

20. Demens

Forfattere

Jorunn L. Helbostad, *fysioterapeut, dr. philos, Institutt for nevromedisin, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim*

Kristin Taraldsen, *fysioterapeut, cand. polit, Institutt for nevromedisin, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim*

Ingvild Saltvedt, *PhD, overlege, Avdeling for geriatri, St. Olavs sykehus og Institutt for nevromedisin, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim*

Sammendrag

Demens utgjør et alvorlig helseproblem blant eldre, og det er fremdeles få tiltak som har vist seg å kunne forebygge utviklingen av demens. Nyere forskning antyder at aktivitet generelt og fysisk aktivitet spesielt kan være gunstig i denne sammenheng. Det har imidlertid ikke vært mulig å finne noen sammenheng mellom treningsmengde og -type og utvikling av demens. De rådene om aktivitet som gis til befolkningen generelt, bør derfor også gjelde demente personer. Personer med etablert demens har samme behov for fysisk aktivitet som friske personer, men klarer ofte ikke å gjennomføre dette på egen hånd. Fysisk aktivitet for å forebygge funksjonsnedsetting krever individuelt tilrettede aktiviteter og instruksjon.

Innledning

Fysisk aktivitet har en velkjent sykdomsforebyggende effekt, og er viktig for å unngå fysisk funksjonsnedsetting hos personer med kroniske sykdommer. Store deler av befolkningen er imidlertid mindre fysisk aktive enn det som sannsynligvis kreves for å beholde god fysisk funksjon i alderdommen. Fysisk aktivitet kan fungere som primært forebyggende tiltak mot utvikling av demens og

sekundært for å hindre funksjonsnedsetting hos personer som allerede har utviklet demens.

Hva er demens, og hvordan arter den seg?

Demens er en samlebetegnelse på en rekke sykelige tilstander i hjernen som kjennetegnes av svekkede mentale funksjoner og emosjonell kontroll samt problemer med å klare praktiske gjøremål i hverdagen (1). Demens rammer som oftest personer over 65 år (95 % av tilfellene) og kalles da aldersdemens. Imidlertid kan også yngre personer utvikle demens.

I Norge er det i dag ca. 65 000 personer med en eller annen form for demens. Forekomsten øker med alderen. Ved 65-års alderen rammes ca. 1 % prosent og ved 90-års alderen rammes over 50 % (2). Fordi det blir flere eldre i befolkningen, kan man vente at antallet personer med demens vil stige betydelig i de kommende årene.

Demens karakteriseres av nedsatte mentale funksjoner som begynner snikende og utvikles over tid. Vanlige symptomer er nedsatt korttidsminne, svekket språklig evne og problemer med å skrive, regne, gjenkjenne, orientere seg og klare praktiske gjøremål som påkledning og måltider. Dessuten forandres den sosiale funksjonen og personligheten, noe som kan vise seg ved at personen isolerer seg og blir passiv. Blant demente ses følelsesmessig avflating, bortfall av hemninger, mangel på dømmekraft og aggressivitet. Diagnosen demens forutsetter at symptomene er så alvorlige at de påvirker den daglige livsførselen, og at har de har vært til stede i over 6 måneder. I noen demenstilfeller kan nedsatt motorisk evne være et tidlig kjennetegn, og i senere stadier opptrer ofte gangproblemer, falltendens, problemer med å ta til seg mat samt inkontinens. For de aller fleste har sykdommen et progressivt forløp og gir kortere forventet levetid.

Det er flere sykdommer som kan føre til demens. Alzheimers sykdom er den vanligste demenssykdommen og står for over 50 % av tilfellene, men også redusert sirkulasjon i deler av hjernen er en vanlig årsak. Risikoen for å utvikle demens er størst for de eldste, for personer der demens forekommer i familien, for personer med høyt blodtrykk, høye kolesterolverdier, for røykere eller der diabetes er en del av sykdomsbildet. Det er også påvist at personer med inaktive levevaner har større risiko enn de som har aktive levevaner, sosialt og mentalt.

Utredningen av demens skal bestå av en generell medisinsk legeundersøkelse som også omfatter blodprøve og CT- eller MR-røntgen av hjernen. I tillegg kartlegges pasientens mentale status og generelle funksjonsnivå ved samtale med og forskjellige tester av pasienten og samtaler med pårørende eller pleiepersonale.

