

Antalet demenssjuka och kostnader för demenssjukdomar i Sverige 2023

Aging Research Center (ARC) och Avdelningen för neurogeriatrik, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska Institutet, Mars 2025

Anders Wimo, Chengxuan Qiu, Laura Fratiglioni, Yajun Liang, Giulia Grande, Anders Sköldunger, Johan Sanmartin Berglund, Sölve Elmståhl, Linus Jönsson, Sandar Aye, Oskar Frisell, Amaia Calderón-Larrañaga

ISBN: 978-91-531-4372-7



**Karolinska
Institutet**

Innehåll

Rapportförfattare	3
Förord.....	4
Sammanfattning.....	5
Bakgrund	6
SNAC-projektet	7
Demenssjukdomar och kognitiv funktionsnedsättning	7
Definition av demensdiagnos	8
Metod.....	10
Litteraturgenomgång	10
Demensprevalens i Sverige.....	10
Kostnader för demenssjukdomar i Sverige 2023	11
Metodutmaningar.....	12
Resultat	15
Litteraturgenomgång	15
Antalet demenssjuka.....	16
Kostnader	17
Diskussion	20
Referenser	23
Bilagor	26



Rapportförfattare

Anders Wimo, SNAC–Nordanstig, Aging Research Center (ARC), Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska Institutet, e-mail: Anders.Wimo@ki.se

Chengxuan Qiu, SNAC–Kungsholmen, Aging Research Center (ARC), Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska Institutet

Laura Fratiglioni, SNAC–Kungsholmen, Aging Research Center (ARC), Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska Institutet

Yajun Liang, Institutionen för global folkhälsa (GPH), Karolinska Institutet

Giulia Grande, SNAC–Kungsholmen (vice-PI), Aging Research Center (ARC), Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska Institutet

Anders Sköldunger, SNAC–Nordanstig (PI), Aging Research Center (ARC), Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska Institutet

Johan Sanmartin Berglund, SNAC–Blekinge (PI), Blekinge Tekniska Högskola

Sölve Elmståhl, SNAC–Skåne (PI), Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, Lunds universitet

Linus Jönsson, Avdelningen för neurogeriatrik, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska Institutet

Sandar Aye, Avdelningen för neurogeriatrik, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska Institutet

Oskar Frisell, Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME), Karolinska institutet, och Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE), Lund

Amaia Calderón-Larrañaga, SNAC–Kungsholmen (PI), Aging Research Center (ARC), Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska Institutet, och Stiftelsen Stockholms län Äldrecentrum

Förord

I september 2024 kontaktade Socialdepartementet Karolinska Institutet (KI) med en förfrågan om aktuella data om prevalens och kostnader för demenssjukdomar. Därför tillsattes en arbetsgrupp inom ramen för SNAC-projektet (Swedish National study on Aging and Care, se nedan) för att dels gå igenom den aktuella prevalensforskningen inom Sverige kring demensprevalens, dels att göra en aktuell prevalensbedömning baserat på SNAC-data. Kontakter togs också med forskarna bakom rapporten "Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2019" på Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle på KI för en uppdatering av kostnader. Föreliggande rapport består av tre delar: en litteraturgenomgång, prevalensdata samt kostnadsdata. Några tabeller med demografiska data har lagts i slutet av rapporten som bilagor. Resultaten har redan presenterats på ett möte på Socialdepartementet 28 januari 2025 samt på ett möte med Socialdepartementets äldreforskarsråd den 28 februari 2025. Äldre och socialförsäkringsminister Anna Tenje deltog vid bägge dessa möten.

Sammanfattning

Rapporten syftar till att uppskatta förekomst av demenssjukdomar i Sverige och dess framtida utveckling, samt samhällsliga kostnader för demenssjukdomar. Som underlag får skattningarna av åldersspecifik demensprevalens och därav följande skattning av antalet demenssjuka i Sverige 2023 och fram till 2050 användes data från fas 5 och 6 (2013–2019) i the Swedish National study on Aging and Care (SNAC). Som underlag för skattningar av samhällskostnaderna för demenssjukdomar användes dels en uppdatering av en tidigare rapport där bland annat data från SNAC ingår, dels kostnadsdata från kvalitetsregistret SveDem.

En litteraturgenomgång av publicerade vetenskapliga studier beträffande trender i åldersspecifik demensprevalens i Sverige visade ingen tydlig bild. En del studier tyder på en minskning, en del på en stabil prevalens och en del studier visar en ökning.

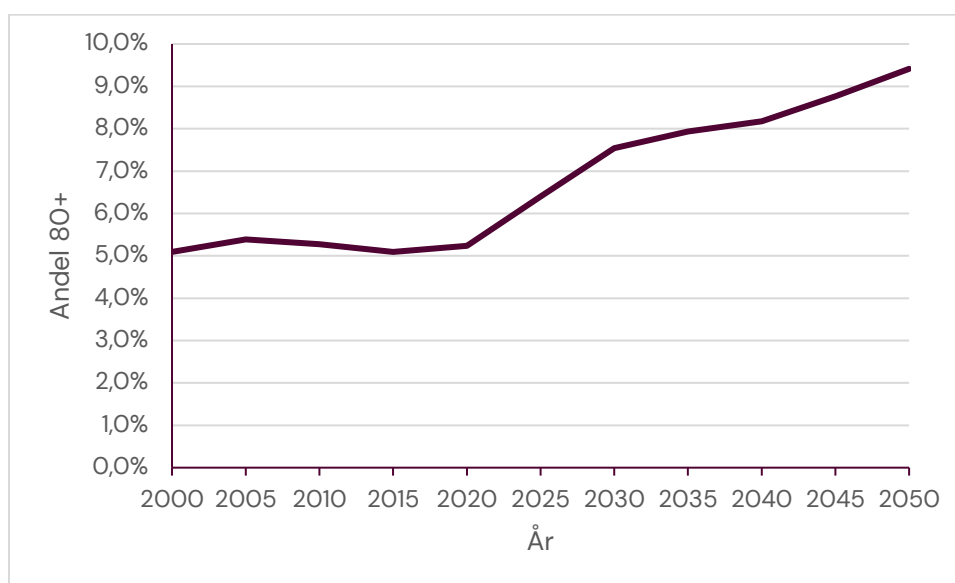
Utifrån olika metoder för prevalensskattningar bedömer vi att det 2023 fanns 130–150 000 personer med demenssjukdom i Sverige, varav ca 64–65 000 i SÄBO. Oavsett prevalensskälla kommer antalet demenssjuka att öka. En skattning av framtida förekomst av demenssjukdomar som baseras på befolkningsprognoser (som är en förenklad metod med stora osäkerheter) ger ca 230–270 000 demenssjuka år 2050.

De samhällsliga kostnaderna för personer med demenssjukdomar 2023 ligger i intervallet ca 90–100 miljarder kronor, varav ca 85% ligger i den kommunala sektorn (ca 70% för SÄBO). Ca 78% av de totala kostnaderna bedöms vara en följd av själva demenssjukdomarna, oberoende av alla andra sjukdomar.

