

21. Demens

Författare

Jorunn L Helbostad, fysioterapeut, filosofie doktor, Institutet för neuromedicin, medicinska fakulteten, NTNU, Trondheim

Kristin Taraldsen, fysioterapeut, cand. polit., Institutet för neuromedicin, medicinska fakulteten, NTNU, Trondheim

Ingvild Saltvedt, medicine doktor, överläkare, avdelningen för geriatri, St. Olavs sjukhus och Institutet för neuromedicin, medicinska fakulteten, NTNU, Trondheim

Sammanfattning

Demens utgör ett allvarligt hälsoproblem bland äldre och det är ännu så länge få åtgärder som har visat sig kunna förebygga utveckling av demens. Nyare forskning antyder att aktivitet i allmänhet och fysisk aktivitet i synnerhet kan vara gynnsamt i sammanhanget. Något samband mellan mängd och typ av träning har dock inte kunnat fastställas. Råd om aktivitet för dementa personer bör vara desamma som för befolkningen generellt. Personer med etablerad demens har samma behov av fysisk aktivitet som friska personer, men klarar ofta inte av att genomföra detta på egen hand. Tillrättalagd fysisk aktivitet för att förebygga funktionsnedsättning kräver väl valda aktiviteter samt instruktion och anpassning till den enskilda individen.

Inledning

Fysisk aktivitet har en välkänd sjukdomsförebyggande effekt och är viktig för att förebygga fysisk funktionsnedsättning hos personer med kroniska sjukdomar. Stora delar av befolkningen är dock mindre fysiskt aktiva än vad som sannolikt krävs för att bibehålla god fysisk funktion i ålderdomen. Fysisk aktivitet kan fungera som primärt förebyggande åtgärd mot utveckling av demens och sekundärt för att förhindra funktionsnedsättning hos personer som redan utvecklat demens.

Vad är demens och hur yttrar den sig?

Demens är en samlingsbeteckning på en rad sjukliga tillstånd i hjärnan som kännetecknas av försämrade psykiska funktioner, känslomässig avtrubning samt svårigheter att klara av praktiska göromål i det dagliga livet (1). Demens drabbar oftast personer över 65 år (95 % av fallen) och benämns då åldersdemens. Även yngre personer kan dock utveckla demens.

I Sverige finns i dag cirka 140 000 personer med någon form av demenssjukdom. Förekomsten ökar med åldern och är omkring 1 procent vid 65 år och över 50 procent vid 90 års ålder (2). På grund av det ökade antalet äldre i befolkningen kan man förvänta att antalet personer med demens kommer att stiga betydligt under kommande år.

Demens karakteriseras av nedsatta mentala funktioner som börjar smygande och utvecklas över tid. Vanliga symtom är nedsatt närminne, försämrad språklig förmåga samt svårigheter att skriva, räkna, känna igen, orientera sig och klara praktiska göromål som påklädning och måltider. Dessutom förändras den sociala funktionen och personligheten, vilket kan visa sig genom att personen isolerar sig och blir passiv. Känslomässig avtrubning, hämningsbortfall och omdömeslöshet förekommer liksom aggressivitet. Diagnosen demens förutsätter att symtomen är så allvarliga att de påverkar den dagliga livsföringen samt har pågått i mer än 6 månader. I vissa demenstillstånd kan nedsatt motorisk förmåga vara ett tidigt kännetecken och i senare stadier uppträder ofta gångsvårigheter, falltendenser, svårigheter att livnära sig samt inkontinens. För de allra flesta har demensen ett fortskridande förlopp och medför reducerad förväntad livstid.

Det finns ett antal sjukdomar som kan leda till demens. Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen och svarar för över 50 procent av fallen, men även dålig blodcirkulation i delar av hjärnan är en vanlig orsak. Risken att utveckla demens är störst för de äldsta, för personer där demens förekommer i familjen, för personer med högt blodtryck, höga kolesterolvärden, som är rökare eller där diabetes finns med i sjukdomsbilden. Det är också visat att personer med en inaktiv livsstil har förhöjda risker i förhållande till dem som har en aktiv livsstil, socialt och mentalt.

Utredningen av demens ska bestå av en generell medicinsk läkarundersökning som även innefattar blodprov och CT- eller MT-röntgen av hjärnan. Som komplement kartläggs patientens mentala status och generella funktionsnivå med hjälp av samtal och olika tester, kompletterade av intervjuer med anhöriga eller annan vårdpersonal.

