

Demens – forekomst, fremskrivning og omkostninger

Temanummer: Demens

I denne artikel vil vi redegøre for forekomsten af demens i Danmark, præsentere fremskrivninger af forekomsten af demens frem mod 2040 og gennemgå en række samfundsøkonomiske aspekter ved demens. Den registrerede forekomst af demens blandt personer fra 40-års alderen og opefter ligger på knap 43.000 tilfælde og forventes at være svagt stigende i de kommende årtier. Resultater fra stikprøveundersøgelser af ældrebefolkningen tyder imidlertid på, at der kan være et betydeligt mørketal af udiagnosticerede demenstilfælde. Den ekstra samfundsøkonomiske omkostningsbyrde ved demens er vanskelig at opgøre, da resultatet afhænger af, hvilke data og forudsætninger der inkluderes i beregningsmodellen, men hvis vi anvender et regneværktøj udviklet af VIVE (BIS 2.0), når vi frem til et estimat på ca. 7,7 mia. kr. om året for samfundet som helhed. Størstedelen heraf (knap 6,5 mia. kr.) udgøres af udgifter til plejehjem.

Hvor hyppig er demens?

Forekomst af en sygdom opgøres som *prævalens*, hvilket i denne sammenhæng er det samlede antal tilfælde af demens, og *incidens*, dvs. antallet af ny tilfælde af demens indenfor en given periode.

Ifølge Sundhedsdatastyrelsens *Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser* (RUKS) var prævalensen af demens blandt personer fra 40-års alderen og opefter 42.875 tilfælde i 2024 (afrundet til nærmeste tal deleligt med 25)(1). Det svarer til 0,7 % af befolkningen eller ca. 550 tilfælde per 100.000 personer. Incidensen af demens i 2023 var ca. 10.150 tilfælde svarende til en incidensrate på 125 tilfælde per 100.000 personer (tabel 1 og figur 1).



KASPER JØRGENSEN
Nationalt Videnscenter for Demens,
niels.kasper.jorgensen@regionh.dk
Foto: Thomas Berthelsen



OLIVIA HJULSAGER MATHIESEN
Nationalt Videnscenter for Demens,
olivia.hjulsgager.mathiesen@regionh.dk



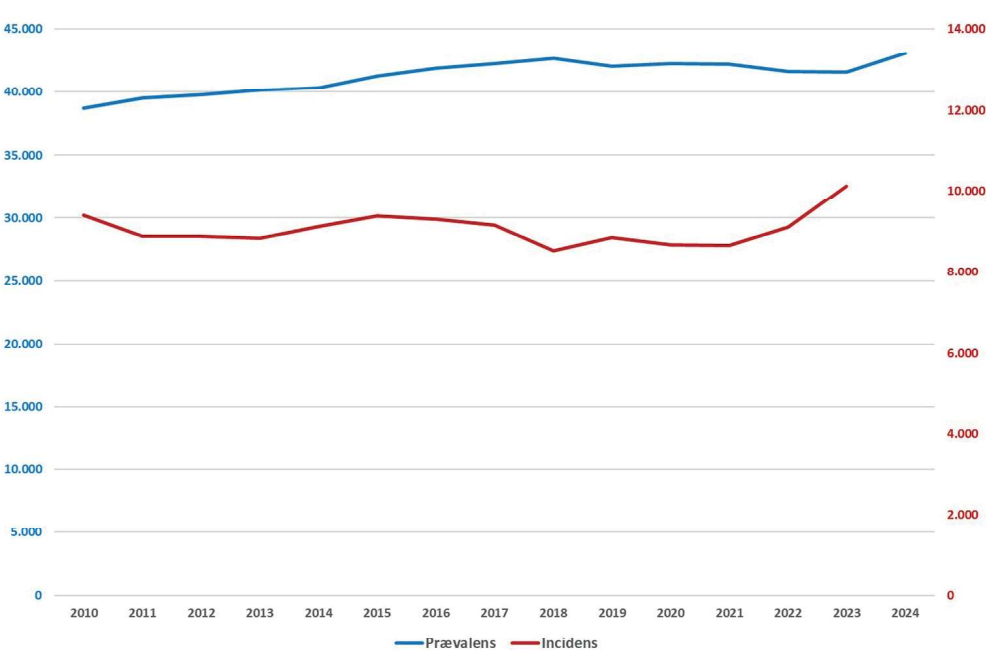
ANN NIELSEN
Nationalt Videnscenter for Demens,
ann.nielsen.03@regionh.dk

Tabel 1. Udvikling i prævalens og incidens af demens i perioden 2010 til 2024

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prævalens	38.475	39.175	39.525	39.900	40.050	40.900	41.650	41.975	42.400	41.800	42.000	41.975	41.450	41.400	42.875
Prævalensrate	700	700	700	700	675	675	675	675	650	625	600	600	575	550	550
Incidens	9.350	8.875	8.850	8.800	9.075	9.325	9.300	9.150	8.500	8.850	8.650	8.650	9.075	10.150	
Incidensrate	175	150	150	150	150	150	150	150	125	125	125	125	125	125	

Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.(1)
Note: Prævalens- og incidensrate er præsenteret som aldersstandardiseret rate per 100.000 personer for hele aldersspektret. Incidensdata for 2024 foreligger ikke endnu. Alle værdier er afrundet til nærmeste 25.

Figur 1. Udvikling i prævalens og incidens af demens i perioden 2010 til 2024



Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.(1)

Prævalensen er siden 2010 steget med ca. 4.400 sygdomstilfælde svarende til en forholdsvis beskeden stigning på ca. 290 tilfælde årligt. Incidensen viser en svagt faldende tendens frem mod 2021 efterfulgt af en stigning på ca. 1.000 tilfælde fra 2021 til 2023. De aldersstandardiserede prævalensrater udviser en faldende tendens fra 700 til 550 tilfælde per 100.000 personer, mens incidensraterne tilsvarende falder fra 175 til 125 tilfælde per 100.000 (afrundet til nærmeste 25). Ud af de 42.875 personer registreret med demens i 2024 var ca. 2.600 personer i aldersgruppen 40-64 år, hvilket placerer dem i kategorien 'yngre med demens'.

RUKS, der kan tilgås via den offentligt tilgængelige databank åben eSundhed, kombinerer kildedata fra Landspatientregisteret (LPR) og Lægemiddelstatistikregisteret og prævalensen omfatter således både personer, der er diagnosticeret i forbindelse med undersøgelse eller behandling på et hospital, og personer, der har indløst mindst to recepter på medicin imod demens. En

mindre del af personer med demens er ikke udredt i sekundærsektoren og derfor ikke nødvendigvis registreret i LPR, men hvis de fx har indløst recept på demensmedicin udskrevet af egen læge, er de registreret i Lægemiddelstatistikregisteret og opfanges således alligevel af RUKS.

