

Demens frem mot 2050

I 2050 vil det i Norge være over dobbelt så mange personer med demens som i dag. Det innebærer to store utfordringer: for det første en nødvendig utbygging av hjemmetjenester og sykehjem og en fordobling av antall omsorgspersonell til eldreomsorgen. For det andre må man forsøke å forebygge eller utsette demens, og her mener vi at fysisk aktivitet er svært viktig.

Peter F. Hjort

Blommenholm

Hans Th. Waaler

hanswaaler@gmail.com

Birgitte Hammers vei 26

1167 Oslo

Demens er en tung skjebne som kan ramme både pasient og pårørende. For samfunnet er demens den største pleie- og omsorgsoppgaven av alle. Man regner med at det er omtrent 60 000 mennesker med demens i Norge, og ca. 30 000 av dem er på sykehjem, dvs. om lag en tredel av alle sykehjemspasienter. De øvrige demenssyke bor hjemme med omsorg fra pårørende og kommunenes hjemmetjenester.

Det er mange former for demens. De to hyppigste er Alzheimers sykdom, som utgjør ca. 72 %, og vaskulær demens, som utgjør ca. 17 % (1). Det typiske forløpet er først langsom forverring og så etter hvert raskere forverring i løpet av ca. ti år (1). Personer med demens har ofte andre sykdommer i tillegg, og det kan være vanskelig å fastslå hva de dør av. Ifølge Statistisk sentralbyrå døde 1 659 mennesker av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i 2007 (2), men det er grunn til å tro at demens er en bidragende dødsårsak hos mange flere.

Vi mener at demens er Norges største og tyngste helseproblem, og at eldrebølgen vil gjøre problemet enda større. I denne kronikken tar vi opp de to store utfordringene: Hvordan vi skal håndtere demensomsorgen, og om det finnes muligheter for forebygging.

Økt forekomst av demens frem til 2050

Vi har valgt å se 40 år frem i tiden, et halvt menneskeliv, og spørsmålet er: Hvor stor kommer forekomsten av demens til å bli? Vi har foretatt beregninger basert på dagens prevalenstall i de enkelte aldersgrupper (3) og fremskrevet antall demente på grunnlag av prognosene for antall eldre fra Statistisk sentralbyrå (2).

Det finnes ikke gode tall for prevalensen av demens i de enkelte aldersgruppene i Norge, men det er enighet om at prevalensen øker eksponentielt med en dobling ca. hvert femte leveår etter 70 år (1, 4). Vi brukte tallene for global prevalens fra en artikkel i *The Lancet* 2005 (3) for å fremskrive antall personer med demens i Norge frem til 2050. Beregningene viser at antall aldersdemente vil stige fra om lag 60 000 i 2010 til om lag 94 000 i 2030 og rundt 142 000 i 2050. Disse tallene bygger selvfølgelig på en usikker forutsetning, nemlig at det ikke vil skje avgjørende forbedringer i forebygging og behandling. Foreløpig ser det dessverre ut til at disse forutsetningene er rimelige.

Antall personer med demens vil altså minst dobles i de kommende 40 årene. Regner vi at ett års pleie på sykehjem koster ca. 600 000 kroner, koster dagens demensomsorg i sykehjem ca. 18 milliarder kroner, og dette tallet vil mer enn dobles i de kommende 40 år. Tallene er overveldende.

Finnes det muligheter for behandling?

Praktiske tiltak som små demensposter i sykehjem med fast og kyndig stab, god informasjon til familien, såkalte pårørendeskoler, og gode hjemmetjenester er til god hjelp.

Fire medikamenter er for tiden i bruk mot Alzheimers sykdom: Donepezil, rivastigmin, galantamin og memantin. De tre første er acetylkolinesterasehemmere, og den fjerde er en NMDA-reseptorantagonist. Disse medisinene kan hos noen pasienter forsinke utviklingen av sykdommen i noen tid, men de har ikke i vesentlig grad redusert den samfunnsmessige betydningen av demens blant eldre.

Redusert dødelighet av hjerte- og kar-sykdom og kreft vil også øke forekomsten av demens. Hva vil eventuelle fremskritt i behandlingen av demens bety for demensomsorgen? Vil demenssyke leve enda lenger enn i dag slik at belastningen for samfunnet vil øke ytterligere?

Hvordan skal vi klare omsorgen?

I Norge kan vi dele demensomsorgen i to omtrent like lange faser – den første i hjemmet og den andre i sykehjem. I begge faser er offentlig omsorg avgjørende.

Omsorgen i hjemmene utføres av nære pårørende og kommunale hjemmetjenester. Det er et stort problem at mange demenssyke, spesielt kvinner, bor alene, dels fordi de selv er blitt meget gamle og ektefellen er død, og dels fordi mange ekteskap har endt med skilsmisse. Ensomme personer med demens er særlig utsatte og avhengige av kommunens hjemmetjenester.

