

PREDEM

Innovationsmiljö
för demensprevention

DEMENS SJUKDOMARNAS
SAMHÄLLSKOSTNADER I SVERIGE 2019



**Karolinska
Institutet**

DEMENSSJUKDOMARNAS SAMHÄLLSKOSTNADER I SVERIGE 2019

Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och
Samhälle (NVS), avdelningen för neurogeriatrik

2023-05-31

Oskar Frisell

Linus Jönsson

Anders Wimo



**Karolinska
Institutet**

DEMENSSJUKDOMARNAS SAMHÄLLSKOSTNADER I SVERIGE 2019

Innehåll

DEMENSSJUKDOMARNAS SAMHÄLLSKOSTNADER I SVERIGE 2019	0
Sammanfattning	4
Inledning	7
Metod	9
Olika typer av kostnadsstudier	9
Perspektivet	11
Befolkningsstatistik	12
Förekomst av demenssjukdom	13
Kostnadsslag	17
Sluten vård	19
Öppenvård	19
Läkemedel	22
Diagnostik	23
Kommunala resurser	24
Dagvård	24
Hemtjänst	25
Särskilt boende	25
Informell vård och omsorg	25
Produktionsbortfall	28
Sjukersättning	28
Sjukfall	29
Resultat	30
Resultat i relation till historiska rapporter	32
Känslighetsanalyser	33
Diskussion	35
Fördelning på olika kostnadsslag	35

Epidemiologi: prevalens, incidens, prognoser	36
Har kostnaderna för demenssjukdomarna ökat?	36
Informell vård	38
Kostnadsansats	39
Framtiden	39
SLUTSATSER.....	42
Referenser	43

Sammanfattning

De samhälleliga kostnaderna för personer med demenssjukdom 65 år och äldre har i denna rapport uppskattats till 81,6 miljarder kronor år 2019. I linje med de tre tidigare rapporterna för år 2000, 2005 och 2012 så faller den största delen (ca 82%) på kommunerna, främst i form av kostnader för särskilt boende och hemtjänst. Kostnaderna för personer med demenssjukdom som bor i särskilt boende uppgår till ca 70% av kommunernas totala kostnader för alla personer i särskilt boende och de kommunala kostnaderna för demenssjukdomar utgör ca 50% av kommunernas totala kostnader för äldreomsorg.

Näst i storleksordning är en ekonomisk värdering av informell vård utförd av anhöriga och närstående (ca 16%). Kostnaderna som faller på regionerna i form av sjukvårdsinsatser och läkemedel är små (ca 2%).

I årets rapport användes uppdaterade data för att uppskatta prevalensen av demenssjukdom. Antalet personer med demenssjukdom 65 år och äldre 2019 skattades till ca 144 000. I känslighetsanalyser användes två alternativa källor. En motsvarande 2012 års prevalensdata, då skattades antalet personer med demenssjukdom till ca 166 000 år 2019. Om prevalensdata från Världshälsoorganisationen (WHO) används skattades antalet personer med demenssjukdom till ca 151 000 år 2019.

Justerat för inflation, med 2019 som index år, så har totalkostnaden för personer med demenssjukdom ökat med ca 40% (49,2 – 81,6 miljarder kronor) sedan år 2000. Liknande utveckling kan ses i kostnaden per person med demenssjukdom, ca 35% (372 230 – 565 984 kronor).

För att möta framtidens utmaningar för inom vård och omsorg av personer med demenssjukdom behövs en kraftfull strategi:

- Uppdateringen av den nationella demensstrategin som nyligen aviserats måste vidgas till en nationell demensplan som till skillnad från nu innehåller ekonomiska medel för forskning inom demenssjukdomar.
- Satsning på forskning inom demenssjukdomar, särskilt med inriktning på införande och uppföljning av ny diagnostik och behandling vid Alzheimers sjukdom.

- Personal- och kompetensförsörjning till äldreomsorgen måste prioriteras och tillgången till särskilda boenden med inriktning på demens behöver säkras. Alla kommuner bör ha en demensplan i sina äldrevårdsplaner.
- Anhörigstöd i olika former (kommunernas lagstadgade skyldighet till anhörigstöd, rådgivning, dagverksamhet, korttidsvård/boende mm) måste utvecklas.

Om författarna

Oskar Frisell, MSc, Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi, Lund,

Linus Jönsson: Professor, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska institutet

Anders Wimo: Professor emeritus, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska institutet, familjeläkare, Bergsjö

Författarnas tack

Denna rapport bygger på en mångfald av källor, men alla siffror och resultat är vi dock själva ansvariga för liksom eventuella felräkningar.

De tre tidigare rapporterna om demenssjukdomarnas samhällskostnader har utgivits av Socialstyrelsen och i föreliggande rapport stora mängder data hämtats ur Socialstyrelsens statistik om vård och omsorg av äldre. Likaledes har stora mängder data hämtats ur Statistiska Centralbyråns och Sveriges Kommuner och Regioners databaser. Utan dessa data har denna rapport inte varit möjlig.

Ett speciellt tack riktas också till kvalitetsregistret SveDem liksom till projektet SNAC (Swedish national study on aging and care) vars data om personer med demenssjukdom varit mycket värdefulla för skattningarna av kostnader och demensförekomst.

Slutligen ett stort tack till Vinnova som via finansieringen av innovationsmiljön PREDEM möjliggjort denna rapport. Inom PREDEM samverkar elva aktörer (regioner, universitet, forskningsinstitut, teknikbolag, ideella organisationer) med mål att förhindra demensutveckling hos personer med begynnande kognitiv svikt genom att accelerera introduktion av innovativa lösningar för tidig detektion, precisionsdiagnostik och individualiserad, evidensbaserad prevention och behandling.

Inledning

Sverige är ett välståndsland och hälsoutvecklingen har varit mycket positiv under större delen av 1900 talet liksom efter millenniumskiftet. Som en följd av detta har också medellivslängden ökat kraftigt liksom antalet mycket gamla personer. Befolkningsprognoser visar också att antalet äldre även fortsättningsvis kommer att öka. Just nu, och som en följd av de stora årskullarna på 1940-talet, är vi i en period då antalet 80 åringar och äldre (80+) ökar mycket kraftigt. År 2010 fanns det ca 496 000 personer 80+, år 2020 fanns det 555 000 personer och år 2030 beräknas antalet 80+ vara 810 000 personer [1].

Som en följd av befolkningsutvecklingen ökar också antalet personer med kroniska långvariga sjukdomar. Eftersom folkhälsoutvecklingen medfört att funktionsförmåga, givet ålder och sjukdom på individnivå förbättrats medför detta nödvändigtvis inte att den samhälleliga bördan av sjukdomarna ökar i samma takt som antalet äldre ökar.

Demenssjukdomar är kroniska, långvariga och progressiva vilket på sikt orsakar omfattande funktionsnedsättningar och påverkar hela livssituationen för de sjuka själva och deras anhöriga under många år. Den stora utmaningen är att demenssjukdomarna kan betraktas som folksjukdomar. Eftersom det finns ett starkt samband mellan risk för demenssjukdom och stigande ålder kommer antalet personer med demenssjukdom att öka kraftigt.

Som en följd av demenssjukdomarnas påverkan på funktionsförmåga är vård och omsorg av personer med demenssjukdom mycket resurskrävande. Detta är en stor utmaning och inte bara för den offentliga vården och omsorg ("det formella vårdssystemet") utan också för personer med demenssjukdoms närmaste omgivning (släktingar, vänner, grannar mm), som ofta utför så kallad informell vård.

Kommunerna är den största producenten av vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Den demografiska utvecklingen i kombination med stora pensionsavgångar av personal och en pressad ekonomi medför att kommunerna står inför stora utmaningar.

Vår forskargrupp har (med olika medarbetarkonstellationer) tidigare presenterat tre rapporter om demenssjukdomarnas samhällskostnader [2–4] (Tabell 1). Eftersom förutsättningarna för vård och omsorg av personer med demenssjukdom är dynamiska (demografi, ekonomi, organisation, behandling, prevention med mera) finner vi det angeläget att ånyo uppdatera skattningarna av demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige. Vi använder i stort sett samma metoder för att underlätta jämförelser och för att kunna skatta tidstrender. Vi har valt år 2019, då konsekvenserna av Covid-19 pandemin gör bedömningar för perioden 2020–2022 svåra.

Tabell 1. Tidigare rapporter om demenssjukdomarnas samhällskostnader.

År	Totalkostnad (miljarder kronor)*	Kostnad per person med demenssjukdom (kronor)*	Andel av kostnaderna som var kommunala	Antal personer med demenssjukdom i befolkningen	Referens
2000	38,4	290 300	81%	133 000	[4]
2005	50,1	352 300	85%	142 200	[3]
2012	62,9	398 226	78%	158 000	[2]

*Ej justerat för inflation

Den nya rapportens syften är

- Att skatta antalet personer med demenssjukdom i landet år 2019,
- Att göra en förnyad skattning av samhällets kostnader för vård och omsorg av personer med demenssjukdom 65 år och äldre, och att analysera förändringar mellan 2000, 2005, 2012 års skattningar och 2019.
- Att skatta hur dessa kostnader fördelas mellan olika aktörer inom vården och omsorgen.

Metod

Kostnadsberäkningarna bygger på följande förutsättningar:

1. Rapporten är en så kallad prevalensbaserad kostnadsstudie för år 2019.
2. Perspektivet är samhälleligt.
3. Demografiska data om befolkningsstrukturen i 5-årsklasser för 2019.
4. Andelen personer med demenssjukdom i 5-årsklasser.
5. Definierade kostnadsslag ska vara definierade med tillhörande enhetskostnader.
6. Skattningar av hur stor andel av resurserna för äldreomsorg (sjukvård och äldreomsorg) som nyttjas av personer med demenssjukdom.
7. Populationsbaserade data kring omfattningen av så kallad informell vård och omsorg (anhörigas och andra närståendes insatser) till personer med demenssjukdom.
8. Osäkerheten och variationen i ingående bakgrundsdata analyseras i en känslighetsanalys.

Olika typer av kostnadsstudier

Kostnadsstudier beskriver de samhällsekonomiska kostnaderna (diagnostik, behandling, vård och omsorg, förebyggande insatser, produktionsförluster, informella insatser med mera) för en sjukdom eller grupp av sjukdomar.

Kostnadsstudier är deskriptiva, d v s de kan inte användas för att visa att till exempel en behandling är mer kostnadseffektiv än en annan.

Kostnadsstudier innehåller heller inga jämförelser mellan olika behandlingsalternativ och inga mått på resultat eller effekter av olika interventioner. Kostnadsstudier säger heller ingenting om kvaliteten på vård och omsorg. Därför kan inte kostnadsstudier säga något om vård och omsorg är bra eller dålig eller om den bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt.

Kostnadsstudier kan dock beskriva strukturella förhållanden, till exempel hur kostnader fördelas mellan olika aktörer. Indirekt kan kostnadsstudier därför ändå ligga till grund för prioriteringar. Om en sjukdom är mycket kostsam

men där det samtidigt saknas bra behandlingsalternativ så kan detta indikera att det behövs mer forskning.

