
Från sjukvård till hälsovård

Så stärker longevity folkhälsa och ekonomi

MARIE SÖDERQVIST, VD TANKESMEDJAN EPHI



ephi 

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	5
Från sjukvård till hälsovård	7
Medellivslängd och friska levnadsår	7
En översikt av kostnader inom svensk preventiv sjukvård	9
Preventiv hälsa i praktiken inom den svenska vården	10
Preventiv vård ur ett hälsoekonomiskt perspektiv	14
Hälsoobligationer	16
Att åldras	17
Longevity och framtiden	18
Sverige som longevitynation	19
Betalningsviljan finns	20
Avslutning	21
Referenser	22

Förord

Vi lägger hundratala miljarder på sjukvård – men nästan inget på att förbli friska

Ofta läser man vittnesmål från människor som varit svårt sjuka och blivit omhändertagna av den svenska vården. Genomgående i beskrivningarna är att allt eventuellt tvivel som fanns innan, är som bortblåst. Svensk sjukvård fungerar fantastiskt, brukar slutsatsen vara.

Huruvida den gör det eller inte, är svårt att mäta. Kommer man till rätt ställe med rätt sjukdom blir man ofta hjälpt på ett professionellt sätt. Gällande vissa sjukdomstillstånd hamnar somliga svenska kliniker i topp, när EU-länder jämförs. Men inom andra områden är Sverige långt ifrån bäst, trots att vi ligger i topp när det gäller andelen av våra gemensamma resurser vi spenderar på vården.

För att inte belasta vården för mycket eller i onödan, finns det många, inte minst från professionen själv, som menar att det viktiga är att hålla bort alla unga som söker vård för vanliga förkylningar, oroliga förstagångsföräldrar med skrikande bebisar, ensamma gamlingar och friska som egentligen bara vill ha hjälp att bli ännu friskare. Man ska helt enkelt göra vården svåråtkomlig. Dessa personer är också ofta motståndare till digitala tjänster eftersom de antas öka tillgängligheten. Föga förvånande är det en återkommande kritik mot den svenska vården bland vanliga brukare att det är svårt att hitta rätt och komma fram. Många vet inte riktigt vart de ska vända sig och husläkare är bara ett ord för de flesta, och inte något som särskilt många har i verkligheten.

”

Men enda sättet att få människor att bli friskare är inte att behandla dem när de redan är sjuka, utan kan också vara att ge människor möjligheten att förbli friska så länge som möjligt.

Många verksamma inom vården ställer sig också skeptiska till förebyggande arbete. Det anses inte vara riktig vård. Att ta prover på friska personer avskrivs som onödigt. Eftersom patienterna riskerar att bli oroliga i onödan och sedan ”belasta den riktiga vården” med frågor och krav.

Men enda sättet att få människor att bli friskare är inte att behandla dem när de redan är sjuka, utan kan också vara att ge människor möjligheten att förbli friska så länge som möjligt. Eftersom mycket av de sjukdomar vi får är extremt ihopkopplade med vad vi äter, hur vi rör oss, hur vi sover, hur vi lever helt enkelt, borde ett mer preventivt förhållningssätt vara en självklarhet i ett modernt samhälle där vården nästan är helt skattefinansierad. Men i stället är det tvärtom. De preventiva insatserna är nästan alla organiserade helt privat och kräver både kunskap och stort eget engagemang för att komma i kontakt med. Dessutom ifrågasätts de ofta av den konventionella vården.

Och preventivt arbete blir i den traditionella vården mest en diskussion om huruvida läkare ska säga något till sina patienter om vikten av att hålla vikten eller att röra på sig.

Den här rapporten är ett försök att lyfta frågan om hur vi ska förflytta resurser från att bota sjuka, till att istället se till att vi förblir friska längre. I länder med försäkringslösningar finns det en inbyggd mekanism som stödjer förebyggande arbete eftersom det är mycket billigare att hålla människor friska än att bota sjukdomar. Men i Sverige har vi ett offentligt organiserat och finansierat system där man får hög-specialiserad vård när man blivit riktigt sjuk. Men det finns inga riktiga intressen som kan driva på i en annan riktning, trots att en överväldigande mängd forskning visar att nästan alla våra vanliga åkommor som hjärt-kärlsjukdomar, ledproblem, cancer och högt blodtryck är starkt kopplat till livsstil. Med tanke på att vården kostar oss närmare 693 miljarder kronor årligen enligt SCB:s beräkningar, borde det finnas, om inte annat, ett ekonomiskt intresse att försöka hitta bästa sättet att få alla att hålla sig friskare lite längre.



A handwritten signature in black ink that reads "Marie Söderqvist".

Marie Söderqvist

VD, EPHI

Stockholm, 2026

Sammanfattning

Rapporten beskriver hur svensk sjukvård behöver ställa om från att behandla sjukdom till att i högre grad förebygga den.

Demografi och hälsa:

Medellivslängden i Sverige har ökat stadigt (82 år för män, 85 år för kvinnor), men antalet friska levnadsår har planat ut. WHO beräknar att vi i genomsnitt tillbringar våra sista tio år i livet med försämrad hälsa. En åldrande befolkning kräver ett större fokus på prevention för att minska trycket på vården.

Kostnader och resursfördelning:

Sjukvårdens utgifter motsvarar 11 procent av BNP (cirka 693 miljarder kr), men endast 3 procent av sjukvårdens totala utgifter går till förebyggande vård. Samtidigt står livsstilsrelaterade sjukdomar – som hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och obesitas – för upp till 80 procent av sjukvårdsbelastningen. Studier visar att varje investerad krona i prevention kan ge mångdubbla samhällsekonomiska besparingar.

Exempel från vården:

Svensk offentlig vård har svårt att integrera preventiv diagnostik, bland annat på grund av byråkratiska hinder och ett fokus på behandling snarare än orsaker. Privata aktörer som Werlabs, Neko Health och FunMed har däremot lyckats identifiera tusentals fall av prediabetes och andra riskfaktorer genom tidig screening. Pilotprojekt som hälsoobligationer i Region Stockholm och Uppsala visar också lovande resultat, där investeringar i livsstilsförändringar minskat risk för diabetes och högt blodtryck samt sparat stora belopp.

Åldrande och forskning:

Rapporten lyfter den växande forskningen om biologiskt åldrande och möjligheten att bromsa åldrandeprocesser. Forskare som David Sinclair och svenska Sara Hägg visar att fysisk aktivitet, kost och tidig diagnostik kan påverka den biologiska åldern. Forskningen kring DNA-reparation och stamceller växer snabbt.

Sverige som longevitynation:

Sverige har starka förutsättningar – världsledande life-science-industri, hög forskningskompetens och stor betalningsvilja bland medborgarna – men ett regelverk som hämmar innovation. Om regelverken moderniseras och privat kapital uppmuntras kan Sverige bli ledande inom longevitybranschen, en global marknad vars samlade försäljning väntas uppgå till omkring 73 000 miljarder kronor till 2030.

Rapporten argumenterar för en svensk hälso- och sjukvård som premierar förebyggande hälsa, integrerar ny teknik och diagnostik samt samverkar med privata initiativ. Ett sådant skifte skulle inte bara öka folkhälsan utan även frigöra betydande samhällsekonomiska resurser.

Från sjukvård till hälsovård

Så stärker longevity folkhälsa och ekonomi

Det engelska begreppet *longevity*, som inte riktigt har en bra svensk översättning, betyder ett friskt och långt liv. Begreppet har på senare år blivit allt trendigare inom vetenskapen. Det är många som vill ta reda på varför vissa lever längre och har ett friskare liv än andra.