I 2010 er det om lag 42 000 plasser i institusjoner for eldre og funksjonshemmede, og vi kan regne med at rundt 30 000 av disse er demenssyke. Det er i dag om lag 122 000 årsverk i omsorgstjenestene. Antallet gamle uten demens som har behov for sykehjem er ikke kjent. Dersom vi antar at antallet er proporsjonalt med behovet for sykehjem blant eldre med demens, vil det samlede behovet for sykehjem bli overveldende. Vi vil trenge om lag 100 000 sykehjemsplasser i 2050 med et årsverksbehov på over 290 000 helse- og omsorgsarbeidere. Hvordan skal vi klare å rekruttere, utdanne og beholde det nødvendige personalet? Vi trenger en nasjonal plan for personell til eldreomsorgen. Utdanning, videreutdanning, arbeidsmiljø, lønn og tilpasninger for personalet, som etter hvert får redusert helse og selv blir eldre, blir grunnleggende forutsetninger. Vi mener at det haster med en slik plan, og den bør vedtas av regjering og storting.

Flere unge må rekrutteres til omsorgssektoren. I dag forventes alle ungdommer å gjennomføre videregående skole, men kanskje så mange som en firedel slutter før de er ferdige. Mange av disse kan rekrutteres til omsorgstjenesten og bli gode pleiere. For å få dette til, må det lages utdanningstilbud som kombinerer skole og praksis.

Mange innvandrere har vanskelig for å skaffe seg arbeid, og mange av dem begynner i omsorgstjenesten. Vi mener ikke at omsorgstjenesten skal baseres på inn-



Kan demens forebygges? Illustrasjon Stein Løken

vandrere, men arbeid i denne sektoren er attraktivt for mange av dem, og vi kommer til å trenge hvert eneste årsverk. To betingelser er nødvendige: God fagutdanning og god opplæring i norsk. Vi mener også at det er behov for mange flere menn i omsorgstjenesten. Rekruttering og utdanning må legges til rette for det.

En grunnleggende utfordring er å styrke legespesialiteten geriatri. Vi mener at denne spesialiteten må deles i to: geriatri, dvs. sykehusgeriatri, som i dag er en grenspesialitet under indremedisin, og omsorgsgeriatri (sykehjemsmedisin), som en del av allmennmedisin. Legedekningen ved sykehjemmene må økes kraftig, og det er behov for minst 500 omsorgsgeriatere.

Finnes det muligheter for forebygging?

Spørsmålet om forebygging angår tusenvis av menneskeskjebner og det vil trenge milliarder av kroner. Den internasjonale forskningslitteraturen rommer hundrevis av vitenskapelige rapporter om dette. Den siste og grundigste rapporten er fra Sverige i 2008 (4). I rapporten, som er på 516 sider, drøftes 24 mulige forebyggende tiltak. Den bruker så strenge effektkriterier at praktisk

talt ingen forebyggende tiltak har vist signifikant og overbevisende effekt.

I observasjonsstudier kan man bare påvise statistiske sammenhenger mellom ulike variabler. For eksempel kan det være statistisk sammenheng mellom fysisk aktivitet og redusert risiko for hjertesykdom, men de som er fysisk aktive, har også andre egenskaper som kan være av betydning for hjertesykdom, f.eks. arv, høy sosial status, god utdanning og god inntekt. Påvisning av årsakssammenheng fordrer andre forskningsmetoder, helst kontrollerte, longitudinelle forsøk. Den andre vanskeligheten er at strenge effektkriterier kan ekskludere potensielt lovende muligheter. Selv om statistisk sammenheng ikke nødvendigvis innebærer kausalitet, vil en sterk sammenheng bekreftet i flere studier og med en rimelig teoretisk basis kunne nærme seg kausalitet. Dersom det dreier seg om tiltak uten negative bivirkninger, har vi lite å tape. Vi kan komme til å angre at vi ikke grep «nesten-mulighetene» og på den måten lot mange mennesker utvikle demens unødvendig.

Nære slektninger med demens er en klar risikofaktor for demens, og forekomst av proteinet apolipoprotein-e4 er en sikker

risikofaktor for Alzheimers sykdom. Risikofaktorer for kardiovaskulær sykdom er ofte arvelige og disponerer også for vaskulær demens. En lang rekke sykdommer kan også disponere for eller forverre demens, bl.a. hypertensjon, type 2-diabetes, overvekt, hyperkolesterolemi, hyperhomocysteinemi, kardiovaskulære risikofaktorer, hodeskader, langvarige inflammasjonsmarkører og depresjon. Også røyking, alkoholbruk og eksponering for løsemidler er risikofaktorer for demens.

