

Demenssjukdomarnas
samhällskostnader och
antalet dementa i Sverige
2005

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är ett **Underlag från experter**. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser i dokumentet. Experternas sammanställning kan dock bli underlag för myndighetens ställningstaganden.

Artikelnr 2007-123-32

Sättning Maj-Len Sjögren

Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2007

Förord

Socialstyrelsen rapporterar sedan några år tillbaka årligen till regeringen om tillståndet och utvecklingen inom vården och omsorgen om de äldre. Som ett underlag för lägesrapporten 2005, har Socialstyrelsen tagit initiativ till att beskriva omfattningen av och analysera den omsorg som ges människor emellan, både ur givarens och ur mottagarens perspektiv. Rapporten bygger på bearbetningar av data från olika befolkningsstudier.

Rapporten har författats *Anders Wimo*, adjungerad professor, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, KI-Alzheimer Disease Research Center, Karolinska Institutet, Stockholm samt familjeläkare, Primärvården i Nordanstig, Landstinget Gävleborg.

Lennarth Johansson, docent Hälsohögskolan Jönköping, programansvarig Äldreheten, Socialstyrelsen.

Linus Jönsson, med dr, leg läk, civilekonom.

Författarna ansvarar för rapportens innehåll och slutsatser.

Christer Neleryd
Enhetschef
Äldreheten

Författarnas tack

Denna rapport bygger på en mångfald av källor och flera personer har gjort speciella arbetsinsatser för att ge oss underlag till de olika beräkningarna. Alla siffror är vi dock själva ansvariga för liksom eventuella felräkningar.

Alzheimerföreningen, Swedish BrainPower och Socialstyrelsen har gett villkorslöst och värdefullt ekonomiskt stöd.

Annika Edberg, Epidemiologiskt Centrum på Socialstyrelsen har försett oss med data om dementas nyttjande av slutenvård.

Riksförsäkringsverket har gett oss underlag beträffande förtidspensioneringar.

Docent Lennart Minthon, Malmö och Docent Lena Killander, Uppsala har gett oss underlag beträffande utredningsaktivitet vid demens.

Vi vill också tacka sjuksköterskorna Erik Jedenius, Jan Strömkvist m.fl. medarbetare i Kalmarprojektet, för att vi fått använda oss av kostnadsberäkningarna för diagnostik.

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund</i>	8
<i>Resursutnyttjande och kostnader</i>	10
Olika begrepp i hälsoekonomiska studier	10
Perspektivet	12
Förekomst av demenssjukdom	12
Befolkningsstatistik	12
Förekomst av demens	13
Nyinsjuknande	14
Mild kognitiv störning och demensbegreppet	15
Prognos för förekomst av demens	15
Demenssjukas vård och omsorg	16
Resursutnyttjande och kostnader inom landstingsverksamheten	16
Resursutnyttjande och kostnader inom den kommunala verksamheten	18
Informell vård	22
Produktionsbortfall	23
Justeringar	24
Kostnader orsakade av demenssjukdomarna	24
En longitudinell ansats	24
Känslighetsanalys	25
<i>Resultat</i>	26
Känslighetsanalys	28
Uppskattning av kostnader orsakade av demenssjukdomar	30
<i>Diskussion</i>	32
Skillnad 2000 och 2005?	33
Slutsatser	35
<i>Referenser</i>	37
<i>Bilagor</i>	42

Sammanfattning

Demenssjukdomar är kroniska, obotliga, långvariga och sakta men säkert funktionsnedsättande tillstånd som på ett påtagligt sätt påverkar hela livssituationen för de sjuka och deras anhöriga. Demenssjukdomar är också mycket resurskrävande, vilket i en situation med en ansträngd ekonomi i kommuner och landsting väcker frågor kring hur vård och omsorg av dementa ska organiseras på ett effektivt sätt. För denna diskussion krävs det olika underlag. Syftet med denna rapport är att dels bedöma hur många dementa som finns och dels att uppskatta hur stora demenssjukdomarnas samhällskostnader är och hur dessa kostnader fördelas på olika aktörer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

År 2000 presenterade Socialstyrelsen en rapport där demenssjukdomarnas samhällskostnader beräknades till 38,4 miljarder kronor år 2000. Sedan år 2000 har situationen på många sätt förändrats: antalet dementa har ökat, det har skett förändringar av vården och omsorgens struktur – både inom landstingen och i kommunerna – liksom i behandlingsmönstret beträffande läkemedel. Kunskapen om demenssjukdomarna liksom om vården och omsorgen om de demenssjuka ökar successivt, vilket påverkar underlagen för kostnadsberäkningar. Sammantaget har detta varit skälen för att göra en uppdaterad beräkning av demenssjukdomarnas samhällskostnader.

I det huvudalternativ som redovisas i denna rapport, utgår beräkningarna från att det fanns 142 200 personer med demenssjukdom i befolkningen år 2005, vilket kan jämföras med 133 000 personer år 2000. Av dessa 142 200 bedöms 64 500 bo i särskilda boendeformer.

I huvudalternativet bedöms samhällets kostnader för personer med demenssjukdom vara 50,1 miljarder kronor (eller ca 352 000 kr per dement person) och kostnaderna som kan hänföras till enbart demenssjukdomar skattas till 35–38 miljarder kr (ca 246 000–269 000 kr per dement person). Ca 85 procent av kostnaderna finns inom den primärkommunala sektorn. Om man beaktar metodologiska aspekter (bl.a. förändringar i resursutnyttjande och kostnadsunderlag) förfaller det som att kostnaden per dement snarare minskat än ökat under perioden. Huvudförklaringen till att kostnaderna relativt sett har minskat är att färre demenssjuka bor och vårdas i särskilt boende.

Kostnaderna för vård och omsorg av dementa är betydande, speciellt för kommunerna. Varje kommun borde ha en speciell planering för vården och omsorgen om demenssjuka. De anhörigas vårdinsatser representerar också ett stort samhällsvärde både i mänskliga och ekonomiska termer. Ett förbättrat stöd till de demenssjuka och deras anhöriga är därför en av grunderna för en god demensvård. Det pågår idag i Sverige flera olika processer där vård och omsorg om dementa på olika sätt studeras och analyseras. Vid Socialstyrelsen pågår ett arbete med syfte att utarbeta nationella riktlinjer för demensvård.

Bakgrund

Sverige har en åldrande befolkning. I takt med att allt fler personer lever längre, ökar också andelen i befolkningen med kroniska sjukdomar. Av dem som drabbas av kroniska sjukdomar utgör de demenssjuka en stor grupp. Demenssjukdomarna, som är kroniska, obotliga, långvariga och sakta men säkert leder till omfattande funktionsnedsättning, påverkar hela livssituationen för de sjuka själva och deras anhöriga under många år.

Den kraftiga ökningen av antalet dementa som ägt rum de senaste decennierna i kombination med det faktum att vården och omsorgen av dessa personer oftast är mycket resurskrävande har också medfört att det ibland har presenterats närmast apokalyptiska scenarion i termer av ”demensbomb” och ”kostnadsbomb” [1].

Denna beskrivning har också förstärkts av det ansträngda ekonomiska läge som många kommuner och landsting befinner sig i. Oavsett vilken inställning man har till dessa beskrivningar så utgör ändå vården och omsorgen av dementa en mycket stor del av de resurser som går till äldreomsorgen.

År 2000 presenterade Socialstyrelsen en rapport där demenssjukdomarnas samhällskostnader för det året beräknades till 38,4 miljarder kronor baserat på en förekomst i befolkningen av 133 000 dementa [2]. Även om det är svårt att jämföra samhällskostnaderna för olika sjukdomar med varandra, ger redovisningen i tabell 1 en viss grov inblick i kostnadsberäkningar för olika sjukdomstillstånd.

Tabell 1. Årliga kostnader för olika sjukdomar i Sverige

Sjukdom/sjukdomsgrupp	Kostnad (miljarder kr)	År	Källa
Demens	38,4	2000	[2]
Depression	32,5	2005	[3]
Psykiska sjukdomar (exklusive demens)	36	2004	[4]
Cancer	33	2004	Cancerfonden
Hjärtkärlsjukdomar	25,4	2003	Hjärtlungfonden
Diabetes typ 2 (direkta medicinska kostnader)	7,0	1998	[5]
Slaganfall (stroke)	12,3	Incidensstudie	[6]
Reumatiska sjukdomar	36	2001	Reumatikerförbundet och CMT, Linköping
Osteoporos	4,6	2004	[7]
Alkohol	20,3	2002	[8]

Det betyder inte nödvändigtvis att demenssjukdomarna verkligen är ”mest kostsamma”, då sättet att beräkna varierar, men demenssjukdomarna hör i

alla fall, tillsammans med andra kroniska, resurskrävande och vanliga sjukdomar, till de mest resurskrävande och mest kostsamma.

En förklaring till kostnadsskillnaderna handlar om att tillvägagångssättet vid beräkningarna skiljer sig åt, liksom kvaliteten och osäkerheten i underlaget för kostnadsberäkningarna. Det har t.ex. tidigare hävdats i en äldre studie att kostnaderna för alkoholmissbruk skulle vara 148 miljarder kr (i 2002 års kostnadsläge)(!)[9]. Fördelningen av kostnader på olika aktörer eller parter varierar också. Demenssjukdomar drabbar mest äldre personer och kostnader inom den kommunala äldreomsorgen är den största kostnadsposten, medan vid de övriga psykiska sjukdomarna utgör produktionsbortfall den största kostnaden.

Sedan 2000 har situationen på många sätt förändrats. Det har skett demografiska förändringar som påverkar förekomsten av demenssjukdom och det har också skett strukturförändringar inom äldreomsorgen och i vården i övrigt, som påverkar den vård och omsorg som dementa får. Det har också skett förändringar i behandlingsmönstret när det gäller läkemedel. Dessutom har kunskapen om demenssjukdomarna och underlaget för kostnadsberäkningar förbättrats, vilket påverkar de källor vi har för beräkningar av både resursutnyttjande och kostnader. Alla dessa förändringar påverkar också underlagen för hur vård av och omsorg om dementa ska planeras och dimensioneras på olika samhällsnivåer.

Rapportens syften är

- att göra en förnyad beräkning av demenssjukdomarnas samhällskostnader, och att beskriva och analysera kostnadsutvecklingen från år 2000 till 2005
- att beräkna hur dessa kostnader fördelas mellan olika aktörer inom vården och omsorgen
- att beräkna antalet dementa och antalet nyinsjuknade i demens i landets kommuner år 2005.

Resursutnyttjande och kostnader

I den förra rapporten byggde kostnadsberäkningarna på ett antal förutsättningar och i den här rapporten har vi använt i stort sett samma upplägg. Eftersom det finns mer tillgängliga data nu så har dock beräkningarna överlag förfinats.

Kostnadsberäkningarna bygger på följande förutsättningar:

1. Det finns en teoretisk referensram.
2. Perspektivet är definierat.
3. Demografiska data finns om befolkningsstrukturen samt att det finns tillförlitliga befolkningsprognoser.
4. Antalet dementa i olika åldersklasser ska vara kända.
5. Det finns kunskap om hur stor andel av resurserna för äldreomsorg (sjukvård och äldreomsorg) som nyttjas av dementa dvs. hur de resurser som dementa utnyttjar fördelas i äldreomsorgsorganisationen.
6. De ingående kostnadsslagen ska vara definierade.
7. Det finns kännedom om omfattningen av s.k. informell vård och omsorg (anhörigas insatser).

Olika begrepp i hälsoekonomiska studier

Fortsättningsvis kommer termen COI att användas (en förkortning av den engelska benämningen Cost Of Illness). COI-studier beskriver de samhälls-ekonomiska kostnaderna (diagnostik, behandling, förebyggande insatser, produktionsförluster, informella insatser m.m.) för en sjukdom eller grupp av sjukdomar. Sådana studier är enbart beskrivande, dvs. de kan inte användas för att visa att en behandling är bättre än en annan. De kan i sig heller inte användas direkt för att argumentera för omfördelning av resurser och behandling. Det faktum att en sjukdom är mycket kostsam betyder ju inte nödvändigtvis att det finns kostnadseffektiva behandlingar.

Däremot kan COI-studier belysa strukturella förhållanden, t.ex. hur kostnader för en sjukdom fördelas mellan olika aktörer inom vård och omsorg. Indirekt kan därför COI-studier ändå ligga till grund för prioriteringar. Om en sjukdom är mycket dyr men där det samtidigt saknas bra behandlingsalternativ så kan ju detta tyda på att det behövs forskning för att ta fram bra behandling. Dessutom kan COI-studier vara ett redskap i diskussionen om effekter av olika incitament och styrmekanismer i en offentligt finansierad verksamhet. Om t.ex. en behandling eller åtgärd betalas av en aktör men de eventuella ”vinsterna” (kostnader eller effekter) sker hos en annan aktör, så kan detta motverka att åtgärden genomförs (t.ex. att kostnaderna för behandling ligger inom landstingssfären medan de positiva effekterna ligger inom den kommunala verksamheten). Det kan alltså uppstå en kostnad för att resurser inte används på bästa sätt. Den kostnad som anses relevant i hälso-

ekonomiska diskussioner är alternativkostnaden, dvs. den kostnad som uppstår just när en resurs eller motsvarande inte används på bästa alternativa sätt.

Kostnader brukar också indelas i direkta kostnader (kostnader uttryckt i pengar för använda resurser) och indirekta kostnader (kostnader som uppstår på grund av att resurser förlorats, t.ex. på grund av för tidig död eller sjuklighet). Inom vård och omsorg är direkta kostnader t.ex. kostnader för sjukhusvård, mottagningsbesök, läkemedelsförbrukning, boende i särskilt boende. Värdet av produktionsförluster på grund av demensas sjuklighet och död är exempel på indirekta kostnader. Värdet av informell vård, dvs. de insatser som närstående och familjen till den demenssjuke svarar för och som utgör en mycket viktig del av samhällets kostnader för många kroniska sjukdomar, är något svårare att enkelt klassificera som direkta eller indirekta kostnader. Om de anhöriga får en ekonomisk ersättning för sina insatser (vilket sker idag till en mycket liten del av den verkliga insatsen) är denna andel en direkt kostnad (och i viss mening också ”formell”). Om däremot en anhörig i arbetsför ålder slutar att arbeta för att vårda sin demente anhörige, så uppstår en produktionsförlust, som alltså utgör en indirekt alternativkostnad (detta resonemang kan göras mer komplicerat, t.ex. i vilken utsträckning denna produktionsförlust ersätts av någon annan, t.ex. arbetslös person etc.). Värdet av insatser på fritid, särskilt när det gäller insatser av personer som inte längre är i förvärvsaktiv ålder – pensionärer – är också mycket omfattande men svåra att klassificera och bestämma kostnaden för.

COI-studier kan vara antingen prevalens- eller incidensbaserade. Med prevalensmetoden beskrivs kostnader för de personer som har sjukdomen (de ”prevalenta” fallen) under en tidsperiod, oftast under ett år. Incidensbaserade studier bygger på att kostnader för nyinsjuknade personer följs under en period, oftast från sjukdomsdebuten till livets slut. De olika metoderna har olika syften. Prevalensbaserade studier (som i denna rapport) har till syfte att beskriva den ekonomiska bördan och hur kostnader fördelas mellan olika aktörer, medan incidensbaserade studier kan användas för att studera nyttan av förändringar i behandlingsmetoder eller olika typer av interventioner.

COI-studier kan också vara av typen ”bottom-up” eller ”top-down”. I ”bottom-up” studier undersöks en begränsad grupp, oftast mycket noggrant, och sedan extrapoleras resultaten till en mycket större grupp, t.ex. alla i ett land som har sjukdomen i fråga. Vid ”top-down” studier utgår man ifrån de tillgängliga resurserna och kostnader totalt som spenderas på vård och omsorg i hela landet, vilket sedan fördelas på olika sjukdomar. På så vis kan man också beskriva hur t.ex. patienterna med en viss sjukdom förhåller sig till den totala vård och omsorgen. Oftast är det svårt att göra rena ”bottom-up” och ”top-down” studier och i denna rapport används också bägge angreppssätten.

I huvudalternativet i denna rapport ingår alla kostnader för vård och omsorg hos dementa, oavsett om kostnaderna betingas av demenssjukdom eller inte (kallas ibland något oegentligt ”bruttokostnader”). Detta kan vi, med hänsyn taget till källornas kvalitet, göra anspråk på att mäta. Den andel av kostnaderna som orsakas av enbart demenssjukdomarna (kallas ibland ”net-

tokostnader”) kan vi endast uppskatta. Stabiliteten i resultaten kommer också att testas genom s.k. envägs känslighetsanalys.

Perspektivet

Det är mycket viktigt att klargöra utifrån vilket perspektiv en COI-studie genomförs. Sker analysen ur en speciell betalares perspektiv t.ex. landsting, kommun (”public payer”) eller är utgångspunkten ”ett totalt samhällsekonomiskt perspektiv”? Just för demenssjukdomar är perspektivet viktigt eftersom den sistnämnda ansatsen bl.a. också innebär att anhörigas informella vårdinsatser ges ett värde i termer av pengar (t.ex. kronor). I denna rapportens huvudalternativ är perspektivet samhällsligt, även om detta innebär svårigheter när det gäller att få med alla kostnader samt att det finns risk för dubbelräkning. Dock framgår också kostnaderna för olika aktörer, t.ex. kommun, landsting, informella vårdare.

En annan och mer svårhanterlig perspektivfråga är huruvida konsekvenserna för anhöriga ska beskrivas på annat sätt än deras roll som i huvudsak obetalda producenter av informell vård, t.ex. i form av de anhörigas egen sjuklighet, psykisk belastning, lidande. I internationell forskning brukar lidande och liknande negativa konsekvenser (både för patienter och för de anhöriga) beskrivas som ”intangible costs”, dvs. ”ogripbara” eller ”omätbara” kostnader. En annan situation är naturligtvis att anhöriga på grund av den dementes sjukdom och situation blir så utmattad att de inte orkar förvärvsarbeta eller fungera som informella vårdare, vilket alltså är en indirekt kostnad. Den här rapporten belyser dock inte dessa perspektiv, varför de anhörigas funktion i denna rapport enbart innefattar rollen som producenter av informell vård.

Förekomst av demenssjukdom

Att inventera landet som helhet för att identifiera alla individer med demenssjukdom och mäta deras resursutnyttjande är av praktiska skäl inte möjligt, utan man måste göra uppskattningar. För att kunna uppskatta förekomsten av demenssjukdom krävs två kunskapskällor, dels befolkningsstatistik, dels kännedom om andelen dementa i olika åldersklasser. När förekomsten av demens, fördelningen på olika grader av demens, samt dementas boende och nyttjande av resurser studeras är det önskvärt att utgå ifrån populationsbaserade studier. Om olika slag av studiegrupper hämtade från klinisk verksamhet används, dvs. om dementa som av någon anledning är kända inom vård och omsorgssystemet kontaktas för studier, finns risken att dessa personer inte är representativa för hela demenspopulationen. Använder man en sådan studiepopulation finns en risk för att resursutnyttjande och kostnader överskattas.

Befolkningsstatistik

Statistiska centralbyrån tillhandahåller regelbundet uppdaterad statistik om landets befolkning ur olika perspektiv. För våra bedömningar är befolkningsfördelningen på femårsklasser av intresse (tabell 2).

Tabell 2. Sveriges befolkning 2005 i olika åldersklasser

	Kvinnor	Män	Alla
60–64	284 927	288 355	573 282
65–69	214 762	205 499	420 261
70–74	184 807	161 208	346 015
75–79	176 310	135 628	311 938
80–84	155 820	103 401	259 221
85–89	100 585	53 291	153 876
90–94	43 024	16 488	59 512
95+	11 566	2 988	14 554
65+	886 874	678 503	1 565 377
80+	310 995	176 168	487 163
20–64	2 622 756	2 700 463	5 323 219
0+	4 561 202	4 486 550	9 047 752

För att kunna göra prognoser om antalet dementa i framtiden – under förutsättningen att andelen dementa i olika åldersklasser är konstant – behövs också befolkningsprognoser (tabell 3).

Tabell 3. Befolkningsutveckling 1970–2005 i riket, samt prognoser för 2010–2030 (avrundade värden)

	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2020	2030
Antalet personer 65 år och äldre (x1000)	1 113	1 362	1 526	1 540	1 565	1 727	2 056	2 303
(% av befolkningen)	(13,8)	(16,4)	(17,8)	(17,4)	(17,3)	(18,7)	(21,2)	(22,9)
Antalet personer 80 år och äldre (x1000)	190	263	370	460	487	491	525	763
(% av befolkningen)	(2,4)	(3,2)	(4,3)	(5,2)	(5,4)	(5,3)	(5,4)	(7,6)
80 och äldre/65 år och äldre (%)	17,1	19,3	24,2	29,6	31,1	28,4	25,5	33,1
80 och äldre/20–64 år (%)	4,0	5,5	7,5	8,8	9,2	9,1	9,7	14,0

Källa: SCB. Befolkningsstatistik samt prognoser (september 2006).

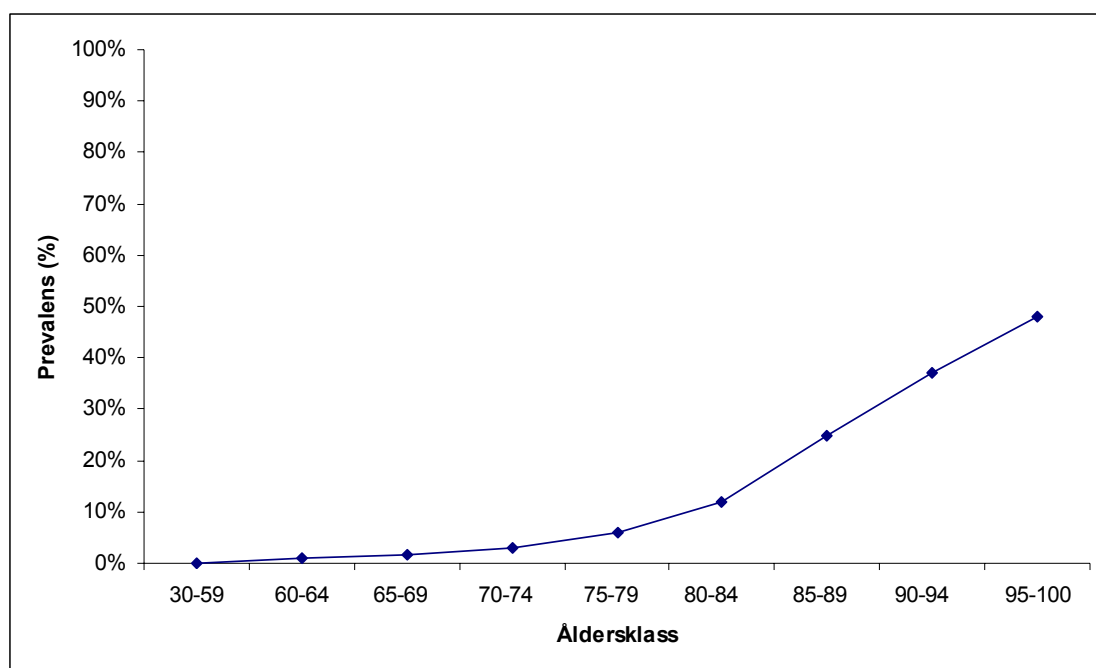
För närvarande är vi inne i en ganska ”lugn” demografisk period. Antalet ålderspensionärer (65 och äldre) ökar successivt, men den stora ökningen av de allra äldsta, 80 år och äldre, kommer att äga rum mellan 2020–2030. Av tabell 3 framgår också att relationen mellan de allra äldsta och antalet personer i arbetsför ålder kommer att bli mycket ansträngd kring år 2030.

Förekomst av demens

I den kunskapsöversikt inom demensområdet som presenterades av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) [10] ingick bl.a. att gå igenom vad som finns publicerat om förekomsten av demens, dels hur stor andel

som har någon av demenssjukdomarna (prevalens), dels andelen nyinsjuknade (incidens). Huvudalternativet beträffande andelen dementa i denna studie, bygger på SBU:s data om förekomsten av demens i olika åldersklasser (figur 1). För åldersklasserna 30–59 år anger SBU-rapporten inga exakta data och därför har i stället samma andel dementa antagits som i den förra rapporten från år 2000. Utifrån detta underlag kan vi anta att det år 2005 fanns ca 142 200 dementa i Sverige. Om de osäkrare siffrorna för antalet dementa yngre än 60 år räknas av fanns 138 500 dementa 60 år och äldre.

I känslighetsanalysen har vi också inkluderat andra prevalensskällor, bl a från Eurodem [11], Lobos (med flera) [12] och Ferris (med flera) [13] beräkningar.



Figur 1. Demensförekomst hos män och kvinnor i olika åldersklasser.

Nyinsjuknande

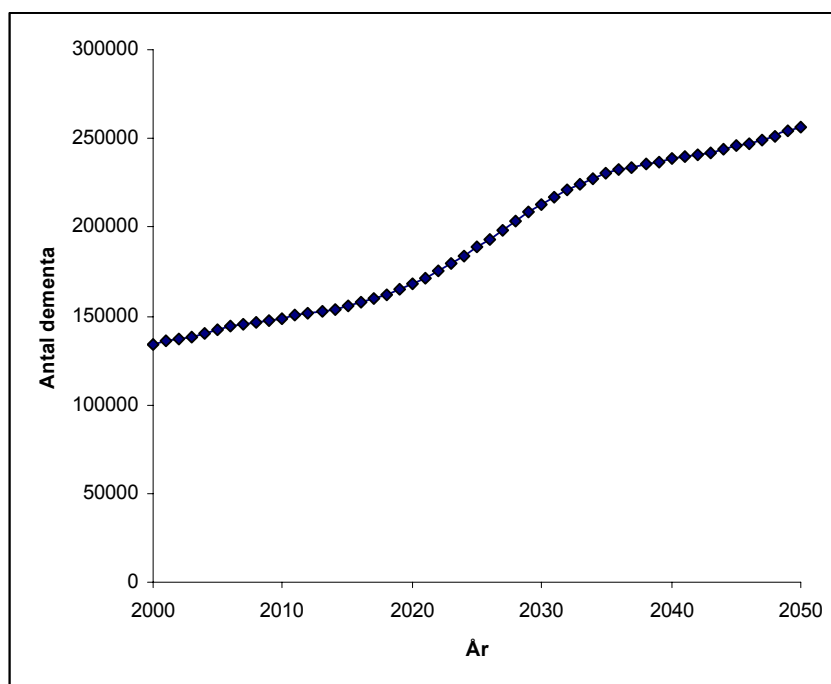
Tidigare fanns det förhållandevis sparsamma data om nyinsjuknade i demenssjukdomar (incidens). Även om antalet incidensstudier inte är lika många som prevalensstudierna, så finns det ändå underlag för att göra sammanfattande bedömningar av hur vanligt det är att insjukna i demens i olika åldersklasser. Även här har underlag hämtats från den tidigare nämnda SBU-rapporten [10]. Här är osäkerheten något större än prevalenssiffrorna och vi har i vår analys valt att använda mittvärdet i varje åldersklass. Utifrån detta antagande insjuknade ca 25 000 personer i demens år 2005.

Mild kognitiv störning och demensbegreppet

En grupp som blivit föremål för stort intresse de senaste åren är de som har s.k. mild kognitiv störning (jämför med engelskans mild cognitive impairment, MCI). Personer med MCI har en påvisbar kognitiv störning men uppfyller inte kriterier för demenssjukdom, och därför ingår inte kostnader för dessa i våra beräkningar. Uppskattningen av andelen personer med MCI eller närbesläktade begrepp är kontroversiell och siffror på 3–20 procent av åldergruppen 65 år och äldre har nämnts [14]. På befolkningsnivå handlar det om mellan ca 50 000 och 350 000 personer i Sverige. Kostnaderna för vården och omsorgen för dessa personer är inte påtagligt höga och torde ligga i närheten av icke dementa äldres kostnader. Debatten kring de kognitiva sjukdomarnas klassifikation pågår ständigt och det finns förespråkare som hävdar att demensbegreppet inte längre är ändamålsenligt. En person kan t.ex. i en tidig fas av Alzheimers sjukdom ha tillräckligt med kognitiv förmåga kvar som gör att personen (ännu) inte uppfyller kriterierna för demens enligt ICD 10 eller DSM IV. I denna rapport lämnar vi dock denna diskussion därhän.

Prognos för förekomst av demens

Givet de förutsättningar som råder vid en given tidpunkt (prevalens i olika åldersklasser, befolkningsstatistik, behandling, riskfaktormönster m.m.) kommer antalet dementa att öka kontinuerligt. För närvarande är ökningstakten ganska blygsam men efter 2020, när antalet personer 80+ ökar kraftigt, kommer antalet dementa också att öka kraftigt (figur 2).



Figur 2. Prognos för antalet dementa 2000–2050.

Enligt tabell 3 kommer antalet personer 80 år och äldre att öka blygsamt mellan 2005 och 2010 medan gruppen 65+ ökar kraftigt. Det betyder att relativt sett kommer en större andel av de nyinsjuknade dementa att höra till gruppen ”yngre äldre” åren 2005–2010 jämfört med efter 2020. Jämfört med prognosen i den förra rapporten är skillnaderna marginella.

I bilaga 1 i denna rapport finns en beräkning av hur landets demenspopulation liksom de nyinsjuknade fördelades i landets kommuner år 2005. Det bygger på antagandet att de åldersklassspecifika prevalens- och incidenstalen också gäller för de olika kommunerna.

Demenssjukas vård och omsorg

Resursutnyttjande och kostnader inom landstingsverksamheten

Sluten vård

Även om situationen troligen har förbättrats, på grund av att fler dementa utreds och har en demensdiagnos ”med sig” när de läggs in för sluten vård på sjukhus, underskattar sannolikt officiell slutenvårdsregistrering demenskonsumtion av slutenvård. Skälet är att demensdiagnos troligen inte alltid registreras eftersom det sällan är demensdiagnosen i sig som medför sluten vård, utom möjligen inom psykiatri och på de speciella demensavdelningar som i olika former finns inom geriatrik m.m. Liksom vid den tidigare undersökningen år 2000, hämtades uppgifterna från Socialstyrelsens slutenvårdsregistrering för ICD 10-diagnoserna (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, version 10, dvs. WHO:s klassifikationssystem av sjukdomar och symptom) F00/G30 (Alzheimers sjukdom),

F01 (Vaskulär demens) och F02/F03 (andra demenser) samt F05.1 (delirium med bakomliggande demens), både huvuddiagnos och bidiagnos. Denna gång används för beräkningarna antalet vårdtillfällen 2005 [15] samt kostnad per vårdtillfälle (medianvärdet) enligt DRG:s (Diagnosrelaterade grupper) diagnos ”degenerativa sjukdomar i nervsystemet” [16]. Antalet vårdtillfällen 2005 med någon av demensdiagnoserna som huvud eller bidiagnos var ca 28 000 medan antalet vårdtillfällen med någon demensdiagnos som enbart huvuddiagnos var drygt 5 000.

Öppen vård

Dementas öppenvårdsbesök sker inom primärvård, i öppen specialistvård samt vid sjukhusens akutmottagningar. De besöker olika personalkategorier. Det finns ingen samlad nationell statistik med inriktning på dementa när det gäller volymen av besök av olika typer inom sjukvården. Besöken inom sjukvården avser dels själva utredningsaktiviteten, dels återbesök på mottagningar, hembesök eller hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilt boende.

SNAC-projektet (Swedish national study on ageing and care) är ett longitudinellt projekt som Socialdepartementet har initierat, där bl.a. äldres funktionsförmåga i olika boendeformer studeras. Fyra områden igår i SNAC: Nordanstig, Kungsholmen i Stockholm, Karlskrona i Blekinge samt fem kommuner i Skåne[17]. Projektet har hittills genererat ett flertal rapporter och i SNAC:s vårdssystemdel har också graden av kognitiv nedsättning bland de äldre i de fyra områdena studerats [18].

Från SNAC-projektets vårdssystemdel finns uppgifter om omfattningen av besök och även fördelning mellan olika personalkategorier [19–21]. Utifrån dessa data verkar det som om antagandena i den förra rapporten (ett läkarbesök per år) var en underskattning och vi antar nu att det sker två läkarbesök per år och dubbelt så många, fyra besök per år, hos distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter. I rapporterna ovan var talen högre, men SNAC:s vårdssystemdel bygger på personer som är kända av vårdsystemet och är alltså inte populationsbaserat, dessutom var inte heller demensdiagnostiken systematisk utan bygger på uppskattning av kognitiv förmåga, ibland integrerat med Aktiviteter i Dagliga Livet (ADL) förmåga i det s.k. SNAC:s PADL-index.

I en enkätstudie som ingick i Socialdepartementets rapport om demensvård [22] framgick att det gjordes ca 14 000 demensutredningar på landets minnesmottagningar. Av besöksstatistiken från bl.a. minnesmottagningarna i Malmö (källa: docent Lennarth Minthon) och Uppsala (källa: docent Lena Killander) framgår att relationen mellan återbesök och nybesök är ca 3:1. Av det drar vi slutsatsen att det på olika former av specialistmottagningar för dementa görs ca 42 000 besök per år utöver demensutredningar. Som underlag för enhetskostnaderna i öppenvård har vi använt det arbete som pågår i Sveriges kommuner och landstings (SKL) regi för bl.a. specialistvård och primärvård [23–25].

Läkemedel

År 2000 var försäljningen av de läkemedel som finns tillgängliga för symptomatisk lindring vid demens (s.k. kolinesterashämmare samt memantin) ganska blygsam och de läkemedelskostnader som användes byggde på farmakoepidemiologiska och farmakoeconomiska data från Kungsholmsprojektet, där andelen med dessa läkemedel var mycket liten. För 2005 har vi använt försäljningsstatistik för år 2005 (Apotekens utförsäljningspris, AUP) för kolinesterashämmare samt memantin (alla åldrar) samt för risperidon för gruppen 75 år och äldre och kompletterat dessa data med en uppräknig av de läkemedelskostnader som användes för år 2000 (som får representera övrig medicinering).

Diagnostik

Av de drygt 140 000 personer i landet som har någon form av demenssjukdom är inte alla utredda. Det saknas i Sverige nationellt representativa uppgifter om omfattningen av demensutredningar. I Socialdepartementets rapport [22] och enkätstudie framgick att det gjordes drygt 17 000 demensutredningar i landet varav ca 14 000 på landets minnesmottagningar eller motsvarande. Speciellt primärvårdens utredningsaktivitet är svår att kartlägga och de drygt 3000 utredningar som redovisades är sannolikt en kraftig underskattning. En rimlig målsättning är att åtminstone de nyinsjuknade dementa ska utredas, dvs. ca 25 000 per år. Dessutom utmynnar ju inte alla utredningar i en demensdiagnos. Personen kan vara frisk, alternativt ha en annan sjukdom, t.ex. en s.k. mild kognitiv störning, depression, eller läkemedelsorsakade besvär m.m. Sammantaget talar detta för att utredningsbehovet egentligen är ännu större, kanske omkring 50 000 utredningar i hela landet per år. I demensförbundets enkät [26] anges att mer än 80 procent av de dementa är utredda. I Kalmar pågår ett omfattande demensprojekt, där bl.a. kostnaden för demensutredningar har analyserats [27]. Man fann där att den genomsnittliga kostnaden för en demensutredning i primärvården var 5 900 kr. För de som utreds inom specialistvården tillkommer en kostnad på 6 000 kr. En rimlig bedömning av utredningsaktiviteten är att det genomförs 20 000 utredningar inom primärvården och 14 000 inom specialistvården.

Resursutnyttjande och kostnader inom den kommunala verksamheten

Personer med demenssjukdom bor antingen i ordinärt boende eller i särskilt boende (hädanefter används förkortningen säbo). I bägge dessa huvudtyper av boende finns det i varierande grad tillgång till offentliga, formella vårdinsatser. Dessutom finns den informella vården i ordinärt boende. I säbo finns också, om än i mycket ringa omfattning, en viss grad av informella vårdinsatser [28].

Särskilt boende

I den föregående studien år 2000 antog vi att ca 75 000 av landets då ca 133 000 dementa bodde i säbo, dvs. ca 56 procent av samtliga. Grunden för denna bedömning var olika studier där andelen dementa i säbo hade stude-

rats, bl.a. i Västerbotten, Sundsvall och Mellansverige. I bedömningen ingick också arbeten från Socialstyrelsen. År 2000 fanns ca 120 000 platser för äldre i säbo. Sedan dess har antalet platser i säbo minskat ganska påtagligt, till ca 100 400 platser år 2005. Det finns ingen samlad nationell bild av vilka typer av säbo som existerar, än mindre hur minskningen skett. I Socialdepartementets rapport På väg mot en god demensvård [22] bedömde man dock att antalet säboplatser som kunde klassificeras som demensboenden var 23 000, vilket är klart mer än den bedömning som gjordes för år 2000, 14 000 platser. Socialstyrelsen har också uppskattat att av landets övriga säboplatser kan idag ca 30 000 karakteriseras som sjukhemsplatser eller motsvarande, dvs. det finns vård och omsorg tillgänglig dygnet runt ("hellygnsomsorg") med en förhållandevis hög personaltäthet och utrustning och hjälpmedel för förhållandevis omfattande omvårdnad. Det betyder att ca 47 400 platser kan karakteriseras som "övrig säbo". Här ingår servicehus, som i princip inte har dygnet runt-bemannning. Andelen dementa i de olika boendeformerna bedöms inte ha förändrats nämnvärt. År 2000 bedömdes att ca 80 procent av de boende på sjukhem och 50 procent i övrig säbo var dementa. I demensboendena antar vi att 100 procent är dementa, även om olika undersökningar har visat att inte alla som bor i demensboenden är utredda. För närvarande saknas uppgifter om andelen icke-utredda personer i särskilt boende, men det är en erfarenhet att kommunerna allt oftare kräver en utredning för att någon ska komma ifråga för en plats i särskilt boende.

När det gäller förekomst av demenssjuka personer i övriga säboformer har det tillkommit en del nya källor. I Nordanstig i Hälsingland pågår olika populationsbaserade projekt bland äldre där bl.a. sambandet mellan kognitiv förmåga och kostnader studeras. I en studie [28] fann man att i säbo av sjukhemskaraktär, hade 75 procent av de boende någon form av kognitiv störning och 62 procent var dementa.

I olika SNAC-rapporter finns underlag om dementas boende och resursutnyttjande [17–21].

Även om inga fullständiga demensutredningar hade gjorts så var bilden ganska entydig i de olika kommunerna: andelen med kognitiv nedsättning var 72–77 procent i säbo (exklusive servicehus) år 2001. Preliminära analyser av SNAC:s befolkningsdels databas i Nordanstig, där omfattande kognitiv testning ingår, ger en liknande bild. Vi kan därför anta att det finns en något lägre andel dementa i säboverksamhet av sjukhemskaraktär, 75 procent, jämfört med 80 procent i den förra studien.

I övrig säbo antar vi att andelen dementa är något lägre, 40 procent jämfört med 50 procent i den förra undersökningen. Det finns data från servicehus från Kungsholmsdelen av SNAC-studien ([20, 29] samt data på fil) där andelen med kognitiv nedsättning under 2000-talet har haft en tendens att minska, möjligen på grund av ändrad policy i biståndsbedömningen. Där är andelen som bedömts ha kognitiv nedsättning ca 24–41 procent. Dock finns det då en risk att andelen med mild demens underskattas, eftersom symptomen kan vara för diskreta för att fångas upp med en observationsbedömning. Dessutom kan det ingå andra säboformer än servicehus i kategorin "övrig säbo" (brokigheten i begreppet särskilt boende har bl.a. utmärkt beskrivits i rapporten "Vad är särskilt i särskilt boende?"[30]). En samman-

vägd rimlig bedömning är då att andelen dementa i ”övrig säbo” är 40 procent.