Behandlingen av demens innebærer forskjellige tiltak som helst bør iverksettes parallelt, og som kan rette seg både mot pasienten og de pårørende. Mange eldre har stor nytte av regelmessig oppfølging via hjemmesykepleien, eventuelt i kombinasjon med besøk på et dagsenter. Pårørende til demente personer er ofte

hardt belastet og trenger både opplæring og veiledning og mulighet til å delta i pårørendegrupper. Avlastningsmuligheter på dagsenter eller korttidsopphold på sykehjem kan være aktuelt, og på lengre sikt krever sykdommen kontinuerlig tilsyn av pasienten.

Man bør sikre at personer med demens behandles optimalt også for andre sykdommer som kan forekomme, siden man ofte ser at den mentale funksjonen forverres hvis pasienten i tillegg er fysisk syk, for eksempel har smerter, urinveisinfeksjon eller forstoppelse. Noen demente blir deprimert og får atferdsproblemer som kan medføre behov for medisiner. Mange er følsomme overfor legemiddelbivirkninger, og derfor er det viktig med en gjennomgang av det totale inntaket av legemidler. I de siste årene har det kommet medisiner som forsinker utviklingen av sykdommen og i noen tilfeller også forbedrer tilstanden. Disse medisinene brukes i første rekke til pasienter med Alzheimers sykdom, men de kan også ha effekt ved enkelte andre former for demens.

Betydningen av fysisk aktivitet for å forebygge utvikling av demens

Flere studier som er gjennomført i de siste årene antyder at regelmessig fysisk aktivitet har en beskyttende effekt mot risikoen for å utvikle aldersdemens (3–5). Man har funnet at personer som deltok i mange aktiviteter, hadde mindre risiko for å utvikle demens enn de som deltok i få. I denne forbindelse hadde det mindre betydning om aktiviteten var energikrevende eller ikke (6). Også hos de eldste (over 85 år) er det indikasjoner på at regelmessig fysisk aktivitet beskytter mot utvikling av demens (7).

Fysisk aktivitet utføres ofte sammen med sosiale og mentale aktiviteter, og ved å være engasjert i flere ulike aktiviteter stimuleres sannsynligvis evnen til å organisere og huske, noe som kan være en av årsakene til at fysisk aktivitet ser ut til ha en beskyttende effekt. Fysisk aktivitet kan også gjenspeile sunne levevaner, noe som i seg selv beskytter mot eksponering av faktorer som kan påvirke den kognitive funksjonen negativt.

Også genetiske forskjeller har betydning for om fysisk aktivitet beskytter mot demens. Man har for eksempel funnet at hos personer som ikke er bærere av en spesiell gentye (apolipoprotein E genotype-APOE), beskytter fysisk aktivitet mot å utvikle demens, mens hos dem som var bærere av genet, var det liten sammenheng (6).

Betydningen av fysisk aktivitet hos personer med demens

Eldre akutt syke personer kan befinne seg i faresonen for å utvikle demens på grunn av fysiske og mentale følger av tilstanden (8). Forebygging av inaktivitet som følge av sykdom kan derfor være en faktor for å hindre redusert funksjonsevne generelt og mental funksjonsevne spesielt.

Aktivitetsens betydning for fysisk, sosial og emosjonell funksjon

Det finnes studier som har vist at strukturert fysisk trening gir bedre fysisk form og funksjon i dagliglivet hos personer med demens (9). Hos eldre mennesker som bor hjemme, er det rapportert at et fysisk treningsprogram sammen med opplæring av pårørende i å takle pasientens atferd forbedret gangevnen og den selvrapporterte helsen samtidig som depresjon ble redusert (10). Andre undersøkelser viser ikke like tydelig effekter av trening (11). De avvikende konklusjonene kan skyldes at forskjellige studier har undersøkt ulike utvalg og har målt effektene på forskjellige måter. Det generelle kjennetegnet ved de studiene som er gjennomført, er at de bare omfatter personer med lett eller moderat grad av demens.

De fleste personer som bor på sykehjem, har sviktende mentale funksjoner eller demens. Studier fra USA og Europa viser at strukturert trening for eldre på sykehjem (70+) med flere diagnoser gir positive effekter på muskelstyrke og bevegelse. Det finnes dokumentasjon som i rimelig grad støtter at strukturert trening har effekt på bevegelse, men motstridende resultat når det gjelder gangfunksjon, aktiviteter i dagliglivet (såkalte ADL-aktiviteter), balanse og utholdenhet. Selv om nedsatt mental funksjon ikke var et kriterium for inkludering i studien, er det grunn til å tro at mange deltakere hadde sviktende mentale funksjoner, og at resultatene kan overføres på personer med lettere demens (12).