Kostnadsstudier kan också identifiera potentiellt ineffektiva förhållanden. Om till exempel kostnaderna för forskning och behandling finns hos en aktör medan de eventuella "vinsterna" (kostnader eller effekter) uppstår hos en annan aktör, så kan detta motverka att åtgärden prioriteras. Det kan alltså uppstå en kostnad för att resurser inte används på bästa sätt. Den kostnad som anses relevant i hälsoekonomiska diskussioner är alternativkostnaden, det vill säga den kostnad som uppstår just när en resurs eller motsvarande inte används på bästa alternativa sätt.

Kostnader brukar också indelas i direkta kostnader (kostnader för använda resurser, uttryckt som pengar) och indirekta kostnader (kostnader på grund av att resurser förlorats på grund av för tidig död eller sjuklighet. Inom vård och omsorg är direkta kostnader till exempel kostnader för sjukhusvård, mottagningsbesök, läkemedelsförbrukning eller boende i särskilt boende. Värdet av produktionsförluster på grund av personer med demenssjukdoms sjuklighet och förtida död är exempel på indirekta kostnader.

Det ekonomiska värdet av informell vård, det vill säga vård och omsorgsinsatser av anhöriga och andra närstående till den med demenssjukdom svarar utgör en mycket viktig del av samhällets kostnader för många kroniska sjukdomar, är svårare att klassificera som direkta eller indirekta kostnader. Om de anhöriga får direkt ekonomisk ersättning för sina insatser (vilket idag är av mycket liten omfattning i Sverige för anhöriga till personer med demenssjukdom) är det en direkt kostnad. Om en anhörig i arbetsför ålder slutar att arbeta för att vårda sin anhörige med demenssjukdom så uppstår en produktionsförlust, vilket är en indirekt kostnad. Det finns mer komplicerade situationer hur de informella insatserna skall värderas, till exempel för arbetslösa och för pensionärer.

Kostnadsstudier kan vara prevalens- eller incidensbaserade. En prevalensbaserad kostnadsstudie (som denna) beskriver kostnader för de personer som har sjukdomen under en tidsperiod, till exempel ett år. I en incidensbaserad studie följs kostnader för nyinsjuknade personer under en period, oftast från sjukdomsdebuten till livets slut.

Ingående data i kostnadsstudier kan vara av typen "bottom-up" eller "top-down". I "bottom-up" studier finns data, ofta mycket detaljerade, från en begränsad grupp, som sedan extrapoleras till en mycket större grupp, till exempel alla i ett land som har sjukdomen i fråga. "Top-down" studier bygger på data, ofta registerbaserade, om förbrukning av resurser och kostnader som spenderas på vård och omsorg i hela landet. Beroende på uppbyggnaden av registren kan man antingen utgå ifrån totala kostnader och sedan fördela dessa på olika sjukdomar, alternativt är registren uppbyggda på diagnoser eller motsvarande. Vid "top-downstudier" kan man då också beskriva hur till exempel patienterna med en viss sjukdom förhåller sig till den totala vård och omsorgen eller till andra tillstånd.

Oftast är det svårt att göra rena "bottom-up" och "top-down" studier och i denna rapport används också bägge ansatserna. Något förenklat kan man säga att skattningarna av direkta kostnader i denna rapport bygger på "top-down"-data medan kostnader för informell vård bygger på "bottom-up" data.

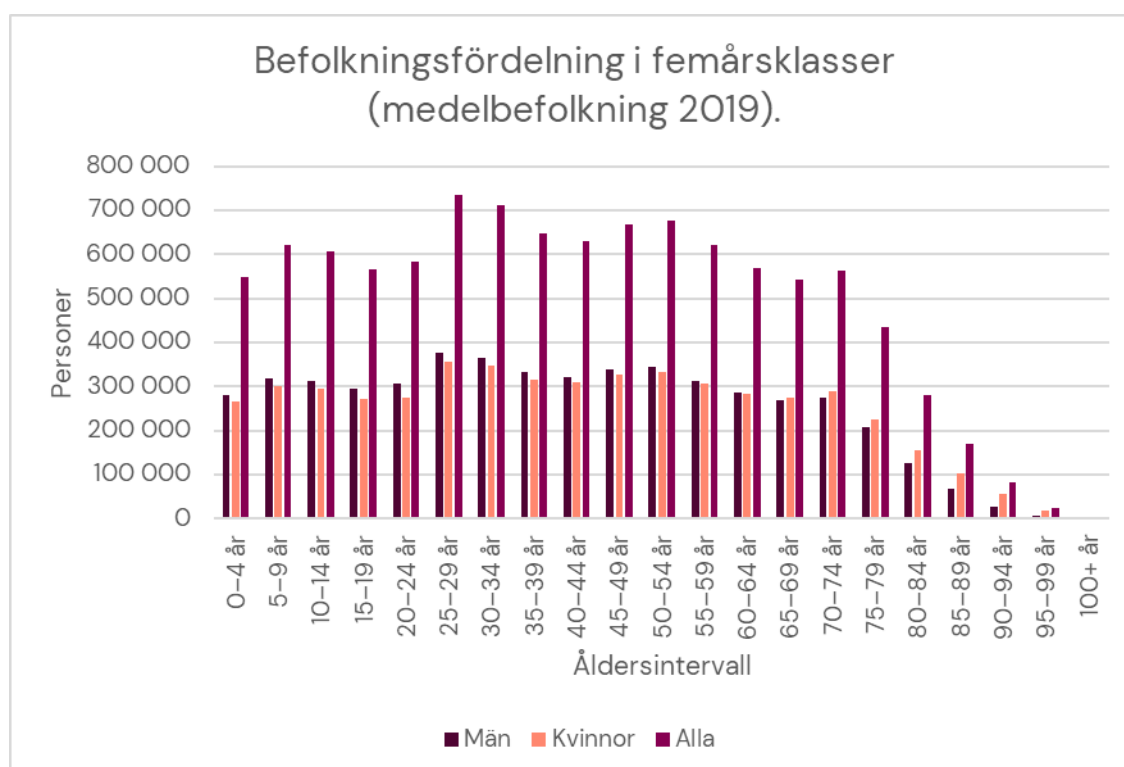
I kostnadsskattningarna i denna rapport ingår i **huvudsak** kostnader för vård och omsorg av personer med demenssjukdom, oavsett om kostnaderna betingas av demenssjukdom eller inte (kallas ibland något oegentligt "bruttokostnader"). Detta kan vi, med hänsyn taget till källornas kvalitet, försöka mäta. Den del av kostnaderna som orsakas av enbart demenssjukdomarna (kallas ibland "nettokostnader") är betydligt svårare att skatta och ingår inte i denna rapport.

Perspektivet

I en kostnadsstudie måste perspektivet klargöras. Sker analysen ur en speciell betalares perspektiv till exempel landsting, kommun eller är utgångspunkten "ett samhällsekonomiskt perspektiv"? För demenssjukdomar är det viktigt att definiera perspektivet viktigt. Ett samhällsperspektiv innebär bland annat att anhörigas informella vårdinsatser skall ges ett värde i monetära termer (till exempel kronor), vilket är fallet i denna rapport.

Befolkningsstatistik

För att skatta de sammanlagda kostnaderna för demenssjukdom i Sverige måste vi veta hur många personer med demenssjukdom det fanns i Sverige år 2019. Det finns inga register som täcker Sveriges hela demenspopulation. Därför får vi använda data från epidemiologin. För detta behövs dels befolkningsstatistik för olika åldersklasser, dels data om andel med demenssjukdom i olika åldersklasser. Från Statistiska centralbyrån har vi inhämtat data om befolkningsfördelningen i femårsklasser (Figur 1) [1].



Figur 1. Befolkningsstatistik i femårsklasser (medelbefolkning 2019)

I Tabell 2 har vi sammanställt antalet personer i befolkningen, antalet personer över 65 år och antal personer 80 år. Dessutom andelen av befolkningen som utgörs av personer över 65 år och över 80 år.

Tabell 2. Befolkningsfördelning i femårsklasser (medelbefolkning 2019).

Åldersklass	Män	Kvinnor	Alla
0+	5 173 536	5 112 816	10 286 351
65+	979 061	1 122 333	2 101 393
80+	226 377	334 083	560 460
65+/0+	18,9%	22,0%	20,4%
80+/0+	4,4%	6,5%	5,4%

För att kunna göra prognoser om antalet personer med demenssjukdom i framtiden – under förutsättningen att andelen personer med demenssjukdom i olika åldersklasser är konstant – behövs också befolkningsprognoser (Tabell 3). Även här har vi sammanställt förväntat antal personer i befolkningen, förväntat antal personer över 65 år och förväntat antal personer över 80 år samt andelen av befolkningen som utgörs av personer över 65 år och över 80 år [1].

Tabell 3. Sveriges befolkning prognos för 2020–2050 (tusental)

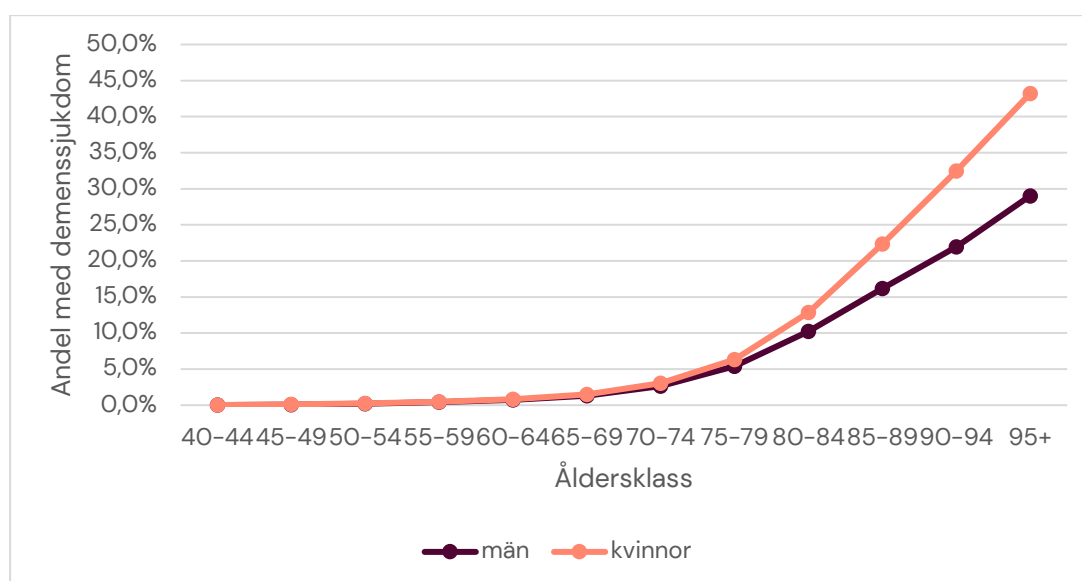
<u>Åldersklass</u>	<u>2020</u>	<u>2025</u>	<u>2030</u>	<u>2035</u>	<u>2040</u>	<u>2045</u>	<u>2050</u>
0+	10 378	10 677	10 917	11 143	11 365	11 599	11 836
65+	2 105	2 227	2 393	2 538	2 652	2 724	2 813
80+	555	679	810	865	905	984	1 072
65+/0+	20,3%	20,9%	21,9%	22,8%	23,3%	23,5%	23,8%
80+/0+	5,3%	6,4%	7,4%	7,8%	8,0%	8,5%	9,1%

Antalet ålderspensionärer (65 och äldre) ökar successivt, men den stora ökningen av de allra äldsta, 80 år och äldre, kommer att äga rum mellan 2020–2030.