Enkelte legemidler har en mulig dempende effekt på demensutvikling, bl.a. visse blodtrykksmedisiner, statiner, østrogene hormoner, ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler, vitamin B₁₂ og folsyre. Visse naturmidler står også på listen over midler med mulig positiv effekt på demensutvikling. Ernæring kan spille en rolle, og mange forskere er positive til den såkalte middelhavsdietten, som skal være bra mot hjerte- og karlidelser. Den kan også tenkes å redusere risikoen for Alzheimers sykdom (7).

En uheldig livssituasjon kan muligens øke risikoen for demens. De viktigste risikofaktorene her er lav utdanning og lav sosial status. Mange forskere mener at det er en sosial gradient for demens: jo lavere

man står på den sosiale rangstigen, jo større risiko. Stress og ømfintlighet for stress i livet kan også være en risikofaktor (4). Generell livsstil kan spille en rolle, og finske forskere har ment at fysisk aktivitet reduserer risikoen for Alzheimers sykdom til 60 % (8).

Etter vårt skjønn er det forholdsvis sikre sammenhenger mellom fysisk, psykisk og sosial aktivitet og risikoen for demens (9, 10). En amerikansk forskergruppe fant at kognitiv aktivitet, men ikke fysisk aktivitet, reduserte risikoen for demens (11). To amerikanske studier viste redusert risiko for demens blant dem som drev regelmessig fysisk aktivitet (12, 13). I en kanadisk studie var risikoen for demens lavere for dem som var fysisk aktive (14). I en annen studie, også fra USA, hadde fysisk aktive personer en halvert risiko for demensutvikling, og effekten var enda større hos dem som hadde APOE-e4-allelen (15).

Det kan altså se ut som at hjernen liker å bli brukt, og fysisk aktivitet innebærer bruk av både kropp og hjerne (9). Dermed blir det store spørsmålet: Kan forekomsten av demens bli lavere hvis vi får folk til å bli mer fysisk aktive? Hvordan får vi befolkningen mer aktiv? Dette er en stor utfordring for både politikere, helseforvaltere, forskere og leger (16). Fysisk aktivitet må i langt større grad enn i dag inn i eldresentrene. Det bør etableres mosjons- og gåklubber, og

nettet av sykkelstier og turstier må utvides. Fysisk aktivitet i skolen må styrkes. Leger må motivere sine pasienter til mer fysisk aktivitet (17). Spørsmålet er ikke lenger om man blir gammel, men hvordan man blir gammel. Det gjelder å bygge opp gode vaner i familiene, på skolen, på arbeidsplassene og i fritiden. På den måten kan – kanskje – demens forebygges eller i det minste utsettes.

Vi takker bibliotekar Marita Heintz ved Helsedirektoratet for hjelp til litteratursøk.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Engedal K, Haugen PK. Demens. Fakta og utfordringer. En lærebok. 5. utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse, 2009.
- Statistisk sentralbyrå. Befolkningsframskrivningen. Statistikkbanken. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2009.
- Ferri CP, Prince M, Brayne C et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366: 2112–7.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Dementia – etiology and epidemiology. A systematic review. Bd. 1. Stockholm: SBU, 2008. www.sbu.se/upload/Publikationer/Content1/1/Dementia_vol1.pdf [22.3.2010].
- Li N-C, Lee A, Whitmer RA et al. Use of angiotensin receptor blockers and risk of dementia in a predominantly male population: prospective cohort analysis. *BMJ* 2010; 340: b5465.
- Maxwell CJ, Hogan DB. Antihypertensive agents and prevention of dementia. *BMJ* 2010; 340: b5409.
- Sofi F, Cesari F, Abbate R et al. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ* 2008; 337: a1344.
- Kivipelto M, Solomon A. Alzheimer's disease – the ways of prevention. *J Nutr Health Aging* 2008; 12: 89–93s.
- Bergersen LH, Storm-Mathisen T. Trening og hjerne. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 3253.
- Fratiglione L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol* 2004; 3: 343–53.
- Vergheze J, Lipton RB, Katz MJ, et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med* 2003; 348: 2508–16.
- Scarmeas N, Luchsinger JA, Schupf N et al. Physical activity, diet, and risk of Alzheimer disease. *JAMA* 2009; 302: 627–37.
- Larson EB, Li Wang, Bowen JD et al. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Ann Intern Med* 2006; 57: 2236–42.
- Laurin D, Verreault R, Lindsay J et al. Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol* 2001; 58: 498–504.
- Podewills LJ, Guallas E, Kriller LH et al. Physical activity, APOE genotype, and dementia risk: Findings from the cardiovascular health cognition study. *Am J Epidemiol* 2005; 161: 639–51.
- Bahr R, red. Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.
- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational interviewing in health care. New York: Guilford Press, 2008.

Manuskriptet ble mottatt 27.11. 2009 og godkjent 25.3. 2010. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.