Det er også rapportert at tilrettelagt fysisk aktivitet påvirker de mentale funksjonene hos eldre med demens, særlig aspekter som oppmerksomhet, hukommelse, kommunikasjonsevne, evne til å utføre praktiske oppgaver samt overordnede mentale funksjoner (13, 14).

Det har vist seg at fysisk trening i kombinasjon med teknikker for å redusere problematferd har forbedret den fysiske helsen og redusert depresjon hos personer med Alzheimers sykdom (15). Resultatet antyder at engasjement er en viktig suksessfaktor for å oppnå fysiske gevinster.

Alt i alt indikerer disse studiene at eldre med forskjellige grader av sviktende mental helse, både de som bor hjemme og de som bor på institusjon, kan ha nytte av fysisk trening. Treningen har flere fysiske og psykologiske effekter, og de viktigste målene er å opprettholde helse, kommunikasjonsevne samt mentale og hverdagslige funksjoner.

Forebygging av fall

Personer med demens har nedsatt motorikk og svekkede mentale funksjoner og derfor økt risiko for fall og skader som følge av fallene. Generelt sett har det vist seg at trening med vekt på muskelstyrke og balanse er effektivt for å forebygge fall hos eldre som bor hjemme, men dette er ikke påvist for personer med demens (11, 16). Det kan tyde på at andre faktorer enn balanse og muskelstyrke er viktige risikofaktorer for personer med demens, og da særlig faktorer som kan knyttes til den mentale svikten. Det er imidlertid få studier på dette området, og det betyr at konklusjonene må tolkes med forsiktighet.

Aktuelle tiltak – anbefalinger

Fysisk aktivitet som tiltak for å forebygge demens

De studiene som er gjennomført, har ikke kunnet vise nøyaktig hvor stor aktivitet som kreves for å ha en gunstig og dermed forebyggende effekt på utvikling av demens, bortsett fra at frekvens av aktivitet er viktigere enn høy intensitet (17). Det er heller ikke funnet hva slags aktivitet som er gunstig. Anbefalinger om fysisk aktivitet bør derfor følge de rådene som generelt sett gjelder for å gi god helseeffekt hos befolkningen.

Fysisk aktivitet for å forebygge funksjonssvikt hos personer med demens

Det er mulig å leve opptil 20 år med progredierende demens. Fysisk aktivitet bør ha som mål å forebygge funksjonssvikt og bidra til å opprettholde dagliglivets funksjoner. Deltakelse i aktiviteter kan også fungere som en innfallsvinkel til kommunikasjon og generell stimulering. Behovet for fysisk aktivitet hos pasienter med demens er ofte det samme som hos andre pasienter, men tilpasningen og utformingen av selve aktiviteten må gjøres annerledes. Fysisk aktivitet skaper velvære i seg selv, men mange demente trenger hjelp til å komme i gang, hjelp med tilpasning samt egen oppfølging for å opprettholde et godt aktivitetsnivå.

En del mennesker kan ha nedsatt evne til å ta initiativ og blir derfor lett inaktive. De kan oppleve at mobiliteten raskt svekkes, ikke bare som følge av demensen, men også som følge av inaktiviteten, og dermed befinner de seg i faresonen for å miste enkelte grunnleggende funksjoner, for eksempel å kunne gå. Det er derfor viktig å sette i verk tiltak som forebygger denne typen funksjonssvikt.

En annen gruppe pasienter er i stedet urolige og vandrer omkring. Noen beskrives som «personer med problematferd», noe som ikke bare skyldes demenstilstanden, men mer personenes mangel på evne til å forstå omgivelsene (1). Det er derfor mulig at tilrettelagte aktiviteter som er bedre tilpasset omgivelsene kan fungere positivt for disse.