Förekomst av demenssjukdom

I tidigare rapporter har vi baserat skattningarna av demensprevalens på den kunskapsöversikt som presenterades av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) [5]. Dessa data är dock ganska gamla, och det finns studier som tyder på att den åldersspecifika incidensen (nyinsjuknandet) och kanske även prevalensen av demenssjukdom i höginkomstländer minskar [6]. Antalet personer med demenssjukdom i Sverige kommer ändå att öka eftersom antalet äldre kommer att öka. SNAC-projektet (Swedish national study on ageing and care) är ett av Socialdepartementet initierat nationellt longitudinellt projekt, där bland annat äldres funktionsförmåga i olika boendeformer studeras. Fyra områden ingår i SNAC: Nordanstig, Kungsholmen i Stockholm, Karlskrona i Blekinge samt fem kommuner i Skåne [7]. Inom ramen för SNAC-projektet har en rapport presenterats [8], och de prevalensdata som används här baseras på dessa data (Figur 2). I känslighetsanalysen kommer prevalensdata från WHO's Global Dementia

Observatory projekt att användas [9], där för övrigt alla författarna till föreliggande rapport ingick i expertgruppen.



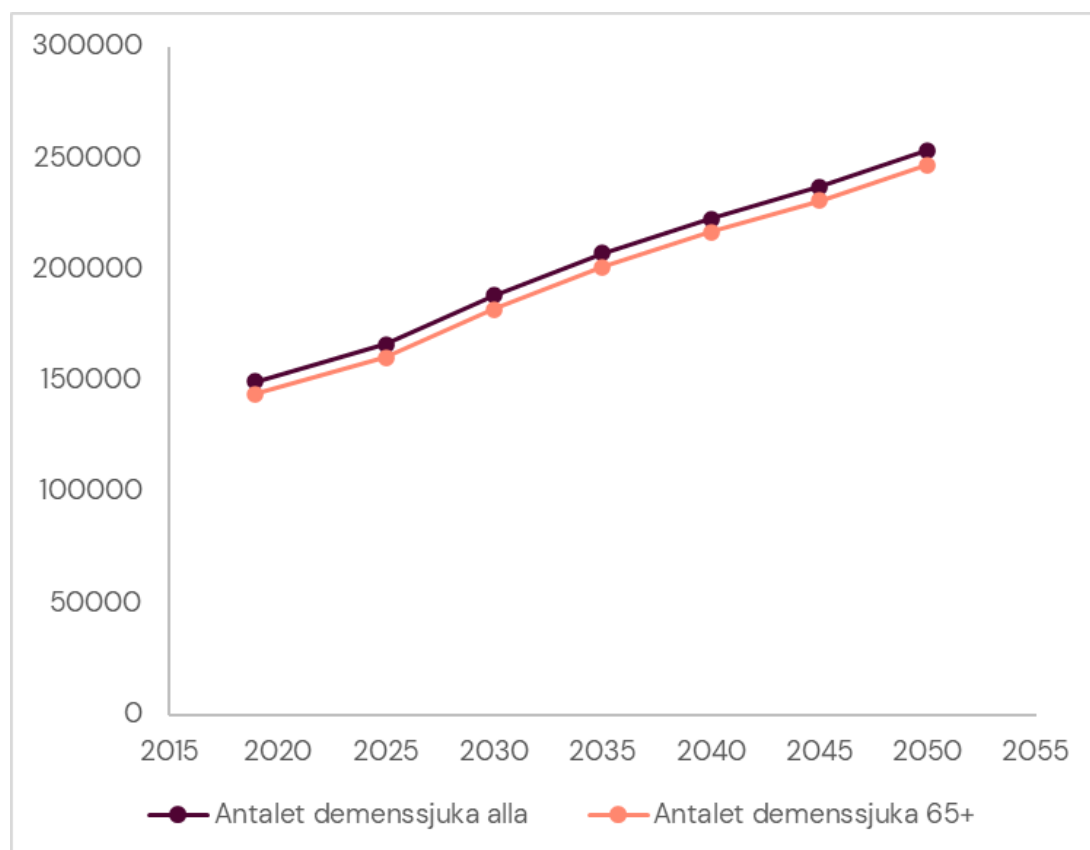
Figur 2. Demensförekomst i olika åldersklasser [8].

Andelen personer med demenssjukdom ökar närmast exponentiellt med stigande ålder och andelen med demenssjukdom är i de äldsta åldersgrupperna större hos kvinnor. Utifrån detta underlag kan vi anta att det år 2019 fanns ca 144 000 personer med demenssjukdom i Sverige 65 år och äldre (Tabell 4). Prevalenstalen för åldersgruppen 60 år och yngre är mycket osäkra, och här finns inte data från SNAC, i stället har en prevalensskattning som användes i de tidigare studierna använts (kostnader för dessa ingår dock inte i kostnadsskattningarna, inte heller för gruppen 60-64 år).

Tabell 4. Antalet personer med demenssjukdom i Sverige 2019 uppdelat på kön och i olika åldersklasser

Åldersklass	Män	Kvinnor	Alla	Andel kvinnor
40–44	321	309	630	49%
45–49	338	329	666	49%
50–54	344	334	678	49%
55–59	314	307	621	49%
60–64	1304	1537	2841	54%
65–69	1202	1517	2719	56%
70–74	5879	6051	11 930	51%
75–79	8328	18 847	27 175	69%
80–84	13 087	20 952	34 039	62%
85–89	10 373	21 181	31 554	67%
90–94	4995	18 794	23 789	79%
95+	2480	10 529	13 008	81%
Summa	48 964	100 686	149 650	67%
Pers. m. demenssjukdom 40–64	2621	2815	5436	52%
Pers. m. demenssjukdom 65+	46 343	97 871	144 214	68%
Pers. m. demenssjukdom 80+	30 935	71 456	102 391	70%
Andel m. demenssjukdom 65+/pop 65+	4,7%	8,7%	6,9%	
Andel m. demenssjukdom 80+/pop 80+	13,7%	21,4%	18,3%	
Andel av pop. m. demenssjukdom 80+	63,2%	71,0%	68,4%	

Om de osäkrare siffrorna för antalet yngre än 65 år med demenssjukdom räknas bort fanns 144 000 demenssjuka 65 år och äldre år 2019. 67% är kvinnor och andelen kvinnor ökar med stigande ålder. Antalet personer med demenssjukdom beräknas öka till ca 188 000 år 2030 och 253 000 år 2050. Om prognosen bygger på antalet demenssjuka 65 år och äldre ger prognosen drygt 180 000 år 2030 och ca 247 000 år 2050 (Figur 3).



Figur 3. Prognos för antalet personer med demenssjukdom 2019–2050.

Skattningarna för demenssjukdomarnas samhällskostnader 2012 byggde på en demenspopulation på 158 000 personer, alltså fler personer med demenssjukdom än i föreliggande rapport för 2019. Orsaken är att vi nu använt uppdaterade prevalensskällor. Detta försvårar dock jämförelserna.

Om vi använt samma prevalensskattning som 2012 skulle totalantalet med demenssjukdom vara ca 176 000, varav ca 166 000 65 år och äldre.

Kostnadsslag

Personer med demenssjukdom nyttjar ett stort antal resurser för vård och omsorg. För att hålla en stringens mellan föreliggande rapport och tidigare rapporter samt eftersom det inte ter sig praktiskt möjligt att inkludera alla typer av kostnader så fokuserar vi i den här rapporten på de främsta "kostnadsdrivarna" som utgör den största delen av totalkostnaderna (Tabell 5).

Tabell 5. Ingående kostnadsslag

DIREKTA KOSTNADER	Enhet
Regioner	
<i>Sluten vård</i>	Antal vårddagar
<i>Specialistbesök</i>	Antal besök
<i>Besök i primärvården (läkare eller annan profession, demensutredning)</i>	Antal besök
<i>Demensutredning (specialistvård)</i>	Antal utredningar
<i>Demenssjuksköterska</i>	Antal demenssjuksköterskor
<i>Läkemedel</i>	Antal personer som hämtat ut kolinesterashämmare eller memantin
Kommuner	
<i>Särskilt boende</i>	Antal personer i särskilt boende med demenssjukdom
<i>Dagvård</i>	Antal personer med demenssjukdom som erhåller dagvård
<i>Hemtjänst</i>	Antal personer i ordinärt boende med demenssjukdom som har hemtjänst
INDIREKTA KOSTNADER	
Produktionsbortfall	
<i>Sjukersättning</i>	Antal personer med demensdiagnos som erhåller sjukersättning
<i>Sjukfall</i>	Antal personer med pågående sjukfall
Informell vård	
<i>Särskilt boende</i>	Antal timmar informell vård för person med demenssjukdom med särskilt boende
<i>Ordinärt boende</i>	Antal timmar informell vård för person med demenssjukdom med ordinärt boende

Sluten vård

Från Patientregistret (sluten vård) inhämtas data för ICD 10–diagnoserna F00/G30 (Alzheimers sjukdom), F01 (Vaskulär demens) och F02/F03 (andra demenssjukdomar), som huvuddiagnos. Information om bidiagnos samt data för ICD–diagnosen F05.1 (Delirium vid underliggande demenssjukdom) saknades i databasen. Vi använder oss av total vårdtid i dagar för båda könen för de nämnda diagnoserna under hela året (Tabell 6), totalt 35 055 vårddagar [10]. Enhetskostnaden hämtas från KPP–databasens publika databas. För en vårddag beräknades kostnaden genom att beräkna genomsnittskostnaden för en vårdepisod inom slutenvården (70 803 kronor) dividerat med genomsnittsnittiden för en vårdepisod (4,9 dagar) i slutenvård under 2019 till 14 385 kronor. Totalkostnaden för patienter som behandlats i slutenvården beräknades vara 504 249 156 kronor under 2019.

Tabell 6. Diagnoser, Endast sluten vård, Riket, Ålder: 0–85+, Båda könen, 2019

Mått	Diagnos	Antal
Vårdtid i dagar	F00 Demens vid Alzheimers sjukdom	782
Vårdtid i dagar	F01 Vaskulär demens	8 252
Vårdtid i dagar	F02 Demens vid andra sjukdomar som klassificeras annorstädes	792
Vårdtid i dagar	F03 Ospecificerad demens	11 853
Vårdtid i dagar	G30 Alzheimers sjukdom	13 376
Totalt:		35 055

Öppenvård

Öppenvårdsbesök gjorda av personer med demenssjukdom sker i primärvård, i öppen specialistvård samt vid sjukhusens akutmottagningar för ICD 10–diagnoserna F00/G30 (Alzheimers sjukdom), F01 (Vaskulär demens) och F02/F03 (andra demenssjukdomar), endast huvuddiagnos då information om bidiagnos saknades.