Tabell 4. Antaganden för hur dementas boende är fördelat i olika former av särskilt boende år 2005 (avrundat).

	Antal platser		Andel dementa		Antal dementa	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Sjukhem	29 000	30 000	80 %	75 %	23 000	22 500
Demensboende	14 000	23 000	100 %	100 %	14 000	23 000
Övrig säbo	76 000	47 400	50 %	40 %	38 000	19 000
Summa	119 000	100 400			75 000	64 500

Sammanfattningsvis bedömer vi att det bodde något färre dementa i säbo år 2005 jämfört med år 2000 (tabell 4). Av landets 142 200 demenssjuka personer bodde ca 45 procent i säbo 2005, vilket alltså är en relativt sett lägre andel än år 2000. Det har också skett en omfördelning på det sättet att fler bedöms bo i demensboende och färre i övrig säbo. Det betyder inte nödvändigtvis inte att det skett en verklig förändring i dementas boende i säbo av den omfattningen mellan 2000 och 2005, det kan ju också bero på att underlaget ändrats. Minskningen i totalantalet platser är dock säker.

Kostnaderna för vård och omsorg i säbo varierar avsevärt mellan olika enheter, inom och mellan kommuner. Mediankostnaden per plats i säbo var 501 000 på årsbasis år 2005 [31], där kostnaden vid 75:e percentilen var 546 000 kr/år (1496 kr/dygn) och 454 000 kr vid 25:e percentilen (1244 kr/dygn). En plats i säbo som motsvarar ”sjukhem” beräknas i vår kostnadsmodell till 1496 kr/dygn, detsamma gäller för gruppboende för dementa medan kategorin ”övrig säbo” beräknas till 1244 kr/dygn. I känslighetsanalysen används 25:e respektive 75:e percentilerna för kostnaderna för all säbo.

Huruvida dementa förbrukar mer eller mindre resurser än icke dementa i säbo går att diskutera. I en svensk studie inom ramen för Kungsholmsprojektet i Nordanstig [28] fanns en viss variation av tidsåtgång, men det behövs ytterligare studier för att klarlägga detta.

Kostnader för boende i säbo är en av de kraftigaste ”kostnadsdrivarna” för demensvården och i känslighetsanalysen kommer andelen dementa och enhetskostnaderna i säbo att varieras.

Ordinärt boende

Dementa som bor i ordinärt boende (dvs. ”hemma”) kan ha tillgång till olika stödinsatser. Av landets 142 200 dementa år 2005 antar vi enligt ovan att ca hälften, 64 500 bor i säbo och därför antar vi då att knappt 78 000 bor i ordinärt boende, vilket är fler än den antagna siffran för år 2000, 58 000 personer. Tänkbara förklaringar till denna skillnad, förutom ändrade antaganden pga. nya källor, är dels att antalet dementa i Sverige har ökat med ca 10 000 under perioden och dels att antalet platser i säbo har minskat. Fördelningen av de hemmaboende dementa utifrån demensgrad och boende

(ensamboende eller samboende) byggde i den föregående rapporten på data från Kungsholmsprojektet. Vi har denna gång även studerat detta utifrån Kungsholmsprojektets parallellprojekt i Nordanstig, en populationsbaserad studie som hade samma uppläggning som Kungsholmsprojektet. Där var andelen med måttlig demens betydligt högre (ca 37 procent jämfört med 18 procent år 2000), och andelen med mild demens lägre 2005 (53 procent jämfört med 72 procent år 2000). Andelen ensamboende dementa var också lägre i Nordanstigsdatabasen, ca 40 procent bland personerna med mild och måttlig demens, jämfört med ca 70 procent i Kungsholmsdatabasen, alltså en ganska stor skillnad. Bland personerna med grav demens fanns inga ensamboende i Nordanstig. Nu ingår bägge dessa källor i underlaget och antagandena framgår av tabell 5.

Tabell 5. Dementa i ordinärt boende: fördelning efter demensgrad och boende (avrundat).

Demensgrad	Ensamboende	Ej ensamboende	Alla
Mild	25 000	25 000	50 000
Måttlig	9 500	11 500	21 000
Svår	500	6 500	7 000
Alla	35 000	43 000	78 000

Omfattningen av hemtjänst till dementa har studerats i Nordanstig (tabell 6)[32]. Den är förhållandevis blygsam, speciellt i jämförelse med den informella vården (se nedan, tabell 7).

Tabell 6. Omfattningen av hemtjänst till dementa i ordinärt boende (timmar per dygn)

Demensgrad	Formell vård
Mild	0,7
Måttlig	1,2
Svår	1,5
Medelvärde (alla)	1,0

Timkostnaden i hemtjänst kan beräknas på olika sätt, beroende på hur mycket av s.k. overheadkostnader (t ex kostnader för administration, fastighetsskötsel) som inkluderas. I basalternativet har en kostnad på 350 kr/timme använts, baserat på beräkningar av Sveriges Kommuner och Landsting [33]. I känslighetsanalysen utgår vi ifrån den ersättning per timme hjälp – 212 kronor – som år 2005 gavs till personer som hade insatser enligt lagen om assistansersättning (LASS), dvs. ungefär som i den tidigare studien.

Dagvård

Speciell dagverksamhet för dementa har funnits i Sverige i några decennier. Det har dock varit svårt att få en uppfattning om hur pass omfattande dagverksamheten har varit ur ett nationellt perspektiv. I Socialstyrelsens förra rapport för år 2000 antogs det att det fanns ca 5000 platser i landet. Detta antagande visade sig vara rimligt när man jämför med de resultat som redovisas i Socialdepartementets ”På väg mot en god demensvård” [22], där ca 5000 personer beviljats bistånd till dagvård. I de svenska studier som finns om dagvård för dementa är den genomsnittliga besöksfrekvensen ca 2–3 besök per vecka [34–36] och därför antar vi att 5000 dementa gjorde 2,5 dagvårdsbesök per vecka år 2005. Kostnaden har uppräknats med konsumentprisindex jämfört med år 2000.

Informell vård

Kunskapen om omfattningen om den informella vården har ökat, även om antalet studier fortfarande är få, speciellt sådana som är baserade på befolkningsstudier. I den föregående studien för år 2000 byggde antagandena om informell vård på en icke populationsbaserad svensk studie [37], som då var den enda tillgängliga studien där den informella vården hade beräknats mot demensgrad. Sedan dess har en populationsbaserad svensk studie publicerats från Nordanstigsdatabasen [32], där omfattningen av en informella vården är något lägre jämfört med den tidigare studien. I bägge studierna byggde mätningen av informell vård på det s.k. RUD-instrumentet (Resource Utilization in Dementia) [38]. I bägge studierna mättes också på samma sätt omfattningen av formella insatser i det ordinära boendet. I huvudalternativet används stöd i ADL för kostnadsberäkningarna. Både s.k. personlig (eller basal) ADL (t.ex. att äta, tvätta sig, klä sig) och instrumentell ADL (mer komplicerade aktiviteter, t.ex. att laga mat, sköta sin ekonomi) ingår. I den nya studien är omfattningen 1,4–4,9 timmar per dygn i ADL-stöd, beroende på demensgrad. I den tidigare studien var den högre, 4,6–7,4 timmar per dygn. I denna rapport använder vi oss av den populationsbaserade studien som vi bedömer vara mer representativt (tabell 7). Dessa data är också av ungefär samma storlek som Demensförbundets enkät visade [26], även om den undersökningen inte var populationsbaserad.

I känslighetsanalysen kommer också tillsynskomponenten att användas. Med detta avses den tid som åtgår för anhöriga i vården och omsorgen om den närstående som inte är knytan till hjälp med IADL eller PADL-sysslor. Vanligtvis handlar det om den tillsyn och uppsikt som många demenssjuka behöver i vardagen för att han eller hon inte ska skada sig själv eller andra.

Tabell 7. Formell och informell vård till dementa i ordinärt boende: timmar per dygn [32].

Demensgrad	Formell vård	Informell vård		
		Total informell vård	Varav PADL, IADL	Varav tillsyn
Mild	0,7	2,1	1,4	0,7
Måttlig	1,2	8,3	1,6	6,7
Svår	1,5	16,0	4,9	11,1
Medelvärde (alla)	1,0	5,8	1,8	3,9

Förutom att det är svårt att beräkna mängden informell vård [39] så är det än mer problematiskt och kontroversiellt hur den ska prissättas. Informella insatser utförs dels av personer i arbetsför ålder (oftast barn till den demente) och dels av pensionärer (ofta make, maka eller syskon). Dessutom kan den informella insatsen utföras på ”arbetstid” eller på ”fritid”. Utifrån ett alternativkostnadsresonemang så är det rimligt att för informella vårdare i arbetsför ålder använda en genomsnittlig timlön för lönearbete, vilket inklusive lönekostnadspåslag blir ca 220 kr/timme [40]. Man kan i och för sig invända att arbetsföra anhöriga inte går ner i arbetstid utan utför detta arbete på sin fritid, men å andra sidan skulle de då kunna antas jobba extra i stället.

För insatser på fritid används ofta en timkostnad som baseras på alternativkostnadsberäkningar av Vägverket [41], som uppräknad till 2005 blir 27,67 kr/timme. Mixen mellan informella vårdare i arbetsför ålder och ej arbetsför ålder bygger dels på antagandet om boende enligt ovan (tabell 5) och dels olika studier och databaser om vilka vårdarna är. Det fanns enligt ovan skillnader i studierna när det gäller hur stor andel av de dementa som bor ensamma, men för de som inte bor ensamma är bilden mer entydig. Om en dement lever tillsammans med någon är det vanligen en make eller maka, ca 80 procent eller mer ([32, 42] samt data från Kungsholmsprojektet och Kungsholmsprojektet i Nordanstigs poolade databaser). I SNAC:s vårdssystemdel var make eller maka den vanligaste informella vårdgivaren, och stod för 40–90 procent av serviceinsatserna, något lägre tal för omvårdnadsinsatserna [18]. När det gäller ensamboende dementa är det rimligt att anta att den vanligaste informella vårdgivaren är barnen om sådana finns. Vi har som huvudalternativ antagit att av de hemmaboende dementa (ensamma eller samboende) utförs två tredjedelar av insatserna av make eller maka och en tredjedel av barn. En viktad timkostnad blir då 91 kr/timme.

Produktionsbortfall

Demenssjukdom är ingen vanlig orsak till förtidspension eller sjukersättning. Enligt Riksförsäkringsverkets statistik fanns det i slutet av 1990-talet ca 900 personer som hade förtidspension av något slag enligt ICD-9-klassifikationen.

År 2005 beviljades 265 personer sjukersättning pga. någon av ICD-10-diagnoserna för demens. Dessutom fanns ca 100 pågående sjukfall, totalt ca 365 personer. Antalet sedan tidigare pågående fall finns inte med i denna statistik. I den förra rapporten antog vi att 1000 personer hade förtidspension pga. demens år 2000. Vi antar nu att 1250 personer har sjukersättning eller är sjukskrivna på grund av demens. Vi har inte inkluderat eventuell sjuklighet hos anhöriga till dementa.

Som enhetskostnad för detta produktionsbortfall (indirekt kostnad) har vi använt en genomsnittsinkomst för åldersgruppen 55–64 år (alla yrken), 306 000 kronor [43], då det är i denna åldersgrupp som de flesta fallen av sjukersättning eller sjukskrivning på grund av demens äger rum.

Justeringar

I den föregående rapporten ingick justeringar för episoder av sluten vård för kostnaderna för hemtjänst, informell vård och säbo. Dessa poster var mycket små (mindre än 200 miljoner kr). Då vi anser att antagandena för justeringarna är osäkra tar vi inte med dessa justeringar denna gång.

Kostnader orsakade av demenssjukdomarna

En metod för att uppskatta kostnader som enbart är orsakade av demenssjukdomarna är att studera kostnader för dementa och icke dementa och sedan anta att skillnaden är betingad av demenssjukdomarna.

I den tidigare nämnda Nordanstigsdatabasen finns tämligen detaljerade data om formell och informell vård som kan användas för att studera skillnader i kostnader mellan dementa och icke dementa och därigenom uppskatta en kostnad som går att härleda till demenssjukdomarna.

Förutom att det är möjligt att studera skillnader i tidsåtgång i ordinärt boende, både beträffande formell och informell vård, så har man i Nordanstig [28] också studerat skillnader i tidsåtgång mellan dementa och icke dementa (tabell 7) i säbo. Omräknat till 2005 års kostnadsläge (bas = mediankostnad 2005) [31] blir dygnskostnaden för dementa 1 481 kr och för icke dementa 1 156 kr.

Från dessa dygnskostnader räknas sedan de s.k. hotellkostnaderna bort. I en tidigare rapport från Socialstyrelsen utgjorde ”vårdkostnaderna” i olika säboformer 74–86 procent [44]. Vårdkostnaderna är totalkostnaderna minus hotellkostnaderna. Vi har därför räknat bort 20 procent (som i huvudsak antas utgöra hotellkostnader) från säbo-kostnaderna, vilket då ger en dygnskostnad i säbo på 1 185 kr för dementa och 925 kr för icke dementa.

