan redan i tonåren utveckla komplikationer som leverförfettning och typ 2-diabetes [1]. Obesitas ökar riskerna för kardiovaskulär sjukdom och cancer. Många barn med obesitas mår bra, men andra beskriver social utsatthet, sömnproblem och smärtor vid rörelse.

Andelen barn och ungdomar i Sverige med övervikt fördubblades mellan åren 1984 och 2000, och andelen med obesitas fyrdubblades [2]. Det är glädjande att förekomsten av obesitas inte längre ökar bland landets 4-åringar, där ungefär 2 procent har obesitas och ytterligare 9 procent övervikt [3, 4].

För de äldre barnen har vi inte någon heltäckande nationell insamling av data, trots att alla barn mäts och vägs av elevhälsan. Folkhälsomyndigheten samlar in data för barn 6–9 år, men alla kommuner och skolor rapporterar inte. Studier från Göteborg baserade på elevhälsodata ger en av de mest tillförlitliga uppskattningarna av prevalens bland skolbarn i Sverige och visar att ungefär var femte hade övervikt eller obesitas, med högst förekomst bland äldre tonårspojkar [5].

Under de senaste åren har vi fått riktlinjer från Socialstyrelsen för vård vid obesitas, och ett nationellt vårdprogram för barn och ungdomar med obesitas har utarbetats inom ramen för kunskapsstyrningen [6, 7]. Trots att det nu finns nationella styrdokument varierar tillgången till vård för barnobesitas mycket mellan regionerna.

För att diagnostisera övervikt och obesitas grad 1–3 används BMI-kurvor (kroppsmasseindex) för pojkar och flickor med gränsvärden enligt International Obesity Task Force från 2 års ålder [8]. Hos barn före puberteten förklaras ett högt BMI nästan alltid av en hög andel kroppsfett, och detsamma gäller de flesta tonåringar.

Det är av stor vikt att barn med obesitas identifieras tidigt, och barn med obesitas ska erbjudas kontakt med sjukvården från 2 års ålder. Alla som i sitt yrke möter barn kan hjälpa till att med engagemang och samsyn, på ett icke-dömande sätt, stötta barn till en hälsosam viktutveckling. Behandlingsalternativen har utökats på senare år. Nya läkemedel kan stötta ungdomar med obesitas i deras viktarbete, och kirurgi är en beprövad behandlingsmetod även för ungdomar. Digitalt stöd kan användas för att hålla en tät kontakt med patienter och deras familjer [7, 9].

Det förekommer att vårdnadshavare tackar nej till obesitasbehandling för att de befarar att behandlingen ska öka risken för att barnet utvecklar en ätstörning. Det är viktigt att vårdgivare förmedlar att forskning visat att professionell viktbehandling inte ökar utan tvärtom tycks minska risken för framtida ätstörning [10]. Svensk barnobesitasvård behöver dock bli bättre på att identifiera den låga andel barn som samtidigt har obesitas och ätstörning.

Annika Janson, docent, överläkare, Rikscentrum barnobesitas, Astrid Lindgren barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset; institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet, Stockholm
● annika.janson@regionstockholm.se

Kajsa Järvholm, docent, psykolog, Barn- och ungdomsmottagning obesitas, Skånes universitetssjukhus Malmö; institutionen för psykologi, Lunds universitet

Jenny Kindblom, professor, överläkare, klinisk farmakologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset; institutionen för medicin, Sahlgrenska akademin, Göteborg

Paulina Nowicka, professor i kostvetenskap, leg dietist, institutionen för kostvetenskap, Uppsala universitet

Lovisa Sjögren, vårdenhetsöverläkare, med dr, Regionalt obesitascentrum barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Västra Götalandsregionen, Region Hallands barnklinik; institutionen för kliniska vetenskaper, avdelningen för pediatrik, Sahlgrenska akademin, Göteborg

Annelie Thorén, barnläkare, med dr, universitetslektor, Region Västernorrland, institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet

BASEN ÄR KOMBINERAD LEVNADSVANEBEHANDLING

Kombinerad levnadsvanebehandling är grunden i all obesitasbehandling för barn och ungdomar, såväl nationellt som internationellt. Med fokus på barnets familj ger vårdgivaren stöd till beteendeförändringar för att uppnå förändrade levnadsvanor. Utöver kost och motionsvanor är sömn, stress och skärmtid viktiga områden att kartlägga [11].

Det är viktigt att involvera hela familjen i levnadsvaneförändringarna för att skapa en stödjande och hälsosam miljö för barnet. Barn är särskilt utsatta eftersom de inte själva kan bestämma över matval och grad av aktivitet. Föräldrar är viktiga förebilder, och för familjer med yngre barn under 6 år kan gruppbehandling med föräldrastöd erbjudas. I takt med att barnet blir äldre bör dess delaktighet i behandlingen öka.

Vårdgivare som i sitt yrke möter barn ska kunna identifiera obesitas med hjälp av barnets BMI-kurva och erbjuda stöd. Kombinerad levnadsvanebehandling kan ske i primärvården eller specialistvården, beroende på hur vårdkedjan i regionen ser ut. De vårdinsatser som ges bör samordnas av ett multidisciplinärt team med pediatrisk kompetens. Ett obe-

HUVUDBUDSKAP

- Obesitas hos barn diagnostiseras med BMI-kurvor med gränsvärden för övervikt och obesitas grad 1–3.
- Barn med obesitas ska identifieras tidigt och erbjudas behandling enligt Socialstyrelsens riktlinjer.
- Ett nationellt vårdprogram publicerades 2023, och regional anpassning pågår.
- Kombinerad levnadsvanebehandling är grunden för all behandling.
- Två läkemedel i gruppen GLP-1-analoger är godkända för viktkontroll från 6 respektive 12 års ålder, men omfattas inte av läkemedelsförmånen.
- Obesitaskirurgi kan erbjudas från 15 års ålder.
- Ett nationellt kvalitetsregister, BORIS, samlar data om barn i behandling.
- Samlad prevalensbevakning med elevhälsodata saknas i Sverige.

TABELL 1. GLP-1-analoger godkända för viktbehandling av barn

Substans	Liraglutid	Semaglutid
Godkända från (ålder)	6 år enligt europeiska läkemedelsmyndigheten	12 år
Läkemedelsgrupp	GLP-1-analog	
Verkningsmekanism	Aptitreglering, där ökad mättnad ger minskat energiintag. Långsammare ventrikeltömning.	
Subvention	Nej	
Administrationssätt	Subkutan injektion dagligen	Subkutan injektion veckovis
Upptrappning enligt Fass	Enligt Fass: 4 veckor på respektive dossteg (0,6–1,2–1,8–2,4–3,0 mg) upp till högsta tolererbara dos	4 veckor på respektive dossteg (0,25–0,5–1,0–1,7– 2,4 mg) upp till högsta tolererbara dos
Upptrappning i klinisk praxis	Bör ske individualiserat, vilket kan innebära längre tid på respektive dossteg, upp till dos med god effekt	
Indikation enligt Fass	Obesitas enligt köns- och åldersspecifik definition och kroppsvikt över 60 kg från 12 års ålder, för liraglutid i åldern 6–12 år kroppsvikt över 45 kg	
Resultat i kliniska studier (viktnedgång utöver placeboeffekten)	4,6 procent för ungdomar 12–18 år	16,7 procent för ungdomar 12–18 år
Biverkningar	Gastrointestinala	

sitasteam bör bestå av sjuksköterska, läkare, dietist, psykolog, kurator, fysioterapeut och arbetsterapeut, och en del av dessa kan finnas tillgängliga genom samverkan.

