

# Hvor mange har demens i Norge?

Antall eldre over 65 år vil stige betraktelig, og det forventes en kraftig økning av demensrammede de nærmeste årene. Vi har ikke god oversikt over hvor mange som faktisk har demens i Norge eller hvor mange som vil bli rammet i fremtiden. Slik oversikt er nødvendig for å planlegge fremtidige helse- og omsorgstjenester for befolkningen.

På verdensbasis rammes en ny person av demens hvert fjerde sekund, og i 2010 ble det anslått at 36 millioner hadde demenssykdom (1). Anslaget for 2013 er 44 millioner, men det er knyttet usikkerhet til disse tallene. Noen forskere mener estimatene dreier seg kun om Alzheimers sykdom og ikke om total forekomst av demens (2). I Norge trenger vi tall for hvor mange som er rammet av demens, hvor mange nye tilfeller som kan forventes hvert år samt for fordelingen av de ulike demenstypene.

## Et håp om å forebygge

Demens er en samlekategori for en rekke hjernesykdommer som fører til redusert hukommelse, tap av intellektuelle evner, endret atferd og tap av evne til å fungere i det daglige (3). Alzheimers sykdom er den vanligste formen, og den viktigste risikofaktoren er fremdeles aldring (1). Folkehelseproblemet blir derfor stadig mer alvorlig etter hvert som levealderen øker og vi blir flere eldre. Dette ble tydeliggjort i mars 2013 da nye tall for Norge fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet ble lansert (4). Det viste seg at Alzheimers sykdom hadde klatret fra 26. plass til 8. plass over sykdommer som tar flest leveår. Alzheimers sykdom forårsaker i dagens Norge flere tapte leveår enn brystkreft eller prostatakreft (4). Like viktig er antakelig tapet av livskvalitet, både for den syke selv og for de pårørende. Arvelighet er en av årsakene, men forskning peker også på økt betydning av livsstil, deriblant diabetes, høyt blodtrykk, røyking, overvekt, depresjon og fysisk inaktivitet (2). Endring av livsstil gir håp om å forebygge eller utsette demenssykdom (2, 5).

## Hva ligger i et tall?

På grunn av ulik fordeling av den eldre delen av befolkningen vil noen kommuner få en kraftig økning i antall demenssyke i løpet av få år, mens det i andre kommuner vil ta lengre tid. Det kan også tenkes at antall nye demenstilfeller reduseres i noen aldersgrupper på grunn av sunnere livsstil og høyere utdanningsnivå blant morgendagens eldre (6). Mer nøyaktige tall på demensforekomst er nødvendig for å kunne planlegge og måle effekter av tiltak, spesielt i sykehjem og hjemmetjenesten (7, 8).

Helsedirektoratet oppgir på sine nettsider at antallet demensrammede i Norge er 71 000 (9), noe som kan gi inntrykk av

eksakt kunnskap om omfanget av demens. I virkeligheten har vi ikke det, verken for i dag eller for tiden fremover. Det finnes ingen landsdekkende gode undersøkelser for hvor mange som lever med demens i Norge. De vanligste beregningene gir omtrent 70 000 personer med demens i Norge. Dette bygger på en undersøkelse gjennomført i en forstad til Rotterdam for over 20 år siden (10). Studien er mye sitert og benevnes ofte Rotterdam-studien. I studien ble om lag 10 000 personer over 55 år invitert til å kart-

«Mer nøyaktige tall på demensforekomst er nødvendig for å kunne planlegge og måle effekter av tiltak»

legge kognitiv funksjon. Om lag tre fire-deler takket ja til å være med. På basis av kartleggingen estimerte man prevalensen av demenssykdom i ulike aldersgrupper. Det er flere problemer med dette anslaget. For det første er det ikke sikkert at befolkningen i Rotterdam er representativ for Norge. Mest sannsynlig er den ikke det. En annen feilkilde er at andelen med demenssykdom blant den firedelen som var invitert, men som ikke deltok, kan ha vært høyere enn blant deltakerne. I så fall er tallene for lave.

## Behov for oppdatert status

Forventet levealder har steget de siste tiårene, og økningen er anslått til om lag et kvart år for hvert år (11). Det er imidlertid usikkert om vi lever lenger med bedre helse (6). En liten og eldre studie fra Sagene i Oslo viste et noe lavere anslag for antall med demens enn i Rotterdam-studien (12). I tillegg til basal og klinisk demensforskning er det viktig med epidemiologisk forskning som inkluderer beregninger av forekomsten. Norge har en forholdsvis stabil befolkning, med bedre helseregistre og oversikt over befolkningen enn de fleste andre land. Vi har derfor spesielt gode forutsetninger for å gjøre nøyaktige beregninger av sykdomsutbredelse. Vi bør ikke basere oss på gamle tall fra Nederland, dette burde vi klare selv.

**Bjørn Heine Strand**  
**Kristian Tambs**  
**Knut Engedal**  
**Espen Bjertness**  
**Geir Selbæk**  
**Tor Atle Rosness**  
*t.a.rosness@medisin.uio.no*

Bjørn Heine Strand (f. 1974) er seniorforsker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og Avdeling for samfunnsmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristian Tambs (f. 1951) er forskningssjef ved Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Knut Engedal (f. 1946) er professor emeritus og seniorforsker ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Espen Bjertness (f. 1959) er professor i epidemiologi ved Avdeling for samfunnsmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Geir Selbæk (f. 1963) er fag- og forskningssjef ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tor Atle Rosness (f. 1976) er postdoktor ved Avdeling for samfunnsmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, og medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

## Litteratur

1. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer report 2013. [www.alz.co.uk/research/world-report-2013](http://www.alz.co.uk/research/world-report-2013) (3.1.2014).
2. Barnes DE, Yaffe K. The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *Lancet Neurol* 2011; 10: 819–28.
3. Engedal K. Diagnostikk og behandling av demens. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 520–4.

&gt;&gt;&gt;

4. GBD Profile: Norway. Global Burden of Diseases, injuries and Risk Factors Study 2010. [www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/country-profiles/GBD%20Country%20Report%20-%20Norway.pdf](http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/country-profiles/GBD%20Country%20Report%20-%20Norway.pdf) (17.12.13).
5. Hjort PF, Waaler HT. Demens frem mot 2050. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1356–8.
6. Matthews FE, Arthur A, Barnes LE et al. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. Lancet 2013; 382: 1405–12.
7. Engedal K. Utredning av demens og bruk av legemidler mot demens i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1188–90.
8. Selbaek G. Demens – behov for et kvalitetsløft. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1892.
9. Helsedirektoratet. Demens. [www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx) (17.12.13).
10. Ott A, Breteler MMB, van Harskamp F et al. Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. BMJ 1995; 310: 970–3.
11. Brunborg H. Increasing life expectancy and the growing elderly population. Norsk Epidemiologi 2012; 22: 75–83.
12. Engedal K, Haugen PK. The prevalence of dementia in a sample of elderly Norwegians. Int J Geriatr Psychiatry 1993; 8: 565–9.

Mottatt 6.12. 2013, første revisjon innsendt 20.12. 2013, godkjent 3.1. 2014. Redaktør: Are Brean.

Publisert først på nett.