År 2019 gjordes ca 20 500 besök inom den specialiserade öppenvården med dessa diagnoser (Tabell 7) i dessa ingår både besök på mottagning samt på akutmottagning [11].

Tabell 7. Diagnoser, Endast specialiserad öppen vård, Riket, Ålder: 0–85+, Båda könen, 2019

Mått	Diagnos	Antal
Antal besök	F00 Demens vid Alzheimers sjukdom	127
Antal besök	F01 Vaskulär demens	2 096
Antal besök	F02 Demens vid andra sjukdomar som klassificeras annorstädes	213
Antal besök	F03 Ospecificerad demens	3 028
Antal besök	G30 Alzheimers sjukdom	15 117
Totalt:		20 581

Av de besök som görs hos exempelvis minnesmottagningar utgörs merparten av demensutredningar, därför räknar vi bort de 10 000 demensutredningar som vi antar utförs i specialistvården från dessa besök (se avsnitt om Diagnostik) vilket gav att 10 581 besök i den specialiserade öppenvården inte var demensutredningar. Enhetskostnaden för dessa besök antogs till genomsnittskostnaden för besök med koden A99Q (Läkarbes sjd i nervsystemet U O) som i KPP-databasens öppna statistik för 2019 var 6164 kronor. Totalkostnaden för besök hos specialist i öppenvården beräknades vara 65 221 284 kronor under 2019.

Besöken inom sjukvården avser dels själva utredningsaktiviteten, dels besök på mottagningar av annan anledning, hembesök eller hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilt boende.

Nationell statistik om öppenvårdsbesök i primärvården som kan hänföras till demenssjukdomar är mycket bristfällig. Från SNAC-projektets vårdsystemdel finns uppgifter om omfattningen av besök och även fördelning mellan olika personalkategorier [12–14].

I föregående rapport antogs att det sker två läkarbesök per år och fyra besök per år hos exempelvis distriktssköterskor, sjukgymnaster eller arbetsterapeuter. I rapporterna ovan var besöksfrekvensen något högre,

men SNAC:s vårdsystemdel bygger på personer som är kända av vårdsystemet och är alltså inte populationsbaserat.

I databasen *Vården i siffror* så framkom det att under 2019 så hade av alla med demensdiagnos 57,2% gjort ett återbesök i primärvården (inkluderar besök hos läkare, sjuksköterska eller annan vårdpersonal) under en period om 18 månader [15]. Vi antog ett linjärt samband vilket ger att ca 43% av alla hade gjort ett återbesök under 12 månader. Denna siffra antogs vara giltig för hela populationen med demenssjukdom. Givet den antagna prevalensen av demenssjukdom om 144 214 patienter så räknade vi med att det gjorts 62 310 besök i primärvården, av dessa antog vi, liksom för den specialiserade öppenvården, att 14 000 besök utgjorde demensutredning. Detta gav då att totalt 48 310 besök hos primärvården utgjorde besök som inte var demensutredning (se avsnitt om Diagnostik). Som enhetskostnad använde vi listpriset, 1641 kronor, för ett läkarbesök inklusive all medicinsk service inom primärvård/allmänmedicin i Södra sjukvårdsregionen under 2019 [16]. Eftersom vi inte ur tillgänglig statistik kan utläsa vilken profession som besökts så antogs att av de besök som inte avsåg demensutredning så var fördelningen 50% besök hos läkare och annan profession respektive, totalt 24 155 besök per profession. För besök hos annan vårdprofession så antogs genomsnittskostnaden för samtliga besök hos sjukgymnast (1373 kronor) i KPP-databasen vara representativ. Genomsnittskostnaden för de båda kostnaderna (1507 kronor) användes sedan för att beräkna totalkostnaden som uppgick till 72 803 565 kronor.

I landet finns också ett antal personer med sjuksköterskekompetens som är verksamma i övergripande och samordnande funktioner inom såväl kommuner, regioner och privata verksamheter [17]. Antalet personer som har sådan kompetens och som faktiskt arbetar inom primärkommunal sektor är inte känt och inga register förs. I tidigare analyser så antogs antalet vara 500 [2]. I ett nyhetsbrev från Nationellt nätverk för demenssjuksköterskor, daterat 2016, framgår att det då fanns 567 medlemmar. I brist på heltäckande statistik kommer vi även i den här rapporten att anta att de är 500 till antalet. I många kommuner och landsting finns också demensteam i olika former som inbegriper läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, kuratorer, psykologer med flera. Någon nationell samlad bild av dessa finns inte och kostnaderna för dessa redan finns mer eller mindre

inräknade i kostnadsberäkningarna, med risk för dubbelberäkningar. Därför har inte någon kostnad för dessa "team" tagits med i analysen.

Som enhetskostnad används årlig lönekostnad för en sjuksköterska med specialistkompetens. Den årliga lönekostnaden beräknas genom månadslön för en grundutbildad sjuksköterska (38 700 kronor [18]) inklusive 50% lönekostnadspåslag för sociala avgifter med mera, till en årskostnad om 696 600 kronor. Totalkostnaden för demenssjuksköterskor beräknades till 348 300 000 kronor under 2019.

Läkemedel

Personer med demenssjukdom har ofta samsjuklighet som kräver läkemedelsbehandling. Exakt vilka läkemedel det handlar om och i vilken utsträckning en diagnosticerad och odiagnostiserad person med demenssjukdom behandlas med dessa läkemedel är svårt att skatta, även om ansatser gjorts tidigare [19]. Därför väljer vi i den här rapporten att fokusera på de läkemedel som rekommenderas för behandling av Alzheimers sjukdom [20].

För att skatta läkemedelskostnaderna för personer med demenssjukdom behövs individ- eller gruppdata för personer med demenssjukdom. I den här analysen så tar vi bara i beaktande de personer över 65 års ålder som fått kolinesterashämmare (ATC-kod NO6DA) eller memantin (ATC-kod NO6DX01) expedierat under 2019. Totalt hade ca 40 500 patienter fått kolinesterashämmare och ca 30 000 fått memantin expedierat [21] (Tabell 8). Vi antog att alla patienter som fått läkemedel med dessa ATC-koder expedierat hade en demensdiagnos och stod på underhållsdos. För kolinesterashämmare antogs en dagsdos om 24 mg [22] och för memantin en dagsdos om 20 mg [23].

Enhetskostnaden som användes är det läkemedel som i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) prisdatabas [24] hade lägst AUP och innehöll hela underhålls-/dagsdosen i en tablett. TLVs prisdatabas innehåller endast aktuella prisuppgifter, därför inflationsjusterades AUP ifrån december 2022 till årsmedeltal för 2019 [25]. Kostnaden för kolinesterashämmare per dag beräknades således till 4,31 kronor och för memantin till 0,91 kronor. Totalkostnaden för läkemedel beräknades till 73 666 239 kronor.

Tabell 8. Antal patienter med expediering av kolinesterashämmare och memantin år 2019

Mått	Läkemedel	Region	Kön	Ålder	Antal
Antal patienter	<i>NO6DA Kolinesterashämmare</i>	<i>Riket</i>	<i>Båda könen</i>	<i>65–69</i>	<i>1 737</i>
Antal patienter	<i>NO6DA Kolinesterashämmare</i>	<i>Riket</i>	<i>Båda könen</i>	<i>70–74</i>	<i>4 924</i>
Antal patienter	<i>NO6DA Kolinesterashämmare</i>	<i>Riket</i>	<i>Båda könen</i>	<i>75–79</i>	<i>8 686</i>
Antal patienter	<i>NO6DA Kolinesterashämmare</i>	<i>Riket</i>	<i>Båda könen</i>	<i>80–84</i>	<i>10 712</i>
Antal patienter	<i>NO6DA Kolinesterashämmare</i>	<i>Riket</i>	<i>Båda könen</i>	<i>85+</i>	<i>14 454</i>
Antal patienter	NO6DA Kolinesterashämmare	Riket	Båda könen	65–85+	40 513
Antal patienter	<i>NO6DX01 Memantin</i>	<i>Riket</i>	<i>Båda könen</i>	<i>65–69</i>	<i>1 146</i>
Antal patienter	<i>NO6DX01 Memantin</i>	<i>Riket</i>	<i>Båda könen</i>	<i>70–74</i>	<i>3 139</i>
Antal patienter	<i>NO6DX01 Memantin</i>	<i>Riket</i>	<i>Båda könen</i>	<i>75–79</i>	<i>5 842</i>
Antal patienter	<i>NO6DX01 Memantin</i>	<i>Riket</i>	<i>Båda könen</i>	<i>80–84</i>	<i>7 653</i>
Antal patienter	<i>NO6DX01 Memantin</i>	<i>Riket</i>	<i>Båda könen</i>	<i>85+</i>	<i>11 974</i>
Antal patienter	NO6DX01 Memantin	Riket	Båda könen	65–85+	29 754

Diagnostik

Det saknas i Sverige nationellt representativa uppgifter om omfattningen av demensutredningar. Dock utreds inte alla med misstänkt demenssjukdom och många med demenssjukdom har inte en demensdiagnos [26]. Speciellt primärvårdens utredningsaktivitet är svår att kartlägga. Många med en tidig demenssjukdom söker inte vård och vissa patientgrupper (mycket gamla,

mycket sköra multisjuka, varav många bor i särskilt boende) utreds inte då det bedöms att en utredning inte medför någon nytta beträffande vård och omsorg. Alla demensutredningar resulterar inte heller i en demensdiagnos. Personen kan vara frisk, alternativt bedömas ha andra orsaker till kognitiv nedsättning, till exempel så kallad mild kognitiv störning, depression, konfusion eller läkemedelsorsakade besvär med mera. Inför den förra rapporten om Demenssjukdomarnas samhällskostnader gjordes en enkät till landets minnesmottagningar/specialistenheter, dels beträffande antalet utredningar, dels andelen som fick demensdiagnos. I genomsnitt fick 50% demensdiagnos. I den här rapporten, liksom tidigare rapporter så inkluderar vi kostnaden för de personer som inte fick en demensdiagnos i våra skattningar.

I specialistvården har det tidigare antagits att ca 10 000 utredningar görs per år, för primärvården är motsvarande siffra 14 000 [27]. I brist på aktuella, uppdaterade siffror och svårigheten att mäta antalet väljer vi att anta samma antal även i denna rapport. Vi antar vidare i den här rapporten att de besök som görs hos öppenvården, både i primärvården och den specialiserade öppenvården, innefattar demensutredningar. Därför har antalet demensutredningar avräknats från de besök som vi räknar med i beräkningen av öppenvårdsbesök för att undvika dubbelräkning. Kostnaden för en demensutredning i specialistvård inflationsjusterades till 12 428 kronor och för utredning i primärvården till 7 210 kronor. Totalt beräknades kostnaden för diagnostik i specialistvården och primärvården under 2019 till 124 278 336 kronor och 100 935 456 kronor respektive.

Kommunala resurser

Den största delen av omsorgen för demenssjuka utförs i verksamheter som faller under kommunernas ansvarsområde. Det handlar främst om att tillhandahålla särskilda boenden (demensboenden), dagvård och hemtjänst.

