

# **A HÁZIORVOSOK SZEREPE ÉS LEHETŐSÉGEI AZ IDŐSKORI DEMENCIÁK ELLÁTÁSÁBAN**

**Összeállította: Dr. Heim Szilvia, oktató családorvos  
PTE ÁOK, Családorvostani Intézet**

**Kutatásvezető: Vajda Norbert**



**Készült az Interprofesszionális Demencia Alapprogram keretében**

**TÁMOP 5.4.12-14/1-2015-0007**

**2015. október**

## I. Bevezetés

A demencia egy krónikus, progresszív, jelen tudásunk szerint gyógyíthatatlan, a halál bekövetkezését felgyorsító betegség. A demencia kórképek jelentősége világszerte növekszik. Előfordulása az öregedő társadalmakban a kor előrehaladtával exponenciálisan nő. Prevalenciája 60 éves korban 1%-ra, míg 85 éves korban több, mint 20 %-ra tehető. Leggyakoribb oka az Alzheimer-kór (70 %), a vasculáris alapú demencia gyakorisága 17-20 % közötti, a fennmaradó részben a Lewy-testes demencia, a frontotemporális demencia, a Parkinson demencia, az alkoholos demencia és egyéb, gyakran reverzibilis demencia formák szerepelnek. Magyarországon kevesebb a tiszta Alzheimer-kór a népesség rossz egészségi állapota, a kardiovaszkuláris és anyagcsere betegségek magas előfordulása miatt. Gyakran kevert típusú demenciával találkozunk.

A WHO előrejelzése szerint 2030-ra megduplázódik, 2050-re megtriplázódik a demenciában szenvedő betegek száma a világon. A demenciában szenvedő betegek ellátásának közvetlen és közvetett költsége Európában évi 55-60 milliárd Euróra tehető. A költségek különösen magasak az élet utolsó hat hónapjában. A gondozóotthoni és a hospitalizációs költségek lényegesen magasabbak, mint az otthonukban ápolat, demenciával élő betegeknél tapasztalt kiadások.

Magyarországon is – az európai országokhoz hasonlóan – egyre több idős emberről kell a társadalomnak gondoskodnia, közöttük egyre magasabb lesz az öregedéssel együtt járó kognitív hanyatlásban szenvedők aránya. Az OEP 2009-es adatai szerint kb. 250 000 demens beteget tartanak nyilván, de számuk valószínűleg alulbecsült.

Nekik sok esetben nem kórházi kezelésre, hanem a szó klasszikus értelmében vett ápolásra, gondoskodásra van szükségük. A mai magyar ellátórendszer azonban képtelen arra, hogy megfelelő színvonalú ápolási szolgáltatást nyújtson a rászorulóknak, továbbá színvonalas demencia ellátást nyújtó szociális intézmény kevés van az országban és a legtöbb család számára ezek megfizethetetlenek. Így a teher nagyrészt a családokra, és a családorvosi team-re hárul. A családorvos képviseli a legközvetlenebb kapcsolatot az idős beteg és családtagjai felé, de a jelenlegi diagnosztikai nehézségek miatt a demencia szindrómát sokszor csak akkor ismerik fel, amikor már eléri a manifeszt demencia küszöbét, holott a terápiás beavatkozást már sokkal előbb meg kellene kezdeni. Ideális esetben a családorvos „kapu-őr” szerepet tölt be, így a korai felismerés, az időben elkezdett terápia, a megfelelő kommunikáció és a családgondozás területén jelentős és kikerülhetetlen szereppel rendelkezik. Ehhez feltétlenül szükséges a családorvosi gyakorlatban jól alkalmazható, validált szűrőteszt alkalmazása és a háziorvosok képzése a demenciák szűréséről, ellátásáról, gondozásáról.

Családorvosi munkám során sokszor szembesültem a demens betegek ellátásának nehézségeivel, hiányosságaival, az ellátórendszer és a családok teherbírásának korlátaival. Ezen problémák bemutatására vezetésemmel több vizsgálat is készült háziorvosi praxisokban. 2007-ben „Idős családtag gondozásának problémái és hatása a gondozó testi és lelki egészségére”, majd 2012-ben „Alzheimer-kór irányában történő demencia szűrés tapasztalatai Baranya-megyei háziorvosi praxisokban” címmel zajlottak felmérések. Az eredmények bemutatásra kerültek több hazai tudományos fórumon és konferencián, publikálásuk folyamatban van.

2012. augusztusában lehetőségem adódott egy franciaországi tanulmányúton részt venni, ahol látogatást tettem Commercy-ben a St-Charles Hopital Alzheimer Ellátó Egységében. Itt betekintést nyertem a Franciaországban 2004-ben elindított Nemzeti Alzheimer Program felépítésébe és működésébe. Tapasztalataim nagymértékben

megerősítettek abban, hogy Magyarországon is lépéseket kell tenni a demenciában szenvedő betegek és családtagjaik korszerűbb, emberhez méltóbb ellátásáért.

A házi orvosok szerepének és lehetőségeinek tisztázására 2014-ben a szegedi egyetem Pszichiátriai Tanszékével együttműködve vizsgálat indult „Házi orvosi vélemény a demencia alapellátásról” címmel. A vizsgálathoz a kiindulópontot egy kvalitatív, mélyinterjú felmérés adta, mely a házi orvosok véleményét és attitűdjét, diagnosztikus és terápiás szokásait gyűjtötte össze egy piackutatás keretében, melyet a Richter Gyógyszergyár Nyrt. és a Szinapszis Kft. készített 2010-ben. Ennek a vizsgálatnak az eredményeit a szerzők engedélyével 2013. szeptemberében Debrecenben az XIII. Alzheimer-kór Konferencián mutattam be.

## **II. „Az Alzheimer-kór diagnosztikája és menedzselése” című piackutatás eredményei**

### **II/1. A vizsgálat háttere és célkitűzései**

A Richter Gedeon Nyrt. 2009-ben piackutatást kezdeményezett a házi orvosok körében a demencia kezelésének témakörében, beleértve az Alzheimer-kór kezelésére vonatkozó szokásokat is. Mivel a szakorvosoktól az a visszajelzés érkezett a Richter gyógyszergyártó felé, hogy a házi orvosok nem küldik szakorvoshoz a gyanús betegeket, így ezek a kórképek nem kerülnek időben felismerésre. Fontos kérdés, hogy a házi orvosok miként vélekednek erről a problémáról, saját szerepükről. A kutatás célja a következő volt:

- ✓ A betegutak részletes feltérképezése
- ✓ Az Alzheimer-kór diagnosztikai folyamatát akadályozó, lassító tényezők azonosítása
- ✓ A házi orvosok terápiás attitűdjeinek feltárása
- ✓ A házi orvosok Alzheimer-kórra vonatkozó véleményeinek, percepcióinak összehasonlítása

### **II/2. A vizsgálat módszertana**

- **módszer:**
  - kvalitatív, egyéni mélyinterjú kutatás
- **célcsoport:**
  - három házi orvos Nyugat-Magyarországról, három házi orvos Kelet-Magyarországról, kettő házi orvos Budapestről
  - Tapasztalt családorvosok, átlagosan 15-20 év gyakorlattal
  - Jellemzően belgyógyászati érdeklődési terület
  - Kártyaszám: 1200 és 2100 fő között
- **helyszínek:**
  - Budapest, Tamási, Szombathely, Kaposvár, Nyíregyháza, Nyírtura, Kiskunfélegyháza
- **a kutatás ideje:**
  - 2009. április-május
  - az interjúk átlagos hossza 70-80 perc

- az interjúkat egészségügyi kutatásban jártas orvostanhallgatók és kvalitatív kutató moderátorok készítették

### **II/3. A vizsgálat eredményei**

#### Vizsgálták a házi orvosok attitűdjét.

A demenciával élő betegekről leggyakrabban azt gondolták, hogy magatehetetlen, nem gyógyítható, kilátástalan, szármalmas emberek. A saját érzéseik a betegséggel kapcsolatban a tehetetlenség, bizonytalanság, a megrendülés és a sajnálat érzés voltak. Mindkét kérdéscsoportban egyértelműen negatív attitűddel jellemezhető válaszok érkeztek.

#### Mikor gondolnak Alzheimer kórra a házi orvosok?

Tájékozódási képesség jelentős romlása (elkóborlás), memóriazavarok (súlyos feledékenység), üldözési mánia, gyanakvás, visszahúzóds, inaktivitás, passzívvá válás, valamint inadekvát viselkedés esetén. Jellemző, hogy a betegség gyanúját jellemzően a hozzátartozó veti fel. Ha egyszerre 2-3-4 tünet is fennáll, az orvos csak akkor gondol határozottan az Alzheimer-kórra. Fontos szempont szerintük, hogy ezek a tünetek időben visszatérők (folyamatosan fennállók) legyenek. Problémát okoz, hogy az időskori emlékezetkiesés a megkérdezettek szerint jellemzően természetes folyamat – kisebb panaszok esetén („*időnként feledékeny*”) nem kezdeményeznek kivizsgálást, terápiát. Gyanú esetén a megkérdezettek közül csak egy (!!) orvos végez speciális vizsgálatokat (írás, óra rajzolás, tér-idő orientáltság).

#### Milyen stádiumban merül fel az Alzheimer gyanúja?

Egységes vélemény szerint ez közép-súlyos-súlyos stádiumban merül csak fel a családorvosoknál. Ennek okai szerintük: a beteg hárit, illetve a család tűr és bagatellizál. Jellemző a háritás a házi orvosok részéről is, ennek okai is többfélék:

- ✓ Átháritják a problémát a szakorvosra: említett okok: időhiány, kompetencia hiánya – „...*nem vagyok én polihisztor...*”
- ✓ Halogatás, a probléma elodázása: „...*nézzük meg fél év múlva, megszűnnek-e a tünetek...*”
- ✓ Félmegoldások keresése: „...*adok valami általam is írható értágítót, s megnézzük, hogyan reagál...*”

Tehát jellemzően nem érvényesül a „minél hamarabb minél hatékonyabb terápiát” szemlélet és a szakorvoshoz küldés sokszor a végső esetben történik, amikor a család már nem képes menedzselni a beteget.

## Jellemzően mikor küldik szakorvoshoz a betegeket?

Hozzá tartozói kérés esetén, amikor a család már nem boldogul, nyilvánvaló, súlyos tünetek esetén, szuicid szándék fennállásakor, illetve minden esetben, ha kiegyensúlyozott a családi háttér és úgy gondolják, hogy meg tudják venni a gyógyszereket.

Viszont sok esetben, amikor önellátásra még képes a beteg, amikor a hozzátartozói felügyelet megoldott, vagy ha rossz anyagi helyzetű a beteg, még gyanú esetén sem küldik szakorvosi vizsgálatra a páciens. Sok esetben akkor is elmarad a házi orvos részéről kért szakorvosi vizsgálat, amikor súlyos stádiumban találkoznak a demenciával és rögtön szociális otthonba kerül a beteg.

## Együttműködés a szakorvossal

A házi orvosok megítélése szerint a demens betegeket kezelő szakorvosok jellemzően involválatlanok e kórkepek terápiájában

„...nekik az Alzheimeres beteg kudarc, nem perspektíva, nincs lelkesedés...”

„...sematikusak, rutinszerűek...”

„...egy beteg a sok közül...”

Formális kapcsolattartás jellemzi a házi orvosi és szakorvosi kapcsolatot a demencia terápiájában (személyes kapcsolat egyáltalán nem jellemző, időnként (nagyon ritka) telefonon konzultálnak, jellemzően csak a beutalón keresztül kommunikálnak egymással)

Az átlagos előjegyzési idő jellemzően 2-3-4 hét, leghosszabb említett idő 2 hónap (Tolna). A házi orvosok szerint megfelelő ez az előjegyzési idő, nem okoz beteg-lemorzsolódást. Sürgősségi beutalóval vagy osztályos felvétellel gyorsítható a szakorvoshoz jutás – ilyenkor jellemzően telefonon is konzultálnak a szakorvossal.

A házi orvosok részéről jellemző a kellő mélységű kompetencia hiánya. Szerintük a demenciával kapcsolatos dolgok teljesen szakmaspecifikusak, azaz szakorvosi feladat lenne. Tisztázatlan a házi orvos szerepe, hatásköre. Jellemző a kialakult rutinok hiánya, a klasszikus konzílium egyáltalán nem jellemző (pedig hasznos lenne!) nincsenek kialakult kapcsolatok, a ritka kommunikáció egyedi eset.

## Terápiás szemlélet, szokások

A megkérdezett házi orvosok a demencia terápiáját kihívásnak élik meg, ezalatt nehézséget, komplexitást értenek. Az orvosok fele nem tudott konkrét készítményt megnevezni. A hatóanyagokat nem vagy csak felületesen ismerik, szakmailag véleményezni nem tudják. Az étrend kiegészítőket nem tartják hatásosnak, de „nem is ártnak”. Véleményük szerint az érintettek 30-40 százaléka szed ilyen termékeket és a házi orvosok jellemzően nem terelik betegeiket a kiegészítő termékekről a modern terápiás készítmények irányába.

A saját hatáskörben is írható gyógyszereket (mint pl. : Sermion, Cavinton Forte, Jumex, Mizapin) jobban ismerik, magabiztosan használják. A demenciákban használatos specifikus készítményeket drágának tartják. Jellemzően nincs ellenérzés a generikus készítményekkel szemben, a lényeg a minél kedvezőbb terápiás költség. A szakorvosok által indikált terápián jellemzően nem változtatnak.

## **II/4. A mélyinterjú vizsgálat összefoglalása**

- A családorvosok terápiás ismeretei korlátozottak.
- A rendelkezésükre álló diagnosztikus eszközöket nem alkalmazzák.
- A betegséget csak nagyon határozott tünetek megjelenése esetén ismerik fel.
- Nem minden beteget irányítanak szakorvoshoz.
- A modern terápiás készítményeket csak érintőlegesen ismerik.
- A betegek sok esetben csak értágítókat és kiegészítő készítményeket szednek.