Registreret prævalens og incidens påvirkes bl.a. af forhold som ændringer i henvisningsmønstre, udredningskapacitet og registreringspraksis, og man skal derfor være forsigtig med at tolke betydningen af ændringer i tallene. Det bør dog nævnes, at befolkningsundersøgelser i Danmark og andre vestlige lande har fundet faldende i incidensrater i de senere årtier, hvilket måske kan tilskrives faktorer som sundere levevis og stigende uddannelsesniveau i de ældre generationer (2-4). Overlevelsestiden efter en demensdiagnose varierer afhængigt af faktorer som alder på diagnosetidspunktet samt køn. Blandt 80-84-årige kvinder med demens er ca. halvdelen i live efter 3,8 år, og blandt 80-84-årige mænd med demens er ca. halvdelen i live efter 2,6 år(5).

Hvor stort er mørketallet?

Vi vurderer, at den registrerede prævalens baseret på LPR og lægemiddeldata undervurderer det reelle antal personer med demens. Antagelsen bygger blandt andet på undersøgelser foretaget blandt ældre i plejebolig. Ifølge en opgørelse fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune i 2019, havde omkring en fjerdedel af borgere i plejebolig en demensdiagnose, mens yderligere en fjerdedel udviste demenslignende symptomer(6). Tilsvarende fandt en ældre stikprøveundersøgelse blandt plejehjemsbeboere i Nordjylland, at over halvdelen af beboerne havde demens(7). Ifølge anekdotiske beretninger fra ansatte på plejecentre kan andelen af beboere med demens ligge helt oppe omkring 75 %. Samlet tyder det på, at demens er underdiagnosticeret blandt de ca. 40.000 beboere i danske plejeboliger. Hvis tre fjerdedele har demens, men kun ca. 37,5 % er diagnosticeret(8), giver det et mørketal på 15.000 personer i runde tal alene i plejehjemssektoren. Antagelsen om underdiagnosticering understøttes endvidere af følgende:

- 1) Patienter, der udredes for demens i almen praksis, uden at en demensudredningsenhed involveres, bliver ikke registreret i LPR, og disse patienter tilbydes også kun i mindre omfang medicinsk behandling. Mange af dem vil således ikke indgå i den registrerede demenspopulation.
- 2) De fleste demenssygdomme debuterer som nævnt sent i livet med en medianalder for en demensdiagnose på ca. 81 år(9). På det tidspunkt i livet har mange mennesker flere andre, konkurrerende helbredsproblemer af måske mere akut karakter, der kan tiltrække sig større opmærksomhed end begyndende kognitiv svækkelse.
- 4) Personer med demens kan allerede tidligt i sygdomsforløbet være præget af mangelfuld indsigt i deres tilstand(10). Den manglende sygdomserkendelse kan i praksis betyde, at personer med begyndende demens er mindre tilbøjelige

lige til at opsøge lægen og gennemgå udredning. Ofte er det en nær pårørende, fx ægtefællen, der bemærker de begyndende kognitive problemer og eventuelt sørger for, at pågældende kommer til lægen.

Hvad viser befolkningsundersøgelserne?

En mulighed for at få indblik i mørketallet kommer fra befolkningsundersøgelser, hvor man har undersøgt forekomsten af demens i mere eller mindre repræsentative stikprøver af ældrebefolkningen. *Alzheimer Europe*, der er paraplyorganisationen for Alzheimerforeninger fra europæiske lande, har på baggrund af 16 befolkningsundersøgelser beregnet alders- og kønsspecifikke prævalensrater for demens blandt europæiske ældre(11) (Tabel 2).

Tabel 2. Prævalensrater for demens fra befolkningsundersøgelser

Aldersgruppe	Mænd (%)	Kvinder (%)
60-64	0,2	0,9
65-69	1,1	1,5
70-74	3,1	3,4
75-79	7,0	8,9
80-84	10,7	13,1
85-89	16,3	24,9
90+	29,7	44,8

Kilde: Alzheimer Europe(11).

Befolkningsundersøgelserne er udvalgt ud fra en række kvalitetskriterier – de skulle bl.a. være gennemført indenfor et afgrænset geografisk område (*community based*), have en samplestørrelse på minimum 300 deltagere, anvende standardiserede diagnosekriterier og have en deltagelsesprocent på mindst 50 %. Man bør dog være opmærksom på, at 10 af de 16 befolkningsundersøgelser i *Alzheimer Europes* materiale er gennemført i sydeuropæiske lande, bl.a. Bulgarien, Grækenland og Portugal, og yderligere én er gennemført i Tyrkiet. Da forekomsten af demens bl.a. påvirkes af faktorer som befolkningens uddannelsesniveau og adgang til lægehjælp og andre sundhedsydelser, bør man være forsigtig at generalisere prævalensraterne til et land som Danmark med et højt uddannelsesniveau og veludbygget sundhedsvæsen. I flere befolkningsundersøgelser lægges vægt på resultatet af en kort kognitiv test som fx *Mini-Mental Status Examination* (MMSE)(12) eller *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA)(13), hvilket indebærer en risiko for at fejlklassificere ældre med kort skolegang og uddannelse som kognitivt svækkede. Eksempelvis fandt den norske befolkningsundersøgelse, *the Trøndelag Health Study* (HUNT4), der bl.a. lagde vægt på MoCA til vurdering af kognitiv status, en samlet prævalensrate for demens på 14,6 % for aldersgruppen 70 år og opefter, hvilket i international sammenhæng er rekordhøjt(14).

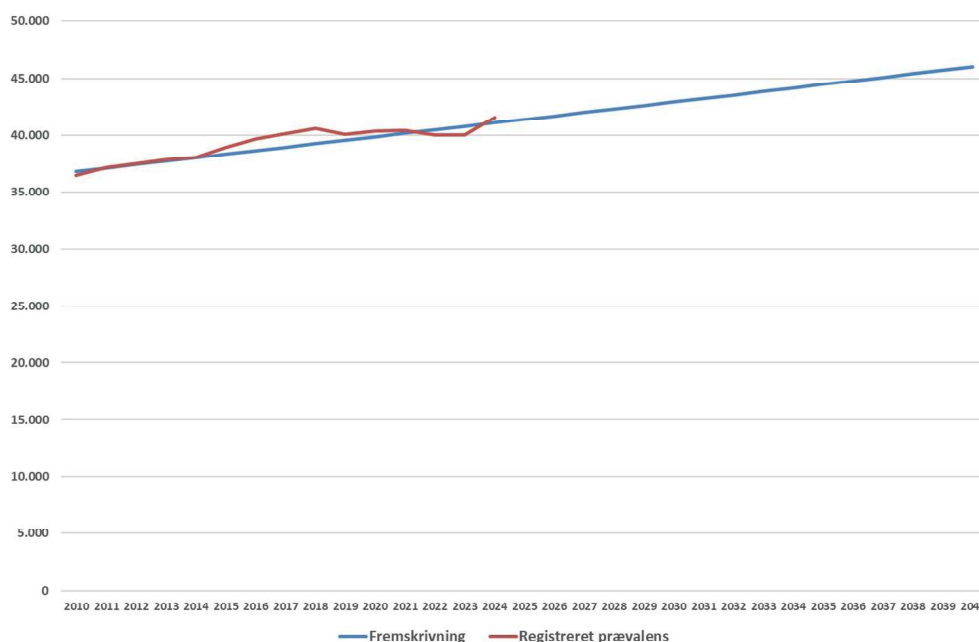
Hvis vi trods de nævnte forbehold kombinerer *Alzheimer Europes* prævalensrater med data fra Danmarks Statistik vedrørende alders- og kønssammen-

sætningen af den danske ældrebefolkning, estimeres det, at op imod 100.000 danskere fra 60-års alderen og opefter kunne have demens(15).