Dagvård

Socialstyrelsen skriver i sin vägledande text rörande dagverksamhet för personer med demenssjukdom att dagverksamhet är en biståndsbedömd insats som en person kan beviljas enligt socialtjänstlagen och att det är socialnämndernas ansvar att underlätta för enskilda att bo hemma och ha kontakt med andra genom bland annat hemtjänst, dagverksamhet eller

annan social tjänst. Dagverksamheten syfte är att tillåta personer med demenssjukdom att bo kvar i hemmet men samtidigt ge dem möjlighet till aktivering och stöd av vård- och omsorgspersonal.

Baserat på SveDems årsrapport från 2019 så har ca 18% av de med demenssjukdom som är boende i eget hem dagvård [28]. Baserat på en population i ordinärt boende med demenssjukdom på 89 848 personer så beräknas totalt antal med dagvård vara 16 173. Enhetskostnaden för dagvård är inflationsjusterad [25] från 2014 års estimat om 98 900 kronor [27] till 105 000 kronor. Den totala kostnaden för personer med dagvårdsinsats beräknas därmed till 1 698 127 054 kronor.

Hemtjänst

Av de som bor i ordinärt boende så antas 45% ha hemtjänst [29]. Detta resulterar i att det estimeras att 41 639 personer med demenssjukdom var berättigade hemtjänst under 2019. Från KOLADA inhämtades enhetskostnaden för personer med hemtjänst under 2019 för alla kommuner i ovägt medeltal (N21006), som var 310 178 kronor [30]. Sammantaget beräknades kostnaden för hemtjänst som nyttjades av personer med demenssjukdom i ordinärt boende till 12 429 516 265 kronor under 2019.

Särskilt boende

De med demenssjukdom som inte klarar sig i hemmet med hemtjänst och/eller dagvård erbjuds plats på kommunalt särskilt boende. Under juni 2019 hade 81 143 personer över 65 år beslut om permanent särskilt boende [31]. Det antas att av dessa så har 67% en demenssjukdom [32] vilket innebär att det under 2019 fanns 54 366 personer med demenssjukdom som hade permanent särskilt boende. Enhetskostnaden för en person med plats på särskilt boende under 2019 för alla kommuner i ovägt medeltal (N23009) inhämtades från KOLADA och uppgick till 985 550 kronor [30].

Totalkostnaden för personer med demenssjukdom boende i särskilt boende under 2019 uppgick till 52 656 005 276 kronor och var den i särklass största kostnadsposten. Socialstyrelsens statistik om särskilt boende [31] avser antalet boende i särskilt boende, inte antalet platser i särskilt boende.

Informell vård och omsorg

En mycket stor del av omvårdnadsinsatserna till personer med demenssjukdom utförs av anhöriga och andra närstående och det finns ett

samband mellan omfattningen av dessa insatser och så kallade formella insatser (av professionell vård och omsorgspersonal i olika delar av äldreomsorgen och äldresjukvården) [29].

Det finns också ett samband mellan omfattningen av informell vård och omsorg och resurserna för olika former av institutionella vårdformer (i Sverige kallat särskilt boende, vård och omsorgsboende med mera). Enligt en WHO-rapport om demenssjukdom fanns det ett samband mellan Världsbankens indelning av länder enligt bruttonationalinkomsten (BNI) och informell vård: i länder med lägre BNI var omfattningen av informell vård större [9].

Att skatta kostnader för informell vård är komplicerat, både beträffande omfattningen (till exempel timmar per dygn) och dess prissättning (hur värderas en timme av informell vård).

Våra tidigare studier av demenssjukdomarnas samhällskostnader har visat att olika metoder för att skatta kostnader för informell vård kan ge mycket olika utfall och därför är transparens mycket viktigt.

Icke-populationsbaserade studier (till exempel studier av personer med känd demenssjukdom eller kliniska material från mottagningar) tenderar att ge högre kostnadsskattningar än populationsbaserade studier [27]. Typen av informella insatser är också viktig för skattningarna: enbart så kallad basal ADL (aktiviteter i dagliga livet, tex klä sig, äta, sköta sin hygien), ingår även så kallad instrumentell ADL (till exempel att handla och laga mat, sköta sin ekonomi med mera). Om även tillsyn ingår i tidsskattningarna ökar omfattningen betydligt [27, 33].

Prissättningen av informell vård kan ske på olika sätt. Vanligast är två metoder, dels den så kallade substitutionskostnadsmetoden, dels den så kallade alternativkostnadsmetoden. När substitutionskostnadsmetoden används antar man att den informelle vårdarens insatser i tid (till exempel timmar) skulle ersättas 1:1 av professionell vårdpersonal. Med alternativkostnadsmetoden utgår man ifrån att den informelle vårdaren har en alternativ användning av den tid som läggs ner på informell vård och det är värderingen av denna alternativa tidsanvändning (till exempel att arbeta i

stället för att vara informell vårdare) som utgör grunden för kostnaden för informell vård.

I Sverige är de flesta informella vårdare make eller maka till den med demenssjukdom [29]. I många andra länder, till exempel medel och låginkomstländer är det vanligare att barn eller svärdöttrar/svärsöner utför den informella vården, och oftast är det kvinnor [9]. Man kan då diskutera om prissättningen av pensionerade informella vårdare skall var densamma som för informella vårdare i arbetsför ålder. Det kan vara rimligt att anta en mix när timkostnaden då skall skattas. En vanlig metod att använda samma prissättning för pensionerade informella vårdare som för fritid. Utifrån SNAC-data visar om fördelningen av make/maka respektive barn/barnbarn som informella vårdare (ca 2/3 make maka, ca 1/3 barn/barnbarn) [34] kan då en mix för alternativkostnaden vara 2/3 av totalen beräknas som 35% av genomsnittslönen för make/maka samt 1/3 från genomsnittslönen i Sverige.

Genomsnittslönen för samtliga åldersgrupper under 2019 uppgick till 35 300 kronor per månad, med lönekostnadspåslag om 50% så beräknas timkostnaden, antaget en heltidstjänst om 165 timmar per månad, till 321 kronor. Viktad total kostnad per timme informell vård blir således 192 kronor.

Tabell 9. Informell vård

Boendeform	Personer i boende	Informell vård per dag (timmar)	Kostnad per timme (kronor)	Totalkostnad (kronor)
Särskilt boende	54 366	0,3	192	1 144 491 734
Ordinärt boende	89 848	1,87	192	11 769 030 595

Informell vård utförs både för personer med demenssjukdom som bor i ordinärt boende och för personer med demenssjukdom som bor i särskilt boende. Vi har skattat den informella vården till 1,9 timmar per dag för de i ordinärt boende och 0,3 timmar för de i särskilt boende [33, 35]. När vi räknar med 365,25 dagar på ett år (för att ta hänsyn till skottår var fjärde år) så blir den total kostnaden för informell vård för de i ordinärt boende 11 348 708 073 kronor och för de i särskilt boende 1 144 491 734 kronor för de i

särskilt boende, totalt beräknades kostnaden för informell vård av personer med demenssjukdom under 2019 till 12 493 199 807 kronor (Tabell 9)

Produktionsbortfall

Demenssjukdom leder sällan till produktionsbortfall hos den drabbade, snarare hos närstående. Här exkluderar vi närståendes produktionsbortfall, detta eftersom mycket fångas under informell vård. Svårighet uppstår när man skall särskilja den informella vård som utförs på fritid och under "arbetstid". Så för att undvika dubbelräkning så inkluderas således inte produktionsbortfall hos anhöriga.

Sjukersättning

Under 2019 så registrerades för diagnoserna F00, F01, F02, F03 och G30 totalt 1185 personer med aktiv sjukersättning (Tabell 10).

Tabell 10. Personer med diagnoserna F00, F01, F02, F03 och G30 med aktiv sjukersättning under 2019

Diagnos	Kön	Antal	Totalt för diagnosgrupp
F00	Kvinna	232	388
	Man	156	
F01	Kvinna	43	127
	Man	84	
F02	Kvinna	69	134
	Man	65	
F03	Kvinna	110	252
	Man	142	
G30	Kvinna	170	287
	Man	117	
Totalt:			1185

Fördelningen mellan män och kvinnor var 562 och 623 fall respektive [36]. Enhetskostnaden för produktionsbortfall till följd av uppbringande av sjukersättning är en genomsnittlig årslön inklusive sociala avgifter. Under

2019 så var den genomsnittliga månadslönen i Sverige i åldersgruppen 55–64 år 37 600 kronor, inklusive 50% lönekostnadspåslag för sociala avgifter med mera vilket resulterar i en årskostnad på 676 800 kronor.

Sjukersättningen i sig är en transferering från staten till den som erhåller ersättningen och är således inte en kostnad som upptas i den här analysen. Den totala kostnaden för produktionsbortfall till följd av uppbärande av sjukersättning beräknades således till 802 008 000 kronor.

Sjukfall

Under 2019 så registrerades för diagnoserna F00, F01, F02, F03 och G30 totalt 285 personer med pågående sjukfall i december fördelat över 157 kvinnor och 128 män (*Tabell 11*)

Tabell 11. Antal personer med pågående sjukfall i december 2019, per diagnos och kön

Diagnos	Kön	Antal	Totalt för diagnosgrupp
F00	Kvinna	84	145
	Man	61	
F01	Kvinna	7	21
	Man	14	
F02	Kvinna	16	36
	Man	20	
F03	Kvinna	24	43
	Man	19	
G30	Kvinna	26	40
	Man	14	
Totalt:			285

I analysen antas att antalet sjukfall är likt över årets alla månader, därför används även här genomsnittlig årslön om 676 800 kronor, inklusive 50% lönekostnadspåslag för sociala avgifter med mera som enhetskostnad. Den totala kostnaden för produktionsbortfall till följd av sjukfall under 2019 var därmed 192 888 000 kronor.

Resultat

Sammantaget uppgick demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2019 till ca 82 miljarder kronor. De största kostnaderna faller på kommunerna framför allt i form av kostnader för hemtjänst och särskilt boende som tillsammans utgör ca 79,7% av totalkostnaden. Näst störst kostnadsbörda faller på anhöriga i form av informell vård, 16,5%. En i sammanhanget mycket liten del faller på regionerna i form av sjukvårdskostnader, ca 1,7 %. En sammanställd bild av de olika kostnaderna återfinns i Tabell 12.