Kombinerad levnadsvanebehandling bör vara ålders- och individanpassad, strukturerad och sikta på långsiktiga hälsosamma beteendeförändringar. Samverkan mellan förskola, skola, vård och i förekommande fall socialtjänst ökar förutsättningarna för följsamhet och behandlingsresultat. Att tidigt engagera förskola och skola är ofta en framgångsfaktor, och samarbetet kan minska stressen hos föräldrarna. För barn är målet med behandling en hälsosam viktutveckling med en minskning av åldersanpassat BMI samt att minska risken för framtida komplikationer. Ofta räcker det att sträva efter att stå still i vikt och växa på längden för barn i förskole- och lågstadieålder.

Minska stigmatisering

Vårdgivaren har en mycket viktig roll i att bemöta familjen på ett icke-stigmatiserande och respektfullt sätt. Många föräldrar känner skuld över barnens vikt. Ett holistiskt synsätt och att samtala om obesitas som en komplex sjukdom, med starka genetiska faktorer, kan bidra till att minska stigmatiseringen. Viktigt i bemötandet är att utgå från familjens resurser och kompetens genom att utforska hur olika familjemedlemmar kan bidra i behandlingen [12]. Familjemedlemmar har ofta tidigare erfarenheter av mer eller mindre lyckade förändringsförsök. Här kan vårdgivarens kunskap i motiverande samtal vara till stor hjälp. Praktiska verktyg för stöd kring portionsstorlekar, som tallriksmodellen, Nyckelhålet, Måltidsmåttet eller »knytnävsmetoden«, och hur man läser innehållsdeklarationer kan också vara användbara inslag i behandlingen. Det är dock viktigt att stämma av vilken kunskap familjen redan har. Allmän information som upprepas till familjen upplevs som förminskande och sänker motivationen att komma till behandling [12].

Många föräldrar berättar att deras barn har stark aptit och beskriver svårigheter att tolka barnets hunger. Att stötta en regelbunden måltidsordning kan vara en konkret och effektiv hjälp. Det är också viktigt att vårdgivaren är beredd att prata om vanliga konflikter kring gränssättning och behovet av samarbete med andra vuxna i barnets närhet. Bristande samsyn med mor- och farföräldrar eller mellan frånskilda föräldrar kan försvåra arbetet med att begränsa barnets viktökning. Samsjuklighet med neuropsykiatriska tillstånd är vanlig vid obesitas och bör uppmärksammas, eftersom dessa tillstånd ofta påverkar både behandlingens utformning och familjens förutsättningar.

Regelbunden vårdkontakt är central vid behandling av barnobesitas, och digital vård erbjuder möjligheter till ökad tillgänglighet, individuell anpassning och tät uppföljning. Digitalisering kan minska belastningen för såväl familjerna som den behandlade enheten [9]. Samtidigt finns det utmaningar med digital vård, såsom brist på personlig interaktion och svårigheter att upprätthålla ett långsiktigt engagemang.

OBESITASLÄKEMEDEL TILL BARN OCH UNGDOMAR

För barn med obesitas som inte fått tillräcklig effekt av kombinerad levnadsvanebehandling finns nu läkemedel som ett effektivt och säkert behandlingsalternativ. För bäst effekt bör läkemedelsbehandling användas tillsammans med kombinerad levnadsvanebehandling.

GLP-1-analoger

Glukagonlik peptid 1 (GLP-1)-analoger används för att behandla både typ 2-diabetes och obesitas, dock i olika doser och med olika kommersiella beteckningar. Liraglutid är godkänt av europeiska läkemedelsmyndigheten för viktkontroll från 6 års ålder och semaglutid är godkänt för viktkontroll från 12 års ålder efter att ha visat god effekt och säkerhet i kliniska studier på ungdomar 12–18 år (Tabell 1) [13-15]. Det nyare preparatet semaglutid har fördelen att injektionen tas en gång i veckan i stället för varje dag. Liraglutid och semaglutid har inte jämförts i samma studie. Resultaten från separata studier visar en större effekt av semaglutid. Läkemedelsutvecklingen inom området är intensiv, och vi kan förvänta oss fler behandlingsalternativ framöver också för barn.