Ett flertal metodologiska utmaningar finns med SNAC, bland annat dess begränsade representativitet för Sverige, underrepresentation av deltagare från särskilda boenden (SÄBO), icke-standardiserade kriterier för demensdiagnostik, lågt antal fall av demens, påverkan av strukturella förändringar i vården, mm. För att öka det nationella perspektivet behöver fler befolkningsstudier ingå i framtiden, vilket är möjligt genom den nationella infrastrukturen NEAR ([NEAR – The National E-infrastructure for Aging Research](#)).

Bakgrund

Sverige, liksom många andra länder, står inför stora demografiska och samhällsekonomiska utmaningar då antalet och andelen äldre personer kommer att öka kraftigt de närmaste decennierna. Vi är nu 2025 mitt i den demografiska transition som vi kunde förutse för flera decennier sedan. Speciellt antalet så kallade äldre-äldre (80 år och äldre, så kallade 80+) har ökat och kommer att öka kraftigt (Figur 1).



Figur 1. Andel av befolkningen 80 år och äldre 2000–2050 i Sverige (källa: SCB, bearbetade data)

Att fler blir mycket gamla är ett tecken på ett framgångsrikt folkhälsoarbete i vid bemärkelse och en bra välbefinningsindikator. Dock är det också en utmaning att kunna erbjuda äldre med stora hjälpbehov den vård och omsorg de behöver.

Andelen av befolkningen med demenssjukdom är starkt korrelerad till stigande ålder, och därför medför en åldrande befolkning att antalet personer med demenssjukdom kommer att öka. Utifrån en rapport från SNAC-projektet (Swedish National study on Aging and Care) "Demensförekomst i Sverige: geografi ska och tidsmässiga trender 2001–2013" (1) kan man med framskrivning skatta att det 2023 fanns ca 150 000 personer med demenssjukdom i Sverige.

Dock finns det indikatorer i den epidemiologiska demensforskningen att incidensen, dvs hur stora andelen i olika åldersklasser som kommer att insjukna i demenssjukdom, är sjunkande (2). Detta skulle kunna medföra att de prognoser beträffande framtida antal demenssjuka som behöver vård och omsorg inte blir så stora som vi tror. Här finns ett samspel mellan incidens och

överlevnad i olika åldersklasser som båda påverkar prevalens. I nuläget är det oklart om prevalensen, dvs andelen med demenssjukdom i olika åldersklasser och vid ett givet tillfälle, vanligtvis under ett år, är stabil eller har börjat sjunka. Det bör dock påpekas att även om den åldersklassspecifika prevalensen sjunker så kommer med största sannolikhet antalet personer med demenssjukdom att öka p g a den demografiska utvecklingen med ett ökat antal äldre personer.

Vård och omsorg om demenssjuka är resurskrävande. Vår forskargrupp har sedan år 2000 i olika omgångar skattat de samhälleliga kostnaderna för demenssjukdomar (3–6). I den senaste rapporten skattade vi demenssjukdomarnas samhällskostnader till ca 81 miljarder kr år 2019 (6).

Äldreforskningen är nu i en dynamisk fas. De demografiska förändringarna, diskussionerna om förändringar av incidens och prevalens parat med möjliga effekter i nära framtiden av prevention (t ex FINGER konceptet (7) och av nya läkemedel mot Alzheimers sjukdoms (8, 9)), samt nya diagnostiska möjligheter (t ex Alzheimers sjukdom med så kallade blodmarkörer (10)) medför att behovet av aktuella data kring förekomst och kostnader för demenssjukdomar är angeläget.

SNAC-projektet

På initiativ och med delfinansiering från Socialdepartementet startade 2001 SNAC-projektet med syftet att bygga upp en longitudinell databas för forskning om den äldre befolkningen (11). Datainsamlingen omfattar bland annat demografiska faktorer, sjukdomar, socioekonomiska faktorer, livsstil, aktiviteter i dagliga livet (ADL), kognition, medicinanvändning och resursutnyttjande (både så kallade formell och informell vård). Undersökningarna görs genom strukturerade personliga intervjuer, kliniska undersökningar och psykologiska tester utförda av specialutbildade sjuksköterskor, läkare, undersköterskor, psykologer, mm. Personer 60–72 år undersöks vart sjätte år och personer 78 år och äldre vart tredje år. SNAC-populationerna består av ett urval av personer som bor i ordinärt boende eller i särskilt boende i fyra områden i Sverige: Nordanstigs kommun (SNAC-N), Stockholm (Kungsholmen, SNAC-K), Blekinge (Karlskrona, SNAC-B) samt Skåne (fem kommuner: Osby, Malmö, Ystad, Eslöv, Hässleholm, SNAC-S).

Demenssjukdomar och kognitiv funktionsnedsättning

Demens är ett kliniskt begrepp, ett syndrom, som beskriver ett hälsotillstånd karakteriserat av progressiv försämring av olika kognitiva förmågor, t ex minne, förmåga att bedöma, planera, tala och att orientera sig i främmande och familjära miljöer. Demens inbegriper ett brett spektrum av

störningar/sjukdomar i hjärnan som medför att nervceller skadas och dör. Alzheimers sjukdom (AS) är den vanligaste formen, och svarar för 50–70 % av alla sjukdomsfall. Omkring 20–25 % av förekomsten av demens kan härledas till förändringar i blodkärlen, så kallad vaskulär demens. I de återstående fallen är demens orsakad av andra neurologiska sjukdomar, t ex Parkinsons sjukdom, Lewybody-demens, olika former av frontallobsdemens, mm. Det kan vara svårt att skilja mellan olika typer av demenssjukdomar, särskilt hos de allra äldsta, då både degenerativa och vaskulära mekanismer kan bidra till demensutveckling.

En demenssjukdom medför stora konsekvenser både för de som drabbats av sjukdomen och deras familjer, vilket i kombination med uppmärksamheten om dessa konsekvenser skapar en stor oro för att insjukna i en demenssjukdom. Det finns förslag om att demensbegreppet skall ersättas med begrepp som relaterar till kognition t ex i det amerikanska diagnosystemet DSM 5 (*neurocognitive disorders*), men detta berörs inte i föreliggande rapport.

För AS finns ett forskningsparadigm som indelar sjukdomen i tre nivåer: preklinisk (inga symptom), prodromal (mild cognitive impairment, MCI, på svenska mild kognitiv nedsättning) och demens (12–14). Man vet nämligen att många år innan symptom uppkommer pågår det en process med neuronskada och neurondöd i hjärnan (preklinisk AS). Det pågår nu en diskussion om forskningsbegreppet preklinisk AS även skall tillämpas kliniskt både internationellt (15, 16) och i Sverige (17–19).

Förutom begreppet MCI finns det andra tillstånd som beskriver kognitiv funktionsnedsättning innan kriterier för demenssjukdom uppfylls, t ex questionable dementia, CIND (cognitive impairment not dementia), vilket illustrerar diskussionen om kognitiv funktionsnedsättning och demensbegreppet. Detta är mycket viktigt eftersom det nu finns läkemedel som rekommenderats för godkännande bland annat av den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA för behandling av AS vid MCI och mild demens (20).