## **III. „Háziorvosi vélemény a demencia alapellátásról” c. vizsgálat – 2014**

A fent leírt mélyinterjú vizsgálat eredményeit áttekintve felmerült a kérdés, hogy a megfogalmazott vélemények nagy általánosságban is jellemzőek-e a háziorvosokra a demenciák ellátásával kapcsolatban. A célkitűzés tisztázására a PTE Családorvostani Intézet és a SZE Pszichiátriai Klinika kutatói együttműködés keretében kérdőívet szerkesztett.

### **III/1. A vizsgálat módszertana**

- **módszer:**
  - kérdőíves felmérés, mely a háziorvosok demenciákkal kapcsolatos attitűdjét, diagnosztikus és terápiás szokásait vizsgálja
  - A statisztikai elemzés SPSS 19 statisztikai programmal és R for Windows 3.2.2. programmal készültek
- **célcsoport:**
  - Magyarországon praktizáló háziorvosok
  - lehetőség szerint kor, nem és praxis elhelyezkedése szempontjából reprezentatív megoszlásban
- **helyszínek:**
  - A magyarországi Orvosegyetemek (Budapest, Pécs, Szeged, Debrecen) Családorvostani Intézetei által szervezett kötelező háziorvosi továbbképzések
  - Családorvosok részére szervezett konferenciák (CSAKOSZ, FAKOOSZ)
- **az adatfelvétel ideje:**
  - 2014. március-december

### **III/2. A vizsgálat eredményeinek összefoglalása**

402 háziorvos által kitöltött kérdőív került feldolgozásra, mely a jelenleg felnőtt praxisban dolgozó háziorvosok majdnem 10 %-a. Valamennyi megyéből töltötték ki kérdőívet. A válaszadók közel fele-fele volt férfi-nő, több, mint 60 %-uk 55 év feletti. 34 %-uk falun, 28 % városban, 22 % megyeszékhelyen, 12 %-uk a fővárosban praktizál. A praxisok

legnagyobb részben 1000-2000 fő közötti pácienszt látnak el. Ezek a megoszlások gyakorlatilag reprezentatívak a magyar házi orvos társadalom tekintetében.

A válaszadó házi orvosok attitűdje a demenciával élő betegekkel kapcsolatban gyakorlatilag megegyezik a mélyinterjú felmérésben kapott válaszokkal: 1. sajnálat, 2. tehetetlenség, 3. megrendülés, 4. szomorúság.

A diagnosztikus szokásaikat jellemzi, hogy kevés beteget diagnosztizálnak, közel 70 %-ban évente 1-3 beteget. Gyanú esetén a megkérdezettek közel fele végez tesztelést, kicsit több, mint 50 %-uk viszont nem teszi ezt. A leggyakrabban használt tesztek az óra rajzolási teszt, a tér-idő orientációra vonatkozó kérdések és harmadik helyen az MMSE teszt. Amennyiben nem végeznek tesztelést, annak oka 2/3 részüknél az időhiány, ezenkívül közel 15-15 % gondolja, úgy, hogy ez szakorvosi feladat, illetve nem akarják megrémíteni a beteget. Ez utóbbi úgy gondolom az információ hiányból és a saját negatív attitűdjükből fakad. Ezzel szemben arra a kérdésre, hogy fontos-e a szűrés az alapellátásban 80%-uk teljesen vagy többnyire egyet ért, és ugyanennyien gondolják, hogy a szűrés jobb terápiás eredményekhez vezetne. Viszont abban a tekintetben, hogy kinek a feladata a szűrés megoszlik a véleményük a házi orvos és a szakorvos tekintetében. Ez megerősíti a mélyinterjú vizsgálatban felmerült percepciót, miszerint tisztázatlanok a házi orvos kompetenciák és hiányosak a házi orvosok ismeretei.

A szakorvoshoz küldés tekintetében is hasonló válaszokat kaptunk, mint a mélyinterjú vizsgálatban. Kifejezett kérésre vagy súlyos tünetek esetén küldik csak a beteget szakorvoshoz. Ha nem kerül szakorvoshoz a beteg, annak okát a beteg rossz együttműködésének tulajdonítják, illetve amennyiben még önellátó a beteg vagy a hozzátartozói felügyelet megoldott sok esetben ekkor sem küldik a gyanús beteget szakorvoshoz. A házi orvosok közel 2/3-a nyilatkozott úgy, hogy nincs memória szakrendelés a közelükben, vagy nem tud róla. Arra a kérdésre, hogy megfelelőnek tartják-e a szakorvosi háttérrel, inkább úgy gondolják, hogy nem megoldott az együttműködés.

A demenciák és az Alzheimer kór terápiáját nehéz, szakmai kihívást igénylő, bonyolult, összetett és sok figyelmet igényelő feladatnak gondolják. A konkrét terápiás ismeretek tekintetében 90 %-uk nem ismeri a specifikus terápiás készítményeket (donepezil, memantin, rivastigmin). A mélyinterjú vizsgálatához hasonlóan főként a saját hatáskörükben is írható keringésjavító készítményeket (Cavinton Forte, piracetam, Sermion) írják és sokan ajánlják a ginkgo-biloba készítményeket is.

A vizsgálat egyik súlyponti kérdése volt a demenciával kapcsolatos képzéseken, oktatáson való részvétel. A megkérdezett házi orvosok 83 %-a (!) nem vett részt demenciával kapcsolatos továbbképzésen az elmúlt 2 évben. A statisztikai elemzések azt mutatják, hogy azok a házi orvosok akik részt vettek képzésen, szignifikánsan pozitívabb attitűddel rendelkeznek a demenciák szűrésével és megítélésével kapcsolatban. Tehát az ismeretek növelése pozitív hatással van a házi orvosok demenciákkal kapcsolatos aktivitására. Ezek az eredmények kerültek bemutatásra 2015. szeptemberében Ljubljanában a „25th Alzheimer Europe „ Konferencián. A felmérés eredményeinek publikálása jelenleg folyamatban van.

## **IV. A házi orvosok tudásszintjének felmérése és demencia szűrés tapasztalatai házi orvosi praxisokban - 2015**

Az INDA-project keretein belül a házi orvosok tudásszintjét és a házi orvosi praxisokban megvalósított demencia szűrés tapasztalatait vizsgáltuk.

### **IV/1. A vizsgálat módszertana**

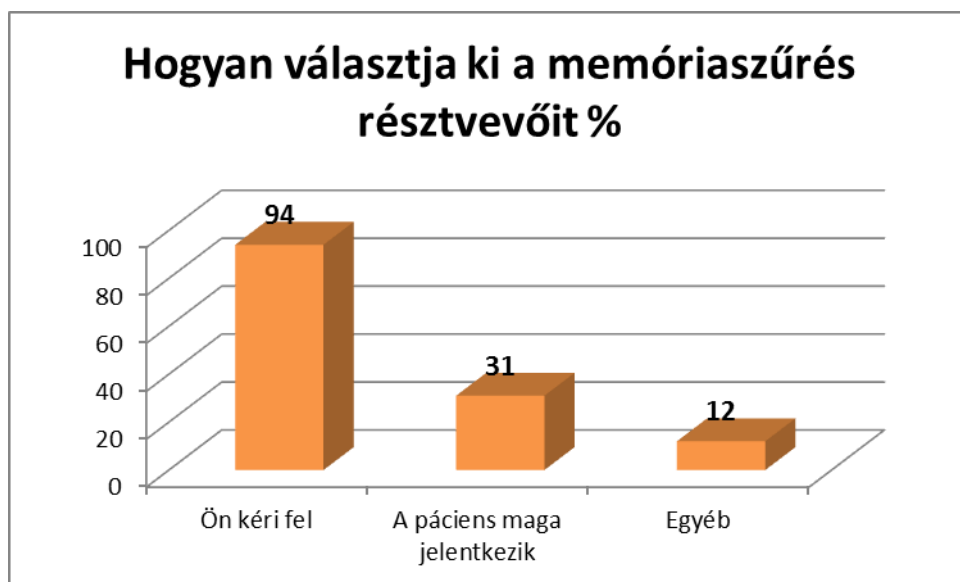
- **módszer:**
  - A: Demencia szűrés házi orvosi praxisokban MMSE és órateszt elvégzésével (1. sz. Melléklet)
  - B: Kérdőíves felmérés, mely a házi orvosoknak a demenciák leggyakoribb típusával, az Alzheimer-kórral kapcsolatos tudásszintjét vizsgálja (2. sz. Melléklet)
  - A házi orvosok tapasztalatai, véleménye a szűrésről (3. sz. Melléklet)
- **célcsoport:**
  - A: 65 év feletti páciensek, lehetőség szerint legyen köztük 80 év feletti is.
  - B: Felnőtt praxisban dolgozó házi orvosok
- **helyszínek:**
  - A vizsgálatot az ország 3 különböző területén található házi orvosi praxisokban végeztük.
  - 10 házi orvosi praxis Győrben és környékén, 4 házi orvosi praxis Szikszó, 2 házi orvosi praxis Jászberény területén található
- **az adatfelvétel ideje:**
  - 2015. augusztus

### **IV/2. A demencia szűrés eredményei**

A vizsgálat célja a demencia szűréssel kapcsolatos házi orvosi tapasztalatok összegyűjtése volt. A vizsgálatban résztvevő házi orvosi praxisok száma és megoszlása nem tekinthető reprezentatívnak, a nyert adatok tájékoztató jellegűek. A fenti területeken és megoszlásban (Győr, Szikszó, Jászberény) 16 házi orvosi praxisban végeztek a házi orvos kollégák demencia szűrését. Önként jelentkező, a demencia ellátás iránt érdeklődő, motivált házi orvos kollégák részvételével zajlott a szűrés. A szocio-demográfiai adatok felvétele mellett MMSE és Órateszt kitöltésére került sor. A szűrés kivitelezéséről és a szűrőteszt alkalmazási módjáról részben szóban, részben írásban kaptak a kollégák tájékoztatást a vizsgálatot lebonyolító munkatársaktól. Praxisonként tíz, 65 év feletti, a házi orvosi praxisban megjelenő páciens bevonását kértük. Kiemelve kértük, hogy lehetőség szerint legyen a páciensek között 80 év feletti, magasabb rizikójú és panaszos beteg is. Tehát a beválasztás legnagyobb részben a házi orvosok döntésén alapult, de volt, hogy a beteg maga jelentkezett a



szűrésre, miután hallott a lehetőségről a praxisban. Mivel a háziorvosok a beválasztásnál kifejezetten a rizikóval rendelkező vagy panaszos betegekre fókuszáltak, így a vizsgálat sem létszámában, sem a beválasztás tekintetében nem tekinthető reprezentatívnak a 65 év feletti populáció tekintetében a demenciák előfordulásának irányában. A cél a szűrési tapasztalatok összegyűjtése volt.



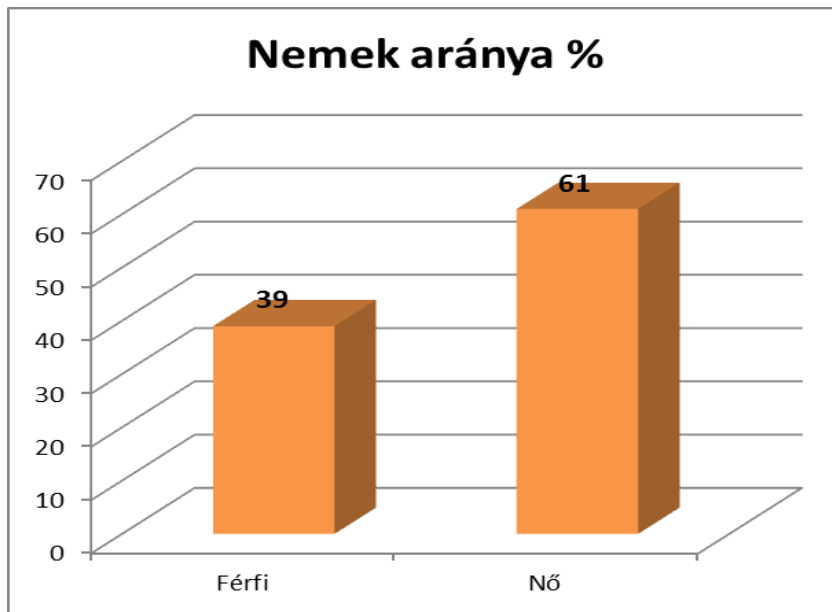
Az elkészült szűrési adatokat áttekintve 151 páciens eredményeit tudtuk figyelembe venni a feldolgozás szempontjából. Egy háziorvos által szolgáltatott szűrési adatokat kizártunk a statisztikából, mivel minden páciensnél kóros szűrési eredményt kapott, így a beválasztás vagy a mintavétel módja erősen szubjektív vagy nem megfelelő volt.