Behandlingen av demens innebär olika åtgärder som helst bör ske parallellt och kan rikta sig både till patienten och anhöriga. Många äldre har stor nytta av regelmässig uppföljning genom hemsjukvårdens försorg, eventuellt i kombination med dagcenterverksamhet. Anhöriga till dementa personer är ofta hårt belastade och behöver såväl utbildning som vägledning och möjlighet att delta i anhöriggrupper. Avlastningsmöjligheter på dagcenter eller korttidsvistelse på sjukhem kan vara aktuellt och på sikt kräver sjukdomen ständig tillsyn av patienten.

Man bör eftersträva att personer med demens behandlas optimalt även för andra sjukdomar som kan förekomma, eftersom man ofta ser att den mentala funktionen försämras

om patienten även är fysiskt sjuk, exempelvis har smärtor, urinvägsinfektion eller förstopning. Vissa dementa blir deprimerade och får beteendeproblem som kan medföra behov av medicinering. Många är känsliga för läkemedelsbiverkningar och en genomgång av det totala läkemedelsintaget är därför viktig. Under senare år har det kommit mediciner som fördröjer sjukdomens utveckling och även i något fall förbättrar tillståndet. Dessa mediciner används i första hand till patienter med Alzheimers sjukdom, men de kan även vara verksamma vid enskilda andra demenstillstånd.

Betydelsen av fysisk aktivitet för att förebygga utveckling av demens

Flera studier genomförda under senare år antyder att regelbunden fysisk aktivitet har en skyddande effekt mot risk för att utveckla åldersdemens (3–5). Man har funnit att personer som deltog i många aktiviteter löpte mindre risk att utveckla demens än de som deltog i få. Om aktiviteten var energikrävande eller ej hade mindre betydelse i sammanhanget (6). Även hos de äldsta (över 85 år) finns det indikationer på att regelbunden fysisk aktivitet skyddar mot utveckling av demens (7).

Fysisk aktivitet utförs ofta tillsammans med sociala och mentala aktiviteter, och genom att vara engagerad i flera olika aktiviteter stimuleras troligtvis förmågan att organisera och komma ihåg, något som kan vara en av orsakerna till att fysisk aktivitet verkar ha en skyddande effekt. Fysisk aktivitet kan även reflektera en sund livsstil, något som i sig skyddar för exponering av faktorer som kan påverka den kognitiva funktionen negativt.

Även genetiska skillnader har betydelse för om fysisk aktivitet skyddar mot demens. Man har till exempel funnit att hos personer som inte är bärare av en speciell gentypp (apolipoprotein E genotyp-APOE) skyddar fysisk aktivitet mot att utveckla demens, medan hos dem som var bärare av genen var sambandet lågt (6).

Betydelsen av fysisk aktivitet hos personer med demens

Äldre akut sjuka personer kan befinna sig i farozonen för att utveckla demens på grund av fysiska och mentala följder av tillståndet (8). Att förebygga inaktivitet som följd av sjukdom kan därför vara en faktor för att förhindra minskad generell funktion, och mental funktion specifikt.

Aktivitetsens betydelse för fysisk, social och emotionell funktion

Det finns studier som har visat att strukturerad fysisk träning ger ökad fysisk form och funktion i det dagliga livet hos personer med demens (9). Hos äldre personer som bor kvar hemma är det rapporterat att ett fysiskt träningsprogram tillsammans med utbildning av närstående i att hantera personens beteende, förbättrade gångförmågan och den själv-

rapporterade hälsan samtidigt som depression reducerades (10). Andra undersökningar visar inte lika tydliga effekter av träning (11). Skillnaderna i slutsatser kan bero på att olika studier har undersökt olika urval och har mätt effekterna på olika sätt. Det är ett generellt drag i de studier som genomförts att endast personer med lätt eller moderat grad av demens har inkluderats.

De flesta personer som vistas på sjukhem/vårdinrättning har vikande mentala funktioner eller demens. Studier från USA och Europa visar att strukturerad träning för äldre på vårdhem (70+) med flera diagnoser ger positiva effekter på muskelstyrka och rörlighet. Det finns dokumentation som i rimlig omfattning stödjer effekt på rörligheten och motstridiga resultat när det gäller gångfunktion, aktiviteter i dagligt liv (så kallade ADL-aktiviteter), balans och uthållighet. Även om nedsatt mental funktion inte var ett kriterium för inkludering i studien, finns det skäl att tro att många av deltagarna hade vikande mentala funktioner och att resultaten kan överföras på personer med lättare demens (12).

Det är även rapporterat att tillrättalagd fysisk aktivitet påverkar de intellektuella funktionerna hos äldre med demens, speciellt aspekter som uppmärksamhet, minne, kommunikationsförmåga, förmåga att utföra praktiska uppgifter samt övergripande mentala funktioner (13, 14).

