

Demens i Danmark i det næste årti

Overlæge Annette Lolk & kursusreservelæge Kjeld Andersen

Odense Universitetshospital, Psykiatrisk Afdeling P

Demens defineres som et syndrom forårsaget af sygdom eller skade, som påvirker hjernens funktion og medfører svækkelse af hukommelse, koncentrationsevne, orienteringsevne, sprog, personlighed, adfærd, følelsesliv mv. [1]. Mange sygdomme kan være årsag til demens, af disse kan enkelte sygdomme helbredes, nogle forbliver stationære, mens hovedparten progredierer. Hyppigheden stiger med alderen [2]. I de kommende år vil antallet af ældre vokse, og dermed vil antallet af demente øges.

Siden 1997 har der været indregistreret lægemidler til behandling af Alzheimers sygdom (AS). Tidligere blev demens set som udtryk for aldring, men den medicinske behandling af AS har medført interesse og behov for diagnostik af demenssygdomme.

Prævalens og incidens

Forekomsten af demens har været undersøgt i talrige studier [2]. Prævalensen har især været undersøgt i aldersgruppen over 65 år og har varieret fra 1,3% til 15,8%. En del af forklaringen er, at man har brugt forskellige diagnostiske kriterier i undersøgelserne. Desuden har man ikke inddraget de letteste grader af demens i alle undersøgelser.

I færre undersøgelser har man estimeret incidensen af demens, og også her varierer diagnostik og in- eller eksklusion af de letteste grader af demens. I en metaanalyse af syv europæiske undersøgelser stiger incidensen fra 2,4 nye tilfælde pr. 1.000 pr. år blandt 65-69-årige til 70,2 tilfælde pr. 1.000 pr. år blandt 90+-årige [3].

Tabel 1 er baseret på undersøgelsen »Demenssygdomme blandt ældre. Odense-undersøgelsen«, som er præsenteret i detaljer tidligere. Vi tillader os at antage, at den fundne prævalens (7,1%) er et repræsentativt udgangspunkt for beregning af antallet af demente i Danmark. Dog skal det bemærkes, at undersøgelsen kun inkluderede 65-84-årige, og for aldersgrupper over

84 år er prævalensrater publiceret af *Fratiglioni* benyttet [2]. Vedrørende antallet af nye tilfælde af demens er benyttet ovennævnte metaanalyse, hvori Odense-undersøgelsen indgår [3].

Da deltagerprocenten i Odense-undersøgelsen faldt med stigende alder, må prævalensestimateret fortolkes som et minimum. Ligeledes må incidensen anses for at være et minimum, da man ikke i alle undersøgelser i metaanalysen har inkluderet de letteste grader af demens. Endelig forekommer demens også hos yngre personer, som ikke indgår i studierne.

AS omfatter lidt over 50% af patienterne, mens vaskulær demens udgør ca. 20%, frontotemporal demens 5% og øvrige demensformer resten.

Udredning af demenssygdom

Almen praksis

Ifølge Redegørelsen fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende demens (RSSA) finder man i alle amter, at den basale udredning skal foregå i almen praksis [4]. Dansk selskab for almen medicin har udgivet en vejledning om demensudredning, hvor man foreslår, at anamnese og klinisk undersøgelse suppleres med *Mini Mental State Examination* (MMSE) og urskivetest. CT af cerebrum indgår i udredningen ved let til moderat demens [4]. I nogle amter kan egen læge henvise til CT, mens de i andre amter skal henvises til en praktiserende speciallæge eller til sygehusvæsenet [4].

Patienter, der har fået diagnosticeret AS hos egen læge, skal på nuværende tidspunkt henvises videre, hvis de skal i medikamentel behandling, da Lægemiddelstyrelsen kræver, at diagnosen er stillet af en speciallæge i neurologi, geriatri eller psykiatri, for at der gives enkelttilskud. Den praktiserende læge vil finde 5-6 nye tilfælde af demens pr. år [4]. Efterhånden som de praktiserende læger får mere erfaring, bør det overvejes, om ikke egen læge bør kunne stille diagnosen og søge tilskud til medicin ved AS i moderat til svær grad. Almen praksis bør så tilbydes et tæt samarbejde med sekundærsektoren.

