

# Demens – nu og i fremtiden

## LEDER

Lene Wermuth

Ugeskr Læger  
2015;177:V67001

I en statusartikel af *Jørgensen & Waldemar* forsøger man at estimere prævalensen af demens i Danmark [1]. Antallet af ældre forventes at stige i de kommende år, og formentlig er der også en del udiagnosticerede med demens, hvorfor der vil være øget behov for diagnostik og behandling af personer med demens samt øget behov for plejeboliger og kommunale serviceydelser. For at tage hensyn til denne øgning er det vigtigt, at der findes tilstrækkelige resurser i sundhedsvæsenet og i kommunerne.

Tidligere talte man om senilitet, senildemens eller alderdomssvækkelse, som opfattedes som en sygdom, man fik med alderen, og som man ikke kunne gøre noget ved. Det er veldokumenteret, at hyppigheden af demens stiger med alderen. Demens kan være forårsaget af såvel primære hjernesygdomme som somatiske sygdomme, men ses også ved misbrug af medicin og alkohol, og et demenslignende sygdomsbillede kan ses ved depression.

At få demens har stor indflydelse på livssituationen for den afficerede og de pårørende. Der er udarbejdet en national klinisk retningslinje til beskrivelse af udredning, diagnostik, behandling og opfølgning af patienter med demens [2]. Demens har store samfundsmæssige omkostninger, og det er vigtigt, at diagnostik og behandling følger evidensbaserede retningslinjer og tilrettelægges i forhold til menneskelige, etiske og juridiske aspekter. Formålet med retningslinjen er at understøtte ensartet kvalitet på tværs af landet og sammenhængende patientforløb samt vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper. Der er i de forskellige regioner beskrevet samarbejdsmodeller for sektorovergange, og i de fleste kommuner findes demenskoordinatorer, som er til støtte for patienter og pårørende, men der er stadig behov for at få disse modeller bedre beskrevet. Der er et stort behov for information af pårørende/befolkningen og uddannelse af fagpersoner pga. det tiltagende antal borgere med demens. Som demensen forværres med *behavioural and psychological symptoms of dementia*, vil der være øget behov for kommunale serviceydelser og plejeboliger samt behov for afklaring af, hvordan disse skal indrettes, og anvendelse af ikkefarmakologisk behandling med hjælp fra f.eks. GPS og andre elektroniske hjælpemidler [3].

Pga. behandlingsmulighederne er det vigtigt, at diagnosen stilles tidligt, men også at identificere personer med andre sygdomme, som evt. kan afhjælpes eller forebygges. Den farmakologiske behandling af de hyppigste neurodegenerative sygdomme som

f.eks. Alzheimers demens (AD) er kolinesterasehæmmere og memantin. Det er stadig de eneste lægemidler, som har en dokumenteret stabiliserende og symptomdæmpende virkning, men der pågår forskning mhp. udvikling af nye behandlingsmuligheder. Da amyloid- $\beta$  (A $\beta$ ) er en del af AD-patogenesen, er der forsøgt behandling med  $\beta$ -sekretasehæmmere og immunoterapi imod A $\beta$ . Der er endvidere afprøvet antioxidanter, antiinflammatoriske stoffer, en del naturprodukter og kosttilskud i AD-behandlingen [4]. Kliniske studier er omkostningstunge og svære at udføre, og man har desværre ikke fundet nye stoffer endnu. Der er en del stoffer i pipelinen, men formentlig skal behandlingen i gang tidligere i sygdomsforløbet, hvorfor man arbejder på at kunne stille diagnosen tidligere og med nye diagnosekriterier [5]. Demensbegrebet er under udvikling, og der er indført det kriterium, at den kognitive eller adfærdsmæssige svækkelse skal involvere mindst to funktioner, uden at hukommelsessvækkelse er obligatorisk for diagnosen. Der er behov for at foretage flere specialundersøgelser som skanninger og måling af biomarkører ved tidlig diagnose, da denne ofte er mere usikker.

Ikkefarmakologisk behandling anbefales i form af intensiv fysisk træning både som forebyggende og hæmmende for udviklingen af demens; desuden anbefales der kognitiv træning og stimulering, musikterapi, hjælpemidler og teknologi samt sund livsstil og kost. De økonomiske rammer for såvel den sundheds- som socialfaglige indsats på demensområdet bør følge det stigende antal personer med demens, men det bør også vurderes, om de anvendes optimalt.

## LITTERATUR

1. Jørgensen K, Waldemar G. Prævalens af demens i Danmark. Ugeskr Læger 2015;177:V06140325.
2. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. København: Sundhedsstyrelsen, 2013.
3. Soril LJ, Leggett LE, Lorenzetti DL et al. Effective use of the built environment to manage behavioural and psychological symptoms of dementia: a systematic review. PLoS One 2014;9:e115425. doi:10.1371/journal.pone.
4. Geldenhuys WJ, Darvesh AS. Pharmacotherapy of Alzheimer's disease: current and future trends. Expert Rev Neurother 2015;15:3-5.
5. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Ageing-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimers Dement 2011;7:263-9.

## KORRESPONDANCE:

Lene Wermuth,  
Neurologisk Afdeling/  
Demensklinikken,  
Odense Universitetshospital,  
Sdr. Boulevard 29,  
5000 Odense C.

E-mail:  
l\_wermuth@dadlnet.dk

## INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk