

---

# **A DEMENCIA korszerű szemlélete**

---

## **megelőzési, szűrési és beavatkozási lehetőségek az egészségügyi és szociális alapellátásban**

**Egervári Ágnes - Kázár Ágnes - Kostyál Árpád - Kovács Tibor - Skultéti József**

**Lektor: Dr. Óváry Csaba Phd Msc**



**SZOCIÁLIS KLASZTER EGYESÜLET**

1146 Budapest

XIV. Hungária krt.200.

[www.szocialisklaszter.hu](http://www.szocialisklaszter.hu)

## **Bevezetés / előszó**

Napjainkban az emberiség egyik legnagyobb kihívása a fejlett társadalmak kettős öregedése. A demográfiai folyamatok, a csökkenő születésszám és a megnövekedett átlagéletkor mellett az idősök számbeli arányának növekedésével azt tapasztaljuk, hogy bizonyos, korábban ritkábban előforduló betegségek gyakoribbá válnak - különösen ilyenek a neurodegeneratív betegségek, jelesen a demencia. A fertőző betegségekkel, a daganatos- és a keringési betegségekkel az orvostudomány már többnyire sikerrel tudja felvenni a harcot, ezzel a betegségcsoporttal ma még nem. A kognitív képességek romlása és a hosszú kórlefolyás miatt **a demencia a 65 év felettiek között a rokkantság és a gondozási függőség vezető oka.**

A 21. századot a népegészségüggyel foglalkozók a **demencia évszázadának** nevezik.

A WHO adatai szerint napjainkban 47,7 millió az érintettek száma, 2050-re pedig eléri a 130 milliót. A betegség társadalmi és gazdasági terhe óriási: a hosszú, 10-15 éves kórlefolyás során a beteg elveszíti önálló képességét, felügyeletre, majd éveken át tartó teljes körű gondozásra szorul.

### **A demencia népegészségügyi prioritás**

Elkészült a WHO 2017-25 közötti akcióterve – számos ország önálló stratégiát alkotott.

Konszenzusra jutottak a mindenekelőtt abban, hogy az ellátórendszereket fel kell készíteni a demenciával összefüggő megnövekedett igényekre, és a betegséggel kapcsolatos ismereteket gyarapítani szükséges.

Nagy szükség van mindenekelőtt az egészséges idősödéssel, az aktivitás megőrzésével kapcsolatos cselekvési tervekre és azok megvalósítására, valamint **kitüntetett szerepe van a megelőzésnek.**

Hazánkban a szakértői becslések alapján közel 250 ezer ember él demenciával. Amennyiben ezt családok szintjén kívánjuk számszerűsíteni, akkor az érintettek száma a hozzátartozókkal együtt, meghaladhatja az 1 millió főt is, ami a teljes magyar lakosság 10%-át jelenti.

A „*Három generációval az egészségért*” Népegészségügyi Program keretében a szív- és érrendszeri prevenciós és gondozási tevékenységre, a rosszindulatú daganatos betegségek szűrésére és korai felismerésére fókuszál. Célja a magyar lakosság egészségértésének javítása és egészséges életmódjának elősegítése, különös tekintettel a gyermekek körében a rendszeres fizikai aktivitás és az egészséges táplálkozás elterjesztésére, valamint a dohányzás megelőzésére és a leszokás támogatására.

Kiemelt jelentőségű az egyének és a családok valamint az egész társadalom számára a fenti célok megvalósítása érdekében a 40-65 éves férfiak és nők körében végzett szelektív és célzott feladatok közül a szív-és érrendszeri megbetegedések rizikófaktorainak értékelése, a kockázati szint meghatározása, valamint a kognitív funkciók vizsgálatával a demencia kockázat/korai deficit szűrés és megfelelő intervenció megvalósítása. A köztudatban a demenciával kapcsolatban kevés ismeret és sok tévhit él. Általánosan az öregedés természetes részeként kezelik a szellemi hanyatlást, noha a korral együtt járó feledékenység és a demencia szindrómák között óriási a különbség. Gyakori a betegséggel kapcsolatos stigmatizáció és kirekesztés – ez pedig jelentősen késlelteti az orvoshoz fordulás, a segítségkérés időpontját. Pedig a **diagnózis korai felállítása számos előnnyel jár a beteg és a család, valamint az ellátórendszerek számára!** A szakemberek feltérképezhetik a lehetséges támaszokat, gyógyszeres és nem gyógyszeres beavatkozások történhetnek, egyénre szabott életvezetési illetve gondozási tervet kaphatnak az érintettek.