Sekundærsektoren

I stort set alle amter foregår udredning eller overvejelser om udredning på specialistniveau [4]. De enkelte amter har organiseret sig meget forskelligt, om end det anbefales, at hvert amt har en specialiseret demensfunktion/demensenhed [4]. I nogle amter kan man fra almen praksis henvise til egentlige hukommelses- eller demensklinikker, som typisk er tværfaglige. I andre amter skal der henvises til gerontopsykiatriske eller geriatrike team, neurologiske afdelinger eller praktiserende speciallæger. Derudover vil der også være behov for enkelte centre med lands- og landsdelsfunktion til særligt komplicerede udredninger.

Tabel 1. Antal demente i Danmark i 2003 og i 2013 og antallet af nye tilfælde i samme år. Befolkningstal baseret på Danmarks Statistik^a.

Årstal	Befolkning, 65+-årige antal ^a	Demente antal	Antal nye demente pr. år
2003	798.351	78.921	13.310
2013	966.876	93.565	14.372

a) Befolkningstal er hentet via Danmarks Statistiks hjemmeside: www.dst.dk → Statistikbanken → Befolkning og valg → prog7a, hvor befolkningsfremskrivninger frem til 2050 kan downloades.

Medikamentel behandling

Der er i Danmark indregistreret fire lægemidler til symptomatisk behandling af AS. Tre kolinesterasehæmmere (donepezil, rivastigmin og galantamin) til behandling af AS i let til moderat grad og en glutamatantagonist (memantin) til behandling af AS i moderat svær til svær grad.

Kolinesterasehæmmere har i placebokontrollerede undersøgelser af mild til moderat AS alle vist en sammenlignelig forbedring af den kognitive funktion, af funktion i dagligdagen (*activities of daily living*, ADL), af global funktion og af neuropsykiatriske symptomer [5]. Memantin har i placebokontrollerede undersøgelser vist en forbedring af den kognitive funktion, af ADL og af global funktion ved moderat til svær AS. Der er ikke indregistreret lægemidler til behandling af de andre demenstyper. Ved vaskulær demens forebygges yderligere cerebrovaskulær sygdom ved behandling af risikofaktorer og forebyggende behandling med lavdosis acetylsalicylsyre og dipyridamol.

Psykiatriske symptomer og adfærdsforstyrrelser er hyppigt forekommende ved demenssygdomme. Den medikamentelle behandling af disse symptomer omfatter antipsykotika, antidepressiva, anxiolytika og sedativa samt antikonvulsiva. Effekten af disse præparater er generelt dårligt undersøgt på trods af deres udbredte anvendelse.

Primærkommunale opgaver

Alt efter behov visiterer kommunerne hjælp til praktisk bistand, personlig pleje, sygeplejeydelser, plejebolig mv. Mange kommuner har tilbud specielt rettet mod demente, såsom daghjem, aflastning af den pårørende i hjemmet, aflastningsophold og specielle plejeboliger (skærmede afsnit). Mange kommuner uddanner demenskoordinatorer, der er videnspersoner, der deltager i planlægningen af tilbud til de demente og koordinerer indsatsen omkring den enkelte demente.

Tværasektorielt samarbejde

Socialministeriet har i samarbejde med Sundhedsministeriet, Frederiksborg Amt og amtets kommuner udviklet en model for et tværasektorielt og tværfagligt samarbejde. Modellen skal sikre et sammenhængende patient- og plejeforløb, hvor der er en klar og entydig ansvars- og rollefordeling mellem de forskellige instanser og fagpersoner, som den demente kommer i kontakt med. Flere amter arbejder med modellen. I Fyns Amt er der iværksat et samarbejdsprojekt mellem almen praksis, demensklínik og kommunernes hjemmepleje [4].

Økonomiske konsekvenser af demens

I Odense-undersøgelsen var den gennemsnitlige merudgift til behandling (medicinudgifter undtaget) og pleje 77.000 kr. (1997-kr.) pr. dement person. Merudgiften steg med stigende demensgrad og var højere for demente, der boede alene.