Definition av demensdiagnos

Kriterier för demensdiagnos har definierats olika över tid och i olika sammanhang. WHO definierar demens utifrån ICD-systemet (International Classification of Diseases). ICD 10 är den version som nu är i bruk i Sverige och som används när sjukvården för diagnosstättande, men ICD 11 är under implementering och kommer att börja användas 2027–2028 i Sverige. I forskningssammanhang används ofta det amerikanska DSM-systemet (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). I svensk

demensforskning har DSM III(r) och DSM IV använts mest. I den aktuella versionen DSM V finns ett större fokus på "kognition" i stället för "demens".

I SNAC har vi använt DSM IV. För att sätta en demensdiagnos krävs då att tre kriterier uppfylls: nedsatt minne (A1 kriterium) samt påverkan av andra kognitiva funktioner (A2 kriterium) och sociala och funktionella konsekvenser (B kriterium). Tillståndet skall vara förvärvat och inte vara orsakat av ett förvirringstillstånd (konfusion).

Metod

Föreliggande rapport består av tre delar.

Litteraturgenomgång

Vi sökte efter relevanta och publicerade vetenskapliga artiklar om prevalens av demens i Sverige i den vetenskapliga databasen PubMed och kompletterade dessutom med några studier vi fann i referenslistor, mm.

Demensprevalens i Sverige

Vi avsåg att utifrån uppdaterade prevalensberäkningar skatta antalet demenssjuka i Sverige 2023 samt att göra en enkel demografisk framskrivning av demensförekomst fram till år 2050. Epidemiologiska data från SNAC-projektet används för prevalensskattningarna.

I rapporten "Demensförekomst i Sverige: geografiska och tidsmässiga trender 2001–2013" (1) användes data från SNAC-projektets fas 3 (2007–2010) med åldrar 60 år och uppåt samt fas 4 (2010–2013) med åldrar 81 år och äldre. I föreliggande rapport används data från fas 5 (2013–2015) med åldrar 60–78 år och uppåt samt fas 6 (2016–2019) med åldrar 81 år och äldre. Då antalet individer med demenssjukdom i åldersintervallet 60–64 år är så pass få, vilket gör beräkningarna osäkra, presenteras prevalensdata från 65 år och uppåt.

Två olika metoder har använts för att skatta antalet personer med demens i Sverige.

- Prevalensmetod 1 bygger på den kliniska diagnos som satts av läkare i SNAC-N och SNAC-K (utifrån diagnosmanualen DSM IV, baserat på SNAC fas 5–6 (2013–2019). Baserat på dessa data har en exponentialfunktion av demensprevalensen i olika åldrar skapats. I den databasen finns också uppgift om andelen av personerna med demenssjukdom som bodde i SÄBO.
- Prevalensmetod 2 bygger på diagnostiska algoritmer för demensdiagnos (för detaljer, se Appendix B i rapporten "Demensförekomst i Sverige: geografiska och tidsmässiga trender 2001–2013" (1)). Denna algoritm har uppdaterats baserat på SNAC fas 5–6 (2013–2019) och även här har en exponentialfunktion av demensprevalensen i olika åldrar skapats (algoritm 1). En ny algoritm (algoritm 2) har skapats som bygger på enbart hemmaboende, annars som för algoritm 1. Till skattningen av antalet hemmaboende demenssjuka utifrån den algoritm 2 har sedan antalet demenssjuka i SÄBO beräknats.

Utifrån SNAC fas 5–6 (2013–2019): 49% av personer med demenssjukdom bodde i SÄBO och i SÄBO var 77% demenssjuka. Antalet boende i SÄBO 65+ år 2023 var drygt 83 000 år enligt Socialstyrelsens databas. Deltagandet i SÄBO varierade mellan de olika SNAC-områdena.

För prevalensmetod 1 samt prevalensmetod 2-algoritm 1 erhöles den bästa skattningen vs andelen SÄBO-boende i Socialstyrelsens statistik när data från SNAC-N och SNAC-K kombinerades. För prevalensmetod 2-algoritm 2 användes data från SNAC-N, SNAC-K och SNAC-S.

Kostnader för demenssjukdomar i Sverige 2023

Vi använde två metoder för att skatta kostnaderna för demenssjukdomar i Sverige år 2023. Bägge metoderna bygger på våra uppdaterade prevalensdata samt hur demenspopulationen fördelas på ordinärt boende och SÄBO utifrån de SNAC data som presenterats ovan.

- Kostnadsmetod 1 är en uppdatering av rapporten "Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2019" (6). För detaljer, se denna rapport. I den rapporten användes i huvudsak en prevalensbaserad så kallad top-down metodik. Baserat på registerdata om resurser för vård och omsorg om demenssjuka fördelades landets demenspopulation i det svenska vård och omsorgssystemet (hemtjänst, dagverksamhet, hemsjukvård, demensutredningar, slutenvård och öppenvård, boende i särskilt boende, mm). Utifrån en skattad demenspopulation på ca 144 000 individer år 2019 skattades kostnaden för personer med demenssjukdom till drygt 81 miljarder kr 2019. För informell vård användes dock så kallad bottom-up data från SNAC-projektet (21–23), som omräknades till kostnader med en metodik som använts i de tidigare rapporterna om demenssjukdomarnas samhällskostnader. Bottom-up metodik innebär att kostnader beräknas för enskilda patienter och därefter skalas upp till populationsnivå. I föreliggande rapport har vi uppdaterat registerdata samt de olika enhetskostnaderna för att avse situationen 2023 och kombinerat detta med våra nya prevalensdata och andel i SÄBO.
- Kostnadsmetod 2 bygger på en kostnadsstudie med bottom-up data från kvalitetsregistret SveDem, som samkörts med registerdata (24). Den studien fokuserade på AS, men i kostnadsdatabasen fanns underlag avseende hela gruppen med demens. Studien innehåller dels kostnader för olika grader av kognitiv nedsättning (MCI, samt mild, måttlig och svår demens), dels fanns även kostnader för ålders- och könsmatchade personer utan kognitiv nedsättning till alla grader av kognitiv nedsättning, så kallade kontroller. Förutom de totala kostnaderna för MCI och demens i olika stadier ("brutto"), kan vi då skatta kostnadsökningen till följd av MCI

och demens i olika stadier ("attributable costs", på svenska nettokostnader). I denna rapport är dock kostnaderna för MCI inte inkluderade. För informell vård användes en snarlik metod som den första metoden. Även här har vi kombinerat dessa data med våra nya prevalensdata och andel i SÄBO.

Metodutmaningar

Prevalenssiffror av demens som uppskattas i föreliggande rapport har flera metodologiska utmaningar som vi listar nedan.