Mengde og type av tiltak

Fysisk aktivitet hos personer med demens kan ha både fysiologiske, mentale og emosjonelle effekter. Det er ingen grunn til å anta at dose og intensitet i trening av forskjellig egenskaper, for eksempel muskelstyrke, bevegelighet og balanse, skal være annerledes enn hos ikke-demente. Når det gjelder hvilken effekt aktivitetene har på tankevirksomhet og emosjoner, finnes det ingen dokumenterte kunnskaper om mengde og type. Kunnskap om motorisk læring (18) tyder på at de viktigste faktorene er totalmengde samt at det som skal læres, føles meningsfullt og motiverende.

Når det gjelder aktivitetstype, ser det ut til at ulike aktiviteter kan ha positiv virkning. Mange studier baseres på generell trening av mobilitet med vekt på gangevnen. Det er rapportert om alt fra stoløvelser, aerobics, styrketrening med vekter, treningsprogram på ergometersykkel til trening av andre ferdighetsbaserte funksjoner (9). For å forebygge funksjonsbortfall hos pasienter med multifunksjonssvikt anbefales det trening som påvirker flere fysiske komponenter, for eksempel styrke, utholdenhet, balanse og bevegelighet samt spesifikk trening av ferdigheter som er nødvendige i dagliglivet (19).

Personer med problematisk tilstand ser ut til å få spesielt god effekt av fysisk trening i kombinasjon med teknikker for å påvirke tilstanden (10).

Tilpasset fysisk aktivitet

Demens påvirker en persons funksjonsnivå, fører til gradvis reduksjon av den intellektuelle evnen og svekker hukommelsen og muligheten til å utføre hverdagsaktiviteter. Hukommelsen påvirker utførelsen av aktiviteter slik at personen for eksempel glemmer hva hun eller han holder på med. Videre kan orienteringsproblemer, nedsatt vurderingsevne, sviktende motivasjon og emosjonell kontroll vanskeliggjøre gjennomføring av en aktivitet. Den fysiske aktiviteten må derfor tilpasses hver enkelt person og dennes mentale og fysiske status (20).

Kommunikasjon kan være et stort problem i denne sammenheng (21). Faktorer som vanskeliggjør kommunikasjonen, kan for eksempel være problemer med å lokalisere hvor lyden kommer fra, å forstå hva som sies, svekket hukommelse, langsom respons og redusert uttrykksevne. Mange eldre har nedsatt hørsel, noe som er ekstra viktig å kontrollere hos pasienter med demens fordi mange vegrer seg for å bruke høreapparat. I slike situasjoner kan en taleforsterker bidra til bedre verbal kommunikasjon. Det også viktig å gjenta det som sies og bruke ord som er velkjent for pasienten. Videre er det lettere å forstå positive instruksjoner enn negative. Det er for eksempel bedre å si «bli stående» i stedet for «ikke sett deg ned». Det er enklere å bruke målrelaterte opplysninger enn rene bevegelsesinstruksjoner. Det kan illustreres med følgende eksempel: Hvis du vil at en pasient som sitter, skal reise seg, kan det være enklere å be vedkommende om å hente en tekopp som står på bordet et stykke fra stolen.

Noen viktige punkter for god verbal kommunikasjon:

- Gi en person tid til å reagere.
- Uttrykk deg klart og enkelt – én beskjed om gangen.
- Bruk ord og uttrykk som pasienten er godt kjent med.
- Gjenta ofte, og bruk andre ord hvis ikke pasienten forstår.
- Unngå å forklare bevegelser, la heller pasienten løse oppgaver.

Ikke-verbal kommunikasjon er en viktig utfylling til den verbale, men den må skje på en måte som ikke forvirrer pasienten. Eksempel på nyttige metoder er gester, berøring, visuell forsterkning, lydforsterkning eller å demonstrere aktiviteten.

Noen aktiviteter kan skremme en del demente, for eksempel på grunn av forstyrrelser i evnen til å oppfatte rommet. Det kan oppleves utrygt å reise seg fra en stol eller sengekant eller å gå ned en trapp. I slike situasjoner er det viktig å ufarliggjøre det som oppleves som truende, for eksempel ved å sette ryggen på en stol foran den som skal reise seg, eller å gå baklengs foran en person nedover trappen.

For pasienter med alvorlig grad av demens kan det være vanskelig å fungere i omgivelser i bevegelse (som er alt fra mennesker som flytter seg, skiftende lysforhold, ulike lyder og gulv med forskjellige farger til skarpe kontraster) eller at det vante miljøet plutselig endres. Ved trening er det derfor viktig å redusere all forstyrrende informasjon i omgivelsene eller bevisst å velge hvilke utfordringer som kreves for at treningen skal bli realistisk.