En longitudinell ansats

I idealfallet kan en grupp dementa följas från debut av sjukdomen till livets slut med data om resursutnyttjande och kostnader under förloppet och med en icke-dement jämförelsegrupp. Den typen av studie finns ännu inte. Det är dessutom svårt att göra en sådan studie eftersom en del personer som i inledningen är ”ej dementa” så småningom utvecklar demenssjukdom. En databas för longitudinella studier finns i Kungsholmsprojektets s.k. fallkontrolldel [45]. Där har personer som var dementa 1987 följts och jämförts

med dem som inte var dementa 1987 med avseende på boende [46]. Studien följer alltså dementa med etablerad demens i olika stadier (s.k. prevalent fall) och inte nyinsjuknade (incidenta) fall, vilket hade varit att föredra. Även om databasen är unik på det sättet att boendet analyserats under mycket lång tid (nästan 20 år) blir kostnadsberäkningarna och de efterföljande simuleringarna något osäkra, men i bilaga 2 finns den analysen presenterad.

Känslighetsanalys

För att undersöka hur osäkra faktorer påverkar stabiliteten i kostnadsberäkningarna brukar man utföra en känslighetsanalys. Vi använder här s.k. envägs känslighetsanalys, i vilken en osäker faktor i taget varieras. Följande faktorer ingår i känslighetsanalysen: alternativa prevalenssiffror, andra timkostnader för informell vård (dels utifrån antagandet att informell vård ersätts med hemtjänst [”ersättningsansats”] dels ett nollvärde) och hemtjänst, annan omfattning av informell vård, annan timkostnad för hemtjänst, en alternativ andel dementa som bor i säbo samt alternativa dygnskostnader i säbo.

Resultat

I tabell 8 sammanfattas de ingående enhetskostnaderna för de olika formella och informella vårdkategorierna som presenterats ovan och som ingår i huvudalternativet.

Tabell 8. Enhetskostnader

	2005	2000
Landsting		
Sluten vård	DRG/episod: 27 358 kr	3 000/vårddag
Geriatrisk klinik	Do	2 400/vårddag
Psykiatrisk klinik	Do	2 900/vårddag
Besök akutmottagning	2 253	1 750
Mottagningsbesök specialist	3 500	Inräknades i demensutredningar
Mottagningsbesök allmänläkare	1006	600
Annan poliklinisk vård (per besök)	403	300
Läkemedel nivå 1	2 259 + AUP	2 100
Läkemedel nivå 2	3 657 + AUP	3 400
Läkemedel nivå 3	3 926 + AUP	3 650
Diagnostik (incidens)	5 900 (primärvård) 6 000 (specialist)	5 000
Kommun		
Sjukhem (per år)	546 000	438 000
Gruppboende (per år)	546 000	438 000
Övrig säbo (per år)	454 000	248 200
Dagvård för dementa (oftast kommunal)(per besök)	645	600
Hemtjänst (per timme)	350	215
Informell vård (per timme)		
Informell vård mild demens	91	50
Informell vård måttlig demens	91	50
Informell vård grav demens	91	50
Produktionsbortfall (patienter; per år)	306 000	194 000

Kostnaderna för demenssjukdomarna beräknas till 50,1 miljarder kr för år 2005 i löpande priser (tabell 9). Den största andelen utgörs av kostnader för särskilda boendeformer – ca 33 miljarder kronor eller ca 67 procent av totalkostnaderna – att jämföra med drygt 25 miljarder år 2000 (67 procent), dvs. säbo-andelen av kostnaderna är oförändrad.

Tabell 9. Demenssjukdomarnas samhällskostnader 2005 och 2000* (huvudalternativet)

	2005	2000
Landsting		
Sluten vård	775	278
Geriatrisk klinik		276
Psykiatrisk klinik		300
Besök akutmottagning	164	117
Mott besök specialist	147	
Mottagningsbesök allmänläkare	286	80
Annan poliklinisk vård	229	80
Läkemedel	790	386
Diagnostik (incidens)	202	125
Summa landsting	2 594	1 642
Kommun		
Sjukhem per år	12 286	10 074
Gruppboende	12 559	6 132
Övrig säbo	8 609	9 432
Dagvård för dementa	419	390
Hemtjänst	8 604	5 360
Summa kommun	42 478	31 388
Informell vård		
Informell vård mild demens	2 684	3 528
Informell vård måttlig demens	752	1 113
Informell vård grav demens	1 206	743
Summa informell vård	4 642	5 384
Produktionsbortfall (patienter)	383	194
SUMMA**	50 097	38 608

* se tidigare kommentar om justeringar

** eventuella summeringsdiskrepanser beror på avrundningar

Den kommunala andelen av kostnaderna, som är den i särklass största, har ökat mellan 2000 och 2005 (tabell 10), trots att antalet platser i säbo har minskat. Den informella vårdens andel har minskat, främst beroende på att en annan källa för omfattningen använts (se tabell 7). Om enhetskostnaderna från år 2005 används på situationen år 2000 (tabell 10), blir totala kostnaderna ungefär lika stora år 2000 och 2005, men kostnaden per dement blir högre år 2000, då antalet dementa var lägre.

Tabell 10. Demenssjukdomarnas samhällskostnader 2005 och 2000 fördelade på olika aktörer

	2005		2000		2000 med 2005 års enhetskostnader*	
	Kr	%	Kr	%	Kr	%
Landsting	2 594	5,2 %	1 642	4,3 %	1 554	3,1 %
Kommun	42 478	84,8 %	31 388	81,3 %	44 297	89,3 %
Informell vård	4 642	9,3 %	5 384	13,9 %	3 463	7,0 %
Produktionsbortfall	383	0,8 %	194	0,5 %	306	0,6 %
Summa	50 097	100 %	38 608	100 %	49 619	100 %
Prevalens	142 200		133 000		133 000	
Per dement	352 300		290 300		373 100	

*Samma underlaget för informell vård (timmar) används för 2005 och 2000

Känslighetsanalys

När prevalensen av demens varierar blir kostnadsförändringen mindre än förändringen i prevalens och kostnaden per dement ökar när prevalensen antas minska (tabell 11). Det beror på att andelen som bor i säbo i alla alternativ bedöms vara oförändrad jämfört med huvudalternativet.

Tabell 11. Kostnader för demens när prevalensen varierar (miljoner kr).

	Basalternativ	Prevalens Eurodem et al	Prevalens Ferri et al	Prevalens Lobo et al
Prevalens	142 200	136 700	130 800	113 500
Landsting	2 594	2 544	2 491	2 335
Kommun	42 478	41 869	41 216	39 301
Informell vård	4 642	4 313	3 961	2 928
Produktionsbortfall	383	383	383	383
Totalt	50 097	49 108	48 050	44 947
Per dement (kr)	352 300	359 200	367 400	396 000

Variationen av informell vård, både när det gäller omfattning och prissättning, medför betydligt större variationer än när prevalensen varierar och resulterar i en total kostnadsvariation på 45–90 miljarder kr (tabell 12). I den sistnämnda beräkningen ingår både tillsynsfaktorn och en timersättning som motsvarar hemtjänst. Den totala kostnaden för informell vård (ca 45 miljarder) blir då betydligt högre än för all säbo (33 miljarder) och årskostnaden

per dement i ordinärt boende (formell och informell vård) blir ca 682 000 kr/år att jämföra med 519 000 kr per dement i säbo.

Tabell 12. Kostnad för demens när omfattningen och kostnaden för informell vård varierar.

	Basalternativ	Informell vård = 0	ADL + tillsyn	Ersättningsansats ADL*	Ersättningsansats ADL + tillsyn*
Landsting	2 594	2 594	2 594	2 594	2 565
Kommun	42 478	42 478	42 478	42 478	42 478
Informell vård	4 642	0	11 618	17 765	44 468
Produktionsbortfall	383	383	383	383	383
Totalt	50 097	45 454	57 071	63 219	89 922
Kostnad per dement	352 300	319 700	401 300	444 600	632 400

*En timkostnad motsvarande hemtjänst (350 kr/timme).

När hemtjänstkostnaden sätts till 212 kr/timme minskar kostnaderna med drygt 3 miljarder (tabell 13).

Tabell 13. Kostnad för demens när kostnaden för hemtjänst varierar.

	Basalternativ	Hemtjänst 212 kr/timme
Landsting	2 594	2 565
Kommun	42 478	39 085
Informell vård	4 642	4 642
Produktionsbortfall	383	383
Totalt	50 097	46 702
Kostnad per dement	352 300	328 400

Om andelen dementa i säbo antas vara oförändrad jämfört med år 2000 (dvs. 80 procent på sjukhem, 100 procent i demensboende och 50 procent i övrig säbo) ökar kostnaderna marginellt (tabell 14). Om all säbokostnad antas motsvara 25:e percentilen påverkar detta kostnaderna i större utsträckning medan en kostnad motsvarande 75:e percentilen påverkar mindre.

Tabell 14. Andelen dementa samt kostnaden i Säbo varierar.

	Basalternativ	Andel dementa på sjukhem 80 %, i övrig säbo 50 %*	Kostnad all säbo 25:e percentilen (1244 kr/dygn)	Kostnad all säbo 75:e percentilen (1496 kr/dygn)
Landsting	2 594	2 590	2 594	2 594
Kommun	42 478	44 758	38 292	44 221
Informell vård	4 642	4 269	4 642	4 642
Produktionsbortfall	383	383	383	383
Totalt	50 097	52 000	45 910	51 839
Per dement	352 300	365 700 kr	322 800 kr	364 500 kr

*Andelen dementa i gruppboende antas fortfarande vara 100 %

Uppskattning av kostnader orsakade av demenssjukdomar

I alla alternativen ovan har vi beräknat kostnader för personer med demenssjukdomar.

Tabell 15 redovisar kostnaderna för dementa och icke dementa i kostnadsdatabasen från Nordanstig. I den har kostnader för 904 personer (726 utan demenssjukdom och 178 personer med demenssjukdom) beräknats i detalj med hjälp av samma enhetspriser som i tabell 8.

Årskostnaden per dement person är ca 355 700 kr (tabell 15), jämfört med 352 300 kr i huvudalternativet. Kostnaden för en person utan demenssjukdom är knappt 87 000 kr. Det betyder att vi kan anta att en kostnad på ca 269 000 kr är betingad av demens.

Tabell 15. Årskostnad för dementa och icke dementa från Nordanstigskostnadsdatabasen (i 2005 års kostnadsläge).

	Säbo		Hemtjänst		Informell vård		Landsting		Summa per person
	Kr	%	Kr	%	Kr	%	Kr	%	
Dementa	255 303	72	56 906	16	31 140	9	12 373	3	355 722
Ickedementa	31 015	36	25 332	29	16 712	19	13 820	16	86 879
Skillnad	224 288	83	31 574	12	14 428	5	-1 447	<-1	268 843

Den procentuella fördelningen skiljer sig åt för dementa och icke dementa, eftersom de icke dementas kostnader är mer jämnt fördelade mellan de olika kostnadsslagen. Nyttjandet av slutenvård är dock i stort sett lika.

Om en ren botten up-beräkning genomförs, baserad på en prevalens på 142 200 dementa blir totalkostnaden ca 50,6 miljarder kr och kostnaden som antas bero på demens ca 38,2 miljarder kronor. Totalkostnaden är i god överensstämmelse med beräkningarna enligt den nationella modellen, tabell 9. "Hotellkostnaderna" och en del andra kostnader, t.ex. dagvård, diagnostik och öppenvårdsbesök, är dock inte med i resultaten i tabell 15, och därför är underlaget för kostnadsberäkningarna för demenssjukdomarna egentligen högre än i huvudalternativet i tabell 9. Dessutom var andelen dementa som bodde i säbo i Nordanstig högre än i den nationella modellen. Om Nordanstigsdatabasen justeras så att andelen av de dementa som bor i säbo blir densamma (ca 45 procent) och en genomsnittskostnad för dementa i ordinärt boende används för de dementa som har "överförts" till ordinärt boende, får vi resultat enligt tabell 16. Kostnaden som bygger på ursprungsdata blir 38,2 miljarder medan den justerade kostnaden blir ca 36,5 miljarder (varav kommunala kostnader 36,4 respektive 30,9 miljarder).

Tabell 16. Kostnad för demenssjukdomar per år, baserad på Nordanstigsdata (2005 års priser).

	Grunddata		Justerad modell	
	Per person	Årskostnad (miljoner kr) om prevalens 142 200	Per person	Årskostnad (miljoner kr) om prevalens 142 200
Dementa	355 722	50 584	333 285	47 393
Ickedementa	86 879		76 891	
Skillnad	268 843	38 230	256 394	36 459

Vi kan bedöma rimligheten i dessa siffror mot vad äldreomsorgen och sjukvården av äldre kostar, dvs. ca 161,5 miljarder kr år 2005 [47].

Beräkningssätten varierar, men till kostnaden för de dementa ska då läggas kostnaden för icke dementa. Den är ca 77 000 kr enligt ovan, utslaget på hela gruppen, dvs. även de som inte har några insatser alls. Det gäller drygt 1,4 miljoner icke dementa pensionärer, vilket blir ca 108 miljarder kronor.

Detta tyder på att resultaten för dementa och icke dementa återspeglar kostnader som ryms inom ramen för vad äldreomsorgen och sjukvården för äldre kostar (det tyder t.o.m. på en viss underskattning).

Om kostnaderna uttrycks som kostnader i olika grader av kognitiv nedsättning enligt den s.k. CDR-skalan (Clinical Dementia Rating scale) [48] kommer ett tydligt samband fram mellan kostnader och grad av kognitiv nedsättning (tabell 17).