I klinisk vardag har behandlingsutfallet en tydlig spridning med god effekt på BMI för många men endast marginell effekt för några. Många patienter beskriver en tydlig effekt av GLP-1-analoger i form av minskad hunger och känner en lättnad av att bli av med påträngande tankar på mat, det »matbrus« (food noise) som konstant stört dem tidigare.

För de yngsta barnen kan läkemedelsbehandling vara aktuell i enstaka fall och bör då ske inom högspecialiserad vård. Godkännandet av läkemedel till yngre barn föregicks av studier av effekt och säkerhet av liraglutid på barn i åldern 6–12 år, med liknande resultat som för ungdomar: cirka 5 procent minskat BMI efter 56 veckor jämfört med placebo [14]. Även för semaglutid pågår ett flertal studier som undersöker effekten hos yngre barn och av längre tids behandling.

Biverkningar

Det är vanligt med gastrointestinala biverkningar under behandling med GLP-1-analoger. Det kan röra sig om låggradigt illamående, förstoppning, diarré, rapningar eller huvudvärk. För de allra flesta går biverkningarna över eller förbättras av anpassad upptitrering. Ibland behövs betydligt långsammare upptrappning än den som föreslås i Fass-texten. Klinisk erfarenhet talar för att biverkningar under behandling är kopplade till kostvanor. Stöd kring kost, måltidsordning och portionsstorlek är centralt och dietistkontakt kan vara värdefull, speciellt under upptitreringstiden.

GLP-1-analoger saktar ned ventrikelns tömning, och risken för aspiration vid sövning kan vara ökad. Kunskapen om hur lång tid före selektiv kirurgi som GLP-1-analoger bör sättas ut hos barn och ungdomar är begränsad. I Fass anges halveringstiden för liraglutid till 13 timmar och för semaglutid 1 vecka. Baserat på detta föreslår vi att liraglutid sätts ut 1 vecka före ingreppet och semaglutid 3 veckor före ingreppet. Vid akut kirurgi behövs ökad observans och om möjligt förlängd fasta.

Behandlingstid, att avsluta eller byta behandling

Behandlingstidens längd är omdebatterad, och i nuläget saknas evidens. Mycket talar för att behandling med GLP-1-analoger behöver fortsätta under flera år. I klinisk praxis planerar vi för minst 2 års behandling. När nedtitrering till lägre dos eller utsättning prövas är det viktigt att vara uppmärksam på viktrecidiv och kunna erbjuda återinsättning eller annan behandling. Vid byte från liraglutid till semaglutid kan semaglutid påbörjas dagen efter sista liraglutiddosen. Vid byte från hög dos liraglutid kan semaglutid startas på andra eller tredje dossteget. Vid byte från semaglutid till liraglutid kan första dosen med liraglutid ges 1 vecka efter sista semaglutiddosen.

Subventionering

I dagsläget faller inte GLP-1-analoger under läkemedelsförmånen, varför kostnaden är ett hinder för många familjer. Enstaka kliniker ersätter läkemedelskostnaden för specifika patienter, medan en stor andel av barnklinikerna utfärdar intyg så att familjen kan söka merkostnadsersättning via Försäkringskassan. Socialtjänsten kan stå för kostnaden i specifika fall.

Vårdnivå och patientgrupper

Läkemedelsbehandling bör erbjudas inom den specialiserade barnsjukvården av team med erfarenhet av barnobesitasbehandling. Beslut om läkemedelsbehandling bör baseras på en individuell nytta-riskbedömning. Till de grupper som bör prioriteras för läkemedelsbehandling i nuläget hör barn med hög grad av obesitas och barn som har utvecklat följdsjukdomar. Det finns också andra grupper som bör beaktas för läkemedelsbehandling, till exempel barn med snabb BMI-ökning till följd av behandling i vården, såsom neuroleptika eller cancerbehandling, eller då hög vikt riskerar att försvåra annan medicinsk behandling, exempelvis ortopedisk eller kardiologisk kirurgi. Likaså kan barn med funktionsnedsättningar som myelomeningocele, då obesitas gör det svårare för barnet att självständigt förflytta sig, eller barn med svår hyperfagi vara aktuella för läkemedelsbehandling.

Utvärdering

Effektiva och säkra läkemedel för behandling av obesitas i den pediatriska populationen utgör välkomna tillskott i behandlingsarsenalen. Det är viktigt att läkemedelsbehandling följs upp på såväl individ- som gruppnivå. All behandling bör läggas in i kvalitetsregistret Barnobesitasregistret i Sverige (Boris) [16]. Biverkningar (misstanke räcker) bör rapporteras till Läkemedelsverket, då vi bör iaktta särskild vaksamhet kring nya läkemedel till barn.

METABOL OCH BARIATRISK KIRURGI

Metabol och bariatrisk kirurgi med gastrisk bypass eller sleeve-gastrektomi är en standardbehandling för vuxna med obesitas. I Socialstyrelsens riktlinjer är obesitaskirurgi ett behandlingsalternativ för ungdomar äldre än 15 år med BMI ≥35 kg/m^2. Obesitaskirurgi rekommenderas också av barnläkarföreningen i USA till patienter äldre än 13 år med BMI ≥35 kg/m^2 och samsjuklighet. Rekommendationerna baseras på svenska och internationella studier, som har visat att obesitaskirurgi är en minst lika säker behandling för ungdomar som för vuxna och att effekten är lika bra eller bättre [17-19]. Vår erfarenhet är att det ofta är ungdomar med en eller två opererade föräldrar som själva efterfrågar kirurgi. Det kan vara angeläget att även andra ungdomar med indikation får information om kirurgi [18, 20].

Det är viktigt att framöver utvärdera vilka ungdomar som bör erbjudas obesitaskirurgi i ljuset av de nya läkemedlen. Den förväntade genomsnittliga viktminskningen efter obesitaskirurgi hos ungdomar är 27–30 procent. Vissa ungdomar har bättre effekt än andra. Ungdomar har visat sig ha större chans till remission av typ 2-diabetes än vuxna efter obesitaskirurgi, vilket är ett argument för att fortsatt föreslå operation redan i ungdomsåren för ungdomar som har utvecklat typ 2-diabetes [19]. Också ungdomar med mycket hög kroppsvikt som prövat läkemedel utan tillräcklig effekt är exempel på en grupp som bör erbjudas kirurgi.

Det finns utmaningar kring obesitaskirurgi, och några är särskilt viktiga att beakta hos ungdomar. Den beräknade återstående livslängden är lång, och det blir extra viktigt att under resten av livet ta tillskott av vitaminer och mineraler. Bentätheten, som ofta är god hos personer med obesitas, sjunker efter obesitaskirurgi, men för de flesta till alltjämt normala nivåer. Det finns också en ökad risk att utveckla alkoholmissbruk.

Ungdomar som ska genomgå obesitaskirurgi behöver ett annat omhändertagande i hälso- och sjukvården än den typiska medelålders patienten. I dag remitteras ungdomar till kirurgi via ett par universitetskliniker i Sverige efter att de fått utförlig information och genomgått en utredning av barnläkare och psykolog. Det finns sannolikt skäl att även framöver samla utredningen inför kirurgi före 18 års ålder, och även själva ingreppet, till några centrum i landet.

Preoperativ utredning med nationell samrådsgrupp

Den preoperativa utredningen fokuserar bland annat på den unga personens beslutskapacitet, vilket socialt stöd som finns och vilka förväntningar patienten

Foto: Lillemor Ekström Ek/Mostphotos

Hög förekomst av obesitas hotar barns nuvarande och framtida hälsa.

har på behandlingen. Frågan om tajmning får mycket uppmärksamhet. När är förutsättningarna de bästa möjliga för ett gott och långsiktigt resultat? Vad vore vinsterna med ett tidigt ingrepp? Som stöd för vårdgivare finns Svensk interdisciplinär samrådsgrupp för ungdomar (Sisu), ett tvärprofessionellt nätverk där anonymiserade patientfall kan diskuteras [18].

Ungdomar som opererats upplever stora förbättringar i fysisk hälsa, men beträffande den psykiska hälsan ses inte samma generella förbättring. Ungdomar med obesitas har fler psykiatriska vårdkontakter än andra ungdomar, både före och efter operationen. Många hoppas på förbättrad psykisk hälsa efter viktnedgång, men för de flesta är denna effekt tillfällig. Vanligt förekommande tillstånd är ångest, depression och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, och det är viktigt med fungerande behandling före och efter operationen. Obesitaskirurgi har dock god effekt på matrelaterade problem, som kontrollförlust, med bestående effekter upp till 5 år efter operationen [17, 21].

UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Den höga förekomsten av obesitas hotar barns nuvarande och framtida hälsa. Breda insatser på befolkningsnivå behövs för att motverka oönskad viktökning hos barn. Vi har nya möjligheter att effektivt behandla obesitas hos barn och unga, och vi behöver förstå vilka unga som svarar bäst på olika slags behandling med ledning av genetik och individuella faktorer.

Obesitas är en kronisk sjukdom, och behandlingen behöver vara långsiktig och utvärderas och justeras vid behov. Samtidigt är det en stor utmaning att skala upp alla interventioner så att fler barn och ungdomar får tillgång till effektiv behandling och vården erbjuds jämlikt över landet. Många frågar sig vad de nya behandlingarna kostar och vilka resurser som kommer att behövas i hälso- och sjukvården om kanske 5 procent av barnen har obesitas och ska erbjudas behandling [5]. Vi menar att är det är lika viktigt att fråga sig vad det skulle kosta att inte behandla det hot mot barns framtida hälsa som obesitas utgör.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Kajsa Järvholm har erhållit föreläsningsarvoden från Novo Nordisk samt arvode för medverkan i podcast från Johnson & Johnson; samtliga arvoden har betalats till Region Skåne. Lovisa Sjögren har erhållit föreläsningsarvoden från Merck och Novo Nordisk, som gått oavkortat till Drottning Silvias barnsjukhus, och är huvudprövare för studierna STEP-Young och STEP-Teens Weight Maintenance (Novo Nordisk), som görs inom ramen för Region Hallands barnkliniks arbete. Annelie Thorén är huvudprövare för STEP-Teens Weight Maintenance (Novo Nordisk), en studie av semaglutid till ungdomar med obesitas i Region Västernorrland (2025–2031).