Hvad bringer fremtiden?

Det er som bekendt vanskeligt at spå om fremtiden. Fremskrivning af prævalens kan foretages på flere måder. Vi vælger her at tage udgangspunkt i udviklingstendensen gennem de seneste 15 år, der kan beskrives med en simpel lineær model (figur 2).

Figur 2. Fremskrivning af prævalens til 2040 baseret på registerdata

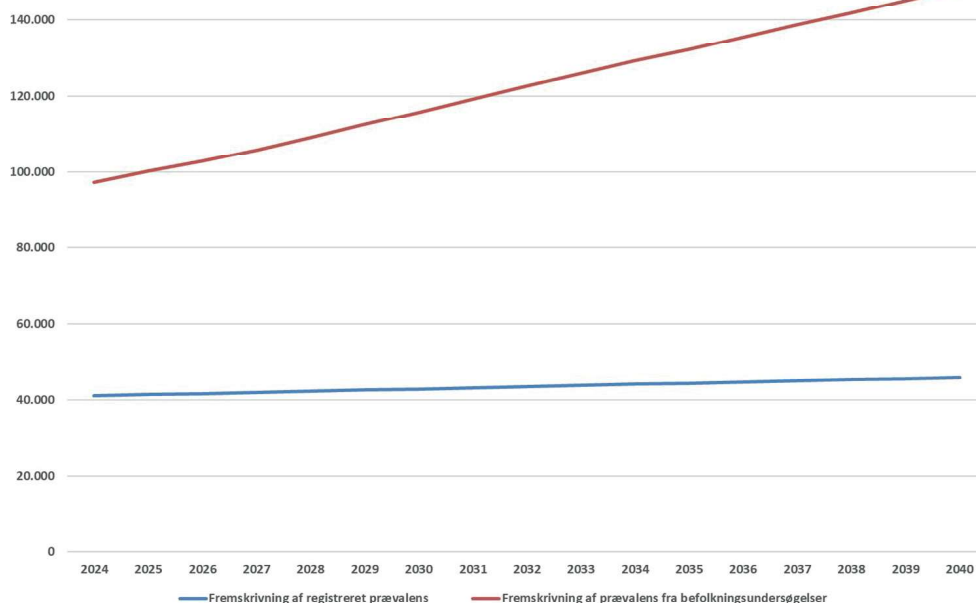


Note: Fremskrivningsmodel [estimeret prævalens = $(36.805 + 307,14 \cdot \text{år})$]. Prævalenstal for perioden 2010 til 2024 baseret på RUKS.

Ifølge modellen kan vi forvente en stigning i prævalens blandt danskere fra 60-års alderen og opefter på ca. 4.419 tilfælde frem mod 2040 svarende til en stigning på ca. 10,6 %. Den forventede stigning er forholdsvis beskeden i betragtning af at ældrebefolkningen ifølge Danmarks Statistik forventes at stige fra ca. 1.250.000 i 2025 til ca. 1.540.000 i 2040 svarende til en stigning på 290.000 ældre eller 23 %(16).

Hvis prævalensraterne fra befolkningsundersøgelser kombineres med data vedrørende den forventede vækst i den danske ældrebefolkning frem mod 2040 kan vi estimere, at op imod 148.000 ældre danskere kunne udvikle demens (figur 3).

Figur 3. Fremskrivning af prævalens til 2040 baseret på henholdsvis befolkningsundersøgelser og registerdata



Note: Fremskrivningen af prævalens fra befolkningsundersøgelser er baseret på en kombination af prævalensrater i følge Alzheimer Europe(11) med en fremskrivning af ældrebefolkningen ifølge Danmarks Statistik(16).

Som det fremgår af figur 3 er der markant forskel på prævalensestimater baseret på befolkningsundersøgelser og registerdata – og endnu mere udtalt forskel på resultatet af de to fremskrivningsmodeller. Usikkerheden af fremskrivninger af både prævalens og befolkningstal øges selvsagt med længden af fremskrivningsperioden, og den forventede prævalens i 2040 varierer med ikke mindre end en faktor tre. Det er vanskeligt at afgøre, hvilken af de to estimater der er mest realistisk, men et af de tidligere omtalte danske registerstudier fandt en relativ afmatning i stigningen i prævalens fra omkring 2010(2). En tilsvarende afmatning er påvist i en række befolkningsundersøgelser fra bl.a. USA(4, 17), Storbritannien(18) og Holland(19). På den anden side er der meget, der taler for, at estimater alene baseret på registrerdata er for lave, som beskrevet ovenfor.

Hvad koster demens?

Samfundsmæssige omkostninger ved demens kan opdeles i sundhedsudgifter, sociale omkostninger, produktivitetstab som følge af demens samt værdien af pleje og omsorg ydet af pårørende – såkaldt uformel pleje (*informal care*). Sundhedsudgifter og sociale omkostninger sammenfattes ofte under begrebet direkte omkostninger i modsætning til 'indirekte omkostninger', der i nogle studier henviser til produktivitetstab som følge af sygdom, og i andre studier henviser til både produktivitetstab og omkostninger ved uformel pleje.

Sundhedsudgifter omfatter bl.a. udgifter til diagnostisk udredning af ny sygdomstilfælde, ambulatoriebesøg, konsultationer ved egen læge eller speciallæge, hospitalsindlæggelser, skadestuebesøg, medicin m.v. Sociale omkostninger omfatter bl.a. udgifter til plejeboliger og plejehjem, hjemmehjælp, dagpleje og hjemmesygepleje.