I 2003 er disse merudgifter på min. 6 mia. kr. og om ti år på 7,2 mia. kr. (1997-kr.). Fremover vil der være behov for bety-

delige resursetilførsler for at udrede og behandle incidente tilfælde samt udrede og behandle prævalente tilfælde, der ikke tidligere er blevet undersøgt [4]. Det er muligt, at medikamentel behandling af AS vil medføre reduktion af plejekomkostningerne. I placebokontrollerede undersøgelser er det vist, at behandling med donepezil eller memantin medførte, at omsorgspersonerne brugte færre timer på at pleje patienten.

Fremtidig diagnostik og behandling

I dag fokuseres der på diagnostik af de letteste grader af AS og af forstadier til AS, især *mild cognitive impairment* (MCI). MCI-diagnosen baseres på klinisk undersøgelse inklusive neuropsykologisk testning. Ca. 15% af MCI konverterer til AS pr. år, hvilket tyder på, at MCI hos nogle er et forstadium til AS [6]. Der er ved billeddiagnostiske teknikker (både strukturel og funktionel) fundet atrofi i bl.a. hippocampus og temporale neocortex hos personer, der havde MCI og siden fik AS [7]. Før disse teknikker bliver klinisk anvendelige, er det nødvendigt med flere og større prospektive studier [7]. Undersøgelser af cerebrospinalvæsken hos AS-patienter viser forhøjet fosforyleret tauprotein og total tauprotein samt nedsat amyloid B 1-42, som reflekterer de cerebrale forandringer ved AS, men disse molekylærbioologiske markører kan dog ikke stå alene i den diagnostiske udredning [8]. Hos AS-patienter med familiære former med tidlig debut er der foreløbig identificeret tre gener som årsag til sygdommen (APP, PS1 og PS2), mens apolipoprotein E4 er relateret til sent debuterende AS [9]. Adskillige kandidatgener undersøges, men deres eventuelle relation til AS er endnu ikke sikkert kortlagt, og i dag andrager antallet af AS-tilfælde med sikker genetisk årsag under 5% af alle tilfælde [9].

Disse undersøgelsesmetoder forventes i løbet af nogle år at blive anvendt i klinisk praksis og muliggøre en præcis diagnose i tidligt stadium og mulighed for at identificere personer, der er i højrisiko for demensudvikling.

Det må forventes, at der vil komme kombinationsbehandling samt nye behandlingsmetoder. I en netop publiceret undersøgelse er der fundet effekt på den kognitive funktion og ADL af kombinationsbehandling med donepezil og memantin sammenlignet med behandling med donepezil og placebo hos patienter med moderat til svær AS. For tiden foregår der forskning i andre behandlingsstrategier bl.a. brug af antioxidanter og antiinflammatoriske stoffer samt hæmning af beta- og gammasekretase med henblik på reduktion af amyloide aflejringer og normalisering af taufosforylering [10].

I takt med at nye muligheder for diagnostik og behandling bliver kendt, vil befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet stige. Flere og nye behandlingsmuligheder vil øge behovet for specialistbehandling. Samtidig er det muligt, at de nye behandlinger vil reducere antallet af sværere demente og dermed nedsætte behovet for pleje. Det vil reducere problemet med den ændrede demografiske sammensætning, hvor der bliver flere ældre og dermed flere demente og færre til at tage sig af plejeopgaverne.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Efteruddannelse af læger

De praktiserende læger vil i de kommende år have et stort behov for efteruddannelse inden for demensområdet for at kunne varetage den primære udredning af muligt demente patienter og fortsat opfølgning af patienter, hvis behandling bliver afsluttet fra praktiserende speciallæger og hospitalssektoren. I videre- og efteruddannelsen af speciallæger i geriatri, neurologi og psykiatri vil der være behov for, at området opprioriteres for at dække behovet for specialistbehandling.

Konklusion

I det næste årti vil der være et stigende antal demente. Nye diagnostiske muligheder og behandlinger vil stille nye krav. I almen praksis vil man formentlig varetage behandlingen af moderat til svært demente, og speciallæger vil primært tage sig af diagnostik og behandling af forstadier og demens i let grad. Det er muligt, at behandlingen på længere sigt vil reducere udgifterne til pleje og omsorg. Der vil være behov for udbygning af samarbejdet mellem almen praksis, speciallæger og kommunernes hjemmepleje.