Citera som: Läkartidningen. 2025;122:25071

REFERENSER

1. Putri RR, Danielsson P, Ekström N et al. Effect of pediatric obesity treatment on long-term health. JAMA Pediatr. 2025;179(3):302-9.
2. Mårild S, Bondestam M, Bergström R, et al. Prevalence trends of obesity and overweight among 10-year-old children in western Sweden and relationship with parental body mass index. Acta Paediatr. 2004;93(12):1588-95.
3. Nylander C, Nowicka P, Derwig M. The prevalence of overweight among 4 year olds during and after the COVID 19 pandemic was associated with socioeconomic burden. Acta Paediatr. 2025;114(3):555-61.
4. Miregård J, Nowicka P, Nylander C. National data showed an increased prevalence of overweight and obesity among four year old Swedish children during the first year of COVID 19. Acta Paediatr. 2023;112(6):1269-74.
5. Bygdell M, Célind J, Lilja L, et al. Prevalence of overweight and obesity from 5 to 19 years of age in Gothenburg, Sweden. Acta Paediatr. 2021;110(12):3349-55.
6. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Artikelnr 2023-4-8460.
7. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar. Version 1. 15 maj 2023. https://vardpersonal.1177.se/globalassets/nkk/nationell/media/dokument/kunskapsstod/vardprogram/obesitas-hos-barn-och-ungdomar.pdf
8. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. BMJ. 2007;335(7612):194.
9. Porri D, Morabito LA, Cavallaro P, et al. Time to act on childhood obesity: the use of technology. Front Pediatr. 2024;12:1359484.
10. Jebeile H, Baur LA, Kwok C, et al. Symptoms of depression, eating disorders, and binge eating in adolescents with obesity: the fast track to health randomized clinical trial. JAMA Pediatr. 2024;178(10):996.
11. Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. Pediatrics. 2023;151(2):e2022060640.
12. Carroll C, Sworn K, Booth A, et al. Stakeholder views of services for children and adolescents with obesity: mega ethnography of qualitative syntheses. Obesity (Silver Spring). 2022;30(11):2167-84.
13. Kelly AS, Auerbach P, Barrientos-Perez M, et al; NN8022-4180 Trial Investigators. A randomized, controlled trial of liraglutide for adolescents with obesity. N Engl J Med. 2020;382(22):2117-28.
14. Fox CK, Barrientos-Pérez M, Bomberg EM, et al; SCALE Kids Trial Group. Liraglutide for children 6 to <12 years of age with obesity – a randomized trial. N Engl J Med. 2025;392(6):555-65.
15. Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, et al; STEP TEENS Investigators. Once-weekly semaglutide in adolescents with obesity. N Engl J Med. 2022;387(24):2245-57.
16. Hagman E, Danielsson P, Lindberg L, et al; BORIS Steering Committee. Paediatric obesity treatment during 14 years in Sweden: lessons from the Swedish Childhood Obesity Treatment Register – BORIS. Pediatr Obes. 2020;15(7):e12626.
17. Järvholm K, Janson A, Peltonen M, et al. Metabolic and bariatric surgery versus intensive non-surgical treatment for adolescents with severe obesity (AMOS2): a multicentre, randomised, controlled trial in Sweden. Lancet Child Adolesc Health. 2023;7(4):249-60.
18. Järvholm K, Janson A, Henfridsson P, et al. Metabolic and bariatric surgery for adolescents with severe obesity: benefits, risks, and specific considerations. Scand J Surg. 2025;114(1):95-106.
19. Ryder JR, Jenkins TM, Xie C, et al. Ten-year outcomes after bariatric surgery in adolescents. N Engl J Med. 2024;391(17):1656-8.
20. Janson A, Järvholm K, Sjögren L, et al. Metabolic and bariatric surgery in adolescents: for whom, when, and How? Horm Res Paediatr. 2023;96(6):609-19.
21. Järvholm K, Bruze G, Peltonen M, et al. 5-year mental health and eating pattern outcomes following bariatric surgery in adolescents: a prospective cohort study. Lancet Child Adolesc Health. 2020;4(3):210-9.

SUMMARY

Children with obesity

The prevalence of overweight doubled and obesity increased four-fold in children in Sweden from 1984 to the year 2000 [2]. In register data covering 87 % of the population of four-year-old children in Sweden, the combined prevalence of overweight and obesity has now stabilised at around 11 per cent using the International Obesity Task Force (IOTF) definitions [3, 8]. For older children, the prevalence of overweight and obesity is estimated at around 18 per cent [5]. In recent years, efforts to standardise treatment in Sweden have resulted in National guidelines from the National Board of Health and Welfare aimed at decision makers [6] and detailed treatment guidelines for health care providers [7]. Efforts to provide access to non-stigmatising intensive health behaviour and lifestyle treatment for all children with obesity are ongoing. The growing group of obesity-management medications has added treatment options for the paediatric population. Two glucagon-peptide 1 analogues have been approved for weight management from 6 years of age (liraglutide) and 12 years of age (semaglutide), but are currently not reimbursed. Metabolic and bariatric surgery can be considered from the age of 15 years. Data on patients in treatment for obesity are registered in the Swedish Childhood Obesity Treatment Register (BORIS) [16]. There is a need for comprehensive national prevalence data for children aged 6–18 years to guide future interventions.