Tabell 17. Årskostnad enligt CDR, s.k. bottom up från Nordanstigskostnadsdatabasen (i 2005 års kostnadsläge).

CDR	Kognitiv nedsättning	Grunddata	Justerad modell
		Årskostnad	Årskostnad
0	Ingen	73 412	64 644
0,5	Lätt	191 170	177 022
1	Mild	284 456	253 132
2	Måttlig	368 585	347 443
3	Svår	430 771	418 237

Det kan verka konstigt att personer med t.ex. mild kognitiv nedsättning kan ha en så förhållandevis hög årskostnad. I säbo finns dock personer med stora fysiska hjälpbehov (anledningen till att de bor i säbo) som dessutom har en mild kognitiv nedsättning.

Diskussion

Samhällskostnaderna för vård av och omsorg om personer som drabbas av demenssjukdom är omfattande. Totalt är de ca 50,1 miljarder kronor år 2005, varav 35–38 miljarder kr bedöms kunna hänföras till demenssjukdom, enligt de här presenterade beräkningarna. Merparten av dessa kostnader faller på kommunerna, ca 42,5 miljarder kronor. Det kan relateras till de drygt 80 miljarder kronor [47] som var den totala kostnaden för kommunal vård av och omsorg om äldre år 2005. Liksom i den föregående studien är inte landstingens andel av kostnaderna för demensvård speciellt höga, även om det kan finnas underskattningar i diagnossättande i samband med slutenvård, speciellt när det gäller bidiagnoser.

Den informella vården – de anhörigas insatser för de demenssjuka – är omfattande. De anhöriga utför i det tysta mycket omfattande insatser för sina närstående dementa. Hur informell vård ska kvantifieras och värderas i termer av pengar är en svår och kontroversiell fråga. I huvudalternativet har vi använt en förhållandevis konservativ värdering av den informella vården. Men känslighetsanalysen visar samtidigt att det är denna del av kostnadsberäkningarna som är mest känslig för vilka antaganden som görs, och som medför en stor spridning i kostnadsalternativen. Eftersom detta också är en viktig faktor när olika s.k. cost of illness-beräkningar jämförs, både när det gäller olika studier i ett land och mellan länder, så är det av stor vikt att kunna redovisa detaljerna i beräkningsmetoderna.

Det finns få svenska studier att jämföra med. I en tidig svensk studie bedömdes bruttokostnaderna vara ca 31 miljarder [49] men i den studien var underlagen bristfälliga, speciellt beträffande den informella vården. I en nordisk studie, där de flesta patienterna var från Sverige, beräknades kostnaden per dement person till ca 172 000 kr/år i 2003 års kostnadsläge [50], dvs. lägre än i denna studie. Vid jämförelse av kostnaderna i olika stadier av demenssjukdomen var dock överensstämmelsen bättre. Andelen boende i särskilt boende var lägre än i denna rapport och det kan vara svårt att göra direkta jämförelser eftersom även övriga nordiska länder ingick.

Den kostnad som presenteras i huvudalternativet är en kostnad för personer med demenssjukdom, oavsett om kostnaden beror på demenssjukdomen eller något annat, t.ex. annan sjuklighet. Den kostnad som är enbart beror på demenssjukdomarna är mycket svårare att mäta och här är vi i betydligt större utsträckning tvingade att göra uppskattningar med olika ansatser (den kostnaden kallas ibland nettokostnaden). När det gäller säbo ska bl.a. s.k. ”hotellkostnader”, dvs. kostnader för boende och mat m.m., räknas bort. I den föregående rapporten använde vi flera metoder för att uppskatta dessa kostnader, då vi saknade direkt jämförande studier mellan dementa och icke dementa.

Data för den typen av studier skulle vi kunna hämta via stora nationellt täckande individbaserade register med uppgifter om kostnader och diagnoser. Dock saknas sådana register idag och dessutom skulle sådana register

troligen innehålla endast personer som är kända av vårdsystemet ("formell vård"). Dementa med endast informell vård skulle inte komma med i beräkningarna. En annan källa kan vara populationsbaserade studier som är representativa för Sveriges befolkning med uppgifter om resursutnyttjande, kostnader och diagnoser (både demensdiagnoser och andra diagnoser för att kompensera för annan samtidig sjuklighet). I Sverige finns sedan länge longitudinella populationsbaserade studier med demensinriktning, t.ex. H70 och Kungsholmsprojektet, men dessa projekt har i sina ursprungsuppläggningar varit bristfälliga när det gäller hälsoekonomiska analyser. Det har dock varit möjligt att göra en del hälsoekonomiska analyser i Kungsholmsprojektet och i SNAC torde förutsättningarna vara ännu bättre [17].

I uppskattningarna för kostnader som enbart beror på demenssjukdomar har vi denna gång byggt på underlaget från Nordanstigs kommun, eftersom det är den enda källan där kostnader för personer med demens respektive utan demens (diagnostiserade enligt vetenskapliga principer) har mätts på ett enhetligt sätt. Både formell vård inom kommun och landsting och informell vård ingår. Självfallet kan representativiteten i att använda en kommun med 10 000 invånare starkt ifrågasättas. Enligt databasen från Nordanstig, bodde en något större andel av de dementa i säbo än i riket i övrigt. Å andra sidan är Nordanstigs kommun beträffande platser i säbo och omfattningen av hemtjänst tämligen väl i nivå med riksgenomsnittet. I en jämförelse mellan Nordanstig och Kungsholmen i Stockholm, inom ramen för Kungsholmsprojektet, var prevalensen av demenssjukdom lika stor [51]. Det går i nuläget inte att bedöma om det populationsbaserade underlaget för informell vård från Nordanstig är representativt, eftersom det saknas jämförelsematerial över huvud taget.

Om de tre olika metoderna som använts för att beräkna kostnad per dement person för enbart demens jämförs, är det rimligt att anta att kostnaderna för demenssjukdomar är ca 35–38 miljarder kr på årsbasis eller ca 246 000–269 000 kr per person.

Skillnad 2000 och 2005?

Har då kostnaderna för vård och omsorg om dementa ökat eller minskat under perioden 2000–2005? Av metodologiska skäl ska dessa resultat i första hand bedömas som en förnyad och förbättrad beräkning av demenssjukdomarnas samhällsekonomiska kostnader. I andra hand kan man diskutera om det har skett någon förändring av kostnaderna mellan 2000 och 2005.

Vid en första anblick kan det tyckas som om kostnaderna har ökat, från drygt 38 miljarder till ca 50 miljarder, dvs. med ca 30 procent. Det verkar ju konstigt, eftersom antalet dementa i särskilt boende – som är den största "kostnadsdrivaren" – har minskat under samma period enligt vår kostnadsmodell.

Vi måste beakta flera faktorer när vi analyserar förändringarna i kostnader. För det första har antalet dementa ökat med ca 7 procent mellan 2000 och 2005, från ca 133 000 till drygt 142 000 personer.

För det andra har vi använt en annan prissättning på olika insatser år 2005 som inte enbart är en uppräkningsindex enligt något prisindex, utan också bygger på nya beräkningsgrunder. Detta har t.ex. medfört att kostnaden för en hem-

tjänststimme i huvudalternativet är betydligt högre liksom att timkostnaden för informell vård är nästan dubbelt så stor 2005 som år 2000.

Vad som också påverkar analysen är hur stor omfattning anhörigas och närståendes insatser är för de demenssjuka. Den minskning som tycks ha skett mellan 2000 och 2005 beror helt enkelt på att de underliggande källorna är olika. Tillgång till nya och mer tillförlitliga data har inneburit förändrade antaganden i analysen. År 2005 användes ett populationsbaserat underlag medan det enda tillgängliga underlaget år 2000 var en studie där de dementa och de anhöriga på olika sätt hade kontakt med vårdsystemet. Detta medför att anhöriginsatserna uttryckt i antal timmar hjälp till de demenssjuka år 2005, är lägre än siffrorna för år 2000. Vi bedömer att ett populationsbaserat underlag är tillförlitligare.

Slutligen får också förändringar av strukturen i vården och omsorgen, till exempel hur många platser i särskilt boende som finns och var de demenssjuka bor i särskilt boende, stor betydelse för utfallet för kostnadsberäkningarna. Enligt socialtjänststatistiken [31] har antalet platser i särskilt boende för äldre minskat från cirka 119 000 till drygt 100 000, under åren 2000 till 2005. Hur minskningen fördelas över olika typer av särskilt boende går dock inte att utläsa av statistiken.

I vår kostnadsmodell har antalet dementa som bor i särskilt boende minskat med ca 10 000. Samtidigt har antalet dementa personer ökat med ca 10 000. Baserat på beräkningar från bland annat Socialdepartementet [22] antas utvecklingen ha inneburit att antalet demenssjuka i sjukhem och på demensboende är relativt sett fler och att antalet dementa personer i övrigt särskilt boende är färre. Eftersom vi saknar underlag på nationell nivå kan vi dock inte bedöma hur säkra dessa antaganden är.

I huvudalternativet har vi bedömt att andelen dementa i olika typer av särskilt boende som ”sjukhem” och ”övrig säbo” är lägre 2005 än år 2000, medan antalet platser i demensboende är högre. I särskilt boende uppskattar vi att dygnskostnaden för sjukhemsboende och demensboende har ökat från 1 200 till 1 496 kronor per dygn (25 procent) medan kostnaden för annat särskilt boende antas ha ökat mer, från 680 till 1 244 kronor per dygn (83 procent). Det behöver inte betyda att det har skett en verklig kostnadsökning. Ökningen kan lika gärna bero på en ändrad bedömning av vad som ingår i dygnskostnaden.

Sammanfattningsvis bedömer vi att vi har bättre underlag för kostnadsberäkningarna i denna studie, än vid den förra beräkningen.

Det är också svårt att jämföra kostnadsberäkningarna för enbart demenssjukdomarna eftersom underlaget denna gång är helt annorlunda (och bättre). Med det nya sättet att göra beräkningarna så verkar dock demenssjukdomarnas andel av de totala kostnaderna för dementa vara ungefär lika stor 2005 som 2000, ca 70–75 procent.

Resultatet av de simuleringar som genomförts med hjälp av longitudinella data (se bilaga 2), speglar också att faktorer som överlevnadstid, samt boende- och vårdform med demenssjukdom, spelar en avgörande roll för utfallet av kostnadsberäkningarna. Total boendetid i säbo påverkar påtagligt kostnadsutfallet. Det gör även överlevnadstid men idag finns det inte några belegg för att olika behandlingsåtgärder påverkar dementas överlevnad [10].

Det är alltså inte enkelt att svara på frågan om kostnaderna hade ökat eller minskat. Om man använder 2005 års enhetskostnader på underlaget från år 2000 verkar det dock snarare som om kostnaderna minskat något mellan 2000 och 2005, från ca 373 000 till 352 000 per dement. Om nu kostnaderna för demenssjukdomar, uttryckt som kostnad per dement person, har minskat – går det då att förklara varför? Den rimligaste förklaringen är naturligtvis att antalet platser i särskilt boende har minskat. Men om orsakerna till att detta har skett har någon koppling till vården av de demenssjuka gå inte att bestämma. Finns det något samband till den ökande användningen av läkemedel vid demenssjukdomar? Har omvårdnaden eller stödet till de anhöriga förbättrats [52]? Kan förklaringen vara att även bland de dementa har den allmänna hälsan förbättrats, liksom för den äldre befolkningen i övrigt de sista decennierna?

COI-studier kan egentligen inte användas för att besvara sådana frågor. Dessutom säger COI-studier inget om kvaliteten i vården och följaktligen går det heller inte att säga något om utvecklingen av ”kostnadseffektiviteten” i vården. På sin höjd kan man få fram ett antal hypoteser. Det krävs kontrollerade interventionsstudier eller möjligen longitudinella observationsstudier av populationer för att belysa sådana frågeställningar. En annan källa skulle kunna vara nationellt täckande individbaserad statistik, där data om diagnoser, sjukdomsgrad och funktionsförmåga kopplade till uppgifter om boende eller vårdnivå, hjälpinsatser och behandlingar av olika slag skulle kunna ge en betydligt mer informativ bild än dagens mängdstatistik.

Slutsatser

Samhällets kostnader för vård och omsorg av dementa är så omfattande att speciella åtgärder måste vidtas inom olika samhällssektorer, något som också har påtalats av Nationella Demensrådet [53]. Inom vården och omsorgen är det framförallt kommunerna som måste utveckla strategier för att möta de växande behoven på grund av demenssjukdom.

Som en följd av Socialdepartementets utredning ”På väg mot en god demensvård” [22] har ett nationellt genombrottsprojekt kommit till på demensområdet. Likaså har statliga satsningar på att höja kompetensen bland vårdpersonal ofta handlat om utbildning i demensvård. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har i ett omfattande demensprojekt [10] gått igenom det vetenskapliga underlaget för utredning och behandling av demenssjukdomar, något som Socialstyrelsen kommer att använda i sitt uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för demensvård. Från och med 2007 finns också särskilda statliga stimulansmedel för kommuner och landsting, som bl.a. syftar till att öka kvaliteten i demensvården.