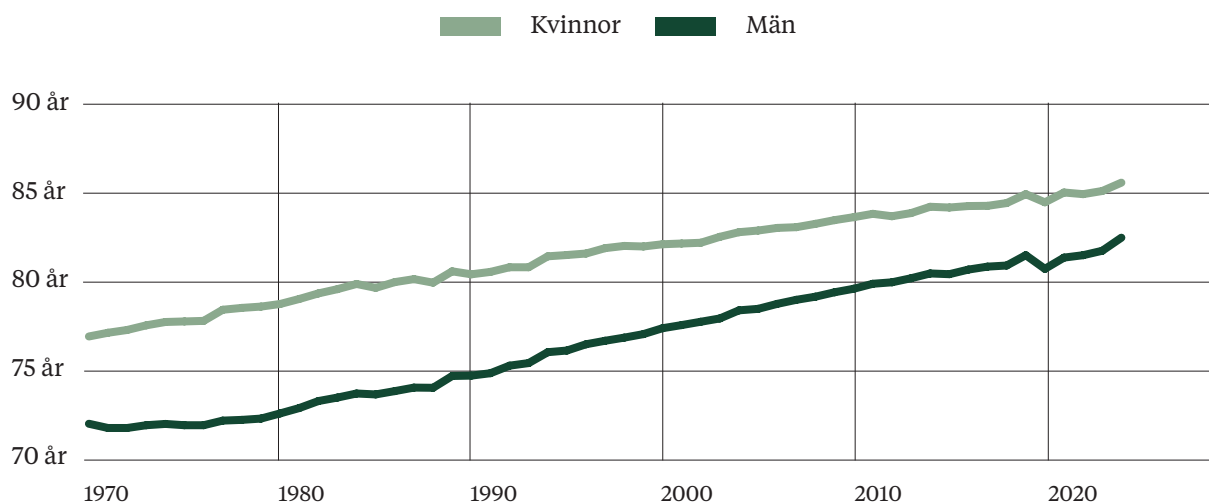
I takt med att vi får en befolkning som lever längre, samtidigt som allt färre barn föds, blir det viktigare att arbeta förebyggande i vården. Den enskilt största riskfaktorn för att drabbas av kroniska sjukdomar är nämligen åldrande. WHO uppger att vid år 2050 uppskattas andelen av världens befolkning som är över 60 års ålder ha ökat till 22 procent, nästan en dubbling från 2015 då motsvarande siffra var 12 procent ([World Health Organization, 2025](#)). Samtidigt som den här utvecklingen sker, ökar också förekomsten av livsstilssjukdomar som obesitas och diabetes typ 2 både i Sverige och globalt. Socialstyrelsen rapporterade 2024 att den absolut vanligaste dödsorsaken i Sverige är sjukdom i cirkulationsorganen, det vill säga hjärt-kärlsjukdomar ([Socialstyrelsen, 2024](#)). I många fall är det möjligt att förebygga och bromsa sådana sjukdomar genom livsstilsinterventioner, exempelvis genom att lägga om kost och motion – något som kan förhindra mycket lidande och bespara oss stora samhällskostnader. För att denna demografiska förändring inte ska leda till en överbelastning av sjukvården, måste svensk sjukvård ställa om till att premiera förebyggande åtgärder. En åldrande befolkning måste gå hand i hand med hälso- samt åldrande.

Medellivslängd och friska levnadsår

Över det senaste århundradet har medellivslängden ökat. Människor lever allt längre och därför får vi en åldrande befolkning. År 1970 var medellivslängden bland män 72 år. Den har sedan dess ökat till 82 år, och bland kvinnor har den gått från 77 till 85 år ([Statistiska centralbyrån, 2025c](#)). Trots att detta ofta används som ett generellt mått på folkhälsa, så ska det inte förväxlas med antalet friska levnadsår. *Friska levnadsår* (eller HALE som måttet heter på engelska, healthy life expectancy) innebär den tid i livet då en person kan leva utan större hälsoproblem eller aktivitetsbegränsningar, det vill säga utan betydande funktionsnedsättning. Grunden till att leva fler friska år läggs tidigt i livet, och bygger på goda levnadsvanor som regelbunden motion, god kosthållning samt att undvika rökning och överkonsumtion av alkohol.

Figur 1: Medellivslängd per år 1970–2024.

Källa: Statistiska centralbyrån (2025c)

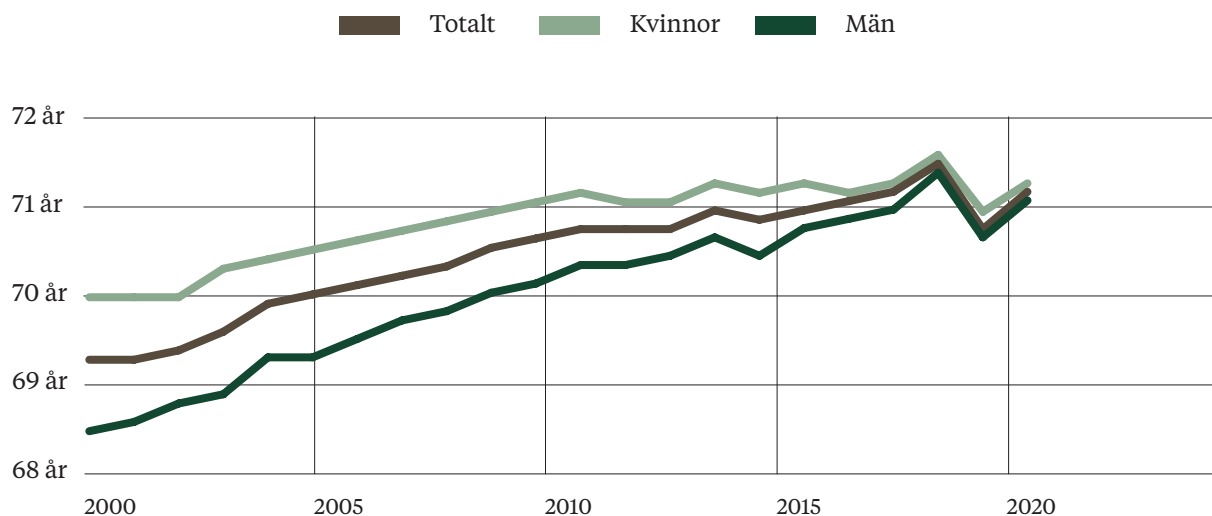


Sedan millennieskiftet har det förväntade antalet friska levnadsår i genomsnitt ökat med nästan två år, vilket illustreras i figur 2. Enligt WHO:s senaste uppskattning 2021, var det genomsnittliga antalet friska år för en svensk kvinna 71,2 år respektive 71 år för svenska män ([World Health Organization, 2024b](#)). Med andra ord förväntas man spendera ungefär 10 av sina sista år i livet med försämrad hälsa. Om man blickar ut i Europa så uppskattar WHO att befolkningen i Luxemburg, Island, Norge och Schweiz förväntas vara friska marginellt längre än svenskar ([World Health Organization, 2024a](#)). Något anmärkningsvärt är att de svenska könsskillnaderna har minskat mer procentuellt vid mätning av friska levnadsår, jämfört med medellivslängd. Det indikerar att män tenderar att leva något kortare liv än kvinnor, men är friskare i en större andel av livet. En annan slutsats som kan dras från figurerna är att ökningen av friska levnadsår har planat ut på senare år, till och med sjunkit till följd av covid-19 pandemin. Nu behöver vi se till att ökningen återupptas.

Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det genomsnittliga antalet friska levnadsår egentligen ett mer relevant mått på folkhälsa, än den totala medellivslängden. Framför allt för att de flesta föredrar ett friskt liv framför ett präglat av sjukdom och begränsningar. Men ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det också under de friska åren som människor är mest ekonomiskt produktiva och belastar sjukvården minst. En folkhälsopolicy som syftar till att förlänga antalet *friska* levnadsår är därför av central betydelse. Det innebär i praktiken att sjukvården måste ställas om till större fokus på preventiv vård, som bromsar utvecklingen av sjukdomar och håller människor friska längre.

Figur 2: Förväntad frisk livslängd i Sverige 2000–2021.