Et estimat for samfundsmæssige omkostninger ved demens kan beregnes ved hjælp af et onlineregneværktøj 'Beregner for Investeringer i Sundhed' (BIS 2.0)(20), udviklet af Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) for Lægemedellindustriforeningen baseret på erfaringer fra den socialøkonomiske investeringsmodel. Regneværktøjet giver mulighed for at beregne ressourceforbrug og omkostninger per person med demens (og 31 andre sygdomsgrupper) med en ret høj grad af detaljering. Datagrundlaget for identifikation af sygdomsgrupperne i BIS 2.0 er baseret på sygehuskontakter og lægemiddelforbrug og stammer fra Landspatientregistreret(21), Lægemedellindatabasen(22) og RUKS(1). Forbrug og omkostninger beregnes separat for bl.a. den *kommunale sektor* (plejehjem, personlig pleje, praktisk hjælp, kommunal sygepleje, vedligeholdelses- og genoptræning) *praksissektoren* (almen praksis, fysioterapi, praktiserende psykiater, andet lægespeciale, psykolog), *det psykiatriske hospitalsvæsen* (ambulante besøg, indlæggelser), *det somatiske hospitalsvæsen* (ambulante besøg, indlæggelser), samt *receptpligtig medicin*. For hver person med demens er der udvalgt en sammenligningsgruppe på fem personer uden demens matchet på alder og køn, og da ressourceforbrug og omkostninger automatisk beregnes for begge grupper, er det muligt at estimere det ekstra ressourceforbrug og de ekstra omkostninger, der kan tilskrives demenssygdommen. Matchningen tager ikke højde for eventuelle forskelle i komorbiditet mellem grupperne.

Regneværktøjet beregner de ekstra omkostninger per år fra året, hvor borgeren blev registreret med demens – kaldet 'baseline-året' (eller 'år 0') – og de efterfølgende fem år. Perioden fra og med baseline-året og fem år frem kan variere fra 2014-2019 til 2017-2022. Det betyder også, at nogle af perioderne inkluderer årene 2020-2022, hvor covid-19-pandemien huserede, hvilket kan have påvirket ressourceforbruget for personer med demens.

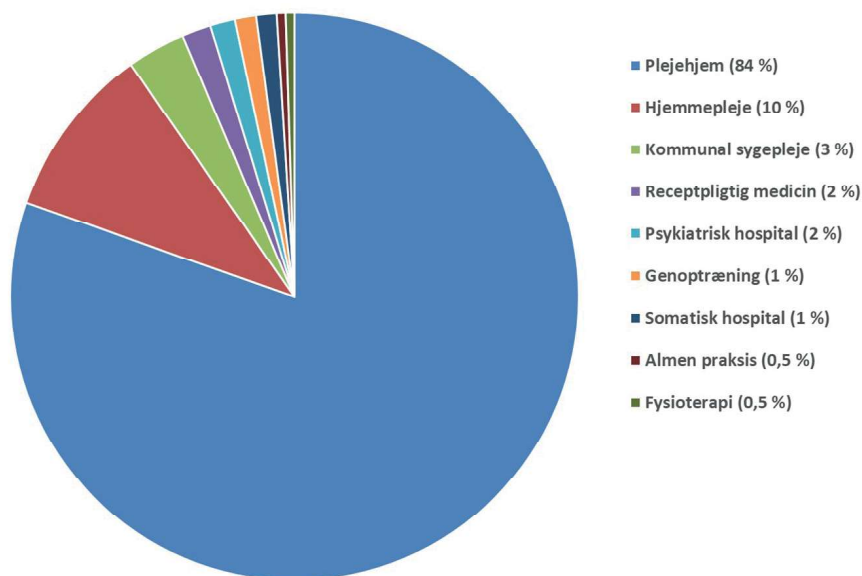
Desuden kan BIS 2.0 beregne de årlige ekstra omkostninger henholdsvis et og to år før diagnoseåret, hvilket vi vælger at se bort fra i denne sammenhæng. Vi fokuserer i stedet på de gennemsnitlige årlige ekstra omkostninger for den seksårige periode fra og med diagnoseåret og fem år frem. Med henblik på at opnå et estimat for de totale årlige ekstra omkostninger ved demens har vi ganget de gennemsnitlige ekstra omkostninger per person (180.614 kr.) med et prævalensestimat for demens på 42.875 personer (tabel 3 og figur 4).

Tabel 3. Årlige ekstra omkostninger ved demens

	Beløb i kr.	Procentdel af samlede omkostninger
Plejehjem	6.482.785.750	83,7
Personlig pleje	720.557.250	9,3
Kommunal sygepleje	267.883.000	3,5
Praktisk hjælp	75.460.000	1,0
Vedligeholdelses- og genoptræning	97.891.557	1,3
Almen praksis	40.731.536	0,5
Andet lægespeciale	-30.516.138	-0,4
Fysioterapi	40.078.264	0,5
Praktiserende psykiater	1.644.328	0,0
Praktiserende psykolog	-85.750	0,0
Psykiatrisk hospital, ambulant	39.081.563	0,5
Psykiatrisk hospital, indlæggelser	75.157.374	1,0
Somatisk hospital, ambulant	-293.761.778	-3,8
Somatisk hospital, indlæggelser	93.553.679	1,2
Receptpligtig medicin	133.355.542	1,7
Totale årlige ekstraomkostninger	7.743.816.175	100

Kilde: Beregninger baseret på BIS 2.0(20). Alle beløb er gennemsnit af 6 års omkostninger fra og med diagnoseåret og frem.

Figur 4. Fordeling af ekstra omkostninger ved demens



Kilde: Beregninger baseret på BIS 2.0(20).

Da negative værdier ikke umiddelbart giver mening i et lagkagediagram, er de negative omkostninger i tabel 3 (somatisk hospital ambulant, andet lægespeciale, psykolog) ikke inkluderet i figuren.

Som det fremgår af tabellen og figuren udgør plejehjem langt den tungeste udgiftspost (ca. 84 % af de totale ekstra omkostninger), mens udgifter til hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp) tegner sig for ca. 10 %. Ekstra omkostninger til ambulante besøg i den somatiske hospitalssektor er negative, svarende til at personer med demens har færre (og evt. billigere) ambulante hospitalsbesøg end matchede ældre uden demens. Faktisk er 'besparelsen' ved færre ambulante besøg i somatikken så stor, at de samlede ekstra hospitalsomkostninger (somatik og psykiatri, ambulant besøg og indlæggelser) bliver negative. Også ekstra omkostninger til andre praktiserende speciallæger end praktiserende psykiater samt ekstra omkostninger til praktiserende psykolog er negative, svarende til at der er tale om en mulig besparelse.

Der er formentlig flere forklaringer på, at personer med demens har et lavere ressourceforbrug i forhold til ambulante besøg i somatikken og andre praktiserende speciallæger. Personer med demens er måske mindre opmærksomme på egne helbredsproblemer og deres initiativ til at søge hjælp i sundhedsvæsenet er nok nedsat. Det er også muligt, at nogle læger i somatiske ambulatorier og speciallægepraksis, er lidt mere tilbageholdende med at udrede og behandle komorbiditet blandt personer med demens. Sammenfattende kunne resultaterne pege i retning af en vis ulighed i adgangen til sundhedsydelser for personer med demens.