Fysisk träning i kombination med tekniker för att reducera svåra beteenden har visat sig förbättra den fysiska hälsan och reducera depression hos personer med Alzheimers sjukdom (15). Resultaten antyder att engagemang är en viktig framgångsfaktor när det gäller att uppnå fysiska vinster.

Sammantaget indikerar dessa studier att äldre med olika grad av svikande mental hälsa, såväl de som lever kvar hemma och de som finns på någon form av institution, kan ha nytta av fysisk träning. Träningen har flera fysiska och psykologiska effekter samt upprätthåller hälsa, mentala funktioner, kommunikationsförmåga samt funktion i det dagliga livet som viktigaste mål.

Förebyggande av fall

Personer med demens har på grund av nedsatt motorik och mental funktion en ökad risk för fall, och de som råkar ut för detta löper dessutom större risk för skador. Medan träning med fokus på muskelstyrka och balans har visat sig vara effektiv för att förebygga fall generellt hos äldre som lever kvar i sin bostad, är samma vinst inte funnen bland personer med demens (11, 16). Det kan tyda på att andra faktorer än balans och muskelstyrka, och då troligen faktorer som kan knytas till den mentala svikten, är viktiga riskfaktorer för personer med demens. Det finns emellertid få studier att luta sig emot, vilket innebär att slutsatserna måste tolkas med försiktighet.

Aktuella åtgärder – rekommendationer

Fysisk aktivitet som åtgärd för att förebygga demens

Genomförda studier har inte kunnat visa exakt hur stor mängd aktivitet som har en gynnsam förebyggande effekt på utveckling av demens, annat än att upprepad aktivitet är bättre än hög intensitet (17). Det är heller inte funnet vilken typ av aktivitet som är gynnsam. Rekommendationer om fysisk aktivitet bör därför följa de allmänna råd som generellt gäller för att ge en god hälsoeffekt hos befolkningen.

Fysisk aktivitet för att förebygga funktionssvikt hos personer med demens

Personer kan leva upp till 20 år med progredierande demens. Fysisk aktivitet bör ha som mål att förebygga funktionssvikt och bidra till att upprätthålla funktion i det dagliga livet. Deltagande i aktiviteter kan även fungera som en infallsvinkel till kommunikation och generell stimulering. Behovet av fysisk aktivitet hos patienter med demens är ofta detsamma som hos andra patienter, men anpassningen och utformningen av själva aktiviteten måste göras annorlunda. Att vara fysiskt aktiv skapar i sig ett välbefinnande, men många dementa behöver hjälp att komma igång, hjälp med anpassning samt uppföljning under hand för att upprätthålla en god aktivitetsnivå.

En del personer kan ha nedsatt initiativförmåga och blir därför lätt inaktiva. Dessa kan uppleva att mobiliteten snabbt försämras, inte enbart som en följd av demenstillståndet, men även som en följd av inaktiviteten, och befinner sig därmed i farozonen för att mista vissa basfunktioner, exempelvis att kunna gå. Åtgärder som förebygger denna typ av funktionssvikt är därför viktiga.

En annan grupp patienter är i stället oroliga och vandrar omkring. Några beskrivs ”bete sig besvärligt”, vilket inte enbart kan kopplas till demenstillståndet, utan mer till personens avsaknad av förmåga att förstå sin omgivning (1). Det är därför möjligt att tillrättalagda aktiviteter som bättre samspelar med omgivningen kan fungera positivt för dessa.

Mängd och typ av åtgärd

Fysisk aktivitet hos personer med demens kan ge såväl fysiologiska som mentala och emotionella effekter. Det finns ingen grund för att anta att dos och intensitet i träning av olika kvaliteter, exempelvis muskelstyrka, rörlighet och balans, ska ske annorlunda än hos icke dementa. När det gäller aktiviteternas verkan på kognition och emotion, finns ringa dokumenterad kunskap om mängd och typ. Kunskap om motorisk inlärning (18) tyder på att den totala mängden utövande och att uppgiften upplevs meningsfull och motiverande är de viktigaste faktorerna.

När det gäller typ av aktivitet verkar det som att olika aktiviteter kan ha positiv verkan. Många studier baseras på generell träning av mobilitet, med fokus på gångförmågan. Allt från stolövningar, aerobics, styrketräning med vikter, träningsprogram på ergometercykel till träning av andra färdighetsbaserade funktioner har rapporterats (9). För att förebygga

funktionsbortfall hos patienter med multifunktionssvikt rekommenderas träning som påverkar flera fysiska komponenter, exempelvis styrka, uthållighet, balans och rörlighet samt specifik träning av färdigheter som är nödvändiga i det dagliga livet (19).