I ett annat projekt med stöd av Socialstyrelsen ska ett nationellt individbaserat kvalitetsregister, Svedem, byggas upp. I ett stort svenskt forskningskonsortium, Swedish Brain Power, ingår forskning kring demenssjukdomar som en mycket viktig del. Socialstyrelsen har också fått i uppdrag av regeringen att organisera ett nationellt kompetenscentrum för demensfrågor under 2007. SNAC-projektet kommer att kunna ge ett viktigt vetenskapligt faktaunderlag om demensvården, bl.a. beträffande förekomst, boende, funktionsförmåga, resursutnyttjande och kostnader. Folkhälsoinstitutet har också

presenterat rapporter där den växande vissheten om värdet av förbyggande insatser när det gäller kognitiv funktionsförmåga diskuteras. Anhörigorganisationerna, Alzheimerföreningen och Demensförbundet gör enastående insatser för att stötta de dementa och deras anhöriga. Det viktiga är att alla dessa processer fullföljs och att de erfarenheter och kunskaper som finns kan samordnas och spridas på bästa sätt.

Referenser

1. Wimo A, Karlsson G, Winblad B, Sandman PO. Vården av dementa. En tickande kostnadsbomb? *Nordisk Medicin* 1995;110:127–130.
2. Wimo A, Jonsson L. Demenssjukdomarnas samhällskostnader (The societal costs of dementia) (in Swedish). Stockholm, Sweden: Socialstyrelsen (The National Board of Wealth and Health care); 2001.
3. Sobocki P, Lekander I, Borgstrom F, Strom O, Runeson B. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *Eur Psychiatry* 2007;22(3):146–52.
4. Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen HU, Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005;12 Suppl 1:1–27.
5. Henriksson F, Agardh CD, Berne C, Bolinder J, Lonnqvist F, Stenstrom P, et al. Direct medical costs for patients with type 2 diabetes in Sweden. *J Intern Med* 2000;248(5):387–96.
6. Ghatnekar O, Persson U, Glader EL, Terent A. Cost of stroke in Sweden: an incidence estimate. *Int J Technol Assess Health Care* 2004;20(3):375–80.
7. Borgstrom F, Zethraeus N, Johnell O, Lidgren L, Ponzer S, Svensson O, et al. Costs and quality of life associated with osteoporosis-related fractures in Sweden. *Osteoporos Int* 2006;17(5):637–50.
8. Jarl J, Johansson P, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham UG, Hemström Ö, et al. Till vilket pris? Om alkoholens kostnader och hälsoeffekter i Sverige 2002. Stockholm: SoRAD; 2006. Report No.: Forskningsrapport nr 37-2006.
9. Johnson A. 50 miljarder kostar supen. Stockholm: Sober förlag; 1983.
10. SBU. Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2006.
11. Hofman A, Rocca WA, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Cooper B, et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. Eurodem Prevalence Research Group. *Int J Epidemiol* 1991;20(3):736–48.
12. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology* 2000;54 (11 Suppl 5):S4–9.
13. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005;366(9503):2112-7.

14. De Carli C. Mild cognitive impairment: prevalence, prognosis, aetiology and treatment. *Lancet Neurol* 2003;2(1):15-21. .
15. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens statistkdatabaser. In; 2007. p. <http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/>.
16. SKL. Kostnadsuppgifter mm per DRG totalt för databasen 2005. In; 2005. p. http://stat.skl.se/kppprod/FR05/rap_vikt_tot_2005.htm.
17. Lagergren M, Fratiglioni L, Hallberg IR, Berglund J, Elmstahl S, Hagberg B, 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):158–68.
18. Lagergren M, Holst G, Rahm-Hallberg I, Wimo A. Behov och insatser för de äldre i SNAC-kommunerna. Jämförelser från SNAC baslinjeundersökningar 2001 i Karlskrona, på Kungsholmen, i Nordanstig och i Skåne. Stockholm: Stockholm Gerontology Research Center (Stiftelsen Äldrecentrum); 2002. Report No.: SNAC-K rapport nr 3.
19. Wimo A, Persson G, BM. S, Lagergren M. SNAC i Nordanstig- Resultat från delprojektet Vårdsystem - baslinjeundersökning våren 2001. Stockholm: Stockholm Gerontology Research Center (Stiftelsen äldrecentrum); 2002. Report No.: SNAC-rapport nr 4.
20. Österman J, Lagergren M, Lundberg L. Vårdkonsumtion bland äldre boende på Kungsholmen och Essingeöarna. SNAC-K rapport nr 6. Stockholm; 2004. Report No.: Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum 2004:4.
21. Hallberg IR, Karlsson S, Westergren A, Dozet A, Lithman T, Elmstahl S, et al. Kommunal och regional vård till äldre. Vård och omsorg i Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad till personer 65 år och därover, våren 2001. Lund: Institutionen för omvårdnad, Lunds universitet, Region Skåne och Samhällsmedicinska institutionen, UMAS, Lunds universitet; 2001. Report No.: 1. En delstudie i SNAC (GÅS).
22. Socialdepartementet. På väg mot en god demensvård. (The Ministry of Social affairs. Heading towards a good dementia care. The society's support to people with dementia and their families. Stockholm, Sweden, Socialdepartementet, 2003, Ds 2003:47 (in Swedish). Stockholm: Socialdepartementet; 2003. Report No.: Ds 2003:47.
23. SKL, CPK. Arbetsprocessen för nationella prospektiva vikter - En beskrivning av arbetet 2005 och i framtiden och de nationella prospektiva viktlistorna för 2006. Stockholm: ÖV SKL; 2006.
24. Socialstyrelsen, SKL. Patientrelaterad redovisning av verksamhet och kostnader(KPP) inom primärvård. Metod, genomförande och användning med exempel från Borlänge sjukhus. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Report No.: 2005-124-5.
25. SKL. Landstingen och regionerna i diagram och siffror 2004 (tabellbilaga). Stockholm: SKL; 2004.

26. Demensförbundet. Sammanställning av Demensförbundets anhörigenkät. Stockholm: Demensförbundet; 2003.
27. Jedenius E, Wimo A, Strömkvist J, Jönsson L, Andreasen N. Costs of diagnostics of dementia in a Swedish setting (working title). Manuscript in preparation.
28. Nordberg G, Wimo A, Jönsson L, Kåreholt I, Sjölund B, Lagergren M, 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.
29. Lagergren M, Hallberg IR, Holst G, Wimo A. Behov och insatser för de äldre i SNAC-kommunerna. Lund: Medicinska fakulteten, Lunds universitet och Region Skåne; 2003.
30. Engstrom B. Vad är särskilt i särskilt boende för äldre. En kartläggning. (What is special in the special housing for the elderly. A survey) In Swedish. Stockholm: Socialstyrelsen (The National Board on Health and Welfare); 2001.
31. Socialstyrelsen. Jämförelsetal för socialtjänsten 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
32. Nordberg G, von Strauss E, Kåreholt I, Johansson L, Wimo A. 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):862–871.
33. SKL. Hemtjänsttimmen – vad kostar en time brukartid? Stockholm: Sveriges Kommuner och lansting (SKL); 2007 .
34. Wimo A, Mattsson B, Adolfsson R, Eriksson T, Nelvig A. Dementia day care and its effects on symptoms and institutionalization--a controlled Swedish study. *Scand J Prim Health Care* 1993;11(2):117–23.
35. Wimo A, Mattsson B, Krakau I, Eriksson T, Nelvig A. Cost-effectiveness analysis of day care for patients with dementia disorders. *Health Econ* 1994;3(6):395-404.
36. Wimo A, Wallin JO, Lundgren K, Ronnback E, Asplund K, Mattsson B, et al. Impact of day care on dementia patients – costs, well-being and relatives' views. *Fam Pract* 1990;7(4):279–87.
37. Wimo A, von Strauss E, Nordberg G, Johannsson L. Time spent on informal and formal caregiving for persons with dementia in Sweden. *Health Policy* 2002;61:255–68.
38. Wimo A, Wetterholm AL, Mastey V, Winblad B. Evaluation of the resource utilization and caregiver time in Anti-dementia drug trials - a quantitative battery. In: Wimo A, Jonsson B, Karlsson G, Winblad B, editors. *The Health Economics of dementia*. London: John Wiley & Sons; 1998. p. 465-499.
39. van den Berg B, Spauwen P. Measurement of informal care: an empirical study into the valid measurement of time spent on informal caregiving. *Health Econ* 2006;15(5):447–60.

40. SCB. Average hourly wages, private sector (data on file). In. Stockholm: Statistiska Centralbyrån; 2007.
41. Vägverket. Vägverkets samhällsekonomiska kalkylmodell. Ekonomisk teori och värderingar. Stockholm: Vägverket (Swedish Road Authority); 1997.
42. Wimo A, von Strauss E, Nordberg G, Sassi F, Johansson L. Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden. *Health Policy* 2002;61(3):255–68.
43. StatisticsSweden.
<http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/Visavar.asp?yp=pqacwu&xu=00211035&omradekod=AM&huvudtabell=LonYrkeAlder&omradetext=Arbetsmarknad&tabelltext=Genomsnittlig+grund%2D+och+m%E5nads+l%F6n+samst+kvinnors+l%F6n+i+procent+av+m%E4ns+l%F6n+efter+sektor%2C+yrkesgrupp+%28SSYK%29%2C+k%F6n+och+%E5lder%2E+%C5r&preskat=O&prodid=AM0110&deltabell=&deltabellnamn=Genomsnittlig+grund%2D+och+m%E5nads+l%F6n+samst+kvinnors+l%F6n+i+procent+av+m%E4ns+l%F6n+efter+sektor%2C+yrkesgrupp+%28SSYK%29%2C+k%F6n+och+%E5lder%2E+%C5r&innehall=Antal&starttid=2004&stopptid=2005&Fromwhere=M&lang=1&langdb=1>. In. Stockholm; 2007.
44. Socialstyrelsen. Särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade. Stockholm, 1993. Stockholm; 1993. Report No.: 1993:12.
45. Fratiglioni L, Ahlbom A, Viitanen M, Winblad B. Risk factors for late-onset Alzheimer's disease: a population-based, case-control study. *Ann Neurol* 1993;33(3):258-66.
46. Wimo A. Boende och vårdinsatser för personer med demensjukdom. Stockholm: The national board on health and welfare (Socialstyrelsen); 2005. Report No.: Underlag från experter. Artikelnr 2005-123-5.
47. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. Report No.: Artikelnr 2007-131-12.
48. Berg L. Clinical Dementia rating (CDR). *Psychopharmacology Bulletin* 1988;24:637-639.
49. Wimo A, Karlsson G, Sandman PO, Corder L, Winblad B. Cost of illness due to dementia in Sweden. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12(8):857-61.
50. Jonsson L, Eriksson M, Jonhagen M, Kilander L, Soininen H, Hallikainen M, Waldemar G, et al. Determinants of costs of care for patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21(5):449-59.
51. Nordberg G, von Strauss E, Sjölund B, Wimo A. Comparison of Dementia Prevalence in an Urban and a Rural Population in Sweden: Data from the Kungsholmen-Nordanstig Project. In: 9th congress of the International psychogeriatric Association; 2003; Chicago; 2003.

52. Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology* 2006;67(9):1592-9.
53. Marcusson J, Hoffman W, Klingen S, Minthon L, Sandman PO, Strömqvist J, et al. Demensvården behöver reformeras. Resurserna används inte optimalt--dags att evidensbasera vården. *Lakartidningen* 2006;103(13):1022-4, 1027-8.

Bilagor

Bilaga 1. Uppskattning av förekomst (prevalens) och nya fall (incidens) av demens i Sveriges kommuner 2005. Skattningen bygger på befolkningsstatistik från SCB samt åldersklass specifik demensprevalens och incidens i SBU-rapporten om demens [10].

Bilaga 2. Longitudinell ansats

Bilaga 1. Uppskattning av förekomst (prevalens) och nya fall (incidens) av demens i Sveriges kommuner 2005. Skattningen bygger på befolkningsstatistik från SCB samt åldersklass specifik demensprevalens och incidens i SBU-rapporten om demens [10].