Tabell 12. Totalkostnad och kostnad per kostnadsslag 2019, grundscenari

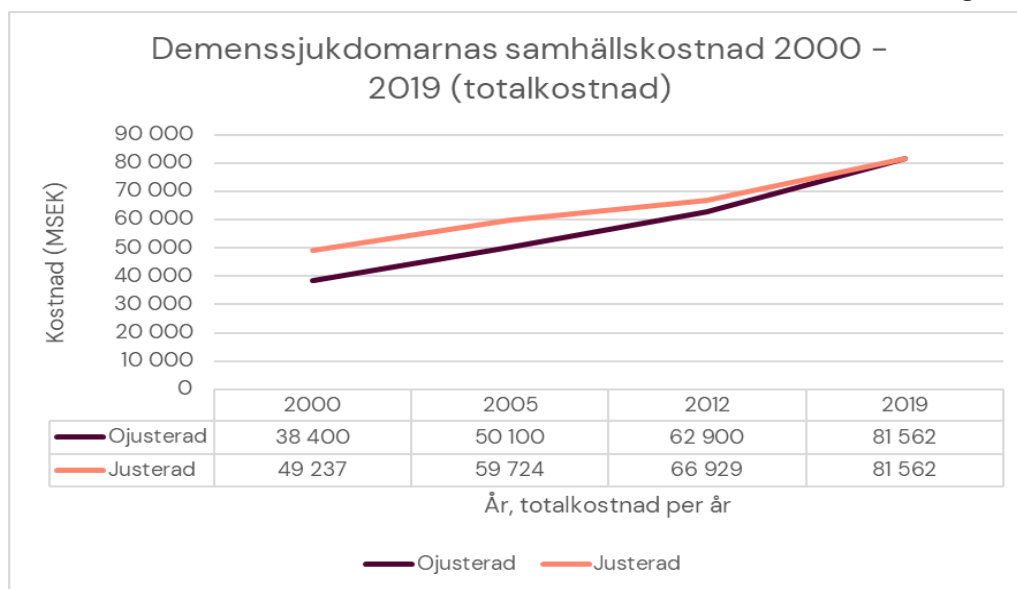
Kostnadsslag	Kostnad (kr)	Andel*
Regionernas kostnader		
Slutenvård	504 249 156	0,62%
Demenssjuksköterskor**	348 300 000	0,43%
Besök hos specialist	65 221 284	0,08%
Läkarbesök i primärvård (inkl. besök hos annan profession såsom fysioterapeut)	72 803 565	0,09%
Demensutredning i specialistvården	124 278 336	0,15%
Demensutredning i primärvården	100 935 456	0,12%
Läkemedel	73 666 239	0,09%
Totalt regionernas kostnader	1 289 454 036	1,58%
Kommunala kostnader		
Dagvård	1 698 127 054	2,08%
Hemtjänst	12 429 516 265	15,24%
Särskilt boende	52 656 005 276	64,56%
Totalt kommunala kostnader	66 783 648 595	81,88%
Indirekta kostnader		
Sjukersättning	802 008 000	0,98%
Sjukfall	192 888 000	0,24%
Informell vård i ordinärt boende	11 348 708 073	13,91%
Informell vård i särskilt boende	1 144 491 734	1,40%
Totalt indirekta kostnader	13 488 095 807	16,54%
Totalt	81 561 198 438	100%

*På grund av avrundning kan andel per kostnadstyp summera till något mindre än 100%.

**Demenssjuksköterskor är ofta anställda inom kommunal verksamhet men i egenskap av sitt yrkesutövande väljer vi i resultattabellen att inkludera dem under regionernas kostnader.

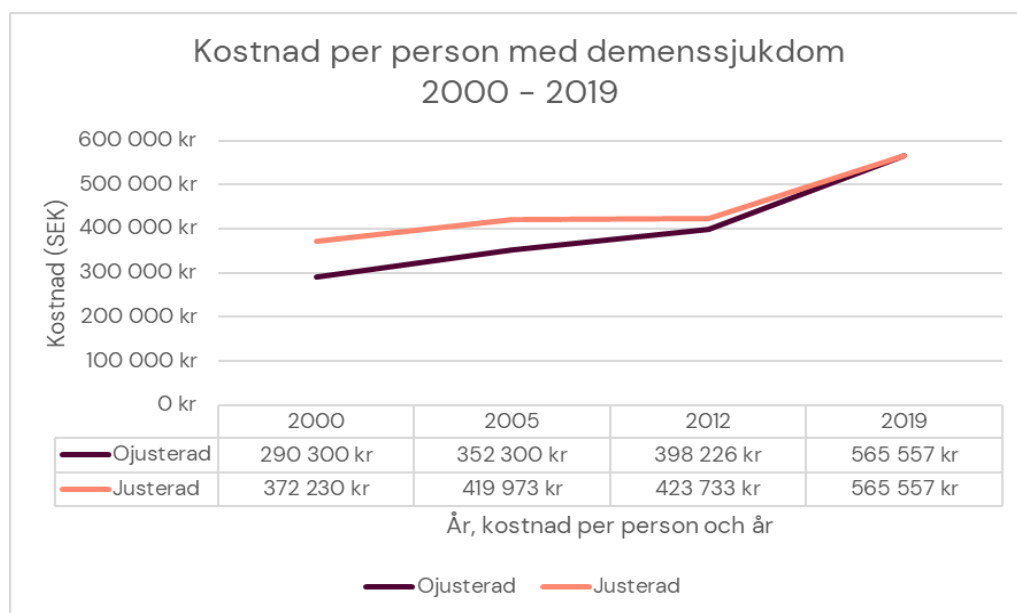
Resultat i relation till historiska rapporter

När vi ställer resultatet i grundscenariot i relation till tidigare estimat av demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige så syns en tydligt ökande trend med en fördubbling under de nästan 20 år som kostnaderna har estimerats (38,4 – 81,6 miljarder kronor, ej justerat för inflation) (Figur 4).



Figur 4. Demenssjukdomarnas samhällskostnad 2000 – 2019 (totalkostnad).

Samma trend ses också per person med demenssjukdom (290 300 kronor – 565 557 kronor), även när vi kontrollerar för inflation (Figur 5).



Figur 5. Demenssjukdomarnas samhällskostnad 2000 – 2019 (kostnad per person med demenssjukdom).

Känslighetsanalyser

Eftersom grundscenariot bygger på en del osäkra data och vissa konservativa antaganden så har vi även varierat vissa av dessa för att uppskatta osäkerheten i resultatet som presenteras för grundscenariot i denna rapport. I KOLADA så finns det rapporterat kostnad för särskilt boende och hemtjänst uppdelat på varje kommun eller sammantaget för hela riket [30]. Dessa skiljer sig ifrån de i grundanalysen antagna kostnaderna, vi har därför i känslighetsanalyserna använt alternativa kostnader baserat på det som vi ser i KOLADA. Både kostnaden totalt i riket, som är något lägre än det ovägda medeltal som utgör kostnad i grundanalysen men också den högsta och lägsta kostnaden för någon kommun. Den kostnad vi använde för särskilt boende som högst i någon kommun motsvarar egentligen den tredje högsta. I databasen så rapporterades en kostnad i Jokkmokk på 3 533 058 kronor och i Perstorp 2 771 536 kronor. Dessa bedömdes vara extremfall i små kommuner och beaktades därför inte i känslighetsanalyserna. Inga sådana extremfall sågs för kostnaden för hemtjänst. Vi använde också en alternativ prevalensberäkning där den totala populationen med demenssjukdom över 65 år uppgick till 150 724 personer, som bygger på de åldersklass-specifika prevalenstal för Sverige som WHO använde i sin rapport om demenssjukdomar [9]. Ett annat prevalensalternativ bygger på samma prevalensskälla som 2012, vilket ger 166 000 personer med demenssjukdom 2019. I grundscenariot så baseras antalet timmar (1,8) informell vård i ordinärt boende på basalt ADL och IADL, vi lade i känslighetsanalysen till tiden för tillsyn. Med tillsyn så blir tiden informell vård per dag 3 timmar. Vi antar att tillsynen i särskilt boende ombesörjs av boendets personal.

Vidare varierade vi andelen i särskilt boende som har demenssjukdom, andelen i ordinärt boende med beviljad hemtjänst, timkostnaden för informell vård, besök i primärvården och antal demensutredningar i specialist- och primärvården. För de senare så användes en arbiträr förändring upp och ner om 10% och skall därför tolkas med viss försiktighet. Samtliga känslighetsanalyser återfinns i Tabell 13.

Tabell 13. Känslighetsanalyser

Variabel	Grundscenario	Varierat värde	Ny totalkostnad (förändring från grundscenario).
Prevalens	144 214 personer	166 000 personer	87,8 (+6,2)
Prevalens	144 214 personer	150 724 personer	83,4 (+1,8)
Kostnad särskilt boende	968 550 kronor	899 606 kronor	77,8 (-3,8)
Kostnad särskilt boende	968 550 kronor	1 750 699 kronor	124,1 (+42,5)
Kostnad särskilt boende	968 550 kronor	570 675 kronor	59,9 (-21,7)
Kostnad för hemtjänst	310 178 kronor	291 554 kronor	80,8 (-0,8)
Kostnad för hemtjänst	310 178 kronor	594 032 kronor	92,9 (+11,3)
Kostnad för hemtjänst	310 178 kronor	121 797 kronor	74,0 (-7,6)
Andel i särskilt boende med demenssjukdom	67%	77%	87,3 (+5,7)
Andel i särskilt boende med demenssjukdom	67%	57%	75,8 (-5,8)
Andel i ordinärt boende med hemtjänst	45%	55%	84,5 (+2,9)
Andel i ordinärt boende med hemtjänst	45%	35%	78,9 (-2,7)
Timmar informell vård (ordinärt boende)	1,8 timmar	3 timmar	89,1 (+7,5)
Kostnad per timme för informell vård	192 kronor	120 kronor (100% make/maka >65 år)	76,9 (-4,7)
Kostnad per timme för informell vård	192 kronor	342 (100% anhörig <65 år)	91,3 (+9,7)
Antal demensutredningar i specialist- och primärvård	10 000 & 14 000 i specialist- och primärvård respektive	11 000 & 15 400 i specialist- och primärvård respektive	81,6 (±0)
Antal demensutredningar i specialist- och primärvård	10 000 & 14 000 i specialist- och primärvård respektive	9000 & 12 600 i specialist- och primärvård respektive	81,5 (-0,1)

Diskussion

De samhälleliga kostnaderna för demenssjukdomar år 2019 var mycket omfattande, ca 82 miljarder kronor, varav ca 68 miljarder är direkta kostnader. De direkta kostnaderna utgjorde 2019 ca 1,4% av Sveriges BNP [37].

Fördelning på olika kostnadslag

De största kostnaderna faller idag på kommunerna i form av hemtjänst och särskilt boende, näst efter kommer kostnader för informell vård, både i den här rapporten (Tabell 12) och i tidigare rapporter [2–4].

Kostnaderna för personer med demenssjukdomar utgör en mycket stor andel av kommunernas kostnader för äldreomsorg, ca 50%, och i synnerhet som andel av kostnaderna för särskilt boende, knappt 70% (Tabell 14). Även om det inte är helt enkelt att jämföra kostnader utifrån olika källor och metoder, så harmonierar särskilt boende-andelen, ca 70% väl med vårt antagande att ca 2/3 av de som bor i särskilt boende har en demenssjukdom.

Tabell 14. Demenskostnader i relation till totala kostnader

	Demens- kostnader	Totala kostnader	Ref total- kostnader	Andel av totala kostnader
Kommuner				
All äldreomsorg	66,8	133,1	[38]	50,2%
Särskilt boende	52,7	75,6	[38]	69,7%
Regioner				
Sjukvård	1,35	281	[39]	0,5%

Däremot utgör kostnaderna inom regionernas sjukvård en mycket liten andel av regionernas kostnader, ca 0,5%. Sannolikt inbegriper dock skattningarna av regionernas kostnader en viss underskattning, då dels diagnosättning av demenssjukdom är ofullständig, dels har vi för att få en likartad metodik vid beräkningen av regionernas kostnader fokuserat på registerdata som har data om demenssjukdomar, både beträffande läkemedel och vårdkonsumtion. Även med beaktande av detta är dock regionernas andel av de totala demenskostnaderna liten.