För personer med besvärliga tillstånd verkar det som att fysisk träning i kombination med tekniker för att påverka tillståndet är speciellt gynnsamt (10).

Anpassad fysisk aktivitet

Demens påverkar personens funktionsnivå och leder till gradvis reduktion av den intellektuella förmågan samt påverkar minnet och möjligheten att utföra vardagliga aktiviteter. Minnet påverkar utförandet av aktiviteter på så sätt att personen exempelvis glömmet vad hon eller han håller på med. Vidare kan orienteringsproblem, nedsatt värderingsförmåga, svikande motivation och emotionell kontroll försvåra genomförandet. Den fysiska aktiviteten måste därför anpassas efter varje enskild person beroende på såväl mental som fysisk status (20).

Kommunikationen kan vara ett stort problem i sammanhanget (21). Faktorer som försvårar kommunikationen kan exempelvis vara svårigheter hos patienten att lokalisera varifrån ljud kommer, att förstå vad som sägs, nedsatt minnesförmåga och långsam respons samt problem att uttrycka sig klart. Många äldre har nedsatt hörsel, vilket är extra viktigt att kontrollera hos patienter med demens, då många vägrar använda hörapparat. I dessa sammanhang kan en talförstärkare bidra till bättre verbal kommunikation. Att repetera det som sägs är också viktigt samt att använda ord som är välkända för patienten. Vidare är det lättare att förstå positiva instruktioner än negativa. Exempelvis är det bättre att säga ”stå kvar” i stället för ”sätt dig inte ner”. Målrelaterade uppgifter är enklare att använda än rena rörelseinstruktioner. Det kan illustreras med följande: Om du vill att en patient som sitter ner ska resa sig upp, kan det vara enklare att be personen hämta en tekopp som står på bordet en bit från stolen.

Några nyckelpunkter för god verbal kommunikation

- Ge personen tid att respondera.
- Uttryck dig klart och enkelt – ett besked i taget.
- Använd ord och uttryck som patienten är väl bekant med.
- Repetera ofta, omformulera dig om inte patienten förstår.
- Undvik att instruera rörelser, låt hellre patienten lösa uppgifter.

Icke-verbal kommunikation är ett viktigt komplement till den verbala, men måste ske på ett sätt som inte förvirrar patienten. Exempel på användbara metoder är gester, beröring, visuell förstärkning, ljudförstärkning eller att demonstrera aktiviteten.

Vissa aktiviteter kan skrämja en del dementa, exempelvis på grund av störningar i rumsuppfattningsförmågan. Det kan upplevas otryggt att resa sig från en stol eller sängkant eller att gå nedför en trappa. I sådana situationer är det viktigt att ”avskärma” det som upplevs som hotande, till exempel genom att sätta ryggsidan av en stol framför den som ska resa sig eller gå baklänges framför personen nedför trappan.

För patienter med allvarlig grad av demens kan det vara svårt att fungera i en ”rörlig” omgivning (människor som rör sig, skiftande ljusförhållanden, olika ljud, golv med olika färger och skarpa kontraster) eller att den invanda miljön plötsligt förändras. Under träning är det därför viktigt att reducera all störande information i omgivningen eller medvetet välja ut vilka utmaningar som krävs för att träningen ska vara realistisk.

Aktiviteter som personen känner igen sedan tidigare skapar lättare engagemang än nya och det gäller därför att identifiera och anpassa sådana aktiviteter.

Aktuella tester

Hos personer där man misstänker mentala brister kan ett screeningtest, exempelvis Mini Mental Status (MMS) (22), användas för att utröna vilka aspekter av den mentala funktionen som är nedsatta. För kartläggning av fysisk funktion kan specifika tester för äldre användas som värderar funktioner med relevans för vad som krävs i det vardagliga livet vad gäller muskelstyrka, balans, rörlighet och uthållighet. En väl tillrättalagd testsituation och enkla instruktioner är dock avgörande för ett korrekt testresultat.

Referenser

1. Engedal K. Demens og demenssykdommer. I: Engedal K, Wyller TB (red.). Aldring og hjernesykdommer. Oslo: AKRIBE; 2003, ss. 125-48.
2. Statens beredning för medicinsk utveckling. Demenssjukdomar. Rapport 2006:172. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2006.
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. 4. uppl. 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 Akademiske Forlag; 2007, ss. 366-94.
21. Oddy R. Promoting mobility for people with dementia. 2. uppl. London: Age Concerns England; 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.