Korrespondance: *Annette Lolk*, Psykiatrisk Afdeling P, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C.

Antaget: 24. februar 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Ovenstående artikel bygger på en større litteraturgennemgang end litteraturens ti numre. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

Litteratur

1. World Health Organization. Classification of mental and behavioural disorders of the International Classification of Diseases (ICD-10). World Health Organization, Geneva, 1992.
2. Fratiglioni L. Occurrence and risk factors for dementia and Alzheimer's disease. *Dementia, Review Series* 1999;1:2-7.
3. Fratiglioni L, Launer LJ, Andersen K et al. Incidence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 2000;54(suppl 5):10-5.
4. Redegørelse fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende demens. Demens – den fremtidige tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets indsats vedrørende diagnostik og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2001.
5. Hasselbalch SG, Waldemar G. Medikamentel behandling af Alzheimers demens. *Rationel Farmakoterapi* 2, 2003.
6. DeCarli C. Mild cognitive impairment: prevalence, prognosis, aetiology, and treatment. *Lancet Neurol* 2003;2:15-21.
7. Chetelat G, Baron JC. Early diagnosis of Alzheimer's disease: contribution of structural neuroimaging. *NeuroImage* 2003;18:525-41.
8. Blennow K, Hampel H. CSF markers for incipient Alzheimer's disease. *Lancet Neurol* 2003;2:605-13.
9. Rocchi A, Pellegrini S, Siciliano G et al. Causative and susceptibility genes for Alzheimer's disease: a review. *Brain Research Bulletin* 2003;61:1-24.
10. Tariot PN, Federoff HJ. Current treatment for Alzheimer disease and future prospects. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2003;17:105-13.

Type 2-diabetes

Forebyggelse af en folkesygdom og dens konsekvenser

Professor Knut Borch-Johnsen

Steno Diabetes Center, Gentofte

Resumé

Andelen af danskere med type 2-diabetes er steget med 20-60% over en periode på 20 år, og blandt 60-årige danskere har hver fjerde kvinde og hver tredje mand enten diabetes eller nedsat glukosetolerance. Denne kraftige stigning i sygdomsforekomsten stiller udfordringer til sundhedsvæsenet i relation til såvel primær som sekundær forebyggelse.

Den primære forebyggelse bør have hele befolkningen som målgruppe, idet målet må være at reducere den samlede byrde af risikofaktorer, specielt overvægt og fysisk inaktivitet. En særlig målgruppe udgøres af individer med kendt abnorm glukosemetabolisme, da disse har særlig høj risiko for at få type 2-diabetes.

Denne gruppe bør have individuel rådgivning. For patienter med kendt diabetes foreligger der klare, evidensbaserede retningslinjer for behandling og sekundær forebyggelse, men der er behov for afklaring af de optimale behandlingsregimener for patienter med diabetes, der er fundet som led i screening.

I september 2003 blev den Medicinske Teknologivurderings (MTV) rapport vedrørende type 2-diabetes offentliggjort [1], og kort efter blev denne fulgt af en national handlingsplan for type 2-diabetes udarbejdet af Sundhedsministeriet [2]. Såvel MTV-rapporten som den nationale handlingsplan har sit hovedfokus på behandling og dermed på sekundær forebyggelse (forebyggelse af at eksisterende sygdom progredierer til komplikationsudvikling og invaliditet). Denne fokusering er naturlig set i lyset af, at der såvel nationalt som internationalt er en kraftig vækst i forekomsten af type 2-diabetes [3, 4] og dermed et stort behov for at optimere både organisationen af behandlingen og selve behandlingsregimenerne. En fremtidig strategi over for type 2-diabetes i Danmark bør dog omfatte alle niveauer af forebyggelse: 1) forebyggelse af udvikling af forstyrrelser i glukosemetabolismen, 2) forebyggelse af progression fra højrisikotilstande til diabetes og 3) forebyggelse af progression fra asymptomatisk diabetes til sendiabetiske komplikationer.

Formålet med denne statusartikel er at pege på, hvorledes eksisterende viden kan udnyttes inden for hvert af disse tre