Da BIS 2.0 præsenterer data separat for diagnoseåret og de efterfølgende fem år, der det muligt at få indblik i omkostningsudviklingen, i takt med at demenssygdommen skrider frem. Der sker en fordobling af de gennemsnitlige

årlige ekstra omkostninger per person til plejehjem – fra ca. 105.000 kr. i diagnoseåret til ca. 224.000 kr. efter fem år. Ekstra omkostninger til hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp) følger et andet mønster: omkostningerne stiger fra diagnoseåret og gennem de følgende par år, for derefter at falde igen i fjerde og femte år efter diagnosen, hvilket formentlig afspejler, at en stigende andel af borgere med demens flytter på plejehjem. Ekstra omkostninger til receptpligtig medicin ligger relativt stabilt omkring 3.100 kr. per person i årligt gennemsnit fra diagnoseåret og de efterfølgende fem år.

Sundhedsøkonomiske studier

Der er siden omkring årtusindeskiftet publiceret adskillige studier, der på forskellig vis belyser sundhedsøkonomiske aspekter af demenssygdomme for det danske samfund. Der foreligger bl.a. et større sundhedsøkonomisk case-kontrolstudie, det såkaldte Odensestudie (1999)(23), et sundhedsøkonomisk modellerings- og fremskrivningsstudie (2006)(24), et studie, der estimerer tidsforbruget ved uformel pleje ydet af danske pårørende og de økonomiske konsekvenser heraf (2011)(25), et review af *cost of illness*-estimer for demens i Danmark (2014)(26), et studie, der specifikt fokuserede på omkostninger i dansk almen praksis associeret med Alzheimers sygdom (2016)(27), samt et populationsbaseret kohortestudie, der kortlagde forekomst, dødelighed og omkostninger forbundet med de 25 mest almindelige grupper af hjernesygdomme og psykiske sygdomme – herunder demens (2020)(28). I det følgende vil vi kort gennemgå to nyere danske sundhedsøkonomiske estimer præsenteret i henholdsvis et populationsbaseret kohortestudie publiceret i 2025(9) og rapporten 'Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme' fra 2022(42).

Et nyt registerbaseret kohortestudie fra Aarhus Universitet om forekomsten af hjernesygdomme og psykiske sygdomme baseret på sundhedsdata vedrørende alle personer bosiddende i Danmark på et tidspunkt indenfor perioden 1995 til 2021 har ligesom studiet fra 2020(28) kortlagt forekomst, dødelighed og omkostninger forbundet med bl.a. demens(9). Alle personer med en diagnosticeret hjernesygdom blev matchet med 10 personer med samme køn og alder uden pågældende hjernesygdom, hvilket bl.a. gjorde det muligt at estimere ekstra omkostninger forbundet med sygdommen. Studiet anvendte overvejende samme metode som det tidligere danske studie om hjernesygdomme(28), men det aktuelle studie har bl.a. en mere præcis metode til identifikation af hjernesygdomme og et bedre datagrundlag for beregning af udgifter til plejehjem(43).

Den sundhedsøkonomiske belastning ved demens blev defineret som de samlede omkostninger hos personer med demens fratrasket omkostningerne for køns- og aldersmatchede kontrolpersoner uden demens. Omkostningerne omfattede både sundhedsudgifter (almen praksis, hospitalssektoren, receptpligtig medicin) og sociale udgifter (hjemmepleje og plejehjem). Ekstraomkostninger per person med demens i 2021 blev beregnet til 33.579 euro sva-

rende til ca. 250.000 kr. (vekselkurs 7,45). Den samlede omkostningsbyrde blev beregnet til ca. 9,86 mia. kr. i 2021. Ligesom i estimaterne baseret på BIS 2.0 udgør udgifter til plejehjem en meget stor andel (ca. 88 %) af de samlede omkostninger, mens sundhedsudgifterne kun udgør en mindre del af omkostningerne: medicinudgifter 1,6 %, udgifter til sygehussektoren 1,4 % og udgifter til almen praksis kun 0,5 % (se tabel 4 nedenfor).

I rapporten 'Sygdomsbyrden i Danmark', der er udarbejdet af en gruppe forskere ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet i 2022, blev de ekstra omkostninger ved demens for personer i alderen 65 år eller derover opgjort til knap 570 mio. 2018-kr. (årligt gennemsnit for 2017 til 2018). Omkostninger til plejehjem indgik ikke i opgørelsen, der nøjedes med at fokusere på ekstra omkostninger til hjemmehjælp, almen praksis, hospitalssektoren og receptpligtig medicin. 'Ekstra omkostninger' betyder, at det drejer sig om omkostninger til personer med demens i forhold til personer uden demens med samme køns- og aldersfordeling, uddannelse og sygelighed fraset demens, hvilket adskiller sig lidt fra BIS 2.0 og kohortestudierne fra Aarhus.

Ved at dividere de samlede ekstra omkostninger med prævalenstallet for demens i rapporten (32.991, aldersafgrænsningen er som sagt 65 år og opefter) kan vi beregne de gennemsnitlige ekstra omkostninger per person med demens i 2017-2018 til blot 17.268 kr. årligt. Beløbet virker relativt lavt, hvilket primært afspejler, at det ikke inkluderer udgifter til plejehjem. Størstedelen af meromkostningerne (86 %) er udgifter til hjemmepleje, hvorimod meromkostninger i almen praksis (2,7 %) og hospitalssektoren (1,8 %) kun udgør en mindre del. En af forklaringerne på de lave ekstraomkostningerne i hospitalssektoren er, at personer med demens – sammenlignet med personer uden demens – har markant færre planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter: 41.605 færre kontakter årligt i 2017-2018. Også antallet af planlagte somatiske indlæggelser blandt personer med demens er relativt lavt: 1.755 færre indlæggelser årligt i 2017-2018 sammenlignet med personer uden demens. Tendensen er især udtalt blandt personer med demens fra 75-års alderen og opefter.