Källa: World Health Organization (2024b)



En översikt av kostnader inom svensk preventiv sjukvård

De senaste tio åren har Sverige haft hälso- och sjukvårdsutgifter som uppgått till ungefär 11 procent av landets BNP, vilket 2023 motsvarade ungefär 693 miljarder kronor (Statistiska centralbyrån, 2025a). Detta inkluderar inte läkemedelskostnader, men täcker ett brett spektrum av vårdrelaterade utgifter såsom äldreomsorg, administration och olika former av förebyggande insatser. År 2023 stod offentliga myndigheter för 86 procent av de totala hälsokostnaderna, och hushållen för 13 procent genom exempelvis patientavgifter (Statistiska centralbyrån, 2025b). Sveriges hälso- och sjukvårdsutgifter är något över genomsnittet i EU, som ligger på 10 procent av BNP. Enligt Eurostat hade Sverige år 2023 fjärde högsta vårdutgifter inom unionen, i förhållande till landets BNP. De länder som spenderade mer än Sverige var Tyskland, Frankrike och Österrike, vilket illustreras i figur 3 (Eurostat, 2025).

Av de totala sjukvårdsutgifterna i Sverige allokeras i snitt drygt 3 procent till förebyggande vård, illustrerat i figur 4 där den röda linjen anger trenden över tid. Genomsnittet bland de resterande EU-länderna (EU-27) mellan 2018–2022 var drygt 4 procent av de totala sjukvårdsutgifterna (Eurostat, 2026). Under Covid-19 pandemin ökade de svenska utgifterna en aning, och den preventiva vården tilldelades istället drygt 4 procent av resurserna (Statistiska centralbyrån, 2025e). Detta verkar dock endast ha varit en temporär höjning, och vi är nu tillbaka på liknande nivå som innan.

Preventiv hälsa i praktiken inom den svenska vården

Det har blivit vanligare att tala om hälsofrämjande livsstilsinterventioner när förekomsten av livsstilsrelaterade sjukdomar blivit allt mer utbredd. Livsstilsrelaterade sjukdomar är icke-smittsamma, kroniska sjukdomar som orsakas eller förvärras av ohälsosamma levnadsvanor. Det handlar framförallt om diabetes typ 2, hjärt-kärlsjukdomar, vissa cancerformer och obesitas. Genom att tidigt upptäcka riskfaktorer för sjukdomar som diabetes typ 2 kan utvecklingen bromsas, eller till och med vändas. Högt blodtryck är en faktor som vanligtvis mäts, eftersom den ofta föräns av livsstilsrelaterade riskfaktorer, och ökar risken för följsjukdomar som stroke och diabetes typ 2. Bara inom Stockholms län uppskattas det att nästan var femte person dör till följd av högt blodtryck (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, n.d.).

Många tänker nog på privat finansierade initiativ när man talar om longevity och preventiv sjukvård, men det har börjat uppmärksammas mer även inom den offentligt finansierade vården på senare år. Problemet är att långdragen och rigid byråkrati gör möjligheterna till förbättring begränsade. Sommaren 2021 infördes en reglering om primärvårdens grunduppdrag i hälso- och sjukvårdslagen (HSL, kapitel 13). Huvudpoängen i bestämmelsen är att primärvården ska tillhandahålla förebyggande åtgärder med såväl befolkningen som helhet som individens behov i åtanke (Socialstyrelsen, 2025). Vilken effekt detta har fått i praktiken är däremot inte fastställt, men mycket pekar på att genomslaget inte har varit särskilt stort. En del menar att problemet grundar sig i hur vi utbildar den svenska läkarkåren. Maria Rankka, affärsängel, medgrundare till diagnostikbolaget ABC Labs och styrelseordförande för Cellcolabs – ett bioteknikföretag i framkant inom stamcells-forskning – är av den uppfattningen.

”Ett stort problem med sjukvården idag är att svenska läkare lär sig att aldrig beställa ett test om de inte redan har en stark misstanke om att provsvaret skulle komma tillbaka positivt. Detta står i skarp kontrast mot allt som är preventiv diagnostik”, säger Rankka.

Ett annat problem är att svensk sjukvård i stor utsträckning fokuserar på själva diagnostiserandet, istället för att hitta grundorsaken till problemet. Peter Martin är läkare, disputerad inom farmakologi och vd på FunMed, som arbetar med att gå till botten med kroniska sjukdomar på ett sätt som den offentliga vården inte gör. Han lägger större vikt vid livsstilsförändringar, hellre än att enbart medicinera, och ställer sig kritisk till hur svensk traditionell sjukvård fungerar.

”En fundamental brist i den traditionella sjukvården är att man nöjer sig när man ställt en diagnos. Man lägger inte lika stor vikt vid varför en viss patient utvecklat exempelvis migrän”, säger Martin.

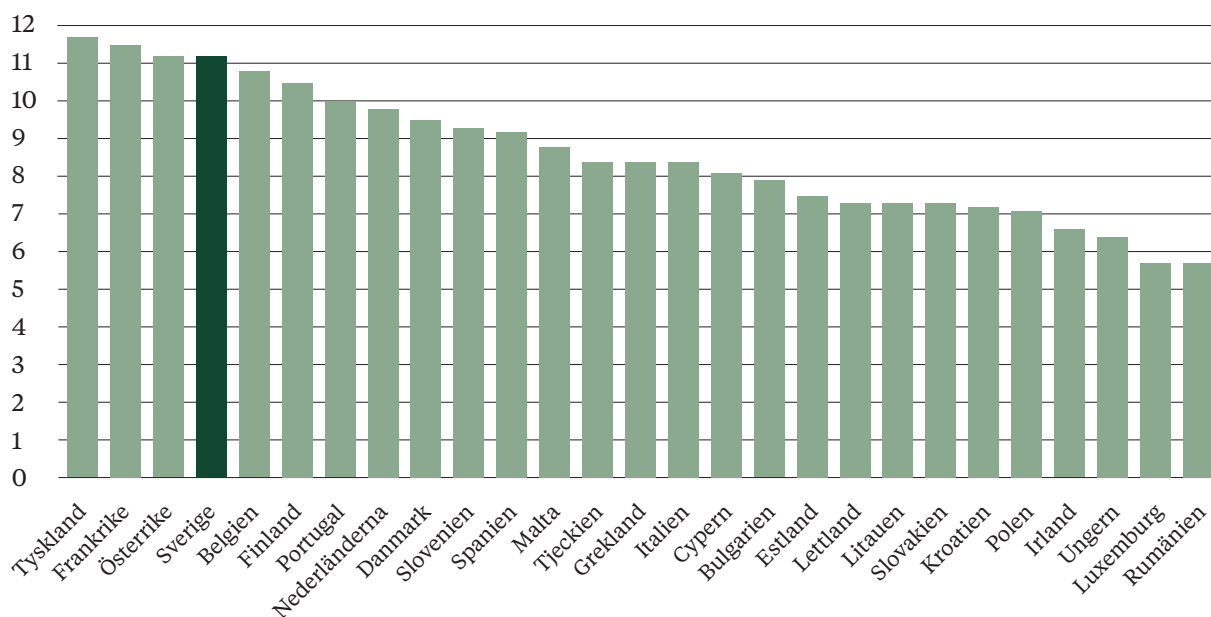
Ett annat exempel på ett område där svensk offentlig sjukvård ligger efter, är förskrivningen av GLP-1-läkemedel som danska Ozempic och amerikanska Mounjaro. Medicinerna var ursprungligen avsedda för diabetiker, men har visat sig vara effektiva för viktnedgång – det vill säga en utmärkt medicinsk åtgärd mot livsstilssjukdomen obesitas. EPHI har tidigare gett ut en rapport författad av läkaren Vincent Amble-Naess, om hur dessa läkemedel tagits emot i Sverige. En del verkar ha uppfattningen att obesitas grundar sig i informationsunderskott, eller brist på motivation. Längre ansågs det därför inte vara en sjukdom. Men exakt vad som är grundorsaken till obesitas – svårigheter att träna, svårkontrollerad hunger eller ärftlighet – borde inte spela någon roll. Övervikt och obesitas är för de flesta ohälsosamt att bära runt på, och kan dessutom vara stigmatiserande. Därför är det olyckligt att numera väl beprövade, framgångsrika GLP-1-läkemedel inte rekommenderas inom svensk sjukvård i högre grad.