Epidemiologi: prevalens, incidens, prognoser

Demenssjukdomarnas epidemiologi är nu i en intressant fas både från ett svenskt och internationellt perspektiv. Demografiska prognoser talar för en kraftig ökning av antalet äldre personer, vilket för Sverige och framför allt under 2020 talet tyder på en mycket kraftig ökning av antalet personer med demenssjukdom. Det är ingen tvekan om att så kommer att bli fallet, men frågan är storleksordningen på ökningstakten. Som nämndes tidigare, finns det finns ganska starka indikationer på att de åldersklass specifika prevalentsal som använts i tidigare rapporter [5] inte längre är aktuella och att de uppdaterade prevalenstal vi använt är mer relevanta. Detta påverkar självfallet jämförbarheten med gamla studier. Det påverkar inte enbart de aggregerade kostnadsskattningarna, utan även kostnad per person eftersom den andel som bor i särskilt boende (som bygger på totala antalet personer som bor i särskilt boende, vilket vi har en tämligen säker skattning på) är oförändrad oavsett prevalensskälla, medan antalet personer som då bor hemma påverkas av prevalensskällan.

Orsakerna till att den åldersklassspecifika prevalensen och incidensen nu troligen är lägre än tidigare kan vara flera. Ett allmänt förbättrat hälsoläge, förbättrad livsstil och förbättrad behandling av riskfaktorer är tänkbara förklaringar. Det finns stöd för att prevention av riskfaktorer för hjärtkärlsjukdomar även fungerar för demenssjukdomar [40, 41].

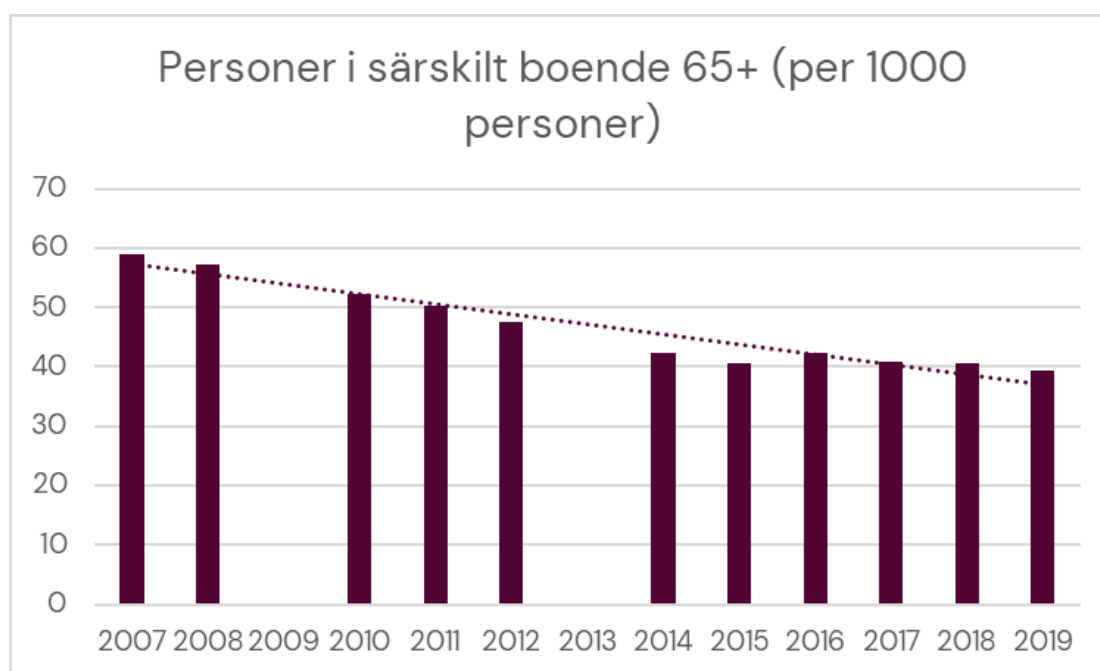
Har kostnaderna för demenssjukdomarna ökat?

Föreliggande skattning av demenssjukdomarnas samhällskostnader är den fjärde i raden [2–4]. Det finns en genomgående uppåtgående trend av de totala kostnaderna likväl som av totalkostnaden per person med demenssjukdom (*Figur 4, Figur 5*). Intressant är också om det skett några ändringar i fördelningen av kostnadsbördan mellan de tre huvudtyperna av kostnader (direkta kostnader i kommuner och regioner, indirekta kostnader).

En förklaring till ökade kostnader är självfallet att antalet personer med demenssjukdom ökar. Så var fallet i de tre första rapporterna [2–4], medan vi i föreliggande rapport utgår ifrån en annan prevalensskälla, vilket ger en något mindre demenspopulation än 2012. Dessutom byggde skattningen av demenskostnaderna 2012 på hela demenspopulationen, medan skattningen

för 2019 (på grund av statistikunderlaget) avser personer med demenssjukdom som är 65 år och äldre.

Resursutnyttjande och efterfrågan på vård och omsorg av personer med demenssjukdom påverkar självfallet kostnadsutvecklingen. Detta är en dynamisk situation som också återspeglar de strukturförändringar som sker inom äldreomsorg och sjukvård. Statistiken om särskilt boende bygger på antalet boende och inte på antalet "platser", men eftersom det oftast är köer till särskilt boende kan vi anta att antalet boende i särskilt boende en viss månad återspeglar storleken på resursen särskilt boende. Även om jämförelse över tid kan vara svåra, så har antalet boende i särskilt boende minskat. Mellan 2007 och 2019 var minskningen ca 33 % och mellan 2012 (förra rapporten) och 2019 var minskningen ca 17% (Figur 6).



Figur 6. Antalet boende 65 år och äldre per 1000 65 år och äldre 2007-2019 (data saknas för särskilt boende för åren 2009 och 2013)

I 2012 års rapport antogs att andelen med demenssjukdom i särskilt boende var ca 70% för gruppen 65+ (och ca 74% för gruppen med demenssjukdom under 65 år), det vill säga något högre än antagandet för år 2019, 67%.

Dessutom har vi i skattningarna för 2019 inte med kostnader för personer med demenssjukdom i korttidsvård, vilket i 2012 års rapport utgjorde ca 4% av totalkostnaderna. I 2012 års rapport var kostnaderna för särskilt boende 60,7% av totalkostnaderna, att jämföra med 64,5% för 2019. Andelen av

demenspopulationen 65+ som bodde i särskilt boende var 43%, att jämföra med 38% år 2019. Att kostnadsandelen för särskilt boende 2019 är så pass stor, trots att andelen med demenssjukdom av den totala populationen med demenssjukdom som bor i särskilt boende minskat enligt vår skattning beror på den höga enhetskostnaden för särskilt boende 2019, drygt 985 000 kr (oavsett typ av särskilt boende, 407 000 – 606 000 kronor beroende på typ av särskilt boende), vilket tyder på att de enhetskostnader som nu används inte enbart återspeglar inflationseffekter.

Informell vård

Anhöriga och andras insatser, så kallad informell vård är en förutsättning för att personer med demenssjukdom skall kunna vara hemma (det vill säga bo i "ordinärt boende") så länge som möjligt. Utan dessa insatser skulle en av den svenska äldreomsorgens hörnpelare, kvarboendepincipen, inte fungera. Även om hemtjänst, dagverksamhet och andra "formella" insatser är omfattande, så fungerar ensamboende personer med demenssjukdom sällan bra i ordinärt boende och en flytt till särskilt boende blir då nödvändig.

Att uttrycka den informella vården i ekonomiska termer är dock problematiskt, både beträffande kvantifieringen (till exempel timmar per dag) och dess prissättning. Här finns inga underlag för kvantifieringen i form av register utan den bästa källan är så kallade "bottom-up" studier. Helst bör dessa vara populationsbaserade, då andra typer av studier, tex kliniska populationer (som definitionsmässigt är kända inom vårdsystemen) eller så kallade "bekvämlighetspopulationer", där populationer som av olika skäl är lättare att studera används. Populationsstudier, till exempel kohortstudier är ofta omfattande och resurs- och tidskrävande att bygga upp och följa upp. Här har vi använd populationsbaserade data, vilket troligen är orsaken till att de timuppgifter vi använder är lägre än i många andra studier [27, 29]. En annan viktig aspekt är vilka typer av insatser som används i skattningarna. Så kallad basal eller personlig ADL (aktiviteter i dagliga livet), till exempel att äta, klä sig eller sköta sin hygien är självklart att ta med. Mer komplexa aktiviteter, så kallade instrumentell ADL (att laga och handla mat, sköta sin ekonomi, transporter eller använda telefon) ingår ofta, men inte alltid i de studier som används som underlag. En viktig, men svårkvantifierbar, aspekt vid demenssjukdomar är tillsyn för att till exempel förhindra att farliga eller

obehagliga händelser inträffar. Här har vi i basalalternativet använt timinsatser i form av basal och instrumentell ADL.

Även kostnadssättningen kan vara problematiskt. Inom hälsoekonomin används helst den så kallade alternativkostnaden, som skall återspegla ett marknadsvärde för en resurs i sin bästa alternativa användning (till exempel att ett barn i arbetsför ålder hjälper sin förälder med demenssjukdom i stället för att arbeta på den reguljära arbetsmarknaden under de timmar hen hjälper till). Enklare och oftare används den så kallade substitutionskostnaden, det vill säga man antar att den informell vårdaren timme för timme skulle ersättas av en professionell vårdgivare, till exempel en undersköterska. Problematiskt är också hur man skall värdera insatser av informella vårdare som är utanför arbetsmarknaden, till exempel pensionärer. Vi har använt alternativkostnadsprincipen och justerat timkostnaden för andelen informella vårdgivare som är pensionärer, vilket ger en lägre timkostnad än om substitutionskostnaden använts.

Kostnadsansats

Det är viktigt att vid tolkning av våra kostnadsestimat ha med sig att totalkostnaden avser även kostnader som inte nödvändigtvis relaterade till demenssjukdom (kostnad för personer med demenssjukdom). I den här rapporten görs ingen ansats att kontrollera för icke-relaterade kostnader, det vill säga att skatta kostnader enbart på grund av demenssjukdom, så kallade "attributable costs" i anglosaxisk terminologi. Kostnad för personer med demenssjukdom är större än kostnader på grund av demenssjukdom.

Framtiden

Det finns anledning att anta att en åldrande befolkning i kombination med bättre diagnostik och nya lovande läkemedelskandidater [42, 43] kommer att leda till en stor påfrestning på det svenska samhället i allmänhet och äldreomsorg och hälso- och sjukvårdsystemet i synnerhet. Prognoser fram till 2050 visar att det totala antalet personer med demenssjukdom kan öka med så mycket 100 000 individer, samtidigt som antalet personer 65 år och äldre förväntas öka med 155 000 fler än antalet i arbetsför ålder (20–64 år) (Tabell 15). Detta innebär att färre arbetsföra personer skall finansiera vården av fler personer med demenssjukdom än 2019.