Nationell representativitet

När SNAC-projektet startade år 2001 var avsikten att bygga en databas som kunde användas för diskussioner gällande hela Sverige. Prevalensstudier har ofta genomförts i områden som har direkt anknytning till universitet och högskolor. De olika SNAC-områdena har sådan koppling, men dessutom finns områden som inte direkt har den kopplingen, t ex Nordanstigs kommun och flera av städerna i SNAC-S (även kallat GÅS-Gott åldrande i Skåne). Samtliga SNAC-områden har dock en akademisk hemvist knuten till universitet/högskolor. Dessutom, har den demografiska strukturen förändrats sedan första datainsamlingen 2001-2003 (här representerat av år 2002). Vid starten hade hela SNAC en förhållandevis god representativitet vs riket med en något mindre andel 65+, men något högre andel 80+ (Bilaga 1). År 2016 (som får representera datainsamlingsperioden 2013-2019, som prevalensberäkningarna bygger på och 2023, det år på vilket vi tillämpar beräkningarna, har SNAC-kommunerna blivit "yngre" i förhållande till riket. Däremot, för prevalensberäkningarna är det av mer intresse hur åldersfördelningen är i de åldersgrupper på vilket prevalensberäkningarna görs, då det är dessa data som sedan tillämpas på hela riket. Som framgår av Bilaga 2, ligger här skillnaderna mellan SNAC och riket i storleksordningen månader.

Prognoser

För att underlätta diskussioner om den framtida vård och omsorgen av demenssjuka är det önskvärt att kunna göra prognoser. Den enklaste sättet är att göra sådana är att bygga på demografiska prognoser. Detta är dock en grov förenkling. Förutom demografin, påverkas prognoser beträffande antalet demenssjuka och dess kostnader av den framtida organisationen och strukturen av äldreomsorg och omsorg, socioekonomiska faktorer och utbildning (som är länkade till riskfaktorpanorama för demenssjukdom), nya behandlingar, livsstil, mm. Även de demografiska prognoserna är osäkra och har haft en tendens att underskatta antalet framtida äldre personer. Dessutom finns det stora skillnader när prognoserna bryts ner på kommunal

nivå (Bilaga 3). Grovt förenklat, kan man anta att kommuner med en förhållandevis ung befolkning (t ex Stockholm) får en relativt sett betydligt kraftigare ökning av antalet gamla, speciellt 80+, än kommuner som idag har en stor andel äldre personer (t ex Nordanstig).

Bortfall

Bortfall, både så kallad yttre bortfall (att personer över huvud taget undersöks) eller internt bortfall (att undersökningar hos deltagande blir ofullständiga) är ett stort problem i alla kohortstudier. I SNAC är problemet som störst för de sköraste personerna liksom hos personer med långt gången demenssjukdom. Dessutom kan ett selektivt bortfall finnas, t ex att bortfallet är större hos demenssjuka än hos ej demenssjuka i SÄBO. Men även bland mycket aktiva och friska deltagare finns bortfallsproblematik, då de ofta inte har tid att delta i SNAC. I fas 5 (2013–2015) var bortfallet 13,9% hos hemmaboende och 12,7% i SÄBO. I fas 6 (2016–2019) var bortfallet 17,8% hos hemmaboende och 8,1 % i SÄBO.

En stor andel av personer med demens bor i särskilt boende (SÄBO). För demenssjuka finns ingen nationell statistik som visar hur stor andel av demenspopulationen som bor i SÄBO eller hur stor andel av de som bor i SÄBO som har en demenssjukdom. I de tidigare kostnadsrapporterna har andel demenssjuka som bor i SÄBO varierat mellan ca 40–60%. Det kan dock vara problematiskt att rekrytera boende i SÄBO till studier av många skäl (så kallad yttre bortfall). Demenssjuka kan ha svårt att förstå innebörden i ett deltagande, deras ställföreträdare kan vara tveksamma. För demenssjuka som deltar i studier uppstår ofta praktiska problem, vilket medför så kallad inre bortfall) med ofullständiga undersökningar. Även om det finns principer för hur personer med demenssjukdom kan rekryteras till studier kan det också upplevas etiskt tveksamt av närstående och andra (25). Vår uppfattning är dock att, med tanke på demenssjukdomarnas konsekvenser för enskilda och samhälle, snarare är oetiskt att inte bedriva forskning på personer med demenssjukdomar, givet att forskningsetiska principer följs.

Vidare kan inte bara fall av demens underupptäckas när man bor i SÄBO, utan hela befolkningen av de som bor i SÄBO kan ha en mycket låg svarsfrekvens. För att verifiera graden av underrepresentation av denna delpopulation i SNAC har vi jämfört andelen personer som bor i SÄBO i SNAC-kohorterna med samma andelar som finns tillgängliga från Socialstyrelsen (Tabell 3). Statistiken från Socialstyrelsen redovisar antal boende i SÄBO och inte antalet platser. Om man därför söker på årsbasis överskattar man antalet boende då det återspeglar omsättningen under hela året och andelen uttrycker då den andel som någon gång under året bott i SÄBO. Vi redovisar därför

Socialstyrelsens data på två sätt, dels den andel som bodde juni månad (som med bara en liten omsättning), dels för respektive helår.

Tabell 3. Andel av befolkning 65+ respektive 80+ i Riket från Socialstyrelsen statistik och SNAC områdena som år 2016 och 2023 bodde i SÄBO.

	2016			2023		
	Riket juni	Riket helår	SNAC	Riket juni	Riket helår	SNAC
Andel 65+ i SÄBO	4,2%	5,6%	4,5%	3,8%	5,2%	3,7%
Andel 80+ i SÄBO	13,2%	17,6%	13,5%	10,5%	14,5%	10,5%

Källa: Socialstyrelsen, SCB, bearbetade data

Av tabell 2 framgår att befolkningen i SNAC-områdena väl representerar den andel av befolkningarna 65+ och 80+ som bor i SÄBO. Det har skett en påtaglig minskning i andelen äldre som bor i SÄBO, mest på grund av att andelen och antalet äldre har ökat.

Det finns en variation i andelen som bor i SÄBO bland de enskilda SNAC-kommunerna (Bilaga 3), och även här har andelen minskat sedan 2016. Det finns dock en mycket stor variation i landet beträffande andel som bor i SÄBO, speciellt mellan kommuner (Bilaga 4). Speciellt de lägre siffrorna kan dock vara behäftade med osäkerheter.

Få fall av demens

Även om demenssjukdomar räknas till folksjukdomarna blir ofta antalet demenssjuka i befolkningsstudier (som SNAC) ganska få även om det totala antalet deltagare kan vara stort. Eftersom prevalensskattningarna bygger på antalet identifierade personer med demens, kan ett bortfall, t ex i SÄBO få stora konsekvenser för resultaten.

Time gaps

En annan utmaning är tidsfaktorn. Kohortstudier har en viss inneboende tröghet med omfattande datainsamling, datahantering och kvalitetskontroll av insamlade data samt därefter bearbetning av data. Detta medför att exempelvis prevalensdata som samlats in under en period tillämpas på en tidpunkt som kan vara flera år efteråt. Här använder vi data som insamlats under perioden 2013–2019 som tillämpas på situationen 2023. Eftersom det finns indikationer på en sjuknande incidens och kanske även sjunkande prevalens kan detta medföra att antalet demenssjuka överskattas för 2023.

Resultat

Litteraturgenomgång

Vi fann nio relevanta studier som beskriver prevalensutvecklingen i Sverige sedan 2011. Studierna beskriver prevalensförändringar mellan 1976–2019 (Tabell 4).

Tabell 4. Publicerade studier över prevalensutvecklingen i Sverige.