Socialstyrelsen rekommenderar läkemedelsbehandling först vid ett BMI över 35 (det vill säga svår obesitas, gränsen för obesitas brukar dras vid ett BMI på 30, och övervikt vid ett BMI på över 25 (Socialstyrelsen, 2023)). Man rekommenderar alltså att skjuta upp problemet, istället för att förebygga följsjukdomar såsom diabetes typ 2 och knäproblem. Det är olyckligt, eftersom dessa tillstånd sedan ger upphov till större lidande för patienten, och dessutom högre belastning på sjukvården. För de som lyckas få läkemedlet utskrivet för viktnedgång, så subventioneras det inte, på grund av ett beslut från myndigheten Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Beslutet motiveras med en utredning som landade i att det inte är en kostnads-effektiv behandling. Men utredningen brister i att uppmärksamma de många följder som obesitas har, skriver Amble-Naess i rapporten Är smal ett val? (2024). Folkhälsomyndigheten rapporterar att den beräknade samhällskostnaden för obesitas är omkring 125 miljarder kronor om året, en siffra som motsvarar ungefär 2 procent av BNP (Folkhälsomyndigheten, 2025b). Organisationen World Obesity Federation rapporterar också att kostnaderna för obesitas förväntas mer än trefaldigas till 2060 för länder som Sverige, om inte den nuvarande trenden bryts (World Obesity Federation, 2022). Konsekvenserna av vår tids största folkhälsoutmaning skjuts på framtiden, vilket driver upp kostnaderna, trots att effektiva läkemedel finns tillgängliga redan idag.

I kontrast till den offentliga vården är privata hälsoentreprenörer flexibla och mer framåtsträvande. Företaget Werlabs erbjuder årliga hälsokontroller genom blodprov. Om provsvaren påvisar riskfaktorer, hänvisas patienten vidare till primärvården.

Figur 3: Hälso- och sjukvårdsutgifter, procent av BNP (2023).

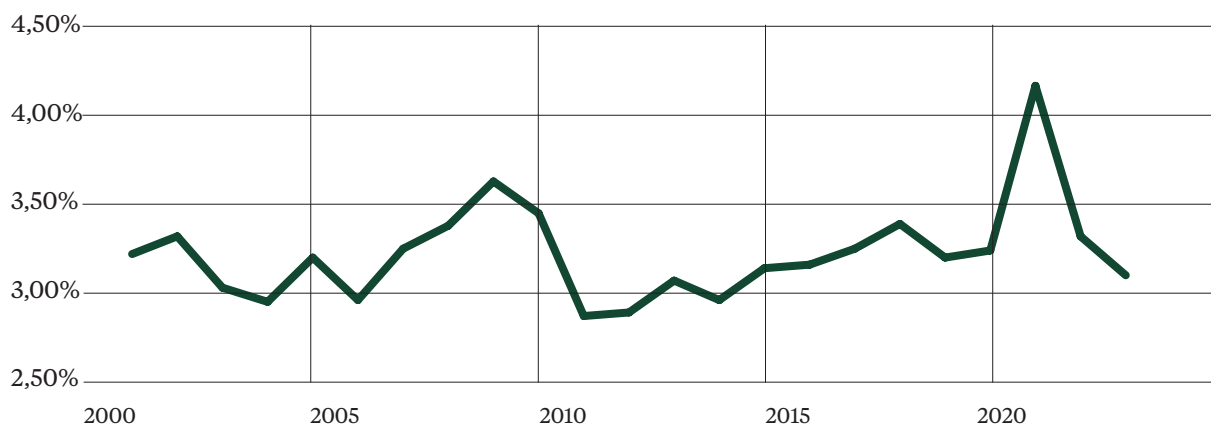
Källa: Eurostat (2025)



En studie från 2024 konstaterar att Werlabs hälsoundersökningar under åren 2015–2023 upptäckte 3589 fall av prediabetes, och 3140 fall av diabetes (Adam et al, 2024). Werlabs är inte ensamma. Andra exempel på liknande företag är Neko Health, FunMed, Sand Clinic, Loovi med flera. Gemensamt för dem är att de bygger på privat riskkapital, och finansieras av patienter som är villiga att stå för kostnaden själva. Det sker alltså utanför den offentligt finansierade vården, men med resultat som har potential att minska både lidande och skatteutgifter.

”Vi har hjälpt över 300 000 individer i Sverige. Och bland dem är det 2 procent som har en extremt hög risk för hjärt-kärlsjukdom. Det här är individer som vi vet kommer in med en stroke om åtta år. Många av de som blir hjälpta på akuten blir därmed bundna i en mångårig process och där man är beroende av väldigt mycket vård. Det här är en stor belastning på vårdens resurser, det är ett stort lidande för den enskilde patienten och det är en stor kostnad för hela samhället. Om man gör ett snabbt räkneexempel så blir detta 6 000 personer, av de som Werlabs har kommit kontakt med, och de här personerna kostar i genomsnitt 3 miljoner. Säg att vi har lyckats hjälpa hälften av dem, då innebär det en besparing på 9 miljarder kronor”, säger Werlabs vd Henrik Forsberg.

Figur 4: Andel av hälso- och sjukvårdsavgifter som allokeras till förebyggande vård, 2001–2023. Källa: Statistiska centralbyrån (2025e)



”Vården utgör ungefär 11,1 procent av BNP, samtidigt vet vi att den allra största delen – olika uppskattningar säger någonstans mellan 60–80 procent – av belastningen på vården orsakas av det vi definierar som livsstilssjukdomar, det vill säga sådant som vi kan påverka själva. Det innebär någonstans runt 7–9 procent, och kan vi komma åt hälften av det här, då är det 4,5 procent av BNP. Det kan vi då välja att allokeras till mer effektiva delar av vården”, fortsätter Forsberg.

Ett annat välkänt exempel på förebyggande vård är cancerscreening. Enligt en rapport från Cancerfonden från 2021 uppges att kvinnor som regelbundet deltar i screening för livmoderhalscancer minskar risken att drabbas med 90 procent (Cancerfonden, 2021).

Slutligen finns det en rad enkla insatser som kan göras på individnivå för att arbeta förebyggande. Ett område som ofta glöms bort är tandhälsan. Maria Rankka deltog i höstas på longevitykonferensen *Platinum Longevity* i Boston. Under konferensen samlades investerare och forskare för att diskutera framtidens metoder för att förlänga den hälsosamma livslängden. En sak som Rankka noterade var att tandhälsa har blivit bland det hetaste just nu inom expertisen. Forskning visar att det finns kopplingar mellan tandköttsjukdomar och dålig munhygien, och Alzheimers sjukdom (Beydoun et al., 2020). Daglig tandtrådsanvändning skulle sannolikt minska fallen av Alzheimers sjukdom.

”Den välrenommerade alzheimerforskaren Rudy Tanzi sa bland annat att om du ska välja en sak att göra för att förebygga demens och alzheimers sjukdom, då är det att använda tandtråd dagligen. Så stora effekter har man sett av det,” säger Maria Rankka.

Preventiv vård ur ett hälsoekonomiskt perspektiv

Ett ökat fokus på prevention i vården kan, utöver minskat lidande och räddade liv, även generera betydande samhällsekonomiska vinster. En sammanställning av resultatet från 34 studier som tittar på USA och andra stora ekonomier visar att varje dollar som investeras i folkhälsan medför besparingar på cirka 14 dollar – en investering som slår den förväntade avkastningen på de flesta aktiemarknader (Wenderoff, 2025). I en artikel publicerad i *Nature Aging* 2021 beräknas det ekonomiska värdet av att öka den förväntade livslängden med 1 år vara 38 biljoner dollar (Scott et al., 2021). Det motsvarar ungefär 112 000 dollar per person, eller cirka 1,23 miljarder svenska kronor. Detta är amerikanska siffror och ingen liknande uppskattning har ännu gjorts i Sverige.

Tittar man istället på värdet av ett arbetsår i Sverige, vilket är detsamma som det produktiva bidrag som en individ tillför ekonomin, uppskattas det till 481 600 kr för kvinnor år 2024, och för män 590 200 kr. Uträkningen är baserad på data från SCB på medianlön i landets samtliga kommuner fram till 2023, multiplicerat med sociala utgifter (36,98 procent) samt inflationsjusterat till 2025 års kronkurs (Statistiska centralbyrån, 2025d). Om man bortser från välfärdskostnader och individuella förluster till följd av sjukdom, kan någonstans mellan en halv och en dryg miljon kronor sparas in för varje sjukår som förebyggs och undviks.

”Folkhälsomyndigheten (2025a) visar att stillasittande och otillräcklig fysisk aktivitet kostar samhället cirka 16 miljarder kronor per år, och att preventiva insatser kan minska dessa kostnader. Sjukskrivningar kostar omkring 91 miljarder kronor i direkta och indirekta kostnader”, konstaterar Peter Martin, vd för Funmed.

Om folk är friska längre kan de också arbeta längre. Antalet arbetande personer i åldrarna 65–74 fördubblades från år 2001 till 2023, till 20 procent av åldersgruppen. I åldersgruppen 75–89 år var 7 procent sysselsatta 2023 (Statistiska centralbyrån, 2024). Neda Agahi, docent i folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet, menar att ökningen främst beror på en bättre hälsa bland äldre samt att fler arbetar i tjänstemannaroller, som lämpar sig bättre i högre åldrar (Bolander, 2025).

Hälsoekonomer har även beräknat kostnaden till följd av specifika sjukdomar. Hjärt-kärlsjukdomar, som är den sjukdomskategori som utgör störst belastning på sjukvården, uppskattas leda till kostnader på omkring 60,2 miljarder kronor år 2019. Detta enligt en rapport utgiven av Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi, IHE ([Andersson et al., 2021](#)). Samtidigt är en vanlig uppskattning att upp till 80% av all hjärt-kärlsjukdom kan förebyggas. Utökade riktade förebyggande åtgärder inom vården skulle därmed kunna innebära stora samhällsbesparingar.

Ett annat talande exempel är vårdkostnaderna för hjärnsjukdomar. Hjärnfonden rapporterade tidigare i år att de sammanlagda samhällskostnaderna för hjärnans sjukdomar uppgick till 295 miljarder kronor bara år 2024 ([Bäckelin, 2025](#)). Till dessa sjukdomar räknas bland annat Alzheimers sjukdom och övrig demens, stroke och depression. I en rapport utgiven av IHE uppges samtidigt att kostnaden för enbart Alzheimers sjukdom och övrig demens uppgick till nästan 91 miljarder kronor år 2022. Dessutom konstateras det i rapporten att flertalet av dessa hjärnsjukdomar delvis går att förebygga med hjälp av livsstilsförändringar. Bland annat skulle 43 procent av alla strokefall kunna förebyggas, eftersom det är den andel av sjukdoms-
bördan som kan kopplas till riskfaktorer i livsstil. Motsvarande siffra för Alzheimers sjukdom är 39 procent, och 30 procent för annan demenssjukdom ([Hjalte et al., 2024](#)). I rapporten uppskattas även den sammanlagda samhällskostnaden som kan tillskrivas riskfaktorerna per år. Det uppskattas att kostnaden för Alzheimers sjukdom och annan demenssjukdom, som kan tillskrivas levnadsfaktorer, var 32 miljarder kronor år 2022. Det vill säga: Den demenssjukdom som hade kunnat förebyggas med hjälp av livsstilsinterventioner kostade samhället drygt 32 miljarder kronor bara det året.

I ytterligare en rapport utgiven av IHE (2022) beräknas de livslånga samhällskostnaderna för 15-åringar med obesitas till ungefär 2,9 miljarder kronor, respektive cirka 4,1 miljarder kronor för överviktiga 15-åringar. Att övervikt kostar samhället mer än obesitas förklaras av att det är betydligt vanligare ([Nilsson et al., 2022](#)). Resultatet understryker fördelarna med att lyckas med livsstilsinterventioner tidigt i livet.

Kristian Bolin, professor i hälsoekonomi vid Göteborgs universitet, publicerade förra året SNS-rapporten *Preventionens betydelse för finansieringen av framtidens vård och omsorg*. I rapporten presenterar Bolin beräkningar på de samhälls-ekonomiska besparingar som hade kunnat göras om en minskning på endast 10 procent av livsstilsrelaterade sjukdomar genomfördes. Det vill säga att andelen personer i befolkningen som röker, inte är tillräckligt fysiskt aktiva, är överviktiga eller har obesitas, eller som har ett riskbruk av alkohol, minskar med 10 procent.

Enligt Bolins beräkningar, som baseras på data från 2011-2021, kan detta innebära besparingar på över 20 miljarder på en tioårsperiod, eller 2 miljarder om året (Bolin, 2024). Med relativt enkla medel, och endast en 10 procentig minskning, kan alltså stora kostnader undvikas.

Hälsoobligationer

Ett annat tillvägagångssätt för att förebygga och motverka sjukdomar är hälsoobligationer. Nyligen genomfördes ett sådant pilotprojekt inom Region Stockholm, för att förebygga förekomsten av diabetes typ 2. Projektet är det första i sitt slag. Med hjälp av privata investeringar, genom en finansiell modell framtagen av SEB, har privat och offentlig sektor samarbetat för att utveckla det preventiva sjukvårdsarbetet. Försäkringsbolaget Skandia investerar 30 miljoner kronor i projektet och får olika avkastning beroende på utfall. I början av studien skrevs över 900 personer i åldrarna 50 till 60 år in, alla med hög risk för att utveckla diabetes typ 2. Under en femårsperiod har deltagarna fått hjälp med att ställa om sina vanor vad gäller kost, motion, sömn och stress (Region Stockholm, 2025).

Ett år in i studien hade 51 procent av de ursprungliga deltagarna lyckats sänka sina blodsockernivåer till en nivå som inte längre utgjorde risk för diabetes typ 2. Fredrik Söder är vd för Health Integrator, som levererar det preventiva hälsoarbetet i studien. Han uppskattar att om projektet skulle skalas upp och erbjudas till alla prediabetiker i Stockholms län så skulle det vara möjligt att göra besparingar på 1,4 miljarder kronor per år, bara i Region Stockholm (Söder, 2022). När projektet nu gått i mål har Skandia fått full ekonomisk återbetalning, och projektet har alltså uppnått målen vad gäller minskad risk för diabetes typ 2 (Söder, 2025). Trots det lyckade resultatet har det politiska styret i Stockholm (S, MP, C och V) valt att inte fortsätta med projektet.

Region Uppsala gick 2023 i Region Stockholms fotspår och lanserade en hälsoobligation där de lånade 80 miljoner till ett projekt för att förebygga högt blodtryck. Under en treårsperiod ska 15 000 personer screenas för högt blodtryck, och regionen räknar med att starta upp 9000 behandlingar till följd av detta. Enligt regionens beräkning tros insatsen spara in 160 miljoner i uteblivna vårdkostnader under en tioårsperiod (Fredriksson, 2023).

Att åldras

Ett fenomen som forskare har börjat intressera sig för allt mer är åldrandet. Man frågar hur det kommer sig att vissa åldras snabbare än andra, och vad som kan bromsa utvecklingen för de individer som ser ut att ha ett så kallat accelererat åldrande – det vill säga personer som åldras snabbare än andra. Svaret på detta verkar ligga i skillnaden mellan kronologiskt och biologiskt åldrande.

En del forskare går idag så långt som att kalla åldrandet i sig för en sjukdom. En av de mest framträdande personerna inom området är David Sinclair vid Harvard Medical School. Åldrande brukar ses som en effekt av att ens DNA skadas med tiden. Samtidigt som DNA:ts förmåga att reparera dessa skador försämras, blir också mitokondrierna, som är cellernas kraftverk, allt mindre effektiva i sin energiproduktion. Sinclair lägger i sin forskning mer vikt vid förlusten av epigenetisk information, det vill säga information om hur DNA organiseras och används. Han har genom experiment på möss visat att genom att återställa ordningen (till en tidigare epigenetisk status) kan cellen föryngras. Sinclair beskriver det som att åldrandet är som rivmärken på en CD-skiva, och metoden är som att putsa upp den igen så att den funkade på nytt ([The Sinclair Lab](#), n.d.).