Az egyes fejezetek a demenciával kapcsolatos korszerű klinikai és szociális ismereteket foglalják össze az elmúlt évek szemléleti változásainak megfelelően. Szólunk a megelőzés lehetőségeiről, a szűrés és korai felismerés kérdéseiről, valamint a lehetséges beavatkozási pontokról. A háziorvosok szerepe kitüntetett mind a megelőzésben, mind pedig a korai diagnózisban és a gondozásban ugyanakkor hasonlóan fontos a szociális alap- és szakellátások szerepe.

**Kiemelten fontos az a megközelítés, amely az egész mű alapvetése: az egészségügyi és a szociális alap-és szakellátások interprofesszionális szemléletű összehangolt együttműködése.**

Ha valamennyien hozzájuk a saját szakmai tudásunkat és kompetenciáinkat – jelentősen javul mind a betegek, mind pedig a gondozók, az érintett családtagok, az egész társadalom közérzete.

**Ez a szemléletváltás pedig a korszerű, az érintettek megelégedésére végzett és fenntartható demencia gondozás alapfeltétele.**

**dr Egervári Ágnes**

neurológus

a Szociális Klaszter Egyesület elnöke

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>Bevezetés / előszó .....</b>	<b>2</b>
<b>Demográfia és betegségteher – Kostyál Árpád .....</b>	<b>8</b>
Korcsoport, nemek eloszlása, családi állapot .....	9
Területi egyenlőtlenségek –öregedési index: .....	18
A demencia prevalenciája: demenciával élők becsült száma Európában .....	20
Betegségteher: .....	24
<b>A demencia korszerű szemlélete – Kovács Tibor .....</b>	<b>36</b>
A demencia epidemiológiája .....	37
A demencia tünetei .....	41
A demens beteg vizsgálata .....	49
A demencia kockázati tényezői .....	55
A demencia okai .....	58
<b>Az Alzheimer-kór .....</b>	<b>60</b>
<b>A Lewy-testes demencia (LTD) .....</b>	<b>78</b>
<b>A frontotemporális demenciák (FTD) .....</b>	<b>81</b>
<b>Prionbetegségek .....</b>	<b>91</b>
<b>Nem degeneratív idegrendszeri betegségek miatti demenciák .....</b>	<b>92</b>
A demencia újabban feltárt degeneratív okai .....	93
<b>A szűrés és a korai diagnózis lehetőségei és jelentősége demenciában – Kovács Tibor .....</b>	<b>100</b>
Az enyhe kognitív zavar (MCI) és diagnózisa .....	101
Kognitív betegségek szűrővizsgálata .....	103
A kognitív károsodás szűrésére alkalmas tesztek .....	104
<b>Demenciagondozás Európában – Egervári Ágnes .....</b>	<b>110</b>
Nemzeti Demencia Stratégia, Málta, 2015-2023 .....	110
A skót demencia stratégia .....	112
Kanadai Nemzeti Terv .....	116
Jelentősebb mérföldkövek a szabályozásban és a kutatásban Európában .....	117