Sammenligning af omkostningsestimater

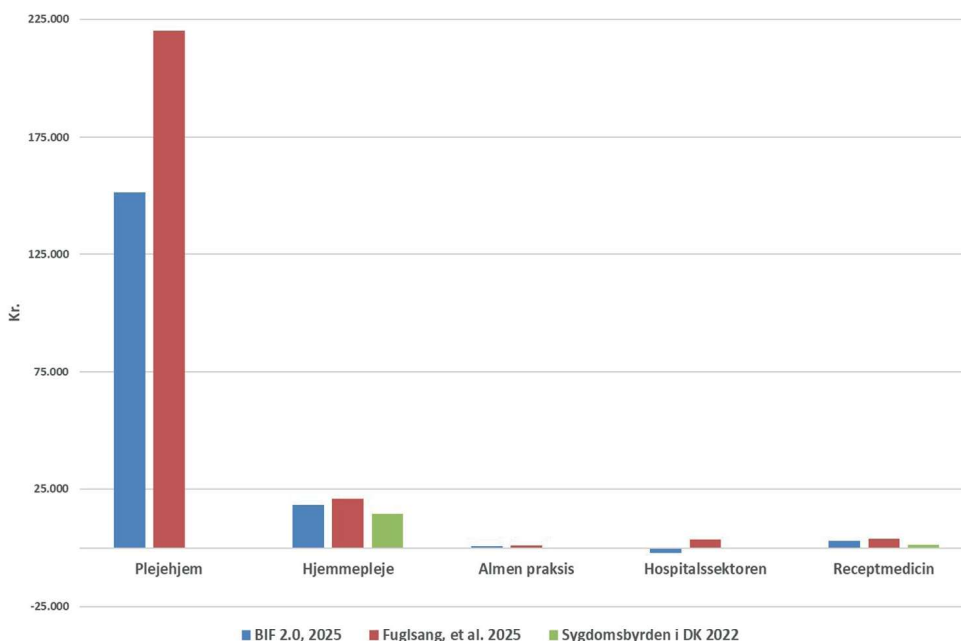
Tabel 4 og figur 5 indeholder en sammenligning af årlige omkostningsestimater baseret på henholdsvis 1) BIS 2.0, 2) 2025-kohortestudiet fra Aarhus og 3) Sygdomsbyrden i Danmark 2022.

Tabel 4. Sammenligning af ekstra årlige omkostninger per person med demens

	BIS 2.0	Kohortestudie 2025	Sygdomsbyrden i DK, 2022
Plejehjem	151.202	220.349	
Hjemmepleje	18.566	20.912	14.889
Almen praksis	950	1.274	467
Hospitalssektoren	-2.005	3.628	318
Receptmedicin	3.110	4.001	1.594
	171.824	250.164	17.268

Note: En række udgiftsposter, der kun er indeholdt i BIS 2.0 (fx kommunal sygepleje, vedligeholdelses- og genoptræning), indgår ikke i sammenligningen. Omkostningerne er ikke beregnet for samme årstal (se tekst).

Figur 5. Sammenligning af ekstra årlige omkostninger per person med demens



De ekstra omkostninger er beregnet per person med demens per år, men opgørelsesåret er ikke det samme i de tre studier, hvilket komplicerer sammenligningen. BIS 2.0-estimatet er beregnet som et gennemsnit for 6-års perioder i intervallet 2014 til 2022, estimatet fra 2025-kohortestudiet er beregnet for år 2021 og estimatet fra Sygdomsbyrden i Danmark er beregnet som et gennemsnit for 2017-18. Sammenligningen kan ikke umiddelbart bruges til at afklare, hvilket estimat der er mest realistisk, men det er relevant at se på graden af overensstemmelse for hver omkostningskategori. Med hensyn til ekstra omkostninger til plejehjem har vi kun to estimater med en difference på ca. 69.000 kr., men begge viser, at plejehjem er langt den tungeste udgiftspost i regnskabet (84-88 %). Kohortestudiet fra 2025 lægger omkostninger til plejehjem og beskyttede boliger sammen, hvilket formentlig bidrager til at estimatet bliver højt. Omkostninger til hjemmepleje estimeres til at ligge mellem ca. 15.000 kr. og 21.000 kr. på tværs af de tre estimater, hvilket er en relativt god

overensstemmelse. Omkostninger til receptpligtig medicin udgør den tredje største udgiftspost, men variationen i de tre estimater er overraskende høj – fra ca. 1.600 kr. til 4.000 kr. årligt, hvilket bør ses på baggrund af, at hverken aldersafgrænsning, definition af population eller metode til matchning i de tre studier er ens. Estimater af omkostninger til almen praksis udviser mindre god overensstemmelse, men beløbsstørrelserne – mellem ca. 470 kr. og 1.270 kr. årligt per person med demens – er beskedne.

Estimater af omkostninger til hospitalssektoren falder meget forskelligt ud, hvilket skaber uklarhed om, hvorvidt demens er associeret med besparelser eller ekstra omkostninger i hospitalssektoren.

Ifølge BIS 2.0 er den væsentligste årsag til at omkostningerne bliver negative, at personer med demens har markant færre ambulante besøg i det somatiske hospitalsvæsen - i gennemsnit 3,6 færre besøg per person over en 6-årig periode. Personer med demens har både flere somatiske indlæggelser og flere indlæggelser og ambulante besøg i psykiatrien, men det opvejer ikke de færre ambulante besøg i somatikken og nettoresultatet bliver derfor en besparelse på ca. 2.000 kr. årligt per person. I rapporten Sygdomsbyrden i Danmark lægges somatiske og psykiatriske indlæggelser sammen i én pulje, men til gengæld differentieres der mellem planlagte og akutte indlæggelser. Personer med demens har færre planlagte indlæggelser (44,6 færre per 1.000 personer) end personer uden demens, men til gengæld markant flere akutte indlæggelser (123,3 flere per 1.000 personer), og nettoresultatet bliver en beskedne ekstra omkostning på godt 300 kr. årligt per person med demens. I kohortestudiet fra 2025 blev hospitalsudgifter estimeret baseret på indlæggelser, ambulante besøg og kontakter i akutmodtagelsen i henhold til takster i DRG og DAGS (diagnoserelaterede grupper og dansk ambulant grupperingssystem). En sammenligning af de samlede ekstra omkostninger på tværs af de tre omkostningsestimater viser, at 2025-kohortestudiets estimat ligger ca. 46 % højere end BIS 2.0-estimatet. Hvis vi ser bort fra omkostninger ved plejehjem og fokuserer på hjemmepleje, praksis, hospitaler og medicin, ligger estimatet fra Sygdomsbyrden i Danmark ca. 16 % lavere end BIS 2.0-estimatet.

Produktivitetstab

Produktivitetstab i forhold til arbejdsmarkedet er relativt højt per person med demens i den erhvervsaktive alder, men da størstedelen af patienter med demens har passeret pensionsalderen på diagnosetidspunktet, fylder produktivitetstab mindre i det samlede regnskab. Ifølge BIS 2.0 kan det årlige produktivitetstab knyttet til demens opgøres til ca. 332.269 kr. per person i den erhvervsaktive alder (aldersgruppen 18-65 år). Det svarer til 1.064 mio. kr. – altså godt en mia. kr. – for alle personer med demens i den erhvervsaktive alder, hvilket ifølge BIS 2.0 er ca. 3.202 personer. Produktivitetstab er baseret på de økonomiske konsekvenser af følgende forhold: 1) Relativt færre personer med demens er selvforsørgende sammenlignet med kontrolgrup-

pen, hvilket giver et indtægtstab på ca. 258.000 kr. per person, 2) relativt flere personer med demens modtager førtidspension (ca. 68.000 kr. per person), og 3) relativt flere personer med demens er på midlertidige overførsler (ca. 6.300 kr. per person). Desuden har vi indregnet en marginal besparelse ved at færre personer med demens er i fleksjob. I kohortestudiet fra 2025 er det årlige produktivitetstab associeret med demens opgjort til ca. 351.476 kr. per person i den erhvervsaktive alder i 2021 svarende til ca. 1.125 mio. kr. for alle personer med demens. Der skønnes at være god overensstemmelse mellem de to estimater.