Tabell 15. Befolkningsmängd i Sverige, prognos för 2050

Folkmängd 31 dec efter inrikes/utrikes född, ålder och år

	2023	2050	Skillnad
0-4 år	562 516	634 434	71 918
5-9 år	618 710	642 613	23 903
10-14 år	632 864	636 775	3 911
15-19 år	613 716	637 351	23 635
20-24 år	593 809	655 832	62 023
25-29 år	648 530	670 265	21 735
30-34 år	785 070	741 693	-43 377
35-39 år	718 978	762 116	43 138
40-44 år	657 081	757 078	99 997
45-49 år	645 409	704 513	59 104
50-54 år	660 979	676 282	15 303
55-59 år	682 451	762 054	79 603
60-64 år	587 110	733 997	146 887
65-69 år	543 664	621 912	78 248
70-74 år	514 804	570 298	55 494
75-79 år	505 213	556 142	50 929
80-84 år	328 952	485 554	156 602
85-89 år	179 304	356 331	177 027
90-94 år	78 553	173 903	95 350
95-99 år	21 163	51 274	30 111
100+ år	2 767	7 201	4 434
Skillnad 2023 - 2050 (20-64 år)			484 413
Skillnad 2023 -2050 (65-100+ år)			648 195

Rent demografiska framskrivningar kan dock vara vanskliga. Som tidigare nämnts finns det en trend att den åldersklass specifika prevalensen och incidensen av demenssjukdom minskar och hur detta kommer att utvecklas i framtiden är oklart.

Även om botande behandling i dagsläget är avlägset så har sjukdomsmodifierande behandlingar inom exempelvis Alzheimer's sjukdom visat lovande resultat gällande att bromsa sjukdomsprogressionen hos de som drabbas [42, 43]. I nuläget är de långsiktiga konsekvenserna av sådana läkemedel oklara. En konsekvens skulle dels kunna bli att antalet personer som insjuknar i demenssjukdom minskar, dels att en förskjutning av kostnadsbördan sker från kommunerna (eftersom färre personer kan antas få så pass allvarlig sjukdom att det krävs särskilt boende och att kostnaden för läkemedel bekostas av sjukvårdssektorn) till regionerna. Både kostnader för läkemedel och behov av avancerad diagnostik väntas öka och konkurrera med annan sjukvård som måste finansieras inom hälso- och sjukvårdssystemet.

SLUTSATSER

För att möta framtidens utmaningar för inom vård och omsorg av personer med demenssjukdom behövs en kraftfull strategi:

- Uppdateringen av den nationella demensstrategin som nyligen aviserats måste vidgas till en nationell demensplan som till skillnad från nu innehåller ekonomiska medel för forskning inom demenssjukdomar.

Satsning på forskning inom demenssjukdomar, särskilt med inriktning på införande och uppföljning av ny diagnostik och behandling vid Alzheimers sjukdom.

- Personal- och kompetensförsörjning till äldreomsorgen måste prioriteras och tillgången till särskilda boenden med inriktning på demens behöver säkras. Alla kommuner bör ha en demensplan i sina äldrevårdsplaner.
- Anhörigstöd i olika former (kommunernas lagstadgade skyldighet till anhörigstöd, rådgivning, dagverksamhet, korttidsvård/boende mm) måste utvecklas.

Referenser

1. SCB. *Statistikdatabasen*. 2023 [cited 2023-03-14]; Available from: <https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/>.
2. Socialstyrelsen. *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012*. 2014; Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2014-6-3.pdf>.
3. Wimo, A., L. Johansson, and L. Jönsson, *Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005 (The societal costs of dementia and the number of demented in Sweden 2005) (in Swedish)*, in *Underlag från experter*, Socialstyrelsen, Editor. 2007, Socialstyrelsen: Stockholm.
4. Wimo, A. and L. Jonsson, *Demenssjukdomarnas samhällskostnader (The societal costs of dementia) (in Swedish)*. 2001, Socialstyrelsen (The National Board of Wealth and Health care): Stockholm, Sweden.
5. SBU, *Dementia. A systematic review*. 2008, Staten beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care) Stockholm.
6. Stephan, B.C.M., et al., *Secular Trends in Dementia Prevalence and Incidence Worldwide: A Systematic Review*. *J Alzheimers Dis*, 2018. **66**(2): p. 653–680.
7. Lagergren, M., et al., *A longitudinal study integrating population, care and social services data. The Swedish National study on Aging and Care (SNAC)*. *Aging Clin Exp Res*, 2004. **16**(2): p. 158–68.
8. SNAC, *Demensförekomst i Sverige 2001–2013. Geografiska och temporala variationer*. 2017.
9. World Health Organization (WHO). *Global status report on the public health response to dementia*. 2021; Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1367115/retrieve>.
10. Socialstyrelsen, *Diagnoser, Vårdtid i dagar, Endast slutna vård, Riket, Ålder: 0–85+, Båda könen, 2019*. . 2023.
11. Socialstyrelsen, *Diagnoser, Antal besök, Endast specialiserad öppen vård, Riket, Ålder: 0–85+, Båda könen, 2019*. 2023.
12. Wimo, A., et al., *SNAC i Nordanstig- Resultat från delprojektet Vårdssystem – baslinjeundersökning våren 2001*. 2002, Stockholm Gerontology Research Center (Stiftelsen äldrecentrum): Stockholm.
13. Österman, J., M. Lagergren, and L. Lundberg, *Vårdkonsumtion bland äldre boende på Kungsholmen och Essingeöarna. SNAC-K rapport nr 6*. 2004: Stockholm.
14. Hallberg, I.R., et al., *Kommunal och regional vård till äldre. Vård och omsorg i Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad till personer 65*

- år och däröver, våren 2001. 2001, Institutionen för omvårdnad, Lunds universitet, Region Skåne och Samhällsmedicinska institutionen, UMAS, Lundsuniversitet: Lund.
15. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Vården i siffror – PVQ Demens Dem03A: Andel patienter med demens som varit på återbesök, alla professioner*. 2023.
 16. Södra Regionvårdsnämnden. *REGIONALA PRISER OCH ERSÄTTNINGAR FÖR SÖDRA SJUKVÅRDSREGIONEN 2019*. 2019; Available from: <https://sodrasjukvardsregionen.se/download/regionala-priser-och-ersattningar-for-sodra-sjukvardsregionen-2019/?wpdmdl=10574&refresh=6384c8a666c3e1669646502>.
 17. Bettina Meinow. *SPINDELN I NÄTET EN KARTLÄGGNING AV DEMENSSJUKSKÖTERSKOR I STOCKHOLMS LÄN*. 2009; Available from: https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/globalassets/fou_pdf/09_stiftelsen_aldrecentrum_spindeln_i_natet.pdf.
 18. Statistiska Centralbyrån (SCB). *Genomsnittlig månadslön, kronor efter sektor, yrkesgrupper (SSYK 2012), kön, ålder och år*. 2023; Available from: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0110__AM0110B/LonYrkeAlderA/table/tableViewLayout1/.
 19. Sköldunger, A., et al., *The impact of dementia on drug costs in older people: results from the SNAC study*. BMC Neurology, 2016. **16**(1): p. 28.
 20. Läkemedelsboken. *Demens*. 2019; Available from: https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/demens.html?search=demens&id=s7_2#s7_2.
 21. Socialstyrelsen. *Statistikdatabas för läkemedel*. 2022; Available from: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_lak/resultat.aspx.
 22. FASS. *Galantamin Actavis*. 2021; Available from: <https://www.fass.se/LIF/product?nplld=20100520000055&userType=0>.
 23. FASS. *Ebixa®*. 2021; Available from: <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20070901000014>.
 24. Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV). *Sök priser och beslut i databasen*. 2023; Available from: <https://www.tlv.se/beslut/sok-priser-och-beslut-i-databasen.html>.
 25. Statistiska Centralbyrån (SCB). *Prisomräknaren*. 2022; Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/prisomraknaren/>.
 26. Svedem, *Årsrapport 2021*. 2022: Stockholm.

27. Wimo, A., et al., *The societal costs of dementia in Sweden 2012 – relevance and methodological challenges in valuing informal care*. *Alzheimer's Research & Therapy*, 2016. **8**(1): p. 59.
28. Svenska Demensregistret (SveDem), *Årsrapport 2019*. 2019.
29. Wimo, A., et al., *INFORMELL OCH FORMELL VÅRD HOS ÄLDRE PERSONER I ORDINÄRT BOENDE –förändringar och samspel över tid 2001–2015 i SNAC projektet*. 2020.
30. Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). *KOLADA – Fri sökning*. 2022; Available from: <https://kolada.se/verktyg/fri-sokning?kpis=76370,167961&years=30195,30196,30197,30198,30199&municipals=2328,82304&rows=municipal,kpi&visualization=bar-chart&focus=82304>.
31. Socialstyrelsen. *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre*. 2023 [cited 2023-03-14]; Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/socialtjanstinsatser-till-aldre/>.
32. Skoldunger, A., et al., *Resource use and its association to cognitive impairment, ADL functions, and behavior in residents of Swedish nursing homes: Results from the U-Age program (SWENIS study)*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2019. **34**(1): p. 130–136.
33. Nordberg, G., et al., *The amount of informal and formal care among non-demented and demented elderly persons – results from a Swedish population based study*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2005. **20**(9)(Sep): p. 862–71.
34. Wimo, A., et al., *Formal and informal care of community-living older people: A population-based study from the Swedish National study on Aging and Care* *J Nutr Health Aging*, 2017. **21**(1): p. 17–24.
35. Nordberg, G., et al., *Time use and costs of institutionalised elderly persons with or without dementia: results from the Nordanstig cohort in the Kungsholmen Project – a population based study in Sweden*. *Int J Geriatric Psychiatry*, 2007. **22**(7): p. 639–648.
36. Försäkringskassan datalagager Store, *Antal personer som är sjukskrivna år 2019 efter diagnos F00, F01, F02, F03 och G30*. 2022.
37. Statistiska Centralbyrån (SCB). *BNP från användningssidan (ENS2010), försörjningsbalans, löpande priser, mnkr efter användning och kvartal*. 2019 [cited 2023; Available from: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__NR__NRO103__NRO103A/NRO103ENS2010TO1Kv/table/tableViewLayout1/.
38. Socialstyrelsen. *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*. . 2022; Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7791.pdf>.

39. Socialstyrelsen. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2022*. 2022; Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7750.pdf>.
40. Livingston, G., et al., *Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission*. *Lancet*, 2020. **396**(10248): p. 413–446.
41. Ngandu, T., et al., *A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial*. *Lancet*, 2015. **385**(9984): p. 2255–63.
42. van Dyck, C.H., et al., *Lecanemab in Early Alzheimer's Disease*. *New England Journal of Medicine*, 2022. **388**(1): p. 9–21.
43. Eli Lilly and Company. *Lilly's Donanemab Significantly Slowed Cognitive and Functional Decline in Phase 3 Study of Early Alzheimer's Disease*. 2023; Available from: <https://investor.lilly.com/node/48836/pdf>.