IV/2.1. A vizsgálatban részt vevő páciensek demográfiai adatai a következők voltak:

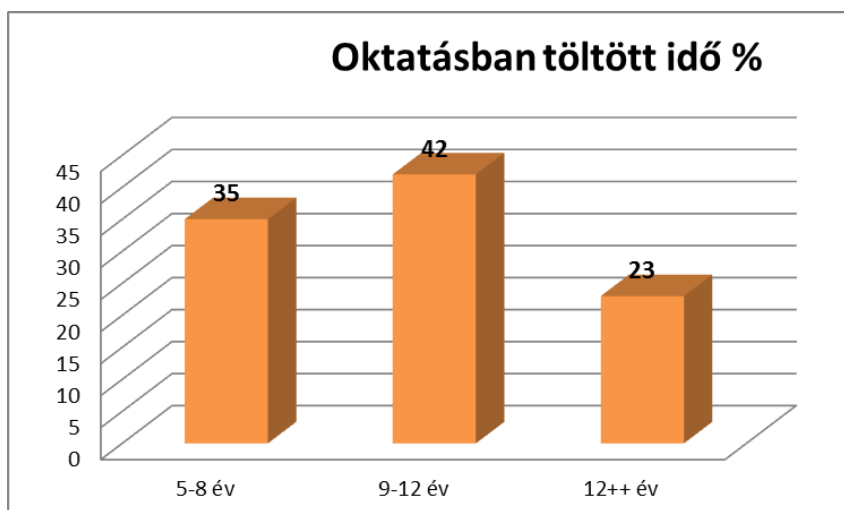
Változó	Kategóriák	%
<b>Nem</b>	férfi	39
	nő	61
<b>Kor</b>	Átlag*	76,5 év
<b>Oktatásban töltött idő</b>	5-8 év	35
	9-12 év	42
	12++ év	23
<b>Anyagi helyzet megítélése</b>	Rossz	15
	Átlagos	68
	Jó	17

\*a kor esetén nem százalék, hanem az átlag van megadva

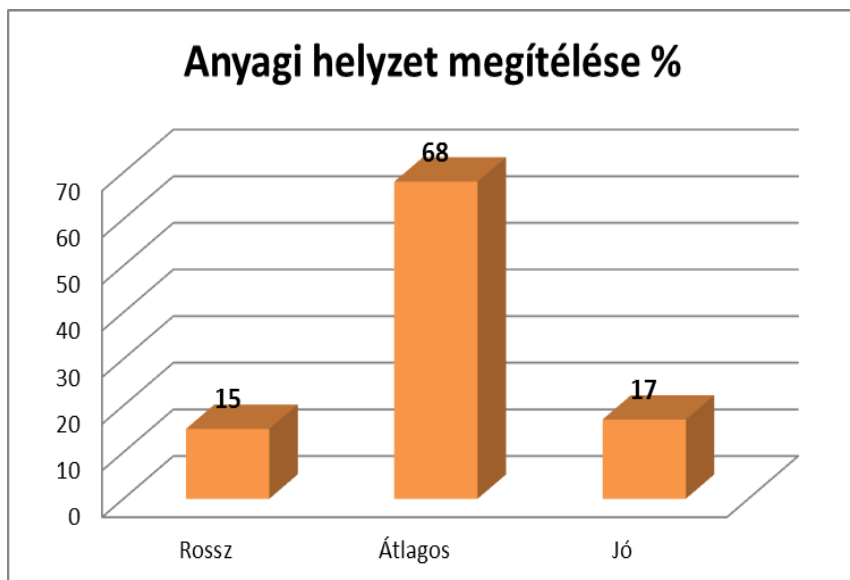
A nők 61 %-ban, a férfiak 39 %-ban fordultak elő a szűrésben résztvevők között.



Az oktatásban eltöltött idő tekintetében legtöbben 9-12 évet töltöttek iskolában, 35 %-ban 8 általános vagy kevesebb iskolai végzettségük volt. A felsőfokú végzettségük aránya 23 % volt.

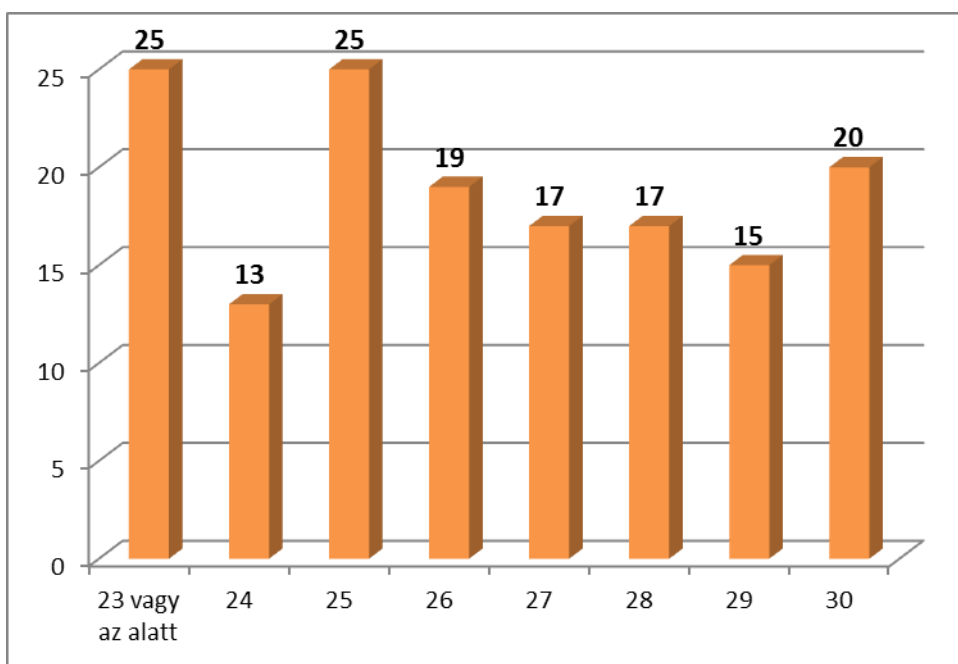


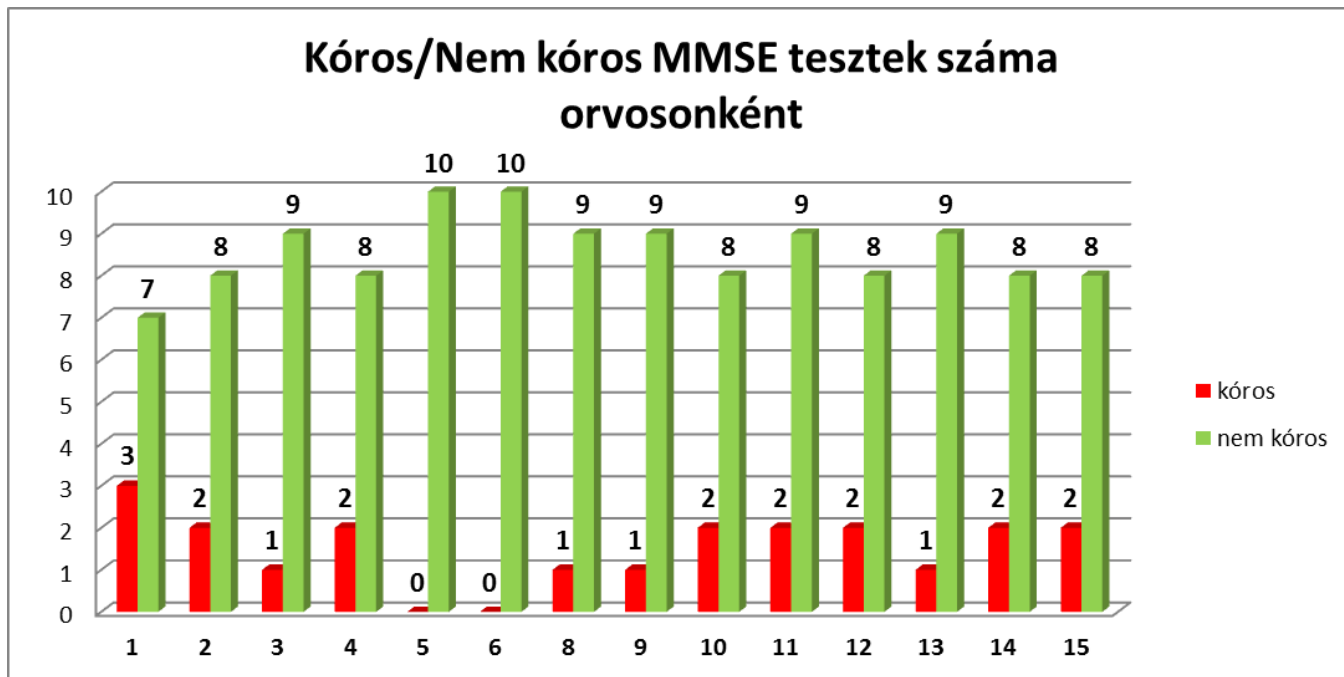
Az anyagi helyzetük megítélésében a legtöbben átlagos helyzetűnek véleményezték magukat, a maradék azonos arányban gondolta jó illetve rossz anyagi helyzetűnek magát.



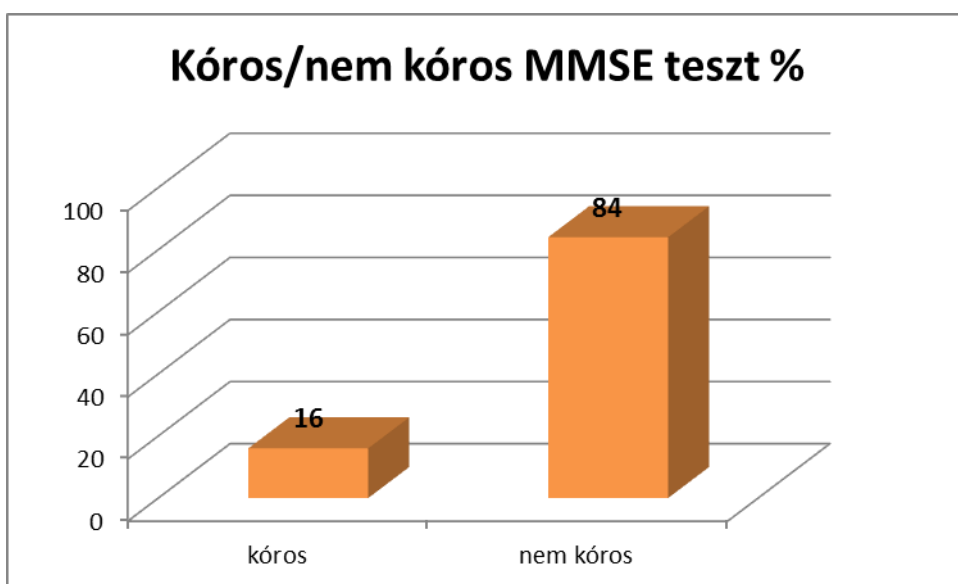
#### IV/2.2. MMSE tesztek eredményei

Az MMSE tesztek eredményei a következő megoszlásban jelentek meg. Általánosságban a 24-30 pont közötti eredmény normál értéket jelez (de 24 pont értéknél már enyhe kognitív zavar felmerülhet), míg a 23 vagy az alatti pontszám kognitív zavarra utal, ekkor további szakvizsgálat javasolt. Az MMSE tesztek pontszám szerinti megoszlását mutatja a következő grafikon (darab számra lebontva).



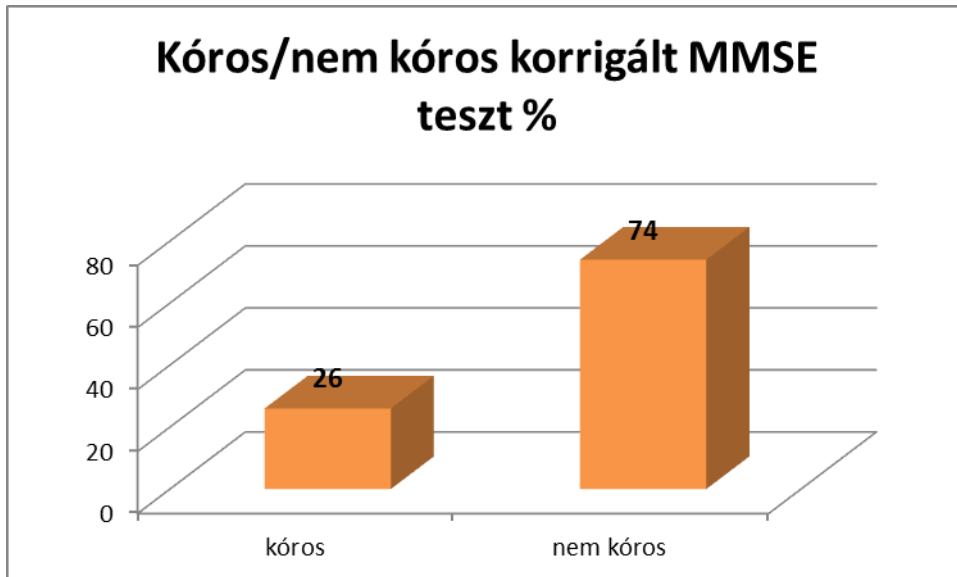
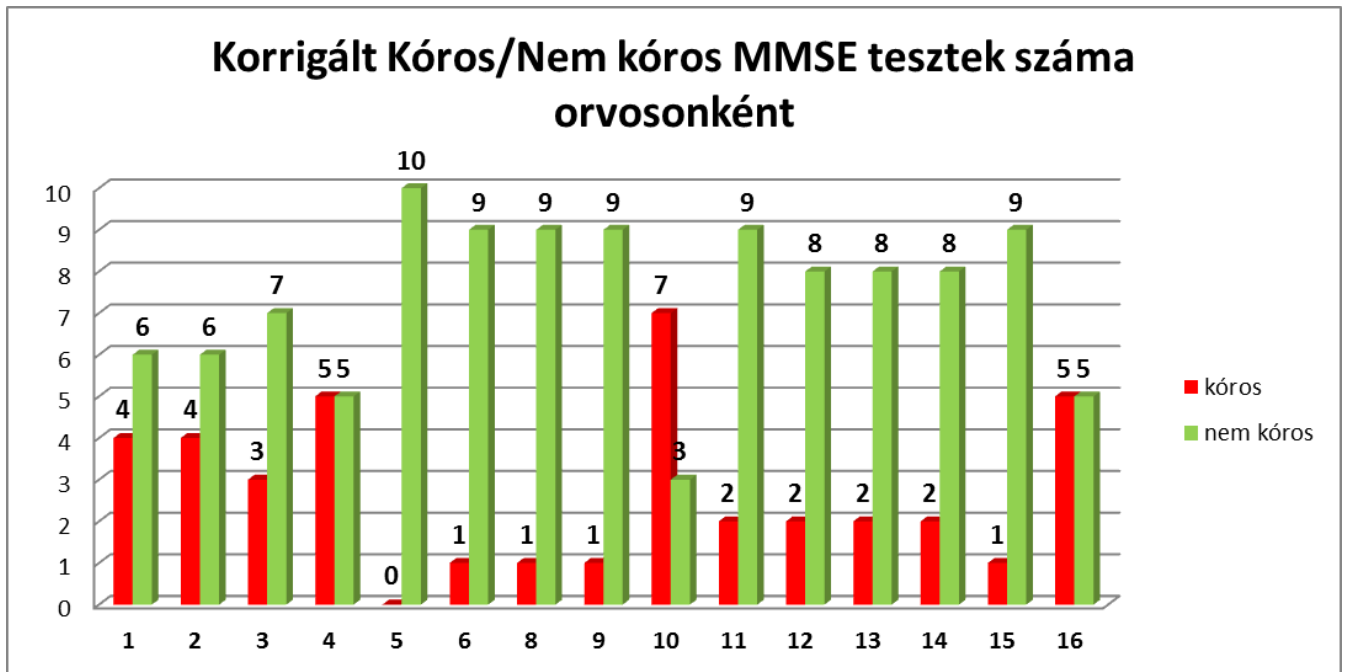


Első megközelítésben ennek megfelelően alkalmazva az értékelést a következő eredmények születtek: 84 %-ban tekintjük nem kórosnak, míg 16 %-ban kórosnak értékeljük az eredményt.



A szakirodalmi ajánlásokat figyelembe véve (Crum, R.M. et al. (1993) *Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level* JAMA 269:2386-91.) az MMSE pontszámokat korrigálni kell az életkor és az iskolázottság függvényében. A magasabb iskolai végzettségnél magasabb MMSE pontszám is kóros lehet, míg alacsonyabb iskolázottság melletti alacsonyabb MMSE eredmény sem biztos, hogy kórjelző demenciára. A korrekciós táblázat adatait figyelembe véve a következőképpen

módosul az MMSE tesztek összesített eredménye: így már az eredmények 26 %-a tekinthető kórosnak és 74% a nem kóros eredmény.

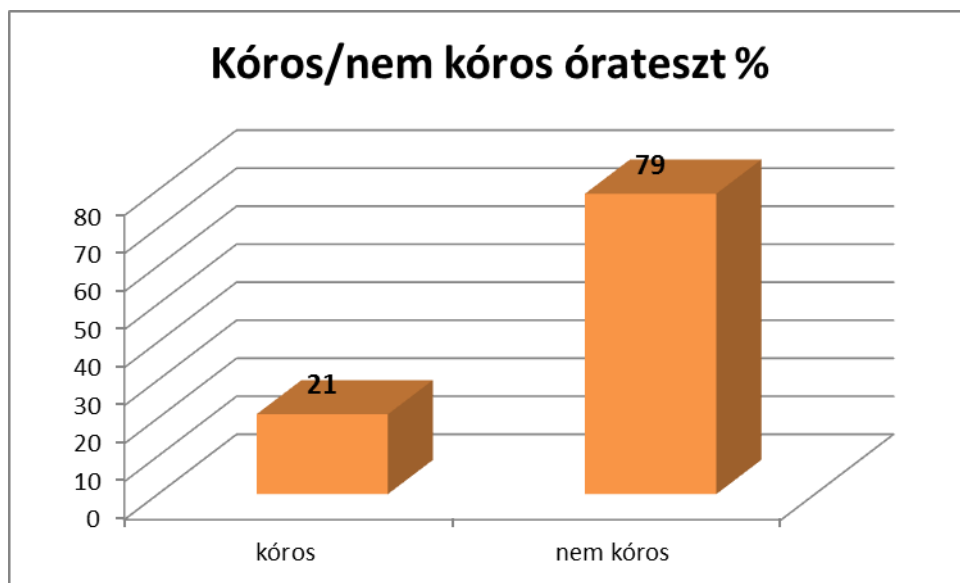


#### IV/2.3. Órateszt

A kérdőív részletes útmutatást ad, hogy milyen és mennyi információt kell a betegnek adni az óra rajz elkészítéséhez. Az értékelésnél a háziorvosokat arra kértük, hogy egyszerű módon kóros ill. nem-kóros kategóriába tegyék a rajzokat. 1 pont ha jó, 0 pont, ha nem jó az óra. Akkor nem jó, ha hiányzik egy vagy több szám, a számok sorrendje nem helyes, ha a számok össze vannak zsúfolva, ha egyes számok az óra számlapján kívül helyezkednek el, ha

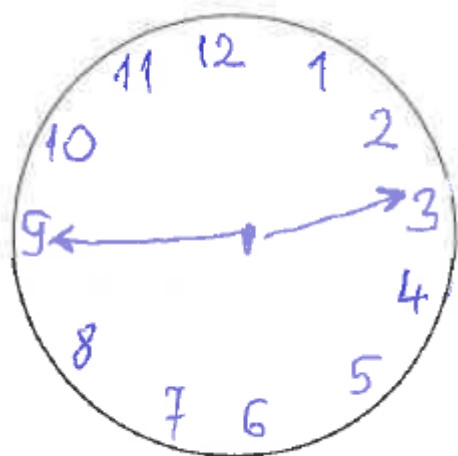
nincs meg mindkét mutató vagy több van, ha nem a kért időpontot rajzolták bele az órába. Az így kapott eredmény szerint kóros volt a rajzok 38 %-a, nem volt kóros a rajzok 62%-a.

A statisztikai elemzésnél áttekintettük az óra rajzokat, és a szakirodalomban alkalmazott 10 pontos skála alapján pontoztuk azokat. Eszerint az óratesztek átlaga: 7.9 pont volt és a kóros-nem kóros óratesztek aránya is változott (21 % kóros, 79 % nem kóros).

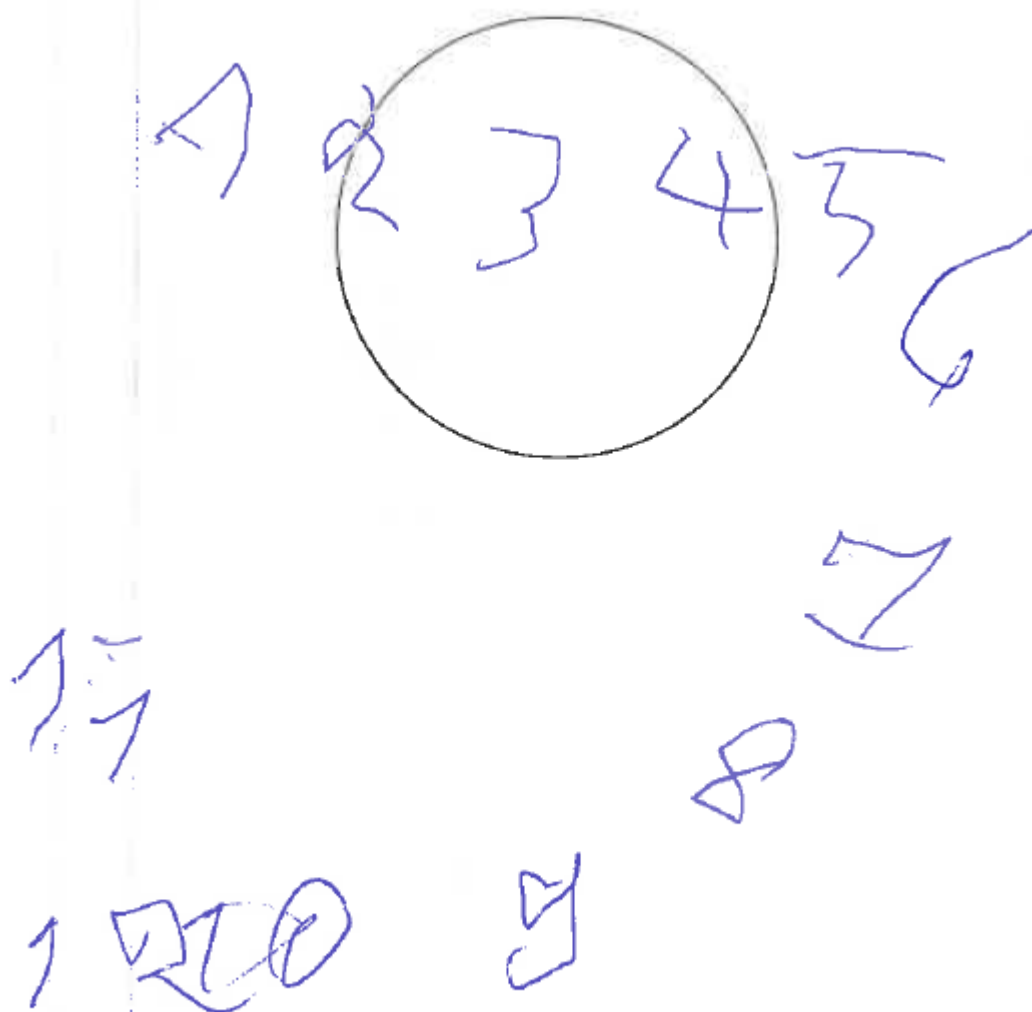


Példák az óra rajzokra:

Jó óra rajz:

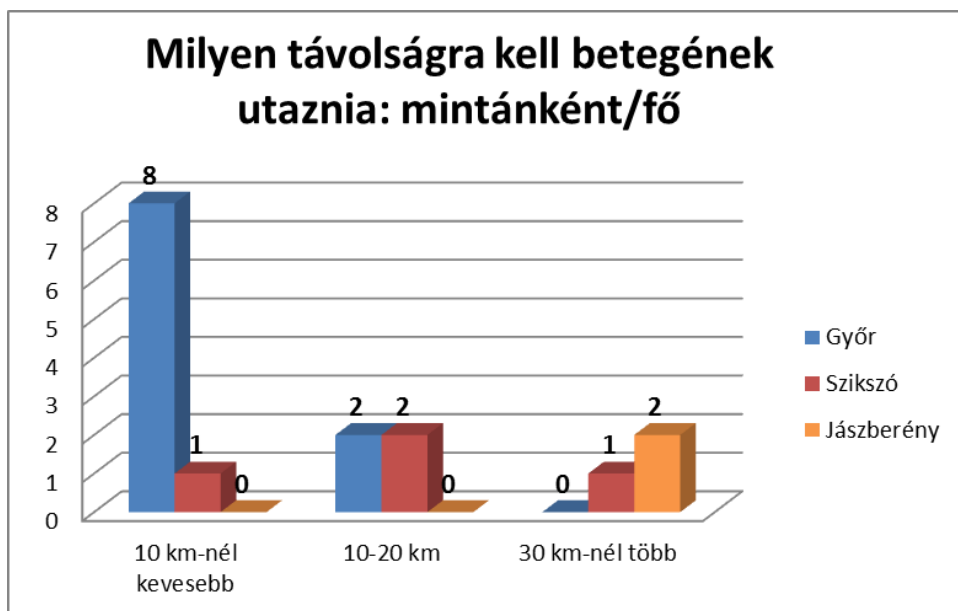
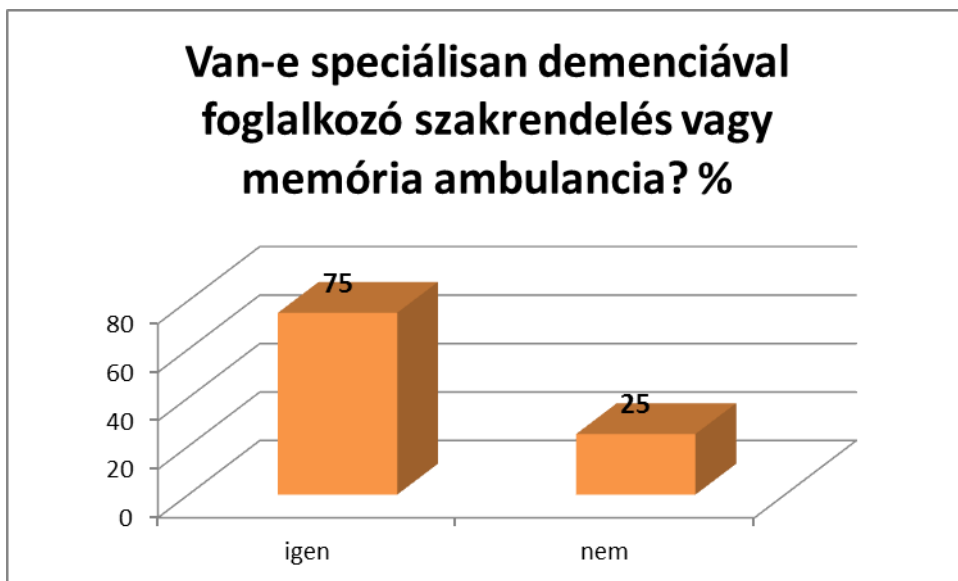


Kóros óra rajzok:



#### IV/2.4. Intézkedés, betegutak

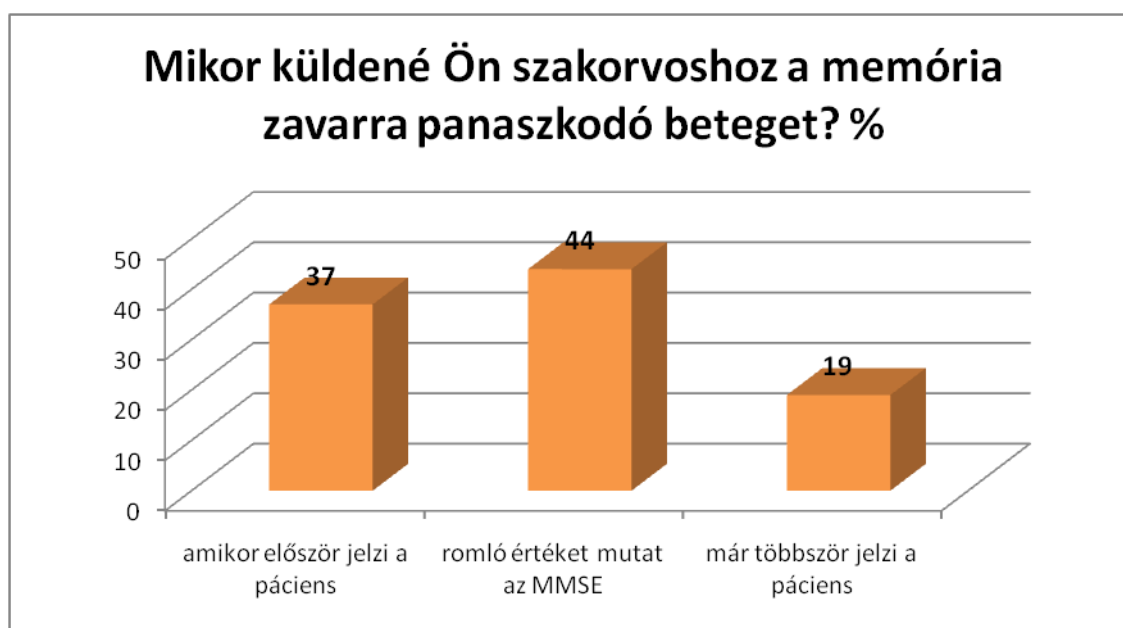
A vizsgálatban részt vevő háziorvosokat megkérdeztük a szűrést követő tapasztalataikról és a további intézkedések lehetőségeiről. A háziorvos kollégák  $\frac{3}{4}$ -e nyilatkozott úgy, hogy van elérhető szakrendelés vagy memória ambulancia a közelben. Területi lebontásban nézve ez Győrben, mint megyeszékhely városban a legjellemzőbb, itt kell legkisebb távolságra utazni a betegeknek, míg falu és vidéki kisváros esetén 20-30 km távolságot kell megtenni a további szakvizsgálatok eléréséhez.



A megkérdezett háziorvosok jellemzően nem küldik az első észleléskor a páciens szakorvoshoz. A korábbi mélyinterjú vizsgálathoz hasonlóan „kivárnak”. Ha már több



alkalommal panaszodik a beteg, illetve fél év-egy év múlva megismételt MMSE teszt romló értéket mutat, kétharmad részben akkor merül fel a szakorvoshoz irányítás lehetősége. A statisztikailag értékelt 15 orvos közül 11 véleményezte úgy, hogy talált kóros eredményt a szűrés során, viszont közülük csak 6 orvos irányította további szakvizsgálatra betegeit. Tanulságos eredmény, hogy 3 háziorvos esetében előfordult kóros eredmény a szűrőtesztek között, ők maguk viszont nem véleményezték azt annak. Amennyiben nem történt intézkedés annak kizárólag kétféle okot jelöltek meg: a hozzátartozói felügyelet megoldott illetve a beteg nem volt együttműködő ez irányban. Ez sok esetben sajnós a felmerülő problémák elodázását jelentheti. Hiányzik a társadalmi felvilágosítás és igény a korai diagnózis irányába, mely az előre tervezett gondoskodás alapja lehet.



#### IV/2.5. Háziorvosi vélemények a szűrés tapasztalatairól

„Nagyon fontos az MMSE használata a demencia szűrésben. Eddig háziorvosi praxisokban nem használtuk széles körben. Bár nálam kóros teszt eredmény nem született, de többen nem tudták az óra tesztet teljesíteni, vagy volt gond egyéb feladattal. Ezen betegek követése szükséges. „

„Az óratesztet nagyon jónak találtam.”

„A kérdőív működött, a betegek is szívesen fogadták.”

„Egy páciens esetében meglepően rossz eredmény született, jó volt, hogy időben kiderült. A kutatás érdekes és tanulságos volt, sikerült felhívni a figyelmet a problémára. Jó lenne, ha lenne folytatása.”

„A magas előfordulási arány miatt rendszeres szűrés minden körzetben indokolt lenne.”

„MMSE az órarajzzal kombinálva szenzitív szűrővizsgálatnak tűnik, különösen az idősebb, 70 év feletti korosztályban.”

„Jó kezdeményezés, mert egyre több a demens beteg.”

„Nem várt, megrázó eredmények születtek.”

„A kutatással kapcsolatosan pozitív véleményem van. Jó számszerűsíteni, amit amúgy is észlel az ember, de volt 1-2 meglepetés is 1-1 kérdésnél.”

„Mivel a szűrés nem önkéntes -hanem kiválasztásos – alapon történt, ezért fordulhatott elő pozitív eredmény is. Családon belül felügyelet megoldott, ezért nem történt konkrét intézkedés.”

„Voltam már továbbképzésen a demenciával kapcsolatban, de a kérdőív a gyakorlatban is működött, háziorvosi keretek között is. Körzetünkben az ideggyógyászat újult szakrendelést, speciális a szakrendelő nem működik. Jó lenne, ha legalább az idős otthonokban lenne havonta legalább egy nap, ahol hasonló felmérések készülnek, és a további lépéseket is segítenék.”

„Voltak meglepő eredmények. Külön az is jó, hogy erre felhívják az orvosok figyelmét, úgyhogy ki kellene terjeszteni a vizsgálatot. Sokszor a család jelzi, hogy valami nincs rendben, de a betegségtudat még nem alakult ki. Ezzel is jobban kellene foglalkozni.”

#### IV/2.6. Összefoglalás

A vizsgálatban részt vevő háziorvosok szinte valamennyien kifejezték pozitív véleményüket a szűréssel kapcsolatban. Sokan most próbálták ki először a gyakorlatban a demencia szűrésére irányuló tesztek. Megerősítették illetve felismerték a szűrés szükségességét. Több esetben még számukra is meglepő eredmények születtek. Ennek oka sokszor az, hogy a napi betegellátás során a néhány perces orvos-beteg találkozások gyakran nem elegendőek a sokáig jól palástolható kognitív zavarok felismerésére.

Több esetben tapasztaltunk bizonytalanságot a szűrő tesztek értékelésében. Ez megerősíti, hogy a helyes kivitelezés és értékelés módszertanát is oktatni kell a háziorvosi továbbképzéseken.

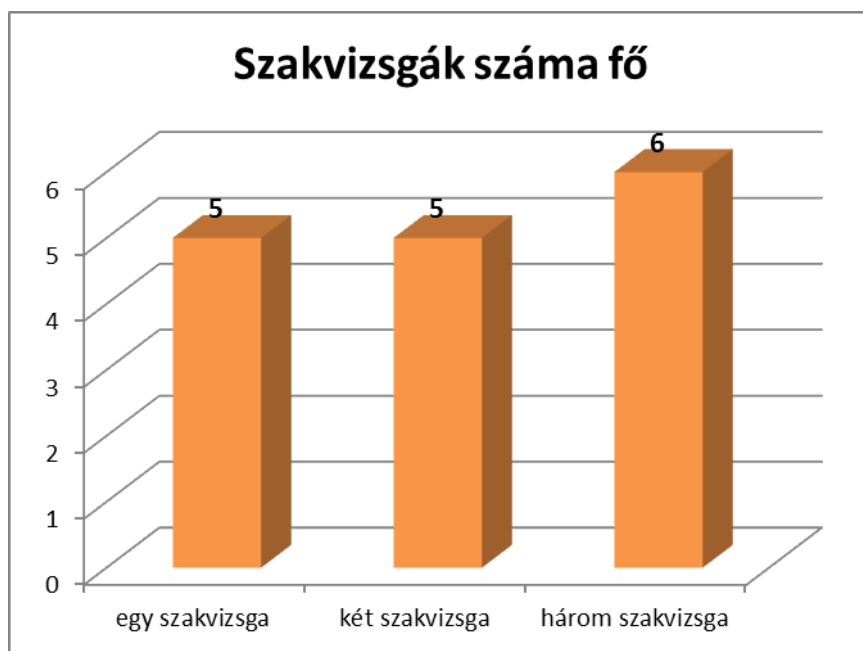
A szűrés elvégzését szükségesnek és fontosnak tartják a háziorvosok. Nyitottak ennek megvalósítására. A viszonylag alacsony továbbküldési ráta viszont azt mutatja, hogy még nem megfelelő a társadalmi felvilágosítás (a beteg, a hozzátartozó és a háziorvos is több esetben hárít, halogat) illetve nincsenek megfelelően kidolgozott betegutak, lehetőségek a továbblépéshez.

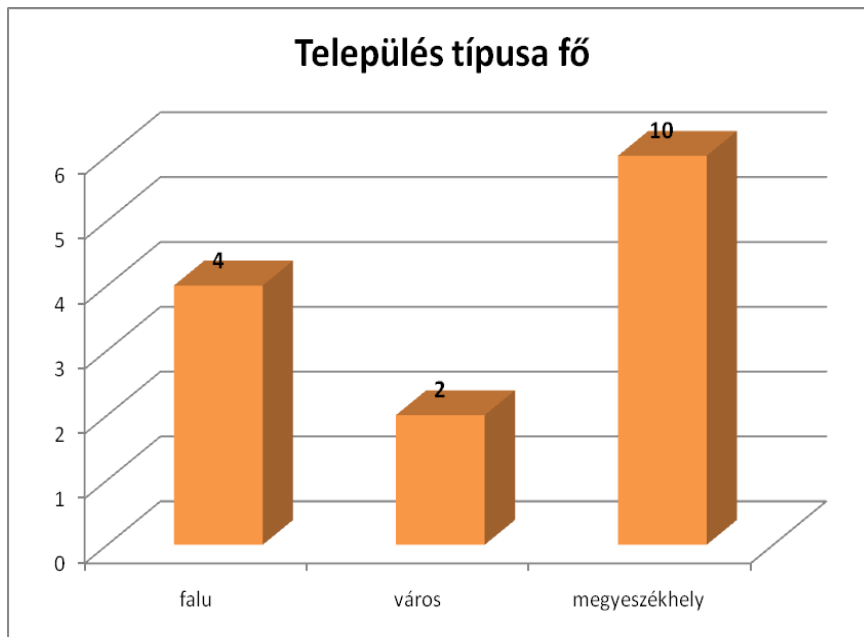
### **IV/3. A háziorvosok Alzheimer-kórral kapcsolatos tudásszintjének a felmérése**

A demencia szűrést elvégző 16 háziorvos esetén az Alzheimer-kórral kapcsolatos tudás szintjük felmérését is elvégeztük. A kérdőív 12 egyszeres választást alkalmazó kérdést tartalmazott az Alzheimer-kór elméleti hátteréről.

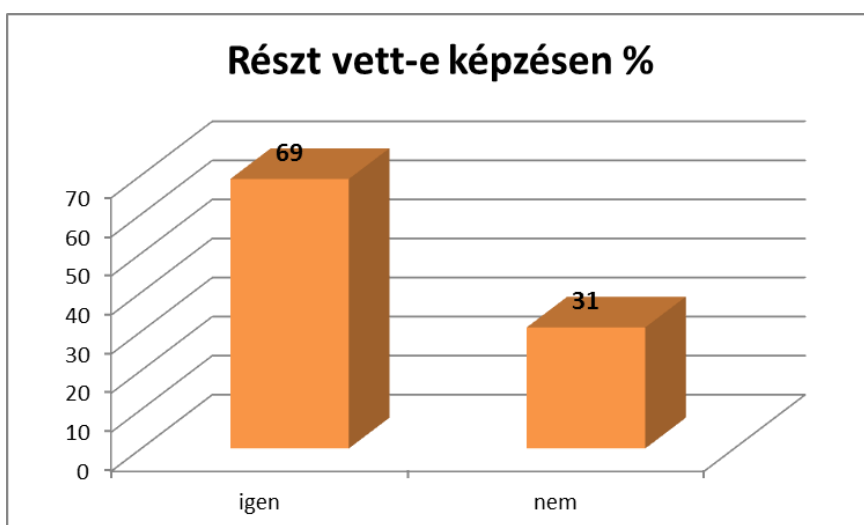
#### **IV/3.1. A vizsgálatban résztvevő orvosok adatai, háttere:**

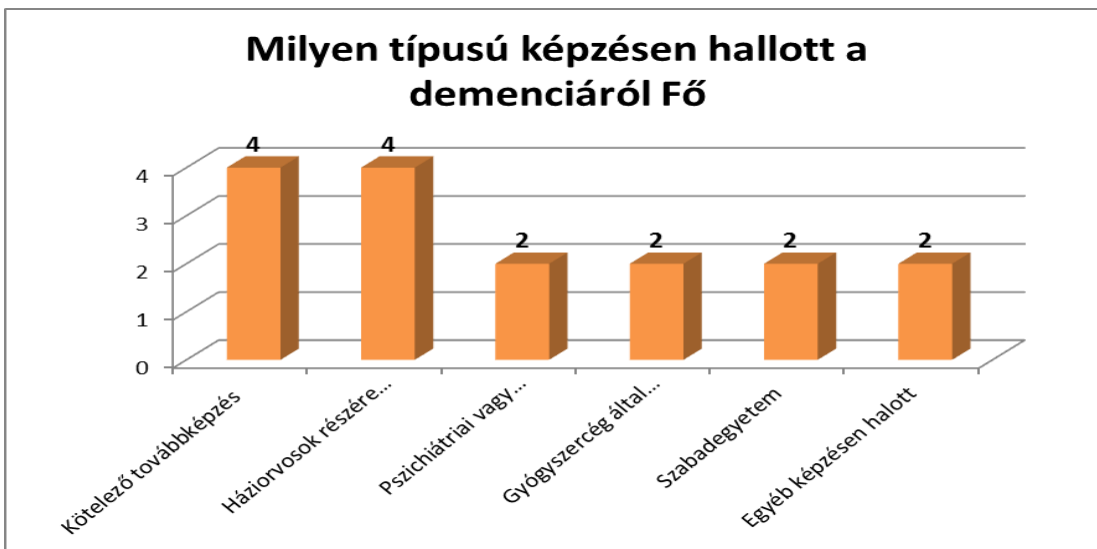
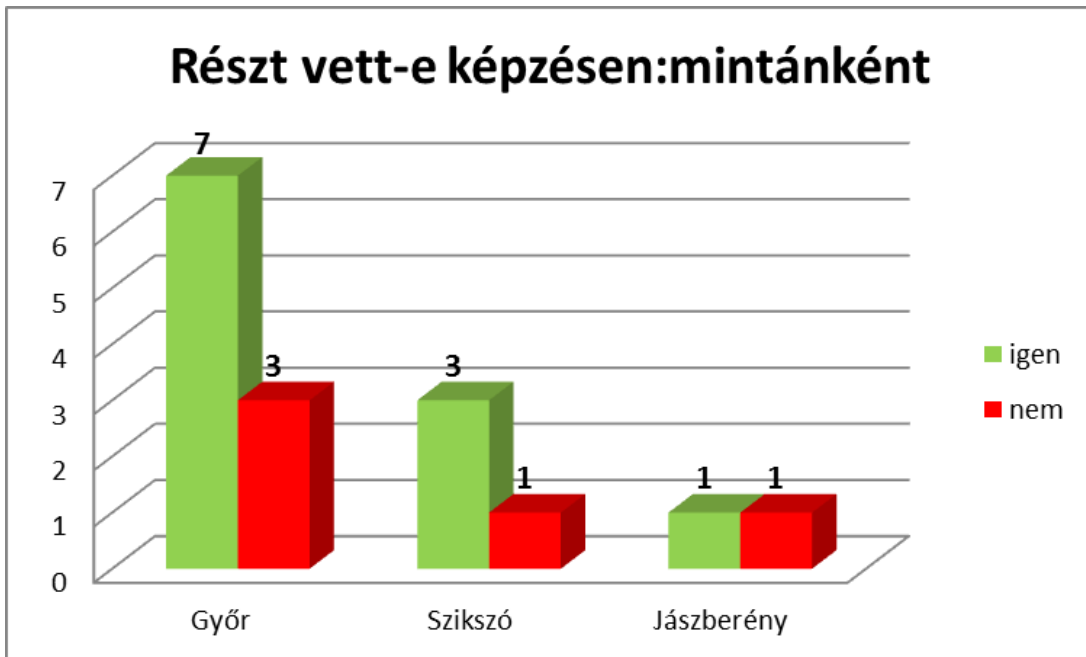
A vizsgálatban résztvevő orvosok között 50-50%-ban volt férfi és nő. Átlagéletkoruk 51.7 év volt, a legfiatalabb 31 éves, a legidősebb háziorvos 66 éves volt. Átlagosan 20.5 éve praktizálnak háziorvosként, tehát tapasztalt családorvosoknak tekinthetők. Kétharmad részük kettő vagy három szakvizsgával rendelkezik. A háziorvostan szakvizsga mellett a legjellemzőbb a belgyógyászat és a foglalkozás-egészségügyi szakvizsga. A vizsgálatban résztvevő háziorvosok közül 10 megyeszékhelyen, 4 falun és 2 városban praktizál.





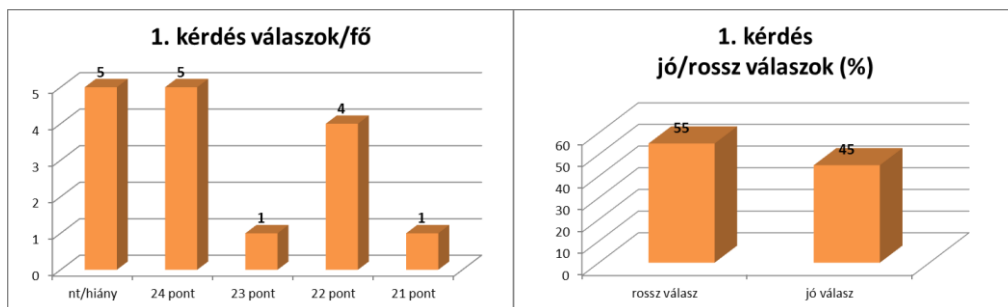
A tudásszint felmérés vizsgálatakor fontos szempont, hogy részt vettek-e demenciával kapcsolatos képzésen az elmúlt egy évben. A válaszadók 69 %-a jelezte, hogy igen. Ez az adat nem korrelál az „Attitűd vizsgálatban” kapott adatokkal, ahol országos mintában, nagy számú háziorvos esetén 83 %-ban nem vettek részt ilyen képzésen. A jelen vizsgálatban kapott eltérés a háziorvosok kis számával, továbbá beválasztásuk módjával magyarázható. Eleve a téma iránt érdeklődő, nyitott, motivált háziorvosok vettek részt a vizsgálatban, valamint Győr és környéke személyes vonatkozások révén (Dr. Menyhárt Miklós – Alzheimer Café Győr, Prof. dr. Schmidt Péter – Szabadegyetem) kiemelt területnek tekinthető a demenciával kapcsolatos képzések, információ átadás aktivitásának szempontjából, továbbá az általuk szervezett kötelező továbbképzés programjában is évek óta szerepel a demencia témakör. Ebből adódhat, hogy a győri háziorvos kollégák az országos átlagnál gyakrabban vesznek részt demenciával kapcsolatos továbbképzésen.



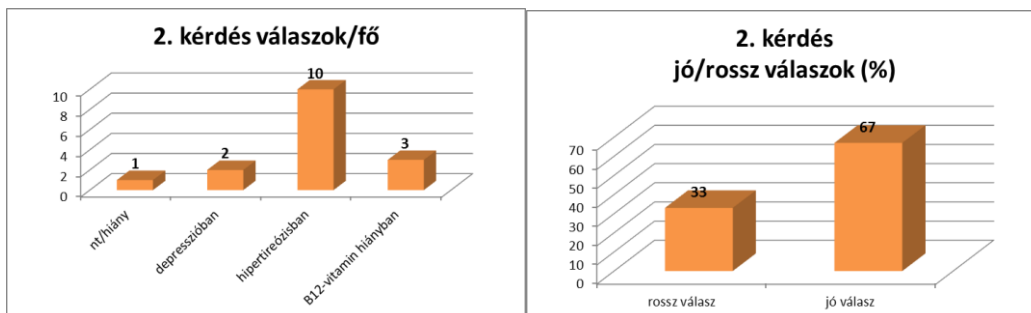


## IV/3.2. Az Alzheimer-kórral kapcsolatos elméleti kérdésekre adott válaszok

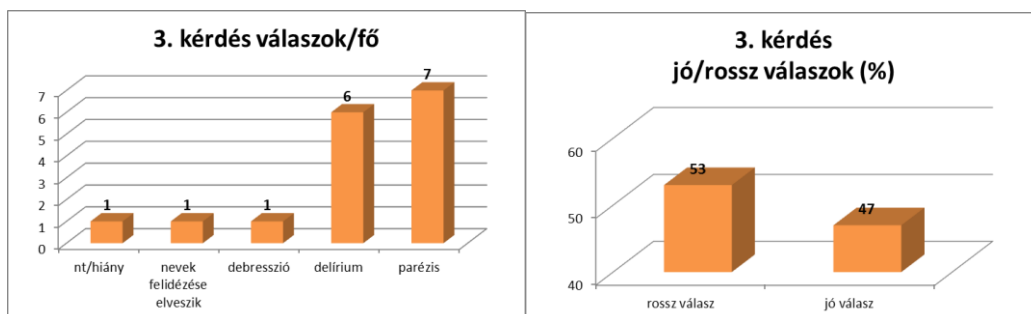
1. Akkor beszélünk enyhe szellemi hanyatlásról, ha a Mini Mentál Skála értéke nem alacsonyabb, mint:



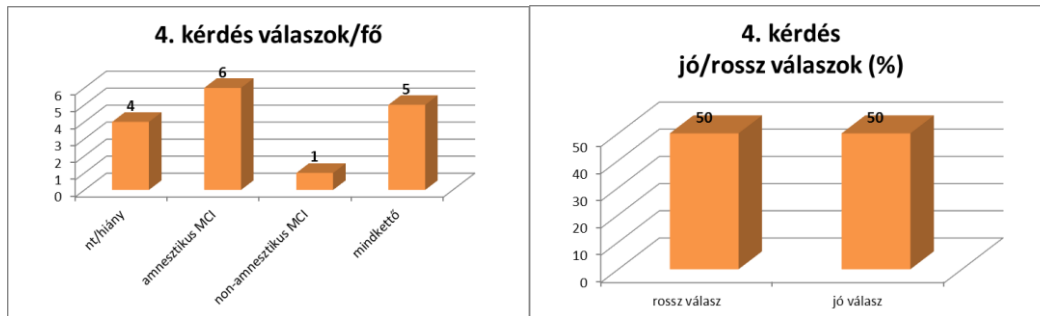
2. A felsoroltak közül melyiknél nem jellemző a kognitív teljesítménycsökkenést?



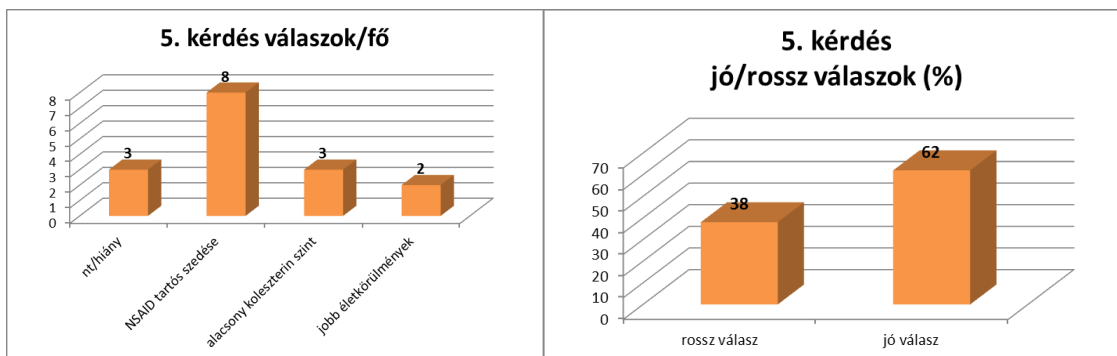
3. Az Alzheimer-kór tünetei lehetnek, kivéve:



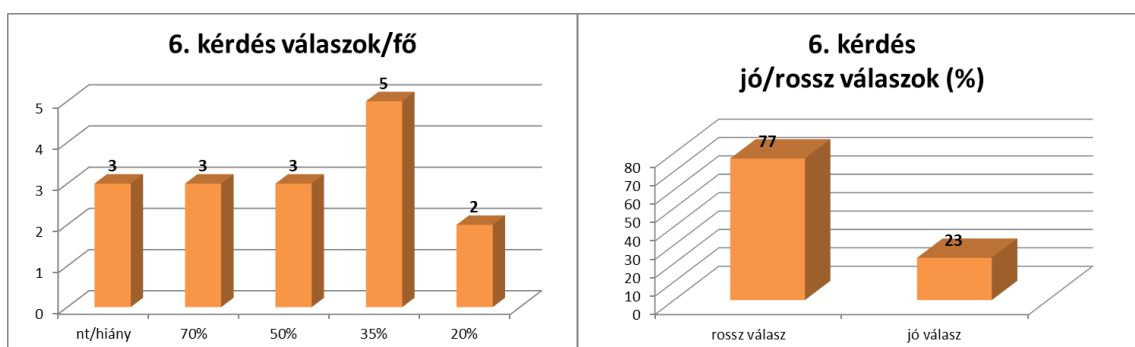
4. Az enyhe kognitív zavar (MCI) mely típusa vezet Alzheimer-kórhoz?



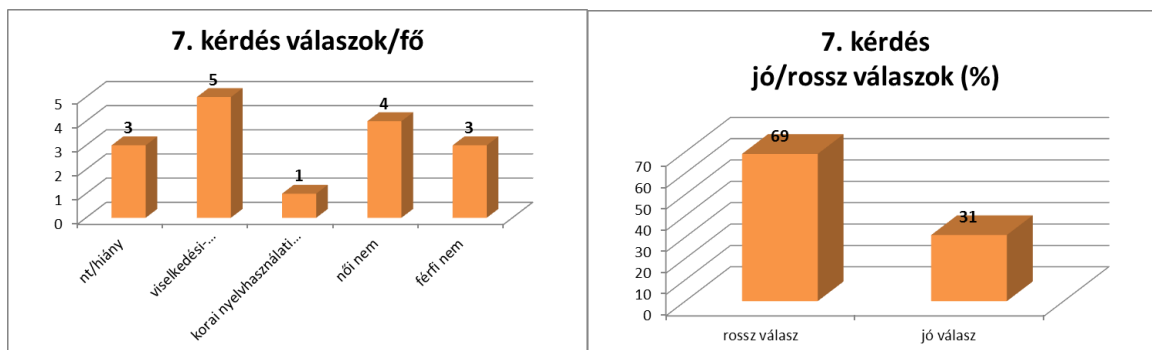
5. Védő faktorok lehetnek Alzheimer-kórban, kivéve:



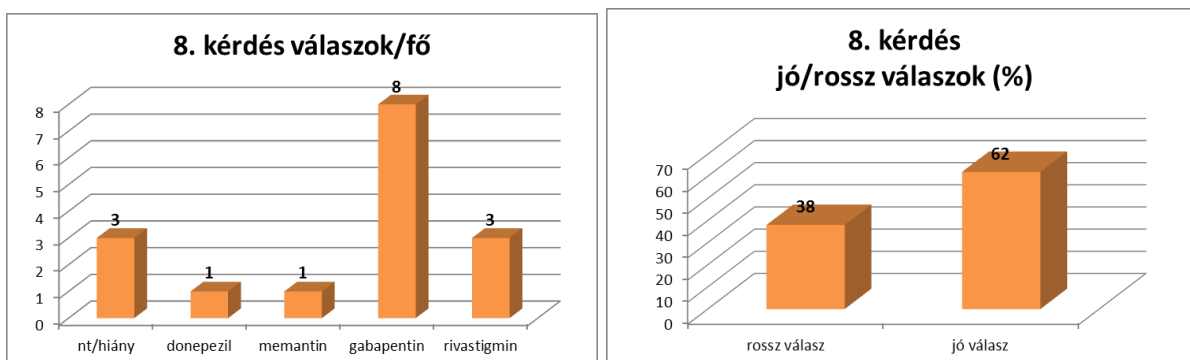
6. Hány százalékban szerepel az Alzheimer-kór az időskori demenciák között?



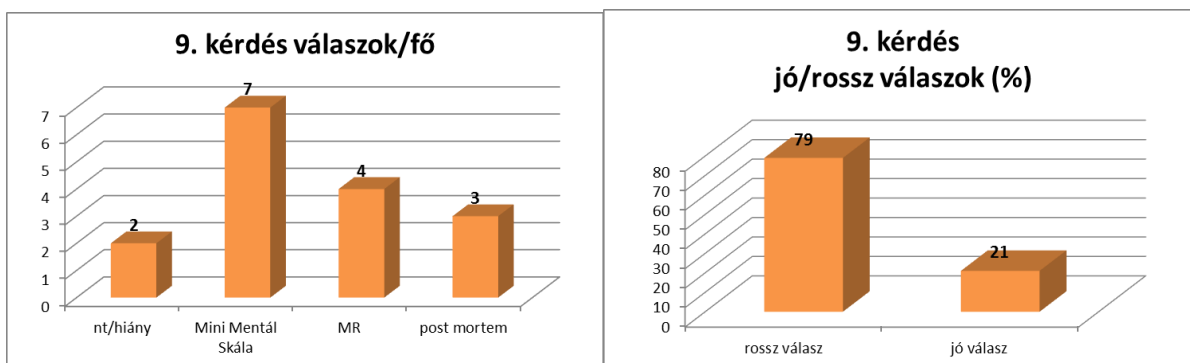
7. Az Alzheimer-kór gyorsabb prognózisával összefüggésbe hozható, kivéve:



8. Az Alzheimer-kór progressziójának lassítására alkalmazható terápiák, kivéve:

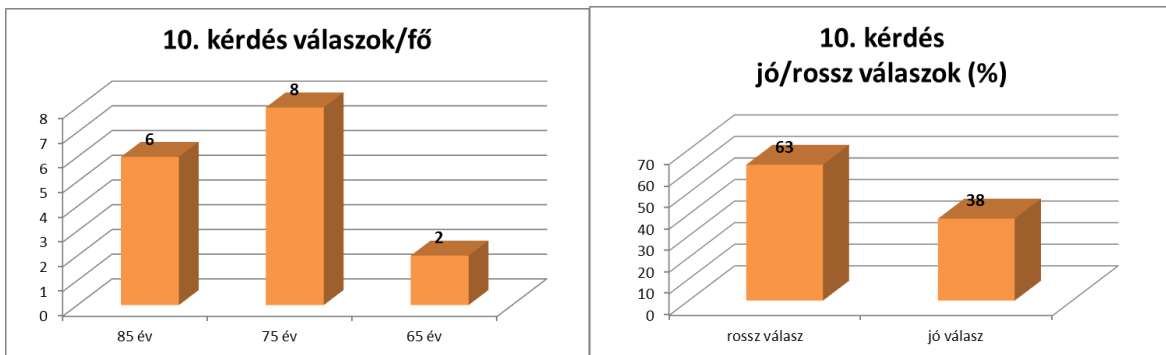


9. Melyik vizsgálattal mondható ki biztosan az Alzheimer-kór diagnózisa?

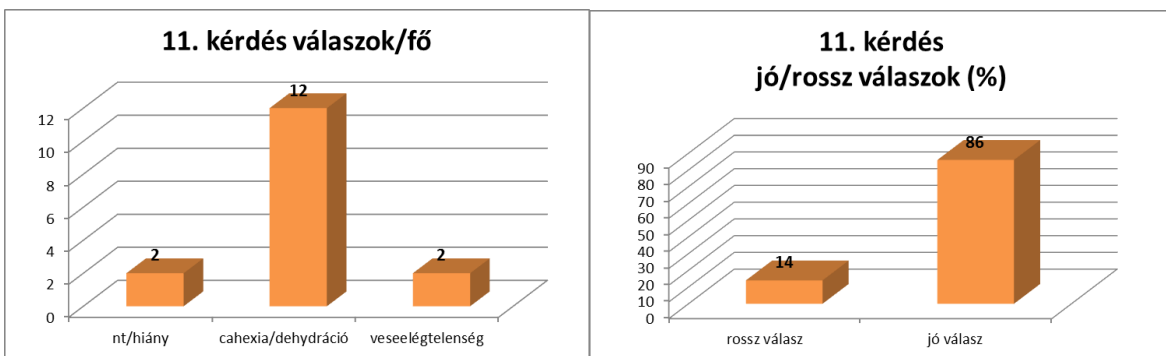




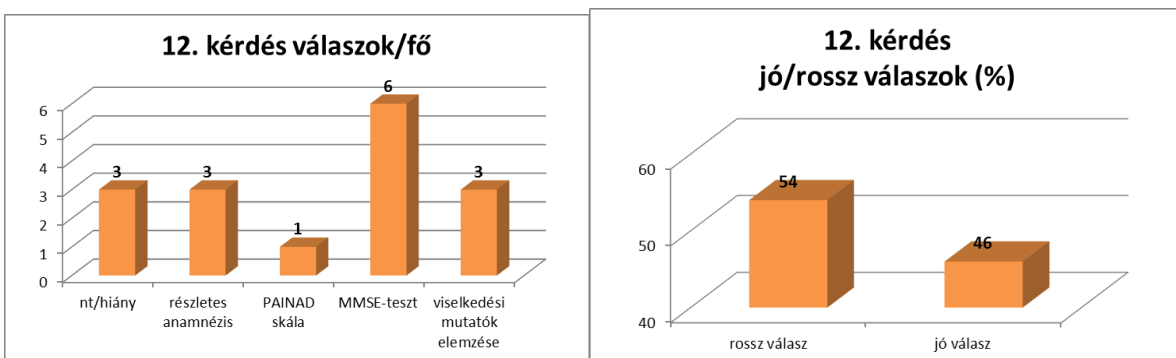
10. Melyik korosztálynál tapasztalható az Alzheimer-kór 20%-os prevalenciája?



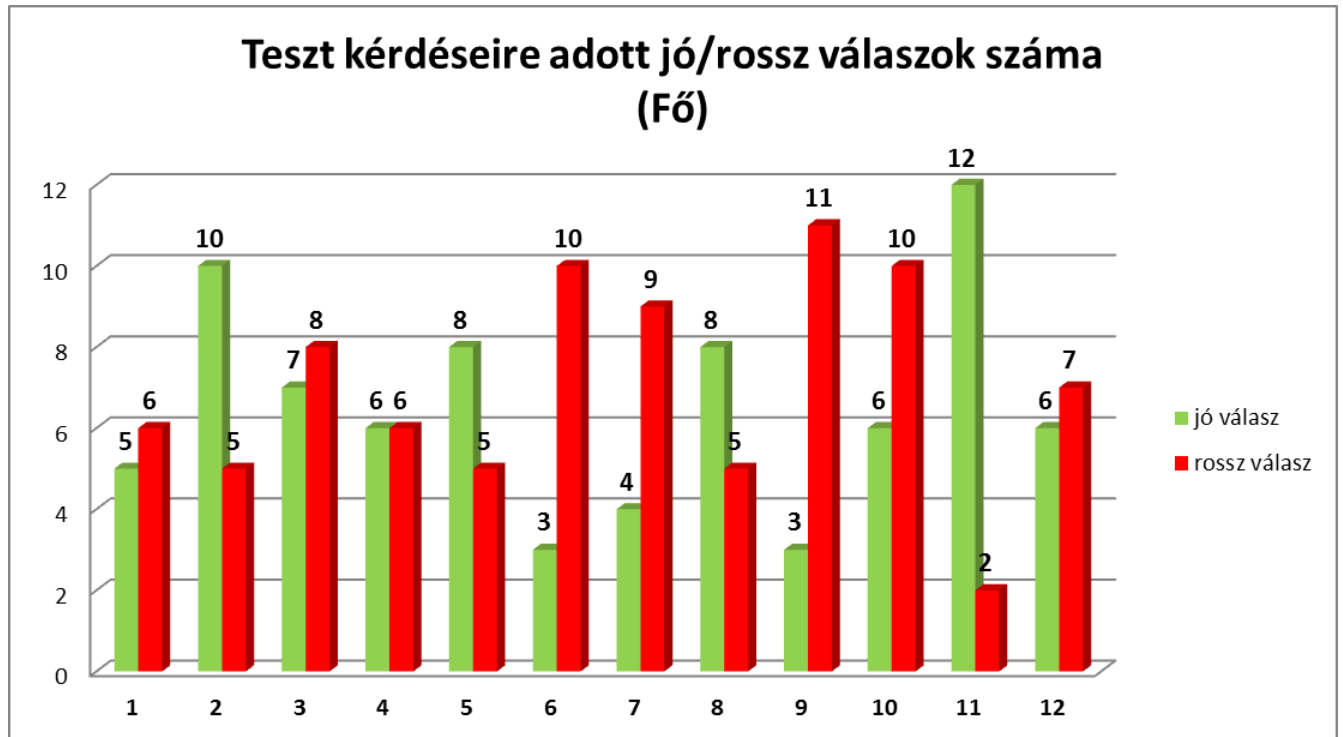
11. Vezető halálok a súlyos stádiumú demencia esetén:



12. Súlyos demenciával élőknel a fájdalomdiagnosztikát segíti, kivéve:



### IV/3.3. Összesítés



Összességében elmondható, hogy egy kérdés kivételével, minden kérdésnél előfordult olyan válaszadó, aki nem válaszolt semmit a kérdésre, vagy több választ is bejelölt. Ez az ismerethiányt, illetve a bizonytalanságot fejezi ki. A megadott válaszok esetén is csak négy kérdés esetén fordult elő, hogy több volt a jó válasz, mint a rossz. Az elért átlagos pontszám 4.8 volt. Ha figyelembe vesszük, hogy a jelen felmérésben résztvevő házi orvosok a téma iránt érdeklődő, nyitott kollégák, akik jelentős részben vettek részt demenciával kapcsolatos előadásokon is, a kapott átlageredmény komoly ismeret hiányt támaszt alá a képzések ellenére is.

## V. Összefoglalás

Vizsgálataink szerint a háziorvosok fontosnak és szükségesnek tartják a kognitív funkciók szűrését a háziorvosi praxisokban. A demencia képzésen részt vett orvosok attitűdje pozitívabb a szűrés tekintetében, mint azoké akik nem voltak ilyen képzésen. A háziorvosok demenciákkal kapcsolatos tudásszintje hiányos. Nemcsak elméleti szempontból, hanem a szűrés gyakorlati kivitelezése tekintetében is észlelhetők hiányosságok.

A háziorvosok demenciákkal kapcsolatos szerepe fontos és összetett. Kapuőr funkciójuk okán sokszor elsőként találkoznak a demenciával érintett betegekkel és családtagjaikkal. Szerepük a következő területeken fontos a demencia ellátásban:

- Az Alzheimer betegség tüneteinek felismerése, a diagnosztikus folyamat irányítása (első szűrő !)
- Aktív szerepvállalás a rizikócsoportok szűrésében a korai diagnózis elősegítésére
- Együttműködés kiépítése a szakorvosi rendszerrel, valamint az ápolási és szociális hálózatokkal
- Betegvezetés, a demens beteg állapotának, ellátási szükségleteinek követése
- Környezettanulmány készítése
- Gondozási döntések meghozatalában segíti a gondozót
- Jogi vonatkozások ismerete (Gondnokság alá helyezés, Advanced Care Planning)
- Ellenőrzi a terápiás beavatkozások hatásait
- Gondozza a társuló krónikus betegségeket
- Sz.e. intézeti ellátás kezdeményezése
- Egyénre szabott kezelés és kommunikáció nyújtása
- Rendszeres és eseti kommunikáció a családtagokkal.
- A család egészének kezelése: analizálni kell a generációkat.
- Minden családtaggal megbeszélni a jelenlegi, majd várható változásokat.
- Összefogni a különböző viselkedéstípusú családtagokat: közös beszélgetések, krízisfeloldás, homeosztázis újraalakítása
- Szükséges külső segítők, terapeuták igénybevétele: pszichológus, szakápoló, családsegítő, szociális munkás
- Társadalmi segítő szervezetek ismerete, család tájékoztatása (Nemzeti Alzheimer Társaság, Alapítványok, Alzheimer Café stb.)

A demenciával élő betegek számának jövőben várható, elkerülhetetlen növekedése és a háziorvosok fentiekben vázolt, sokrétű szerepe miatt alapvetően fontos a háziorvosok felkészítése a demencia ellátásban való részvételre. Az oktatás, továbbképzések támogatását, valamint a kognitív funkciók szűrésének a bevezetését a háziorvosi praxisokban prioritásként kell kezelni. A képzéseken egyformán fontos hangsúlyt helyezni az általános ismeretek és elmélet oktatására, valamint a gyakorlati szempontokat tartalmazó képzésre. Az elméleti oktatás elősegíti a háziorvosok pozitívabb attitűdjének kialakítását, mely fontos alapként szolgál, hogy nyitottak, együttműködőek legyenek a szűrési és gondozási feladatok elvégzésére. A gyakorlati képzés elsősorban a szűrési módszertan és metodika átadására kell hogy fókuszáljon. Az érintett szakmák összefogása szükséges a háziorvosok demenciákkal kapcsolatos továbbképzését segítő protokollok kidolgozásához.

## 1. sz. Melléklet

### Memória Szűrés „A” komponens

--	--

Háziorvos sorszáma

--	--

Egyéni sorszám

Részvevő neme: 1- férfi  
2- nő

Születési éve:

--	--	--	--

 év

Összes iskolai tanulmányait figyelembe véve *hány osztályt végzett el?*  
(pl.:szakmunkás:11, érettségi 12, főiskola:16, egyetem:17)

\_\_\_\_\_ osztály

Milyenek ítéli meg anyagi helyzetét?

1. nagyon rossz
2. rossz
3. átlagos
4. jó
5. nagyon jó

Mely településen él (*Ha nem egyértelmű, akkor az a település, ahol életvitelszerűen a leggyakrabban tartózkodik*)?

\_\_\_\_\_

A résztvevő diagnosztizált betegségeinek BNO kódja (*maximum 3 betegség, ha több van, akkor kérem, a három legsúlyosabbat jegyezze fel*)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Egy rövid, 5 perces memóriateszttel ellenőrizheti, jól működik-e az emlékezőképessége.  
Kérem, válaszoljon a következő kérdésekre:

#### Orientáció

*A helyesen megválaszolt kérdés mellé tegyen pipát!*

#### 1. Időben

- Milyen évet írunk? [ ]  
Milyen hónapban vagyunk? [ ]  
Hányadika van ma? [ ]  
A hét melyik napja van? [ ]  
Milyen évszak van most? [ ]

Pontszám (0-5):

## 2. Térben

- Melyik országban vagyunk? [ ]  
Melyik településen vagyunk? [ ]  
Melyik megyében vagyunk? [ ]  
Melyik intézményben? [ ]  
Az épület hányadik emeletén vagyunk? [ ]

**Pontszám (0-5):**

## 3. Megjegyző

*Kérdezze meg a beteget, hogy ellenőrizheti-e emlékező képességét. Ezután tisztán és lassan, kb. 1 másodpercenként, nevezzen meg 3 egymástól független tárgyat: „**citrom, kulcs, labda**”. Miután mindhármat felsorolta, ismételtesse el a szavakat a beteggel. Az első ismétlés alapján értékeljen (0-3 pont), de addig ismételjék a feladatot, (legfeljebb hatszor), amíg a beteg mind a 3 tárgyat meg tudja nevezni. Ha a beteg egyszer sem tudja mind a három tárgyat megnevezni, a feladat nem értékelhető.*

**Pontszám (0-3):**

## 4. Figyelem és számolás

*Kérje meg a beteget, hogy 100-ról indulva hetesével számoljon visszafelé. Öt levonás után (**93, 86, 79, 72, 65**) állítsa meg. A helyesen megadott számok alapján pontozzon.*

*Kérje meg a beteget, hogy betűzze el a „**világ**” szót visszafelé. A helyes sorrendben mondott betűk alapján pontozzon (pl. gáilv=5, gáilv=3). A két teszten elért eredmények közül a magasabb pontszámot írja be.*

**Pontszám (0-5):**

## 5. Felidéző emlékezés

*Kérje meg a beteget, hogy a 3. pontban ismételtetett 3 szót (citrom, kulcs, labda) idézze fel és ismétlje meg újra. Minden helyesen felidézett szó 1 pontot ér.*

**Pontszám (0-3):**

## 6. Megnevezés

- a) Mutassa meg a **karóráját** a betegnek, és kérdezze meg, mi az.  
b) Ismétlje meg a fenti próbát egy **ceruzával**.

*Minden helyesen végrehajtott feladatrészt 1 pontot ér.*

**Pontszám (0-2):**

## 7. Ismétlés

*Ismételtesse meg a beteggel ezt a mondatot: „Semmi ha, és semmi de”. Csak egy próbálkozás megengedett.*

**Pontszám (0-1):**

## 8. Hármaskorparancs / utasítás

*Végeztesse el a beteggel a következő feladatot: „Vegyen egy papírt a kezébe, hajtsa félbe és tegye le a földre!” Minden helyesen végrehajtott feladat rész 1 pontot ér.*

**Pontszám (0-3):**

## 9. Olvasás

*Adja oda a betegnek a kiegészítő lapot. Kérje meg, hogy olvassa fel a lap tetején látható mondatot. („CSUKJA BE A SZEMÉET!”) és kérje meg, hogy hajtsa végre. Csak akkor adható az 1 pont, ha a beteg be is csukta a szemét.*

**Pontszám (0-1):**

## 10. Írás

*Kérje meg, hogy lapozzon és írjon a vonallal jelölt részre egy mondatot. Ne diktáljon, a betegnek spontán kell írnia. A mondatnak értelmesnek kell lennie, alanyt és állítmányt is kell tartalmaznia. Nyelvtani hiba nem számít.*

**Pontszám (0-1):**

## 11. Másolás

*Kérje meg a beteget, hogy a következő oldalon látott rajzot pontosan másolja le. Akkor értékelhető a feladat, ha mind a 10 szög megvan, és a két idom két pontban metszi egymást. Kézremegés, vagy az ábra elfordulása nem számít.*

**Pontszám (0-1):**

## 12. Óra

*Kérje meg a beteget, hogy lapozzon az utolsó oldalra, majd a következő módon instruálja Ezen a papíron lát egy kört. Képzeld el, hogy ez egy óra számlapja. Rajzolja bele a számokat! Szóljon, ha kész! (Csak egyszer szabad instruálni, ha visszakérdez, ugyanazt kell mondani.) Ha elkészült, rajzolja bele a mutatókat úgy, hogy az óra  $\frac{3}{4}$  3-at mutasson! (Az óra rajzolásra legfőbb 3 perc áll rendelkezésre.)*

**Pontszám (0-1):**

**Óra értékelése:**

*Akkor jó az óra, ha helyes a számok sorrendje és a mutatók kb. a megadott időt mutatják. Ha nem nagyon lehet megkülönböztetni, melyik a kismutató és melyik a nagy, attól még jó az órateszt!*

**0 pont, ha nem jó az óra**

*akkor nem jó, ha*

- *hiányzik egy vagy több szám,*
- *a számok sorrendje nem helyes,*
- *ha a számok össze vannak zsúfolva,*
- *ha egyes számok az óra számlapján kívül helyezkednek el,*
- *ha nincs meg mindkét mutató vagy több van,*
- *ha nem a kért időpontot rajzolták bele az órába*

--	--

**Háziorvos sorszáma**

--	--

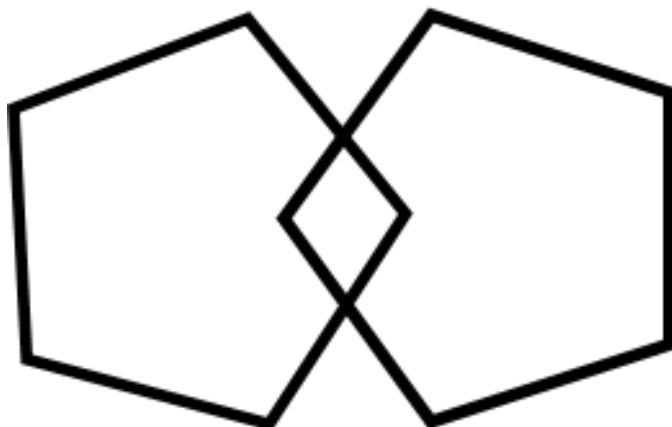
**Egyéni sorszám**

## **9. CSUKJA BE A SZEMÉT!**

10.

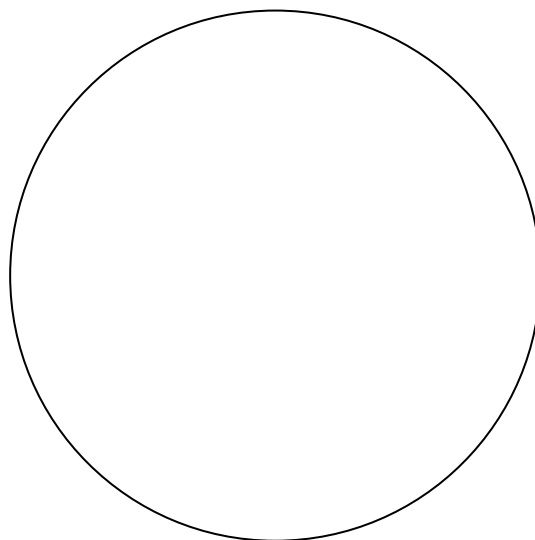
---

11.





12.



## 2. sz. Melléklet

### Háziorvosi felmérés „B” komponens

--	--

Háziorvos sorszáma

A válaszadó adatai:

1.Háziorvos neme: 1- férfi  
2- nő

2.Születési éve:  

--	--	--	--

 év

3.Kérem, nevezze meg szakvizsgáit (amennyiben 3-nál több van a három legfontosabbat):

1. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

4.Hány éve praktizál háziorként? .....év

5.Praxisához tartozó település(ek)? (Amennyiben több települést sorol fel, kérem, aláhúzással jelölje azt a települést, ahol a rendelője van)

---

6.Részt vett demenciával kapcsolatos továbbképzésen az elmúlt egy évben?

1. Igen

2. Nem

6.a Ha igen, milyen típusú képzésen hallott a demenciáról?

- a. Háziorvosi kötelező továbbképzés
- b. Háziorvosok részére szervezett konferencia
- c. Pszichiátriai vagy neurológiai intézmények által szervezett képzés, konferencia
- d. Gyógyszercég által szponzorált képzés, szimpózium
- e. Szabadegyetem
- f. Egyéb

7. Van-e az Ön elérhetőségi területén speciálisan demenciával foglalkozó szakrendelés vagy memória ambulancia, ahová küldheti a betegeit?

- 1. igen

2. nem

**8. Milyen távolságra kell betegének utaznia, hogy demenciával foglalkozó szakorvoshoz jusson?**

1. 10 km-nél kevesebb
2. 10-20 km között
3. 21-30 km között
4. 30 km-nél több

**9. Mikor küldené Ön szakorvoshoz a memória zavarra panaszkodó beteget?**

1. amikor először jelzi a páciens a memória zavart
2. amikor romló értéket mutat az MMSE teszt
3. amikor már többször jelzi a páciens a memória zavart

**10. Hogyan választja/választotta ki a memóriaszűrés résztvevőit? Több válasz is lehetséges**

1. Ön kéri/kérte fel őket a részvételre
2. a páciens maga jelentkezik
3. egyéb, éspedig: \_\_\_\_\_

*A következőkben néhány kérdést tennék fel a demencia témakörében, kérem, jelölje be az Ön által helyesnek ítélt választ.*

1. Akkor beszélünk enyhe szellemi hanyatlásról, ha a Mini Mentál Skála értéke nem alacsonyabb, mint:
  - a) 24 pont
  - b) 23 pont
  - c) 22 pont
  - d) 21 pont
  
2. A felsoroltak közül melyiknél nem jellemző a kognitív teljesítménycsökkenést?
  - a) depresszióban
  - b) hipotireózisban
  - c) hipertireózisban
  - d) B12-vitamin hiányban
  
3. Az Alzheimer-kór tünetei lehetnek, kivéve:
  - a) nevek felidézése elveszik
  - b) depresszió
  - c) delírium
  - d) parézis, érzészavar
  
4. Az enyhe kognitív zavar (MCI) mely típusa vezet Alzheimer-kórhoz?
  - a) amnesztikus MCI
  - b) non-amnesztikus MCI
  - c) mindkettő
  - d) egyik sem
  
5. Védő faktorok lehetnek Alzheimer-kórban, kivéve:
  - a) magasabb iskolai végzettség
  - b) NSAID tartós szedése
  - c) alacsony koleszterin szint
  - d) jobb életkörülmények
  
6. Hány százalékban szerepel az Alzheimer-kór az időskori demenciák között?
  - a) 70%
  - b) 50%
  - c) 35%
  - d) 20%
  
7. Az Alzheimer-kór gyorsabb prognózisával összefüggésbe hozható, kivéve:
  - a) viselkedési-pszichotikus tünetek
  - b) korai nyelvhasználati deficit
  - c) női nem
  - d) férfi nem

8. Az Alzheimer-kór progressziójának lassítására alkalmazható terápiák, kivéve:
- a) donepezil
  - b) memantin
  - c) gabapentin
  - d) rivastigmin
9. Melyik vizsgálattal mondható ki biztosan az Alzheimer-kór diagnózisa?
- a) Mini Mentál Skála
  - b) MR
  - c) post mortem
  - d) liquor
10. Melyik korosztálynál tapasztalható az Alzheimer-kór 20%-os prevalenciája?
- a) 85 év
  - b) 75 év
  - c) 65 év
  - d) 55 év
11. Vezető halálok a súlyos stádiumú demencia esetén:
- a) agyvérzés
  - b) cahexia/dehydráció
  - c) veseelégtelenség
  - d) daganatos halálozás
12. Súlyos demenciával élőknel a fájdalomdiagnosztikát segíti, kivéve:
- a) részletes anamnézis
  - b) PAINAD skála
  - c) MMSE-teszt
  - d) viselkedési mutatók elemzése

*Köszönjük, hogy kitöltötte a kérdőívet*

### 3. sz. Melléklet

#### Háziorvosi felmérés „B” komponens kiegészítés

--	--

Háziorvos sorszama

#### 1.Volt-e olyan a szűrésen résztvevők között, akinek eredménye kóros volt?

1. Igen                                  2. Nem                                  → Tovább a 2. kérdésre

#### 1.a Ha volt ilyen, mit tett? (Több válasz is bejelölhető)

1. nem történt intézkedés                                  → Tovább 1.b kérdésre  
2. visszarendelte későbbre a memóriateszt megisméltése céljából  
3. gyógyszerirt írt fel, éspedig: \_\_\_\_\_  
4. neurológiai szakrendelésre küldte  
5. pszichiátriai szakrendelésre küldte  
6. egyéb, éspedig: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 1.b. Amennyiben nem történt konkrét intézkedés, mi volt ennek a legjellemzőbb oka?

1. önellátásra még képes a beteg, így korai  
2. hozzátartozói felügyelet megoldott  
3. rossz anyagi helyzetű a beteg  
4. nagyon súlyos állapotú a beteg (szociális otthonba kerül)  
5. nem együttműködő a beteg  
6. szakemberek hiánya  
7. nem elérhetőek a szükséges szakellátó helyek  
8. stigmatizáció  
9. egyéb, éspedig: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 2. Vélemény, megjegyzés a demencia szűrés témakörével kapcsolatban

---

---

---

---

---