Produktivitetstabet blandt pårørende omsorgsgivere til personer med demens er notorisk vanskeligt at værdisætte. Dels skal der etableres estimater af, hvor meget tid de pårørende bruger på at yde uformel omsorg, og dels skal selve tidsforbruget værdisættes. Tidsforbruget afhænger af flere forhold – ikke mindst graden af demens hos den person, der modtager omsorgen. Ifølge et dansk studie vedrørende omkostninger ved uformel pleje af personer med demens bruger primære omsorgsgivere typisk fem til syv timer dagligt på uformel pleje, hvilket i princippet kan værdisættes ved at tildele det anslåede antal omsorgsgiverne en anslået fiktiv timeløn(25). Et estimat af produktivitetstabet involverer imidlertid yderligere antagelser og forudsætninger – bl.a. hvor stor en andel af omsorgsgiverne, der er i den erhvervsaktive alder, og hvor meget de i praksis reducerer deres arbejdstid som følge af den uformelle plejeburde. Hvor mange omsorgsgivere går på deltid, fremskynder pensionstidspunktet, eller tager plejeorlov? Da vi ikke har kendskab til danske data, der kan kaste lys over problemstillingen, vil vi undlade at gå længere ind i den.

Sammenfatning

Det er vanskeligt at give et sikkert estimat af forekomsten af demens i Danmark. Ifølge registeroplysninger ligger prævalensen aktuelt på knap 43.000 tilfælde blandt personer fra 40-års alderen og opefter og må forventes at være svagt stigende op gennem det kommende årti. Demens er imidlertid underdiagnosticeret – ikke mindst blandt plejehjemsbeboere – og ifølge befolkningsundersøgelser fra både Sydeuropa og Norge kan prævalensraterne være væsentligt højere, end hvad vi finder i danske registre. Hvis vi fx anslår, at mørketallet for demens ligger omkring 15.000 blandt plejehjemsbeboere, stiger den samlede prævalens til ca. 58.000 personer. Hertil kommer et ukendt, omend mindre, antal patienter, der alene er udredt i almen praksis og kun har begrænset kontakt til hospitalssektoren.

Også den ekstra samfundsmæssige omkostningsbyrde ved demens er vanskelig at estimere. Ved anvendelse af VIVEs regneværktøj BIS 2.0 kan vi beregne de årlige direkte omkostninger ved demens til ca. 7,7 mia. kr. for samfundet som helhed, hvoraf ca. 84 % er omkostninger til plejehjem. Men som det fremgår af sammenligningen med to andre nyere estimater, kunne omkostningerne også ligge 46 % højere eller 16 % lavere, afhængigt af hvilke data

og forudsætninger man anvender. Det samlede produktivitetstab for personer med demens i den erhvervsaktive alder skønnes at ligge i omegnen af 1.064 til 1.125 mio. kr. (lidt over en mia. kr.).

Selvom der i litteraturen er nogenlunde konsensus om, hvordan omkostninger ved demens kategoriseres, er sundhedsøkonomer ikke enige om, hvordan omkostninger ved demens bedst opgøres. En af udfordringerne er, at forskellige forskergrupper anvender forskellige datakilder og metoder, hvilket giver ret forskellige resultater. Men trods de nævnte usikkerheder og forbehold er der ikke tvivl om, at demenssygdomme sammenlignet med andre hjerne- og psykiske sygdomme er omkostningstunge. Især de kommunale plejeomkostninger er relativt høje sammenlignet med de øvrige sygdomme. Målt i direkte ekstra omkostninger ligger demenssygdomme på en tredjeplads på listen over de dyreste hjerne- og psykiske sygdomme – lavere end depression og søvnforstyrrelser, men højere end angstlidelser og apopleksi(9). Der er udsigt til mere effektive lægemidler mod Alzheimers sygdom(44), men en egentlig kur mod Alzheimers sygdom eller andre demenssygdomme er ikke indenfor rækkevidde. Vi må forvente, at demenssygdomme fortsat vil være hyppige og omkostningstunge i de kommende årtier.

Forslag til yderligere læsning

Hvis vi kigger ud over landets grænser, foreligger der *cost of illness*-studier (COI) udarbejdet af bl.a. *Health Economics Research Centre* i Oxford(29) og *the European Brain Council*(30), der præsenterer omkostningsestimater for Danmark. Endvidere foreligger der COI-estimer for Nordeuropa, udarbejdet af *the European Collaboration of Dementia* (31), samt for højindkomstlande, udarbejdet *Alzheimer's Disease International* (32-34) og andre internationale ekspertgrupper(35), hvor resultaterne eventuelt kan generaliseres til danske forhold. Det bør også nævnes, at Sverige har en lang tradition for forskning i sundhedsøkonomiske aspekter af demens(36-41). Det er ikke muligt at sammenfatte resultaterne af de mange studier her, men generelt synes der at være en tendens til at datagrundlagt for estimerne bliver bedre, jo mere vi nærmer os nutiden, ligesom også beregningsmetoderne måske bliver mere præcise.

Referencer

1. Udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser: Sundhedsdatastyrelsen; [Available from: <https://www.esundhed.dk/Emner/Operationer-og-diagnoser/Udvalgte-kroniske-sygdomme-og-svaere-psykiske-lidelser>.
2. Taudorf, L., Nørgaard, A., Islamoska, S., Jørgensen, K., Laursen, T.M., Waldemar, G. Declining incidence of dementia: A national registry-based study over 20 years. *Alzheimers Dement.* 2019;15(11):1383-91.
3. Hegelund, E.R., Mehta, A.J., Mortensen, L.H., Westendorp, R.G.J. The plasticity of late-onset dementia: A nationwide cohort study in Denmark. *Alzheimers Dement.* 2022;18(7):1287-95.
4. Wolters, F.J., Chibnik, L.B., Waziry, R., Anderson, R., Berr, C., Beiser, A. et al. Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States. *Alzheimers Dement.* 2022;18(7):1287-95.