Aktiviteter som personen kjenner igjen fra tidligere, har lettere for å skape engasjement enn nye, og det gjelder derfor å identifisere og tilpasse slike aktiviteter.

Aktuelle tester

Hvis man tror at en person kan være mentalt svekket, kan man bruke en screeningtest, for eksempel Mini Mental Status (MMS) (22), for å fastslå hvilke sider av den mentale funksjonsevnen som er redusert. For å kartlegge fysisk funksjonsevne kan det brukes spesifikke tester for eldre. Disse kan brukes til å vurdere funksjoner som er relevante for å klare seg i hverdagen med hensyn til muskelstyrke, balanse, bevegelighet og utholdenhet. En godt tilrettelagt testsituasjon og enkle instruksjoner er imidlertid avgjørende for å få et korrekt testresultat.

Referanser

1. Engedal K. Demens og demenssykdommer. I: Engedal K, Wyller TB, red. Aldring og hjernesykdommer. Oslo: AKRIBE; 2003. s. 125-48.
2. Statens beredning för medicinsk utveckling. Demenssjukdomar. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2006. Rapport 2006:172.
3. Larson EB, Wang L, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, Crane P, et al. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Ann Intern Med* 2006;144:73-81.
4. Laurin D, Verreault R, Lindsay J, MacPherson K, Rockwood K. Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol* 2001;58:498-504.
5. Rovio S, Kareholt I, Helkala EL, Viitanen M, Winblad B, Tuomilehto J, et al. Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol* 2005;4:705-11.
6. Podewils LJ, Guallar E, Kuller LH, Fried LP, Lopez OL, Carlson M, et al. Physical activity, APOE genotype, and dementia risk. Findings from the Cardiovascular Health Cognition Study. *Am J Epidemiol* 2005;161:639-51.
7. Sumic A, Michael YL, Carlson NE, Howieson DB, Kaye JA. Physical activity and the risk of dementia in oldest old. *J Aging Health* 2007;19:242-59.
8. Blocker WP, Jr. Maintaining functional independence by mobilizing the aged. *Geriatrics* 1992;47:42, 48-50, 53.
9. Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia. A meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85:1694-704.
10. Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, Buchner DM, Barlow WE, et al. Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:2015-22.
11. Hauer K, Becker C, Lindemann U, Beyer N. Effectiveness of physical training on motor performance and fall prevention in cognitively impaired older persons. A systematic review. *Am J Phys Med Rehabil* 2006;85:847-57.
12. Rydwick E, Frandin K, Akner G. Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses. *Age Ageing* 2004;33:13-23.
13. Eggermont L, Swaab D, Luiten P, Scherder E. Exercise, cognition and Alzheimer's disease. More is not necessarily better. *Neurosci Biobehav Rev* 2006;30:562-75.
14. Heyn P. The effect of a multisensory exercise program on engagement, behavior, and selected physiological indexes in persons with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2003;18:247-51.

15. Woodhead EL, Zarit SH, Braungart ER, Rovine MR, Femia EE. Behavioral and psychological symptoms of dementia. The effects of physical activity at adult day service centers. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2005;20:171-9.
16. Shaw FE, Bond J, Richardson DA, Dawson P, Steen IN, McKeith IG, et al. Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department: randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:73.
17. Podewils LJ, Guallar E, Beauchamp N, Lyketsos CG, Kuller LH, Scheltens P. Physical activity and white matter lesion progression. Assessment using MRI. *Neurology* 2007;68:1223-6.
18. Schmidt RA, Lee TD. Motor control and learning. A behavioral emphasis. 4th ed. Champaign: Human Kinetics; 2005.
19. Helbostad JL. Physical training for nursing home residents – has it any effect? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005;125:1195-7.
20. Helbostad JL. Fysioterapi i geriatrien. I: Helbostad JL, Granbo R, Østerås H, red. Aldring og bevegelse. Fysioterapi for eldre. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007. s. 366-94.
21. Oddy R. Promoting mobility for people with dementia: a problem-solving approach. 2nd ed. London: Age Concern; 2003.
22. Braekhus A, Laake K, Engedal K. The Mini-Mental State Examination. Identifying the most efficient variables for detecting cognitive impairment in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:1139-45.