Författare	Population	Resultat
Ding M, et al (26)	Registerbaserad	92,300 demenssjuka 62+ (3,7% av 62+)
Wetterberg H, et al (27)	H70 Göteborg	Sjunkande prevalens
		85: 29,8% 1986–87 till 24,5% 2015–16
		88: 41,9% 1989–90 till 21,7% 2018–19
		90: 41,5% 1991–92 till 37,2% 2013–14
Weidung B, et al (28)	Umeå, GERDA	Ökande prevalens
		85: 20,3% 2000–02 till 24,4% 2015–17
		90: 24,3% 2000–02 till 40,7% 2015–17
		95+: 47,1% 2000–02 till 61,0% 2015–17
GBD 2019 (29)	Global Burden of Diseases (GBD) (IHME)	Sverige: 2019: 153 805 demenssjuka
Skoog I, et al (30)	H70 Göteborg	Sjunkande prevalens
		85+: 1986–87: 29,8%
		85+: 2008–10: 21,7%
Wimo A, et al (31)	Nordanstigsprojektet och SNAC-N	Sjunkande prevalens
		75+: 1995–1998 (NP): 21,8%
		75+: 2001–2003 (SNAC-N): 17,4%
Wiberg P, et al (32)	H70 Göteborg	Ökande prevalens
		70: 2,0% 1976–1977 till 2,4% 2000–2001
		75: 5,0% 1976–1977 till 6,0% 2005–2006
Qiu C, et al (33)	Kungsholmenprojektet (KP) och SNAC-K	Stabil prevalens
		75+ 1987–1989 (KP): 17,5%
		75+ 2001–2004 (SNAC-K): 17,9%
Mathillas J, et al (34)	Umeå, GERDA	Ökande prevalens
		85+ 2000–2002: 26,5%
		85+ 2005–2007: 37,2%

Det finns inget entydigt mönster. Det finns olikheter i studiepopulationer, diagnosprotokoll och uppföljningstider vilket försvårar jämförelser rakt av. I GERDA projektet från Västerbotten ökar den åldersspecifika prevalensen medan den minskar hos de äldsta i de senare publikationerna från H70-projektet i Göteborg. Resultaten från SNAC visar en stabil (SNAC-K) eller sjunkande (SNAC-N) prevalens. Dessa tre projekt är longitudinella befolkningsstudier. Studien av Ding et al är registerbaserad, dvs man utgår ifrån personer som i olika register har en demensdiagnos. Demenssjukdomar är dock underdiagnostiserade i olika register och databaser (26).

Studien i Global Burden of Diseases project, som utgår ifrån Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) bygger på sammanställningar av olika prevalensstudier från hela världen, skattade antalet demenssjuka i olika länder i hela världen. IHMEs skattning för Sverige, ca 154 000 år 2019 kan jämföras med den svenska bedömningen i Rapporten "Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2019", ca 144 000.

Antalet demenssjuka

Vi presenterar här fyra alternativ för att skatta antalet demenssjuka i Sverige år 2023.

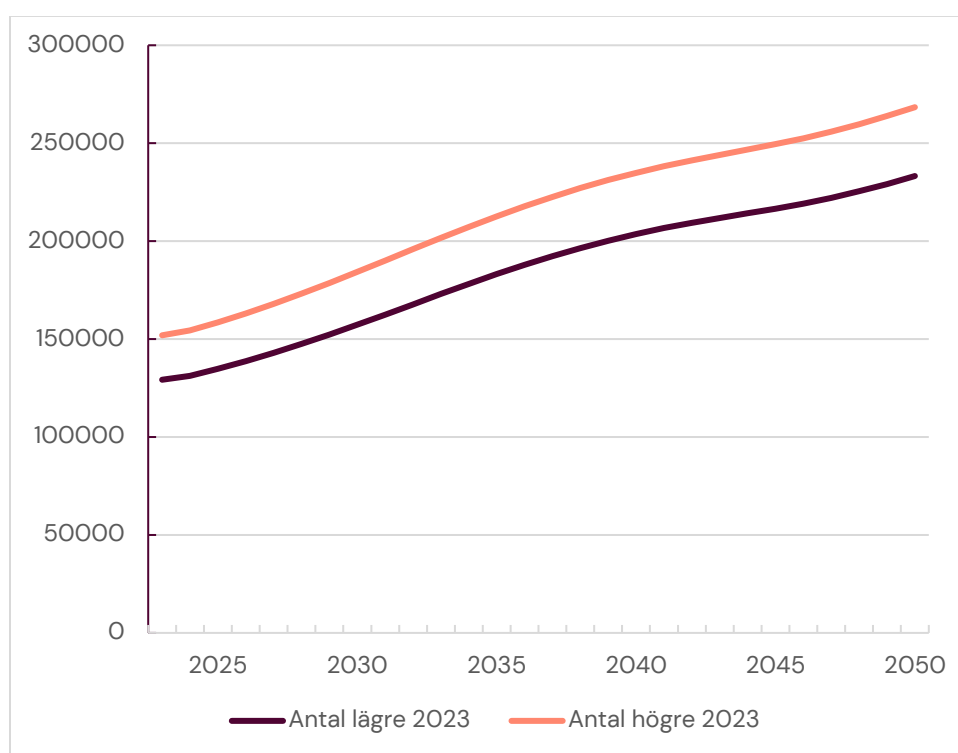
Som jämförelse (alternativ 1) har vi det antal vi får om vi använder de prevalenstal vi presenterade i rapporten "Demensförekomst i Sverige: geografi ska och tidsmässiga trender 2001–2013", som bygger på SNAC data 2007–2009, vilket resulterar i en demenspopulation på ca 150 000 individer. Vi har därför utifrån olika exponentialfunktioner skattat antalet demenssjuka år 2023 i de olika alternativen (Tabell 5).

Tabell 5. Skattat antal demenssjuka i Sverige utifrån olika alternativ, år 2023.

	Baserat på rapporten "Demensförekomst i Sverige"	Prevalensmetod 1 (klinisk diagnos)	Prevalensmetod 2 algoritm 1	Prevalensmetod 2 algoritm 2 + SÄBO
Demens	150 000	130 000	145 000	136 000
Varav i SÄBO		64 000		65 000
Demens + "questionable"		230 000		

Den åldersspecifika prevalensen är högre i alternativet som bygger på prevalenstal från rapporten "Demensförekomst i Sverige" (1). Skattningarna ligger alltså i intervallet ca 130 000 till 150 000 personer. Om gruppen "questionable" tas med blir antalet ca 230 000 personer (och begreppet questionable är alltså smalare än MCI-begreppet); 64–65 000 personer beräknas bo i SÄBO. Vi tar i nuläget inte ställning till om den åldersspecifika prevalensen är i minskande. Därför anger vi ett intervall: 130 000 (alternativ lägre) och 150 000 (alternativ högre).

Ett scenario med en rent demografisk framskrivning (som alltså är en grov förenkling) visar utifrån de två prevalensalternativen att antalet demenssjuka år 2050 ligger i intervallet 230 000 till 270 000 personer (Figur 2).



Figur 2. Skattning av antalet demenssjuka fram till år 2050 utifrån två prevalensalternativ.

Kostnader

Skattningen av de samhälleliga kostnaderna för demenssjukdomar bygger också på de två prevalensalternativen. Som nämnt ovan har vi dessutom använt två metoder för kostnadsskattningarna. Metod 1 – top-down metodik kommer från rapporten "Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2019" (6). Beroende på prevalensalternativ ligger kostnaderna i intervallet ca 95–100 miljarder kr (Tabell 6).

Tabell 6. Demenssjukdomarnas samhällskostnader (miljarder SEK, andel %) baserad på top-down metodik (kostnadsmetod 1), enligt de två prevalensalternativen, år 2023.

	Rapport: Demenssjukdomarnas samhällskostnader 2019 uppdaterad till 2023	
Antal med demenssjukdom	130 000	150 000
Direkta kostnader regioner	1,3 (1,3%)	1,3 (1,3%)
Direkta kostnader Kommuner SÄBO	69,0 (72,6%)	69,0 (68%)
Direkta kostnader Kommuner ordinärt boende	12,2 (12,8%)	15,5 (15,3%)
Informell vård	11,4 (12%)	14,4 (14,2%)
Produktionsbortfall*	1,1 (1,2%)	1,1 (1,1%)
Totalt (miljarder SEK)	95,0 (100%)	101,4 (100%)
Per person (SEK)	731 000	676 000

*avser personer med demenssjukdom, inte anhörigas produktionsbortfall

Kostnaderna för SÄBO är lika då vi antar att demenspopulationen i SÄBO är densamma i de två alternativen. Kostnaderna för regionerna är sannolikt en underskattning då de i huvudsak bygger på registerdata och demens är underdiagnostiserat i många register. Kostnaderna för informell vård är konservativt beräknade. Vi har i andra sammanhang visat att beroende på hur informell vård kvantifieras (basal så kallad ADL enbart, instrumentell IADL, tillsyn, källor, flera informella vårdare, prissättning, mm) kan kostnaderna för informell vård varieras med en faktor upp till nästan 10 (35).

I den här kostnadsmodellen (Tabell 7), som bygger på prevalensdata från SNAC och kostnadsdata från SveDem, blir "bruttokostnaderna" med de olika prevalensalternativen snarlika som i den första modellen (Tabell 6). Även här dominerar de kommunala kostnaderna kraftigt. Dock är kostnadsandelen i SÄBO lägre här och kostnaderna för regionerna högre. I den här modellen saknas också vissa kostnader, t ex primärvårdens kostnader liksom produktionsförluster. Fördelen med den här modellen är att man både får fram kostnader för personer med demenssjukdom ("brutto") och kostnader som vi tolkar som en följd av demenssjukdom ("netto"). Att kostnaderna skiljer sig åt mellan de olika metoderna är inte så konstigt, då de har olika

metodik (se metodavsnittet ovan). Intressant är dock att totalkostnaderna tycks hamna ganska lika.

Tabell 7. Demenssjukdomarnas samhällskostnader (miljarder SEK, andel %) baserad på bottom-up metodik (kostnadsmetod 2), prevalensdata från SNAC (2 prevalensalternativ) och kostnadsdata från SveDem, år 2023.

	Total kostnad för personer med demenssjukdom, miljarder SEK		Merkostnad till följd av demenssjukdom, miljarder SEK	
	130 000	150 000	130 000	150 000
Antal med demenssjukdom	130 000	150 000	130 000	150 000
Direkta kostnader regioner	8,4 (9,5%)	9,6 (9,5%)	1,2 (1,7%)	1,4 (1,7%)
Direkta kostnader Kommuner SÄBO	42,6 (48,3%)	49,2 (48,3%)	35,9 (52,0%)	41,4 (52,0%)
Direkta kostnader Kommuner ordinärt boende	27,6 (32,3%)	31,9 (32,3%)	23,9 (34,6%)	31,9 (34,6%)
Informell vård	9,6 (10,9%)	11,0 (10,9%)	8,0 (11,6%)	9,3 (11,6%)
Totalt (miljarder SEK)	88,2 (100%)	101,7 (100%)	69,0 (100%)	79,6 (100%)
Andel av total kostnad			78%	78%
Per person med demens (SEK)	678 000		531 000	

Diskussion

Sammanfattningsvis bedömer vi att det 2023 fanns ca 130–150 000 personer med demenssjukdom i Sverige, varav ca 64–65 000 bodde i SÄBO. Oavsett prevalensskälla kommer antalet demenssjuka att öka pga de demografiska förändringarna. En skattning av framtida förekomst av demenssjukdomar baserat på en enkel demografisk framskrivning ger ca 230–270 000 demenssjuka år 2050. De samhällsliga kostnaderna för personer med demenssjukdomar 2023 ligger i intervallet ca 90–100 miljarder kronor, varav ca 85% ligger i den kommunala sektorn (varav ca 70% för SÄBO). Ca 78% av de totala kostnaderna bedöms vara en följd av själva demenssjukdomarna. I tabell 8 finns exempel på hur data i denna rapport kan användas nu och även hur man framgent kan utnyttja data från projektet SNAC.

Tabell 8. Användningsområden av data om demensprevalens och kostnader för demenssjukdomar.

Uppgift, frågeställning	Datakälla
Planera äldreomsorg och vård av demenssjuka	Prevalens, incidens, överlevnad
Förekomst av sjukdomar, tillstånd, funktionsförmåga	Prevalens, incidens, överlevnad, riskfaktorer, funktionsmått
Nya behandlingar (läkemedel, prevention), ny diagnostik	Förlopp, progression, livskvalitet (EQ5D)
Resursutnyttjande, kostnader (aktörer, "budget siloeffekter", mm)	Koppla individdata med registerdata om resursutnyttjande, informell vård
Prediktionsmodeller	Prevalens, incidens, överlevnad, bakgrunds-/riskfaktorer, progression
Utveckla och validera metoder, instrument	T ex HAT (Health Assessment Tool)
Jämlig vård, regionala/kommunala skillnader	SNACs olika områden (storstad, medelstor stad, landbygd/glesbygd)
Anhörigas situation/informell vård	Informell vård (kvantifierat), välbefinnande, börda
Nationellt och internationellt samarbete	NEAR, konferenser, symposier, publikationer, nätverk

Ett av huvudsyftena när SNAC startade vara att samla in data i ett brett perspektiv som kan ligga till grund för planering av vård och omsorg om äldre, liksom att beskriva förekomst av olika sjukdoms- och hälsotillstånd, bakgrundsfaktorer och därtill relaterad funktionsförmåga. Sådana data kan då också ligga till grund när olika behandlingar skall utvärderas. Genom att data nu samlats in i över 20 år finns nu en omfattande kunskapsmassa som kan vara till grund för de syften som SNAC hade vid starten. Nya frågeställningar, instrument och metoder har tillkommit men samtidigt finns en kärna av instrument och metoder som använts hela tiden, vilket gör att tidstrender och förlopp kan följas, t ex beträffande demenssjukdomar. SNACs forskargrupper är också verksamma i de nationella och internationella forskarsamhällena med betydande kontaktnät, vilket gör att resultat kan spridas och kunskap kan inhämtas.