- tes: The Alzheimer Cohorts Consortium. *Neurology*. 2020;95(5):e519-e31.
5. Taudorf, L., Nørgaard, A., Waldemar, G., Laursen, T.M. Mortality in Dementia from 1996 to 2015: A National Registry-Based Cohort Study. *J Alzheimers Dis*. 2021;79(1):289-300.
6. Jensen, G.H., Vording, S.L.B. Demensanalyse. København: Afdeling for Data og Analyse. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Københavns Kommune; 2019.
7. Sørensen, L., Foldspang, A., Gulmann, N.C., Juul-Nielsen, S., Munk-Jørgensen, P. [Plekehjemsbeboere i Nordjylland]. *Ugeskrift for Læger*. 2000;162(10):1393-8.
8. Nørgaard, A., Jensen-Dahm, C., Gasse, C., Hansen, H.V., Waldemar, G. Time trends in antipsychotic drug use in patients with dementia: a nationwide study. *J Alzheimers Dis*. 2016;49(1):211-20.
9. Fuglsang, C.H., Rasmussen, T.B., Rudolfsen, J.H., Olsen, J., Skipper, N., Ulrichsen, S.P. et al. Occurrence, mortality, and economic burden of brain disorders in Denmark, 2015-2021: a population-based cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2025;50:101189.
10. Vogel, A., Stokholm, J., Gade, A., Andersen, B.B., Hejl, A.M., Waldemar, G. Awareness of deficits in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: do MCI patients have impaired insight? *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2004;17(3):181-7.
11. Europe, A. Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe. Luxembourg: Alzheimer Europe; 2019.
12. Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
13. Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I. et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(4):695-9.
14. Gjora, L., Strand, B.H., Bergh, S., Borza, T., Braekhus, A., Engedal, K. et al. Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *J Alzheimers Dis*. 2021;79(3):1213-26.
15. Nationalt Videnscenter for Demens - Tal og statistik - Forekomst af demens i Danmark: Nationalt Videnscenter for Demens; [Available from: <https://videnscenterfordemens.dk/da/forekomst-af-demens-i-danmark>].
16. Statistikbanken. FRDK124: Befolkningsfremskrivning 2024 for hele landet efter herkomst, køn og alder: Danmarks Statistik; [Available from: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1680>].
17. Langa, K.M., Larson, E.B., Crimmins, E.M., Faul, J.D., Levine, D.A., Kabeto, M.U. et al. A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012. *JAMA Intern Med*. 2017;177(1):51-8.
18. Matthews, F.E., Arthur, A., Barnes, L.E., Bond, J., Jagger, C., Robinson, L. et al. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet*. 2013;382(9902):1405-12.
19. Schrijvers, E.M., Verhaaren, B.F., Koudstaal, P.J., Hofman, A., Ikram, M.A., Breteler, M.M. Is dementia incidence declining?: Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study. *Neurology*. 2012;78(19):1456-63.
20. Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS 2.0): Lægemedellindustriforeningen 2025 [Available from: <https://www.lif.dk/bis/>].
21. Landspatientregisteret: Sundhedsdatastyrelsen; 2025 [Available from: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/data-og-registre/nationale-sundhedsregistre/landspatientregisteret>].
22. Lægemedeldatabasen: Danmarks Statistik; [Available from: <https://www.dst.dk/da/>].
23. Kronborg Andersen, C., Søgaard, J., Hansen, E., Kragh-Sørensen, A., Hastrup, L., Andersen, J. et al. The cost of dementia in Denmark: the Odense Study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 1999;10(4):295-304.
24. Sørensen, J., Gudex, C.M., Andersen, C.K. [Demenssygdommes fremtidige økonomiske belastning af social- og sundhedsvæsenet]. *Ugeskrift for Læger*. 2006;168(40):3432-6.
25. Jakobsen, M., Poulsen, P.B., Reiche, T., Nissen, N.P., Gundgaard, J. Costs of informal care for people suffering from dementia: evidence from a danish survey. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2011;1(1):418-28.
26. Jørgensen, K., Waldemar, G., Sørensen, J. Cost of illness estimates for dementia in Denmark: A review. *Alzheimer's and Dementia*. 2014;10(4S).
27. Sharma, R., Sopina, E., Sørensen J. Using Propensity Score Matching Technique to Estimate Utilization and Costs of General Practitioners' Services associated with Alzheimer's Disease. *J Health Econ Outcomes Res*. 2016;4(1):67-79.
28. Vestergaard, S.V., Rasmussen, T.B., Stallknecht, S., Olsen, J., Skipper, N., Sørensen, H.T. et al. Occurrence, mortality and cost of brain disorders in Denmark: a population-based cohort study. *BMJ Open*. 2020;10(11):e037564.
29. Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A.M. Cost of dementia in the pre-enlargement countries of the European Union. *J Alzheimers Dis*. 2011;27(1):187-96.
30. Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E. et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21(10):718-79.
31. Wimo, A., Jönsson, L., Gustavsson, A., McDaid, D., Ersek, K., Georges, J. et al. The economic impact of dementia in Europe in 2008-cost estimates from the Eurocode project. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(8):825-32.

32. Wimo, A., Jönsson, L., Bond J., Prince, M., Winblad, B. Alzheimer Disease I. The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimers Dement.* 2013;9(1):1-11 e3.
33. Wimo, A., Prince, M. World Alzheimer Report 2010. The global economic impact of dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2010.
34. Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.C., Wu, Y.-T., Prina, M. The Global Impact of Dementia. An Analysis of Prevalence, Incidence, Costs and Trends. World Alzheimer Report 2015. London: Alzheimer's Disease International; 2015.
35. Wimo, A., Seeher, K., Cataldi, R., Cyhlarova, E., Dielemann, J.L., Frisell, O. et al. The worldwide costs of dementia in 2019. *Alzheimers Dement.* 2023.
36. Jönsson, L., Eriksdotter Jonhagen, M., Kilander, L., Soinen, 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.
37. Lindholm, C., Gustavsson, A., Jönsson, L., Wimo, A. Costs explained by function rather than diagnosis--results from the SNAC Nordanstig elderly cohort in Sweden. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2013;28(5):454-62.
38. Wimo, A., Johansson, L., Jönsson, L. Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
39. Wimo, A., Jönsson, L. Demenssjukdomarnas samhällskostnader. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
40. Wimo, A., Jönsson, L., Fratiglioni, L., Sandman, P.O., Gustavsson, A., Sködlunger, A. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. Stockholm: Socialstyrelsen. The National Board of Health and Welfare; 2014.
41. 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.
42. Mairey, S.R., Rosenkilde, S., Klitgaard, M.B., Thygesen, L.C. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2022.
43. Plejehjemsadresser og plejehjemsbeboere. Sundhedsdatastyrelsen; 2020.
44. Cummings, J.L. Maximizing the benefit and managing the risk of anti-amyloid monoclonal antibody therapy for Alzheimer's disease: Strategies and research directions. *Neurotherapeutics.* 2025;22(3):e00570.