

Forskning i forebyggelse og risikofaktorer

Viden om risikofaktorer for demens stammer primært fra befolkningsundersøgelser (epidemiologiske studier), mens dokumentation for effekten af forebyggende interventioner mod demens overvejende er baseret på kliniske forsøg.

Det undersøgelsesdesign, der regnes for at give bedst dokumentation, er den lodtrækningsbaserede kontrollerede undersøgelse (*randomized controlled trial*, RCT). 'Kontrolleret' betyder i denne sammenhæng, at der indgår en kontrolgruppe i studiet. Metoden har for det meste givet skuffende resultater ved undersøgelse af effekten af forebyggende interventioner mod demens.

I perioden 1998-2015 blev der publiceret knap 50 interventionsstudier, hvoraf to tredjedele gav negative resultater. Negative resultater kan ikke tages som endegyldigt bevis for, at interventioner er uden virkning, idet opfølgingsperioden i mange studier kun var af ét eller få års varighed, hvilket kan være for kort tid til at påvise en effekt.

Befolkningsundersøgelser

Et mere grundlæggende problem er, at det kliniske forsøgsdesign ikke er særligt velegnet til at undersøge effekten af komplekse socioøkonomiske eller psykosociale faktorer. Det giver fx ikke mening at gennemføre et interventionsstudie, hvor deltagerne ved lodtrækning tildeles uddannelse, erhverv eller partnerstatus.

Tilsvarende ville der være indlysende etiske og praktiske problemer forbundet med at undersøge betydningen af livsstilsrelaterede forhold som rygning, alkoholforbrug eller hovedtraumer gennem interventionsstudier. Disse problemstillinger belyses bedre ved hjælp af befolkningsundersøgelser, der ofte udmærker sig ved en lang opfølgningstid, der kan strække sig over adskillige årtier.

Undersøgelsesdesign

Befolkningsundersøgelser vedrørende risikofaktorer for demens kan opdeles i to grupper:

- Ved kohorteundersøgelser følges en større gruppe udvalgte personer (en kohorte) gennem en årrække. Kohorteundersøgelser kan være enten fremadrettede (prospektive) eller bagudrettede (retrospektive).
- Ved case-kontrolundersøgelser matches personer med en bestemt sygdom eller tilstand (cases) med personer uden sygdommen (kontroller). Case-kontrolundersøgelser er retrospektive.

Er man interesseret i årsagssammenhænge – fx om en bestemt type ernæring kan øge eller mindske risikoen for demens – er fremadrettede undersøgelser generelt at foretrække frem for bagudrettede.

Evidensstyrke

Befolkningsundersøgelser rummer en række velkendte metodeproblemer, fx frafald af deltagere, usikkerhed forbundet med eventuel selvrapportering (*recall bias*), utilstrækkelig statistisk kontrol for faktorer, der kan påvirke resultatet (konfoundere).

Selvom man har statistiske metoder til at kontrollere for forstyrrende faktorer og fejlkilder, er resultater fra observationsstudier ofte forbundet med nogen usikkerhed og kan være vanskelige at tolke.



Set fra et videnskabeligt standpunkt, er evidens baseret befolkningsundersøgelser generelt svagere end evidens baseret på kliniske forsøg. Men svag evidens kan være bedre end ingen viden.

Andrieu S, Coley N, Lovestone S, Aisen PS, Vellas B. Prevention of sporadic Alzheimer's disease: lessons learned from clinical trials and future directions. Lancet Neurol. 2015;14(9):926-44

[PubMed](#)

Senest opdateret: 13. august 2020