En möjlighet som kan expanderas är att samköra data från SNAC med olika registerdata (sluten vård, öppenvård, socialtjänst, läkemedel, dödsorsaker, kvalitetsregister, mm). I Sverige har vi unika möjligheter via våra personnummer att på inhämta sådan kunskap, självfallet i beaktande av de regler som finns beträffande integritet och sekretess. När nya behandlingar och (i vid bemärkelse, läkemedel, prevention, livsstil, mm) introduceras är det viktigt att ha data som är populationsbaserade för att kunna diskutera behandlingseffekter. Behandlingsstudier görs ofta på selekterade studiepopulationer liksom utvecklandet av nya diagnostiska metoder. Sådana resultat brukar ofta generaliseras till hela populationer och då är det angeläget att kunna stämma av sådana resultat mot populationsdata.

Ett exempel på hur SNAC-data kan användas är instrumentet Health Assessment Tool (HAT), som utvecklats för att på ett lättanvänt sätt utvärdera hälsa och funktionsförmåga hos äldre (36). HAT har visat sig bättre kunna predicera inläggning på sjukhus och överlevnad än andra mer omfattande instrument. Dessutom innehåller SNAC omfattande underlag om anhörigas situation, dels i form av kvantifiering av den informella vården, dels i form av frågor om hur de påverkas av situationen. Anhöriga och andra närstående till demenssjuka lever i en utsatt situation. Slutligen består SNAC av områden som representerar storstadskommuner, medelstora kommuner och landsbygdskommuner samt olika delar av Sverige (norra, mellersta och södra Sverige). Detta gör det möjligt att analysera vård och omsorg ur olika regionala perspektiv.

En konkret åtgärd som skulle kunna delvis kompensera för de problem som via har med att skatta förekomsten av demens i SNAC-projektet (t ex få fall av demens trots stora deltagandepopulationer) är att använda de databaser om äldre och demens som finns inom National E-infrastructure on Aging Research (NEAR). NEAR startade år 2017 med det övergripande syftet att

utveckla en nationell e-infrastruktur inom åldrandeforskning och är ett samarbete mellan sex universitet som finansieras av Vetenskapsrådet. I NEAR ingår de största longitudinella populationsstudierna i Sverige med bäring på äldre personer. Därigenom får vi större studiepopulationer och bättre underlag för prevalensskattningarna. Beträffande kostnadsbedömningarna skulle vi, liksom man gjort inom SveDem samköra med olika register om resursutnyttjande för att bygga upp en så kallad bottom-up kostnadsdatabas inom ramen för NEAR, som då självfallet kan användas för flera vanliga tillstånd hos äldre (diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, "skörhet", mm).

Vi står alltså inför stora utmaningar p g a det ökande antalet äldre och demenssjuka. Samtidigt finns också stora möjligheter inom diagnostik, behandling, vård och omsorg. Det finns därför behov av ett samordnande nationellt centrum kring neurokognitiva sjukdomar, åldrande och hälsa. Ett sådant centrum skulle kunna samordna införande av ny diagnostik och behandling i rutinsjukvård, preventionsinsatser på individ och befolkningsnivå, klinisk och epidemiologisk forskning samt grundforskning och utbildning.

Referenser

1. Fratiglioni L, Ding M, Santoni G, Berglund J, Elmståhl S, Fagerström C, et al. Demensförekomst i Sverige: geografiska och tidsmässiga trender 2001-2013. Resultat från den svenska nationella studien om åldrande, vård och omsorg - SNAC. Stockholm: Aging Research Center; 2018.
2. Wu YT, Beiser AS, Breteler MMB, Fratiglioni L, Helmer C, Hendrie HC, et al. The changing prevalence and incidence of dementia over time - current evidence. *Nat Rev Neurol*. 2017;13(6):327-39.
3. Wimo A, Jonsson L. Demenssjukdomarnas samhällskostnader (The societal costs of dementia) (in Swedish). Stockholm, Sweden: Socialstyrelsen (The National Board of Health and Health care); 2001.
4. Wimo A, Johansson L, Jönsson L. Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005 (The societal costs of dementia and the number of demented in Sweden 2005) (in Swedish). Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. Report No.: 2007-123-32.
5. Wimo A, Jönsson L, Fratiglioni L, Sandman P, Gustavsson A, Sköldunger A. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Report No.: 2014-6-3 Contract No.: 2014-6-3.
6. Frisell O, Jönsson L, Wimo A. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2019. Stockholm: Karolinska Institutet; 2023.
7. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levalahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9963):2256-63.
8. van Dyck CH, Swanson CJ, Aisen P, Bateman RJ, Chen C, Gee M, et al. Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. *N Engl J Med*. 2023;388(1):9-21.
9. Sims JR, Zimmer JA, Evans CD, Lu M, Ardayfio P, Sparks J, et al. Donanemab in Early Symptomatic Alzheimer Disease: The TRAILBLAZER-ALZ 2 Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2023;330(6):512-27.
10. Hansson O, Blennow K, Zetterberg H, Dage J. Blood biomarkers for Alzheimer's disease in clinical practice and trials. *Nat Aging*. 2023;3(5):506-19.
11. 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.
12. Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, Bennett DA, Craft S, Fagan AM, et al. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):280-92.
13. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):270-9.
14. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Jr., Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):263-9.
15. Jack CR, Jr., Andrews SJ, Beach TG, Buracchio T, Dunn B, Graf A, et al. Revised criteria for the diagnosis and staging of Alzheimer's disease. *Nat Med*. 2024.