Parallellt med detta har det blivit vanligare bland forskare inom området att intressera sig för biologisk ålder, som står i kontrast till det vanliga sättet att mäta ålder kronologiskt. Forskare vid Karolinska Institutet uppskattar att den genomsnittliga risken för att dö ökar exponentiellt med ungefär 11 procent för varje levnadsår, och när man når 100 års ålder beräknas risken att dö vara omkring 50 procent per år ([Danielsson](#), 2024). Vid 50 års ålder motsvarar det en genomsnittlig risk på 0,28 procent att dö. Alla åldras ju däremot inte lika snabbt, skillnaderna är stora på individnivå. En person som är njursjuk åldras till exempel snabbare än en fullt frisk människa.

Forskare uppskattar att ärftligheten för livslängd endast är omkring 10–30 procent. Detta kan jämföras med ärftligheten för demens som är upp till 80 procent ([Lundbäck](#), 2024). En stor del av åldrandet påverkas alltså av miljö- och livsstilsfaktorer. Poängen med hela longevity-trenden är att du i många fall, genom relativt enkla medel, kan bestämma själv om du vill ha en biologisk ålder som motsvarar 40 eller 60 år. Enligt åldersforskaren Sara Hägg, docent i molekylär epidemiologi på Karolinska Institutet, kan fysisk aktivitet och hälsosam vikt förändra ens biologiska ålder på djupet. Att få en korrekt ställd diagnos hjälper också. Enligt Hägg har man sett att den biologiska åldern accelererar för patienter innan de diagnostiserats med diabetes typ 2, för att sedan bromsas efter att korrekt behandling påbörjats – något som understryker vikten av preventiv vård ([Lundbäck](#), 2024).

Om synen på åldrande som något som går att förebygga – eller rentav som en sjukdom – får större genomslag, är det sannolikt att forskningen om åldrande kommer att få ökade anslag. På så sätt skulle man exempelvis kunna identifiera vilka som åldras snabbare på en aggregerad nivå, och införa fler riktade vårdinsatser. Genombrott inom åldersforskningen är viktiga för att förlänga den friska livslängden i befolkningen.

Longevity och framtiden

För att verklig förändring ska ske på befolkningsnivå, räcker inte dagens system. Det kommer att krävas innovation och stora privata investeringar. Precis som i de flesta andra sektorer innebär en omställning att de initiala kostnaderna är höga, och då krävs det riskkapitalister som är villiga att investera i och utveckla ny diagnostik och terapi. Med tiden utvecklas teknikerna och blir både billigare och tillgängliga för allt fler.

”Samtidigt som man genomför förändringar på populationsnivå behövs också outliers, sådana som är villiga att testa och betala för dessa futuristiska projekt. Outliers och riskkapitalister för marknaden, och därmed också utvecklingen, framåt”, säger Maria Rankka.

Det kändaste exemplet på en sådan person som investerar i och själv testat olika longevitytekniker är Bryan Johnson. Johnson har blivit känd för sin livsstil där han kombinerar strikt kost, kosttillskott, periodisk fasta, intensiv träning, rödljusterapi och blodplasmabehandling (i hans fall från sin son) i syfte att aktivera kroppens reparationsprocesser.

Det finns också en rad olika tillskott som väckt intresse för sina potentiella föryngrande egenskaper. Exempel på dessa är magnesium, D-vitamin, NAD⁺-boosters samt metformin. NAD⁺ är ett coenzym som hjälper över 500 andra enzymer att fungera och är centralt för cellernas energi, DNA-reparation och metabolism. Metformin är ett diabetesläkemedel som har använts i över 60 år, men som studier visat kan förlänga livet och förbättra hälsan även hos icke-diabetiker. Det testas nu som ett potentiellt föryngrande läkemedel, eftersom det tycks bromsa åldrande och minska inflammation. Det unika med metformin är att det inte testas för att bota en specifik sjukdom, utan för att förebygga flera åldersrelaterade tillstånd (Soukas, 2019). Trots att mekanismerna ännu inte är fullt klarlagda växer forskningsstödet snabbt. Metformin är billigt, beprövat och enligt tidningen Fortune ett av de mest lovande föryngringsmedel som redan finns tillgängligt – om än receptbelagt (Seegert, 2023).

Forskning om DNA och stamceller är också en central del av longevity. Forskare har till exempel visat att vissa gener kan aktiveras för att reparera skadat DNA, vilket vid forskning på möss har lett till att blinda återfått synen (Lu et al., 2020). Vad gäller forskningen kring stamceller har man bland annat visat att de både kan kopiera sig själva och utvecklas till specialiserade celler, vilket redan används i behandlingar, mot exempelvis blodcancer och vissa fall av HIV (National Institutes of Health, 2020). Antalet kliniska studier på stamceller ökar snabbt, över 4 700 är godkända i USA, och den snabba utvecklingen pekar mot framtida användning inom allt fler områden (Talebzade & Talebzade, 2023). Forskningen inom longevityområdet är dock i vissa fall mycket futuristisk, ibland så till den grad att forskare väntar med att publicera den för att den inte ska mottas som science fiction. Enligt Maria Rankka har en del framstående longevityforskare svårt att få forskningsanslag för samtida projekt:

”En världsledande longevityforskare sa att han skickar in ansökningar på saker som de gjorde i hans labb för fem år sen, för att mycket av det som de gör är för futuristiska för forskningsfinansiärer att ens ta i”, berättar Rankka.

Utöver dessa experimentella och futuristiska projekt, finns det en rad potentiella åtgärder som hade kunnat genomföras redan idag med relativt enkla och billiga medel. Exempelvis hade vården kunnat utnyttja det faktum att många av oss redan samlar in hälsodata om oss själva. Bland annat skulle man kunna be patienter skicka in EKG till sin läkare från sin smartklocka. Rankka berättar även om det amerikanska företaget Vasolabs som börjar genomföra ultraljud på halspulsådern för att se hur mycket mjuka plack som har byggts upp i blodkärlen.

”Genom att patienten under tiden får sitta med en skärm i handen och se vad ultraljudet visar, gör det i många fall att patienten enklare tar in resultatet. Det är ett effektivt sätt att få patienter att vilja ändra sin livsstil eftersom de på ett väldigt konkret sätt ser konsekvenserna av sin nuvarande livsstil”, säger Rankka.

Sverige som longevitynation

Sverige har potential att kunna bli ledande inom longevitybranschen. Vi har en stark forskningsbas och hög kompetens, en läkemedelsindustri som är bland de ledande i världen och en befolkning som – i kontrast till vad många tror – har hög betalningsvilja och värderar hälsa högt. Vad vi däremot saknar är ett regelverk som uppmuntrar privata investerare och innovation.

Life science- och läkemedelsindustrierna är starka i Sverige. Läkemedel är bland de varor som vi drar in mest exportintäkter på, drygt 151 miljarder kronor år 2024 ([Läkemedelsindustriföreningen, 2024](#)), och life science branschen består idag av omkring 4000 bolag som värderas till cirka 163 miljarder kronor om året ([Business Sweden, n.d.](#)). Det ger Sverige en stabil grund att bygga vidare på. Och expansionen har redan börjat. Enligt Maria Rankka står longevitykliniker, mottagningar för preventiv diagnostik och privat medlemsvård, "som svampar i backen". När man väl fått upp ögonen för dem ser man att de finns överallt – från Daniel Eks exklusiva Sand clinic till det ovan nämnda diagnostiklabbet Werlabs. Om Sverige kombinerar sin starka forskningsbas och industriella kompetens med ett mer innovationsvänligt regelverk inom vården är det fullt möjligt att Sverige kan bli en ledande longevity-nation.

Och det är en bransch vi borde vilja investera i, inte bara för dess folkhälsofördelar, utan också för den enorma ekonomiska potential som förutspås. Industrin för longevity kan värderas olika beroende på vad man väljer att inkludera i begreppet. Vissa bedömningar anger att dess samlade försäljning kan uppgå till omkring 73 000 miljarder kronor globalt fram till år 2030 ([UBS Wealth Management, 2025](#)). Andra analyser, med snävare avgränsning till biotekniksektorn, uppskattar marknadens omsättning till cirka 275 miljarder kronor år 2025, med en förväntad ökning till över 500 miljarder kronor till 2035 ([Research Business Insights, 2026](#)). Satsar man ordentligt på det nu, så kan det hända att Sverige står för nästa Ozempic-liknande succé, ett läkemedel som stod för en betydande del av hela Danmarks BNP-tillväxt år 2023.

Betalningsviljan finns

Sverige har alltså goda förutsättningar för att bli ledande inom longevity, i synnerhet om det drivs av privata investerare. Ett argument som ofta lyfts emot ökad privatisering av vården är att människor inte har råd att betala för sin egen sjukvård, men det verkar inte stämma. Se bara på antalet personer som redan idag betalar för viktminskningsläkemedel som står utanför den subventionerade vården. Mounjaro, en konkurrent till Ozempic, ökade i snitt sin försäljning med 25% per månad under 2025, från 20 miljoner i januari till 154 miljoner kronor i oktober, enligt Svenska Dagbladet ([Dahlberg, 2025](#)). Ett annat konkurrerande läkemedel, Wegovy, säljer för ungefär 230 miljoner kronor i månaden. Det är alltså privat finansierade läkemedelsköp på miljardbelopp inom loppet av ett år. Restriktivt räknat motsvarar det ungefär 85 000 svenskar som varje månad betalar tusentals kronor ur egen ficka för att uppnå bättre hälsa.

Andra exempel på helt privata branscher där betalningsviljan bland konsumenterna är hög är veterinärvården och skönhetsbranschen. Sist Konkurrensverket gjorde en kartläggning av veterinärbranschen utgjorde Evidensia och Anicura 40 procent av marknaden (Konkurrensverket, 2018). 2024 rapporterade bolagen en omsättning på ungefär 2,6 miljarder kronor, respektive 1,4 miljarder kronor (Allabolag.se, n.d.). Vad gäller skönhetsbranschen uppskattar olika branschorganisationer att åtminstone 300 000 skönhetsinjektioner genomförs årligen (Adin Fares, 2022). Priserna varierar mycket, mellan 2000–5000 för injektioner, och från 20 000 till flera hundra tusen för operationer beroende på ingrepp, och utbudet är stort. Antalet skönhetskliniker mer än dubblerades mellan 2010 till 2021 (Mirtel Design, 2023). Mörkertalet är också stort, och den verkliga efterfrågan är troligen högre, eftersom många väljer att åka utomlands för sina skönhetsoperationer.

Avslutning

Sverige lägger i dag enorma resurser på att reparera skador när de redan har uppstått, men alltför lite på att förhindra att människor blir sjuka från början. Den här rapporten har visat att ett skifte från sjukvård till hälsovård inte bara är möjligt, utan också rationellt: forskningen är stark, tekniken finns, betalningsviljan är tydlig och de samhällsekonomiska vinsterna skulle bli betydande.

Nästa steg är att göra prevention till en kärnuppgift med moderna regelverk, bättre incitament och ett närmare samspel mellan offentlig vård och privat innovation. Om vi lyckas förlänga åren med god hälsa, stärks både människors livskvalitet och Sveriges långsiktiga välstånd.

Referenser

Adam, H. C., Hajimirsadeghi, O., Krantz, L., Brismar, K., Norhammar, A., Ueda, P., Andersson, D. P., & Forsberg, N. B. (2025). *Cardiometabolic risk factors in the Swedish Werlabs cohort based on self-initiated health screening: Cohort profile*. *BMJ Open*, 15(1). <http://bmjopen.bmj.com/content/15/1/e093625.long>

Adin Fares, N. (2025, 22 januari). *Julia blev sjuk av skönhetsingreppet – anmälningarna till Ivo ökar efter ny lag*. Dagens Nyheter. <https://www.dn.se/sverige/julia-blev-sjuk-av-skönhetsingreppet-anmalningarna-till-ivo-okar-efter-ny-lag/>

Allabolag.se. (n.d.). *AniCura Sweden AB – Veterinärer, Danderyd*. <https://www.allabolag.se/foretag/anicura-sweden-ab/danderyd/veterin%C3%A4rer/2K1RR5AI63ILB>

Andersson, E., Lindgren, P., Brådvik, G., Ramdén, V., & Steen Carlsson, K. (2021). *Kostnader för hjärt-kärlsjukdom i Sverige 2019* (IHE-rapport 2021:4). Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. https://assets.ctfassets.net/e8gvzq1fwq00/412SVQCz-Ti6JmXv6rmY15y/7bfca1eb710358f782879d2a0bfa4f7f/IHE_Rapport-2021-4.pdf

Beydoun, M. A., Beydoun, H. A., Hossain, S., El-Hajj, Z. W., Weiss, J., & Zonderman, A. B. (2020). *Clinical and bacterial markers of periodontitis and their association with incident all-cause and Alzheimer's disease dementia in a large national survey*. *Journal of Alzheimer's Disease*, 75(1), 157–172. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32280099/>

Bolander, H. (2025, 6 dec). *Allt fler 70-plussare jobbar vidare*. Dagens Industri. <https://www.di.se/nyheter/allt-fler-70-plussare-jobbar-vidare/>

Bolin, K. (2024). *Preventionens betydelse för finansieringen av framtidens vård och omsorg*. SNS. <https://snsse.cdn.triggerfish.cloud/uploads/2024/03/preventionens-betydelse-for-finansieringen-av-framtidens-var-d-och-omsorg.pdf>

Business Research Insights. (2026). *Longevity biotech market – Global industry analysis & forecast, 2024–2032*. <https://www.businessresearchinsights.com/market-reports/longevity-biotech-market-118596>

Business Sweden. (n.d.). *Investera i life science*. <https://www.business-sweden.com/sv/industrier/life-science/investera-i-life-science/>

Bäckelin, E. (2025, 5 maj). *Samhällets dolda kris – hjärnans diagnoser kostar Sverige 295 miljarder per år*. Hjärnfonden. <https://www.hjarnfonden.se/2025/05/samhallets-dolda-kris-hjarnans-diagnoser-kostar-sverige-295-miljarder-per-ar/>

Cancerfonden. (2021). *Cancerfondsrapporten vård 2021*. <https://static-files.cancerfonden.se/CFrapport-varld-2021.pdf>

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. (2019). *Högt blodtryck*. <https://www.folkhalsorapportstockholm.se/rapportsamling/2019/rapporten/riskfaktorer/hogt-blodtryck/>

Dahlberg, J. (2025, 9 februari). *Svenskar köper viktminskningsmedel för miljardbelopp – inget vi sett förut*. Svenska Dagbladet. https://www.svd.se/a/VzOly6/svenskar-koper-viktminskningsmedel-for-miljardbelopp-inget-vi-sett-forut?utm_source=iosapp&utm_medium=share

Danielsson, O. (2019). *Nyfiken på livslängd*. Karolinska Institutet. <https://ki.se/forskning/popularvetenskap-och-dialog/popularvetenskapliga-teman/tema-halso-samt-aldrande/nyfiken-pa-livslangd>

Eurostat. (2025). *Healthcare expenditure statistics – overview*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_-_overview

Eurostat. (2026). *Health care expenditure by function*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hc_custom_18021589/default/table

Flink Amble-Naess, V. (2024). *Är smal ett val? En rapport om fetmaläkemedel, varför de behövs och varför de är så dyra*. Environment and Public Health Institute. <https://ephi.se/wp-content/uploads/2024/02/EPHI-rapport-%E2%80%93-Ar-smal-ett-val-2.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2025a). *Samhällsekonomiska kostnader kopplat till stillasittande och otillräcklig fysisk aktivitet* (Artikelnummer 25017). https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/samhallsekonomska-kostnader-kopplat-till-stillasittande-och-otillracklig-fysisk-aktivitet/?utm_source=chatgpt.com