Kommun	Förekomst	Nya fall	Kommun	Förekomst	Nya fall
0114 Upplands Väsby	368	66	0560 Boxholm	101	18
0115 Vallentuna	264	47	0561 Åtvidaberg	216	39
0117 Österåker	340	61	0562 Finspång	386	70
0120 Värmdö	294	53	0563 Valdemarsvik	160	29
0123 Järfälla	688	126	0580 Linköping	2062	368
0125 Ekerö	237	42	0581 Norrköping	1978	353
0126 Huddinge	814	146	0582 Söderköping	207	37
0127 Botkyrka	643	116	0583 Motala	732	131
0128 Salem	131	24	0584 Vadstena	164	29
0136 Haninge	636	114	0586 Mjölby	439	78
0138 Tyresö	361	66	0604 Aneby	121	21
0139 Upplands-Bro	192	34	0617 Gnosjö	132	24
0140 Nykvarn	70	12	0642 Mullsjö	104	18
0160 Täby	795	143	0643 Habo	108	20
0162 Danderyd	582	101	0662 Gislaved	461	82
0163 Sollentuna	679	121	0665 Vaggeryd	223	39
0180 Stockholm	12288	2108	0680 Jönköping	1988	355
0181 Södertälje	992	179	0682 Nässjö	592	105
0182 Nacka	958	168	0683 Värnamo	559	100
0183 Sundbyberg	497	86	0684 Sävsjö	220	39
0184 Solna	1054	184	0685 Vetlanda	500	90
0186 Lidingö	801	140	0686 Eksjö	333	60
0187 Vaxholm	122	21	0687 Tranås	363	65
0188 Norrtälje	934	169	0760 Uppvidinge	215	38
0191 Sigtuna	357	65	0761 Lessebo	162	28
0192 Nynäshamn	352	63	0763 Tingsryd	306	55
0305 Håbo	137	24	0764 Alvesta	334	60
0319 Älvkarleby	163	29	0765 Älmhult	301	54
0330 Knivsta	114	20	0767 Markaryd	206	36
0360 Tierp	393	70	0780 Växjö	1135	203
0380 Uppsala	2333	408	0781 Ljungby	500	89
0381 Enköping	614	109	0821 Högsby	140	25
0382 Östhammar	379	68	0834 Torsås	155	28
0428 Vingåker	165	30	0840 Mörbylånga	241	43
0461 Gnesta	154	27	0860 Hultsfred	302	55
0480 Nyköping	885	159	0861 Mönsterås	237	43
0481 Oxelösund	189	35	0862 Emmaboda	210	37
0482 Flen	301	54	0880 Kalmar	998	177
0483 Katrineholm	627	111	0881 Nybro	399	71
0484 Eskilstuna	1502	268	0882 Oskarshamn	469	84
0486 Strängnäs	475	84	0883 Västervik	732	131
0488 Trosa	141	25	0884 Vimmerby	289	52
0509 Ödeshög	107	19	0885 Borgholm	264	47
0512 Ydre	84	15	0980 Gotland	984	175
0513 Kinda	192	34	1060 Olofström	254	46
			1080 Karlskrona	1087	193
			1081 Ronneby	518	93
			1082 Karlshamn	559	102
			1083 Sölvesborg	301	55
			1214 Svalöv	199	35
			1230 Staffanstorps	208	38
			1231 Burlöv	203	37
			1233 Vellinge	411	74

Kommun	Förekomst	Nya fall
1257 Örkeljunga	183	33
1260 Bjuv	194	35
1261 Kävlinge	312	56
1262 Lomma	265	48
1263 Svedala	212	37
1264 Skurup	214	38
1265 Sjöbo	278	50
1266 Hörby	255	45
1267 Höör	234	42
1270 Tomelilla	240	44
1272 Bromölla	205	37
1273 Osby	261	46
1275 Perstorp	117	21
1276 Klippan	293	52
1277 Åstorp	187	33
1278 Båstad	326	58
1280 Malmö	4550	804
1281 Lund	1273	222
1282 Landskrona	692	123
1283 Helsingborg	2034	362
1284 Höganäs	443	79
1285 Eslöv	461	82
1286 Ystad	547	99
1287 Trelleborg	649	117
1290 Kristianstad	1307	234
1291 Simrishamn	458	83
1292 Ängelholm	724	129
1293 Hässleholm	948	167
1315 Hylte	195	35
1380 Halmstad	1498	267
1381 Laholm	432	77
1382 Falkenberg	747	133
1383 Varberg	945	169
1384 Kungsbacka	857	154
1401 Härryda	334	60
1402 Partille	414	75
1407 Öckerö	187	34
1415 Stenungsund	259	47
1419 Tjörn	229	42
1421 Orust	268	48
1427 Sotenäs	214	39
1430 Munkedal	194	35
1435 Tanum	248	45
1438 Dals-Ed	93	16
1439 Färgelanda	121	22
1440 Ale	305	54
1441 Lerum	417	74
1442 Vårgårda	156	28
1443 Bollebygd	105	19
1444 Grästorp	110	19
1445 Essunga	109	19
1446 Karlsborg	160	28
1447 Gullspång	109	20

Kommun	Förekomst	Kommun
1452 Tranemo	228	40
1460 Bengtsfors	248	44
1461 Mellerud	199	36
1462 Lilla Edet	174	31
1463 Mark	632	111
1465 Svenljunga	201	36
1466 Herrljunga	171	30
1470 Vara	309	56
1471 Götene	214	38
1472 Tibro	192	34
1473 Töreboda	182	33
1480 Göteborg	7135	1254
1481 Mölndal	765	137
1482 Kungälv	527	96
1484 Lysekil	298	54
1485 Uddevalla	882	160
1486 Strömstad	212	38
1487 Vänersborg	604	109
1488 Trollhättan	866	155
1489 Alingsås	608	108
1490 Borås	1711	304
1491 Ulricehamn	430	76
1492 Åmål	271	49
1493 Mariestad	430	78
1494 Lidköping	650	116
1495 Skara	325	58
1496 Skövde	781	139
1497 Hjo	164	29
1498 Tidaholm	234	42
1499 Falköping	617	110
1715 Kil	180	32
1730 Eda	164	30
1737 Torsby	294	54
1760 Storfors	91	16
1761 Hammarö	180	33
1762 Munkfors	91	17
1763 Forshaga	166	30
1764 Grums	164	30
1765 Årjäng	198	35
1766 Sunne	275	49
1780 Karlstad	1287	232
1781 Kristinehamn	478	86
1782 Filipstad	257	46
1783 Hagfors	296	54
1784 Arvika	530	95
1785 Säffle	338	61
1814 Lekeberg	112	20
1860 Laxå	129	23
1861 Hallsberg	258	47
1862 Degerfors	198	35
1863 Hällefors	167	30
1864 Ljusnarsberg	124	22
1880 Örebro	1982	351

Kommun	Förekomst	Nya fall
1881 Kumla	300	53
1882 Askersund	226	40
1883 Karlskoga	633	112
1884 Nora	185	33
1885 Lindesberg	441	78
1904 Skinnskatteberg	86	15
1907 Surahammar	152	28
1917 Heby	238	43
1960 Kungsör	136	24
1961 Hallstahammar	266	48
1962 Norberg	110	20
1980 Västerås	1974	355
1981 Sala	391	70
1982 Fagersta	247	45
1983 Köping	454	81
1984 Arboga	256	46
2021 Vansbro	151	27
2023 Malung	206	37
2026 Gagnef	167	30
2029 Leksand	314	56
2031 Rättvik	270	48
2034 Orsa	138	25
2039 Älvdalen	165	30
2061 Smedjebacken	188	34
2062 Mora	378	67
2080 Falun	874	156
2081 Borlänge	734	133
2082 Säter	185	33
2083 Hedemora	301	54
2084 Avesta	415	76
2085 Ludvika	562	100
2101 Ockelbo	122	22
2104 Hofors	215	39
2121 Ovanåker	240	43
2132 Nordanstig	184	33
2161 Ljusdal	405	73
2180 Gävle	1430	257
2181 Sandviken	680	122
2182 Söderhamn	521	94
2183 Bollnäs	518	94
2184 Hudiksvall	637	116
2260 Ånge	241	44
2262 Timrå	274	50
2280 Härnösand	465	84
2281 Sundsvall	1471	268
2282 Kramfors	454	81
2283 Sollefteå	480	86
2284 Örnsköldsvik	986	180
2303 Ragunda	143	26
2305 Bräcke	155	28
2309 Krokom	230	41
2313 Strömsund	307	55
2321 Åre	164	29

Kommun	Förekomst	Nya fall
2326 Berg	177	32
2361 Härjedalen	261	47
2380 Östersund	950	170
2401 Nordmaling	149	27
2403 Bjurholm	64	12
2404 Vindeln	130	24
2409 Robertsfors	138	25
2417 Norsjö	90	16
2418 Malå	63	12
2421 Storuman	130	24
2422 Sorsele	75	13
2425 Dorotea	85	15
2460 Vännäs	148	27
2462 Vilhelmina	141	26
2463 Åsele	90	16
2480 Umeå	1184	214
2481 Lycksele	233	42
2482 Skellefteå	1209	222
2505 Arvidsjaur	153	28
2506 Arjeplog	71	13
2510 Jokkmokk	104	19
2513 Övertorneå	87	16
2514 Kalix	318	58
2518 Övertorneå	118	22
2521 Pajala	163	30
2523 Gällivare	311	57
2560 Älvsbyn	165	30
2580 Luleå	919	168
2581 Piteå	583	107
2582 Boden	471	85
2583 Haparanda	162	30
2584 Kiruna	304	57
Summa	144623	25776

Kommentar: Totalsumman blir något högre än i rapporten då befolkningsstatistiken på kommunnivå baseras på situationen i november 2005.

Bilaga 2 – Longitudinell ansats

De föregående kostnadsmodellerna bygger på tvärsnittsdata som sedan omräknas till årskostnader. Sådana studier bygger på antagandet att situationen i ett givet ögonblick (tvärsnittet) återspeglar situationen under året i fråga. Nu är data från denna typ av studier inte insamlade samma dag, då detta är praktiskt omöjligt. Datainsamlingen tar oftast 2–3 år och beräkningarna får antas återspegla situationen under perioden då insamlingen ägde rum. Datainsamlingen har också delvis ägt rum före 2005. En annan metod är att följa en grupp individer under mycket lång tid och studera hur personerna (dementa och icke dementa) fördelas i vårdorganisationen över tid. En unik databas för sådana studier finns i Kungsholmsprojektets s.k. case control-del [45]. Där har boende studerats från Kungsholmsprojektets start 1987 och framåt, vilket har gett en unik möjlighet att studera dementa och icke dementa under mycket lång tid [46]. Metoden är inte problemfri – dels har det hänt mycket i äldreomsorgen under nästan 20 år, dels har en del av de personer som var ”icke dementa” 1987 sedan dess utvecklat demens. Förutom boendeform finns inte mycket av uppgifter om annat resursutnyttjande och vi vet inte hur länge de som var dementa 1987 haft sin demenssjukdom. Detaljer kring detta finns i rapporten [46]. Kostnadsberäkningarna uttrycks här i 2005 års nivå, och bygger på Nordanstigsdatabasen (kostnad för boende i ordinärt boende och säbo för dementa och icke dementa, omräknat till dygnskostnader) (tabell 18). Kostnader i ordinärt boende innefattar hemtjänst, informell vård samt slutenvård; kostnaderna i säbo innefattar säbo-kostnader med ”hotellkostnader” exkluderade, samt slutenvård.

Tabell 18. Kostnadsunderlag för den longitudinella kostnadsmodellen (från Nordanstigskostnadsdatabasen i 2005 års kostnadsläge).

	Ordinärt boende	Säbo*
Dementa	549 kr	1 201 kr
Ickedementa	124 kr	964 kr

* S.k. hotellkostnader exkluderade

De dementa hade från 1987 och framåt en klart kortare överlevnad än de icke dementa (justerat för ålder), men både deras absoluta och relativa återstående livstid tillbringades i betydligt större del i säbo jämfört med dem som inte var dementa 1987 (tabell 19).

Tabell 19. Överlevnad för dementa och icke dementa i Kungsholmsprojektets case controlstudie [46] kombinerat med kostnader enligt tabell 18.

	Ordinärt boende (dagar)	Säbo (dagar)	Totalt dagar	Totalkostnad per person	Kostnad per överlevt dygn	Kostnad per person och år*
Dementa	502	836	1 338	1 279 522	956	349 047
Ickedementa	1 988	464	2 452	694 540	283	103 388
Skillnad					673	245 660

*baserat på den faktiska överlevnaden inom respektive grupp.

Om denna kostnad tillämpas på prevalensen 2005 blir kostnaden 34,9 miljarder kr, dvs. ungefär densamma som kostnadsberäkningen enligt tabell 16.

Simuleringsexempel

En fördel med den longitudinella modellen är att det är möjligt att simulera förändringar i fördelningen mellan tid i boende samt överlevnad. Det kan ge en uppfattning av resultatet av olika behandlingsåtgärder eller andra förändringar som påverkar överlevnad och boende. Följande simuleringsexempel prövas (tabell 20):

1. Tiden i ordinärt boende förlängs med 6 månader och minskar med motsvarande i säbo, dvs. utan att överlevnaden påverkas.
2. Tiden i ordinärt boende förlängs med 6 månader men tiden i säbo är oförändrad, dvs. överlevnaden ökar med 6 månader.
3. Tiden i ordinärt boende ökar med 3 månader och tiden i säbo ökar med 3 månader, dvs. överlevnaden ökar med 6 månader.
4. Tiden i ordinärt boende är oförändrad medan tiden i säbo förlängs med 6 månader, dvs. överlevnaden ökar med 6 månader.

Tabell 20. Simuleringar av olika kostnadsutfall för demenssjukdomen, relaterat till överlevnad och boende- och vårdform (1–4 enligt ovan).

	Simulering	Ordinärt boende (dgr)	Säbo (dgr)	Totalt (dgr)	Kr per person	Kr per person och år*	Diff per år jfr icke dementa	Årlig kostnad miljarder	Basalternativ
Ickedementa		1 988	464	2 452	694 540	103 388			
Dementa	Basalternat.	502	836	1 338	1 279 522	349 047	245 660	34,9	
Dementa	1	684	654	1 338	1 160 963	316 705	213 317	30,3	-4,6
Dementa	2	684	836	1 520	1 379 490	331 259	227 871	32,4	-2,5
Dementa	3	593	927	1 520	1 438 770	345 494	242 106	34,4	-0,5
Dementa	4	502	1018	1 520	1 498 049	359 729	256 341	36,5	1,5

*baserat på den faktiska överlevnaden inom respektive grupp.

Som framgår av tabellen ovan är boendetiden i säbo en viktig faktor som påverkar totalkostnaderna, men även en förlängd överlevnad medför en ganska påtaglig effekt. I simuleringarna finns ingen kostnad för eventuella behandlingsåtgärder medräknad.