16. Dubois B, Villain N, Schneider L, Fox N, Campbell N, Galasko D, et al. Alzheimer Disease as a Clinical-Biological Construct-An International Working Group Recommendation. *JAMA Neurol.* 2024.
17. Zhou RZ, Wimo A, Axenhus M, Egebäck S, Aye S, Johansson G, et al. Enbart biomarkör räcker i dagsläget inte för alzheimerdiagnos. *Läkartidningen.* 2024(15-16).
18. Hansson O, Blennow K, Kern S, Mattsson-Carligen N, Palmqvist S, Smith R, et al. Biomarkörtest föreslås inte ensamt diagnostisera alzheimer. *Läkartidningen.* 2024.
19. Zhou RZ, A. W, Axenhus M, Egebäck S, Aye S, Johansson G, et al. Symtom bör fortsättningsvis vara del av diagnostiken för alzheimer. *Läkartidningen.* 2024.
20. EMA. Leqembi recommended for treatment of early Alzheimer's disease Amsterdam: European Medicines Agency (EMA); 2024 [cited 2024 Nov 14, 2024]. Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/news/leqembi-recommended-treatment-early-alzheimers-disease>
21. Wimo A, Handels R, Elmstahl S, Fagerstrom C, Fratiglioni L, Isaksson U, et al. Informell och formell vård hos äldre personer i ordinärt boende - förändringar och samspel över tid 2001-2015 i SNAC projektet. Bergsjö; 2020.
22. Wimo A, Elmstahl S, Fratiglioni L, Sjolund BM, Skoldunger A, Fagerstrom C, et al. Formal and Informal Care of Community-Living Older People: A Population-Based Study from the Swedish National Study on Aging and Care. *J Nutr Health Aging.* 2017;21(1):17-24.
23. 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)(Sep):862-71.
24. Aye S, Frisell O, Zetterberg H, Skillback T, Kern D, Eriksson M, et al. Costs of Care in Relation to Alzheimer's Disease Severity in Sweden: A National Registry-Based Cohort Study. *Pharmacoeconomics.* 2025;43:153-69.
25. Peterson G, Wallin A. Delade meningar i forskningsetiska frågor som rör patienter med demens. *Läkartidningen.* 2004;101(20):1810-2.
26. Ding M, Ek S, Aho E, Jönsson L, Schmidt-Mende K, Modig K. Prevalence of dementia diagnosis in Sweden by geographical region and sociodemographic subgroups: a nationwide observational study. *Lancet Reg Health Eur.* 2024.
27. Wetterberg H, Najjar J, Rydberg Sterner T, Ryden L, Falk Erhag H, Sacuiu S, et al. Decreasing Incidence and Prevalence of Dementia Among Octogenarians: A Population-Based Study on 3 Cohorts Born 30 Years Apart. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2023;78(6):1069-77.
28. Weidung B, Lövheim H, Littbrand H, Wahlin J, Olofsson B, Gustafson Y. Temporal Dementia and Cognitive Impairment Trends in the Very Old in the 21st Century. *Journal of Alzheimer's Disease.* 2023;93:61-74.
29. GBD. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public health.* 2022;7(2):e105-e25.
30. Skoog I, Borjesson-Hanson A, Kern S, Johansson L, Falk H, Sigstrom R, et al. Decreasing prevalence of dementia in 85-year olds examined 22 years apart: the influence of education and stroke. *Sci Rep.* 2017;7(1):6136.
31. Wimo A, Sjolund BM, Skoldunger A, Qiu C, Klarin I, Nordberg G, et al. Cohort Effects in the Prevalence and Survival of People with Dementia in a Rural Area in Northern Sweden. *J Alzheimers Dis.* 2016;50(2):387-96.
32. Wiberg P, Waern M, Billstedt E, Ostling S, Skoog I. Secular trends in the prevalence of dementia and depression in Swedish septuagenarians 1976-2006. *Psychol Med.* 2013:1-8.

33. Qiu C, von Strauss E, Backman L, Winblad B, Fratiglioni L. Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden. *Neurology*. 2013;80(20):1888-94.
34. Mathillas J, Lovheim H, Gustafson Y. Increasing prevalence of dementia among very old people. *Age Ageing*. 2011;40(2):243-9.
35. Wimo A, Jonsson L, Fratiglioni L, Sandman PO, Gustavsson A, Skoldunger A, et al. The societal costs of dementia in Sweden 2012 - relevance and methodological challenges in valuing informal care. *Alzheimers Res Ther*. 2016;8(1):59.
36. Santoni G, Meinow B, Wimo A, Marengoni A, Fratiglioni L, Calderon-Larranaga A. Using an Integrated Clinical and Functional Assessment Tool to Describe the Use of Social and Medical Care in an Urban Community-Dwelling Swedish Older Population. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(8):988-94.e2.

Bilagor

Bilaga 1. Åldersfördelning i Riket och SNAC kommunerna.

	2002		2016		2023	
	65+	80+	65+	80+	65+	80+
Stockholm	15,4%	5,7%	14,6%	3,8%	16,1%	4,0%
Karlskrona	18,8%	6,0%	21,2%	5,5%	22,7%	6,7%
Osby	21,2%	7,2%	24,7%	7,0%	26,0%	8,2%
Malmö	17,7%	5,8%	15,3%	4,4%	15,2%	4,1%
Eslöv	16,5%	5,0%	18,6%	4,9%	18,8%	5,4%
Ystad	21,8%	6,4%	26,5%	6,9%	28,5%	7,8%
Hässleholm	19,7%	6,5%	23,1%	6,5%	23,6%	7,4%
Nordanstig	20,6%	6,1%	26,1%	6,2%	27,8%	7,0%
Hela SNAC	16,5%	5,8%	15,9%	4,2%	16,9%	4,4%
Riket	17,2%	5,3%	19,8%	5,1%	20,6%	5,8%

Källa: SCB, bearbetade data

Bilaga 2. Medelålder i grupperna 65+ respektive 80+ i Riket och SNAC-kommunerna.

	2002		2016		2023	
	65+	80+	65+	80+	65+	80+
Stockholm	76,9	85,2	74,9	86,2	75,0	85,3
Karlskrona	75,8	84,8	74,9	85,4	75,8	85,1
Osby	76,2	85,2	75,4	85,6	76,3	85,5
Malmö	76,2	85,0	75,3	85,8	75,3	85,3
Eslöv	75,6	85,0	75,0	85,7	75,7	85,2
Ystad	75,7	84,9	74,9	85,4	75,5	85,0
Hässleholm	76,1	85,0	75,4	85,7	76,1	85,3
Nordanstig	75,5	84,7	74,4	85,1	75,3	84,7
Hela SNAC	76,5	85,1	75,0	86,0	75,2	85,3
Riket	75,7	84,8	74,9	85,5	75,6	85,1

Källa: SCB, bearbetade data

Bilaga 3. Demografisk prognos för andelen äldre personer i Sverige fram till år 2050.

Område	Andel 80+ 2025	Andel 80+ 2050	Förändring 80+
			2025-2050
Riket	6,4%	9,4%	58%
Regioner	5,1-8,5%	8,3-12,5%	31-81%
Kommuner	3,3-12,3%	6,2-19,2%	5-122%
Stockholm	4,5%	8,1%	94%
Nordanstig	7,8%	10,9%	32%
Karlskrona	7,4%	10,5%	37%
Skåne	4,3-8,7%	6,7-12,9%	33-79%

Källa: SCB, bearbetade data

Bilaga 4. Andel av befolkning 65+ respektive 80+ i SNAC-kommunerna som år 2016 och 2023 bodde i SÄBO.

	2016	2023
Stockholm		
Andel 65+ i SÄBO-juni	4,7%	3,7%
Andel 80+ i SÄBO-juni	14,7%	10,9%
Andel 65+ i SÄBO-helår	6,3	5,1
Andel 80+ i SÄBO-helår	19,4	15,3
Karlskrona		
Andel 65+ i SÄBO-juni	4,7%	4,1%
Andel 80+ i SÄBO-juni	14,3%	11,1%
Andel 65+ i SÄBO-helår	6,1	5,6
Andel 80+ i SÄBO-helår	18,9	15,2
Skåne (SNAC-kommuner)		
Andel 65+ i SÄBO-juni	4,0%	3,5%
Andel 80+ i SÄBO-juni	11,7%	9,6%
Andel 65+ i SÄBO-helår	5,4%	4,6%
Andel 80+ i SÄBO-helår	15,6%	12,8%
Nordanstig		
Andel 65+ i SÄBO-juni	3,5%	3,0%
Andel 80+ i SÄBO-juni	11,6%	9,9%
Andel 65+ i SÄBO-helår	4,5	4,2
Andel 80+ i SÄBO-helår	15,6	13,9

Källa: Socialstyrelsen, SCB, bearbetade data