Folkhälsomyndigheten. (2025b). *Samhällskostnader för övervikt och obesitas*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/overvikt-och-obesitas/om-overvikt-och-obesitas/samhallskostnader-for-overvikt-och-obesitas/>

Fredriksson, S. (2023, 14 december). *Uppsala lanserar hälsoobligation: Satsning mot högt blodtryck*. Dagens Medicin. <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/ekonomi/upsala-lanserar-halsoobligation-satsning-mot-hogt-blodtryck/>

Hjalte, F., Carlsson, H. & Lindgren, P. (2024). *Påverkbara riskfaktorer och hjärnans sjukdomar*. (IHE-rapport 2024:3). Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. <https://www.hjarnfonden.se/uploads/2024/04/Hjarnfonden-IHE-Paverkbara-riskfaktorer-och-hjarnans-sjukdomar.pdf>

Konkurrensverket. (2018). *Djursjukvårdsmarknaden: En rapport om konkurrensförhållanden i djursjukvårdssektorn* (Rapport 2018:1). https://www.konkurrensverket.se/globalassets/dokument/informationsmaterial/rapporter-och-broschyror/rapportserie/rapport_2018-1_kap19-djursjukvårdsmarknaden.pdf

Lu, Y., Brommer, B., Tian, X., Krishnan, A., Meer, M., Wang, C., Vera, D. L., Zeng, Q., Yu, D., Bonkowski, M. S., Yang, J. H., Zhou, S., Hoffmann, E. M., Karg, M. M., Schultz, M. B., Kane, A. E., Davidsohn, N., Korobkina, E., Chwalek, K., Rajman, L. A., Church, G. M., Hochedlinger, K., Gladyshev, V. N., Horvath, S., Levine, M. E., Gregory-Ksander, M. S., Ksander, B. R., He, Z., & Sinclair, D. A. (2020). *Reprogramming to recover youthful epigenetic information and restore vision*. *Nature*, 588(7836), 124–129. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7752134/>

Lundbäck, M. (2024, 10 september). *Hur gammal är du – egentligen?* Karolinska Institutet. <https://nyheter.ki.se/hur-gammal-ar-du-egentligen>

Läkemedelsindustriföreningen. (2025). *Sveriges export och import av läkemedel*. <https://www.lif.se/lakemedelsstatistik/sveriges-export-och-import-av-lakemedel/>

Mirtel Design. (2023, 20 januari). *Antalet skönhetskliniker har mer än fördubblats sedan 2010 – Men experter inom skönhetsbranschen påpekar att drömmen om att äga en klinik fortfarande kan vara lång och besvärlig* [Pressmeddelande]. Via TT. <https://via.tt.se/pressmeddelande/3338571/antalet-skönhetskliniker-har-mer-an-fordubblats-sedan-2010-men-experter-inom-skönhetsbranschen-papekar-att-drommen-om-att-aga-en-klinik-fortfarande-kan-vara-lang-och-besvarlig?publishe-rid=3236625>

National Institutes of Health. (2025, January 11). *Remembering Timothy Ray Brown — Champion of HIV cure research*. <https://www.oar.nih.gov/about/directors-corner/letters-director-remembering-timothy-ray-brown-champion-hiv-cure-research>

Nilsson, K., Fridhammar, A., Wahlberg, K., & Steen Carlsson, K. (2022). *The economic burden of overweight and obesity in Swedish children – A lifetime perspective* (IHE Report 2022:12). Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. https://ihe.se/app/uploads/2023/01/IHE-Report-2022_12_.pdf

Region Stockholm. (2025). *Pilotprojekt kring förebyggande hälsosatsning mot diabetes typ-2 klart*. <https://www.regionstockholm.se/nyheter/2025/06/pilotprojekt-forebyggande-halsosatsning/>

Scott, A. J., Ellison, M., & Sinclair, D. A. (2021). *The economic value of targeting aging*. *Nature Aging*, 1(7), 616–623. <https://www.nature.com/articles/s43587-021-00080-0#citeas>

Seegert, L. (2023, May 4). *How metformin can slow aging and extend life span – risks and side effects*. *Fortune*. <https://fortune.com/well/2023/05/04/metformin-anti-aging-longevity-risks-side-effects/>

Socialstyrelsen. (2023). *Nationella riktlinjer för vård vid obesitas – Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer*. <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/4b73fa4c-fa094ccb819eefa88c436bdd/2023-4-8460.pdf>

Socialstyrelsen. (2024). *Statistik om dödsorsaker år 2023* (Artikelnummer 2024-6-9170). <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/a0050e838f0f4ca48a-32003227e3f56b/2024-6-9170.pdf>

Socialstyrelsen. (2025). *Främja hälsa och förebygga ohälsa*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/framja-halsa-och-forebygga-ohalsa/>

Soukas, A. A., et al. (2019). *Metformin as anti-aging therapy: Is it for everyone? Trends in Endocrinology & Metabolism*, 30(9), 720–732. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6779524/>

Statistiska centralbyrån. (2024). *Dubbelt så många jobbar efter pensionsåldern* [Pressmeddelande]. <https://www.scb.se/pressmeddelande/dubbelt-sa-manga-jobbar-efter-pensionsaldern/>

Statistiska centralbyrån. (2025a). *Hälso- och sjukvårdsutgifter i relation till BNP. År 2001–2023*. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-birth>

Statistiska centralbyrån. (2025b). *Hälsoräkenskaper*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenska-per/>

Statistiska centralbyrån. (2025c). *Medellivslängden i Sverige*. https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/medellivslangd-i-sverige/#Medellivslangd_over_tid

Statistiska centralbyrån. (2025d). *Sammanräknad förvärvsinkomst för boende i Sverige hela året efter region, kön, ålder och inkomstklass. År 1999–2024*. https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_HE_HE0110_HE0110A/SamForvInk1/

Statistiska centralbyrån. (2025d). *Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter hälso- och sjukvårdsändamål (HC). År 2001–2023*. https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_NR_NR0109/HC/

Söder, F. (2022). *Utfallsbaserade kontrakt ökar sjukvårdens resurser*. Health Policy. <https://healthpolicy.se/utfallsbaserade-kontrakt-okar-sjukvardens-resurser/>

Söder, F. (2025, 9 september). *Region Sthlm nobbar sänkta kostnader* [Webbartikel]. Pharma Industry. <https://www.pharma-industry.se/region-sthlm-nobbar-sankta-kostnader/>

Talebzadeh, A. T., & Talebzadeh, N. (2023). *Stem cell applications in human hair growth: A literature review*. Cureus, 15(4), e37439. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37181955/>

The Sinclair Lab. (n.d.). *Research*. Harvard Medical School. <https://sinclair.hms.harvard.edu/research>

UBS Wealth Management. (2025). *Global market news*. <https://www.ubs.com/global/en/wealthmanagement/insights/marketnews/article.2585319.html>

Wenderoff, J. (2025). *Public health initiatives deliver big returns on investment*. The Pew Charitable Trusts. <https://www.pew.org/en/research-and-analysis/articles/2025/07/08/public-health-initiatives-deliver-big-returns-on-investment#:~:text=going%20back%20decades%2C%20researchers%20looked,dollar%20invested%20in%20public%20health>

World Health Organization. (2025). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

World Health Organization. (2024a). *Healthy life expectancy (HALE) at birth (years)*. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-birth>

World Health Organization. (2024b). *Sweden health data*. <https://data.who.int/countries/752>

World Obesity Federation. (2022). *The economic impact of overweight & obesity in 2020 and 2060: 2nd edition with estimates for 161 countries*. <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Economic-Impacts-2-V2.pdf>



Environment and Public Institute är en idéburen tankesmedja som värnar den fria marknaden och den fria forskningen. Ephi publicerar rapporter om aktuella ämnen inom folkhälsa och miljö.

På ephi.se kan du läsa samtliga publikationer.

www.ephi.se