<b>WHO Akcióterv 2017-2025.....</b>	<b>121</b>
<b>Az ellátórendszerek szerepe, az elérhető szolgáltatások – Skultéti József .....</b>	<b>124</b>
Az alapszolgáltatások és szakosított ellátási formák kapcsolata .....	125
A demenciával élők ellátásának szintjei:.....	128
A személyes gondoskodást nyújtó ellátások a szociális ellátás területén:.....	129
Személyes gondoskodást nyújtó ellátások az egészségügyi ellátás területén:.....	140
Prevenció .....	147
A szociális és egészségügyi ellátórendszer kapcsolata .....	148
A betegutak-, az esetmenedzsment lehetőségei.....	150
<b>Mindennapi jó gyakorlatok: mit tehet a háziorvos? – Kázár Ágnes .....</b>	<b>155</b>
A háziorvoslás helye a demencia ellátásban .....	155
Milyen lehetőségei és kötelezettségei vannak a háziorvosnak? .....	157
Magyarországi helyzetkép: demencia ellátás a háziorvosi munkában .....	164
A beteg és az egészségügyi ellátó rendszer kapcsolódási pontjai, a háziorvos szerepe a demencia ellátásban .....	169
A demencia szűrés háziorvosoknak ajánlott módszere .....	173
Javasolt viselkedésformák a demenciával élőkkel foglalkozók számára: .....	177
Állapotváltozások és állapotromlások – megfelelő reakciók .....	181
Mikor és milyen szintű gondozás szükséges a demencia súlyossági stádiumaiban? .....	185
Gyógyszerelés és gyógyszerészi gondozás, mint új lehetőség .....	186
<b>Interprofesszionális –Egervári Ágnes .....</b>	<b>190</b>
Hatékony együttműködés az egészségügyi és szociális szolgáltatások között.....	190
Közös nyelv.....	191
Az IP együttműködés feltételei .....	192
Az IP együttműködés relevanciája a demenciával élők gondozásában.....	197
<b>Az egészségfejlesztés fontossága.....</b>	<b>200</b>
Az Egészségfejlesztési Irodák (EFI) .....	201
Lelki Egészség Központok fejlesztése .....	204
Hatékony együttműködések, egészségkommunikáció .....	206
<b>Az INDA© program .....</b>	<b>208</b>

Az INDA program pillérei .....	209
Kapaszkodók - Mérőkövek .....	211
INTERREG INDEED program (2018-2021) .....	212
<b>Az INDA© 2 program .....</b>	<b>212</b>
Társadalmi érzékenyítés alprogram .....	213
Család és társadalom alprogram .....	214
Szakmacsoportok alprogram .....	215

## Demográfia és betegségteher – Kostyál Árpád

### Demográfia és demencia:

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) jelentése szerint 2019-ben a demencia megközelítőleg 50 millió embert érint világszerte, és évente 10 millió új esetet regisztrálnak. Az előrejelzések alapján a demenciával érintett emberek száma 2030-ra eléri a 82 millió, 2050-re a 152 millió főt (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>). Az OECD becslése szerint 2018-ban az Európai Unió tagállamaiban 9,1 millió 60 év feletti lakos érintett demenciával, míg ez a szám 2000-ben 5,9 millió fő volt. Magyarországon a hazai adatok és szakértői becslések alapján a demenciával élők száma 250-300 ezer főre tehető.

*A demencia tünetegyüttes és betegségcsoport. Az utóbbi értelmezésben a mentális viselkedészavarok közül (BNO: F00-F99) az organikus és szimptomatikus mentális betegségekhez tartozik.*

A demencia átfogó neve egy olyan tünetegyüttesnek, amelynek része a memóriazavar, valamint a cselekvés, a felismerés ill. az exekutív funkciók zavara. Fontos, hogy ezen tünetek/panaszok a mindennapi életben zavart okoznak, és egy megelőző magasabb kognitív állapot romlását jelzik.

A demencia meghatározása, szemlélete sokat változott az elmúlt években ld. a vonatkozó fejezetet

Az orvostudomány jelenlegi ismeretei szerint a demencia tünetegyüttes hátterében 50-70%-ban az Alzheimer betegség áll, a második leggyakrabban előforduló ok a vaszkuláris eredetű demencia illetve a Lewy-testes demencia. A demencia kialakulásának kockázati tényezői: kor, nem, genetikai tényezők, a magas korrallal, valamint életmóddal összefüggő egészségi állapot.

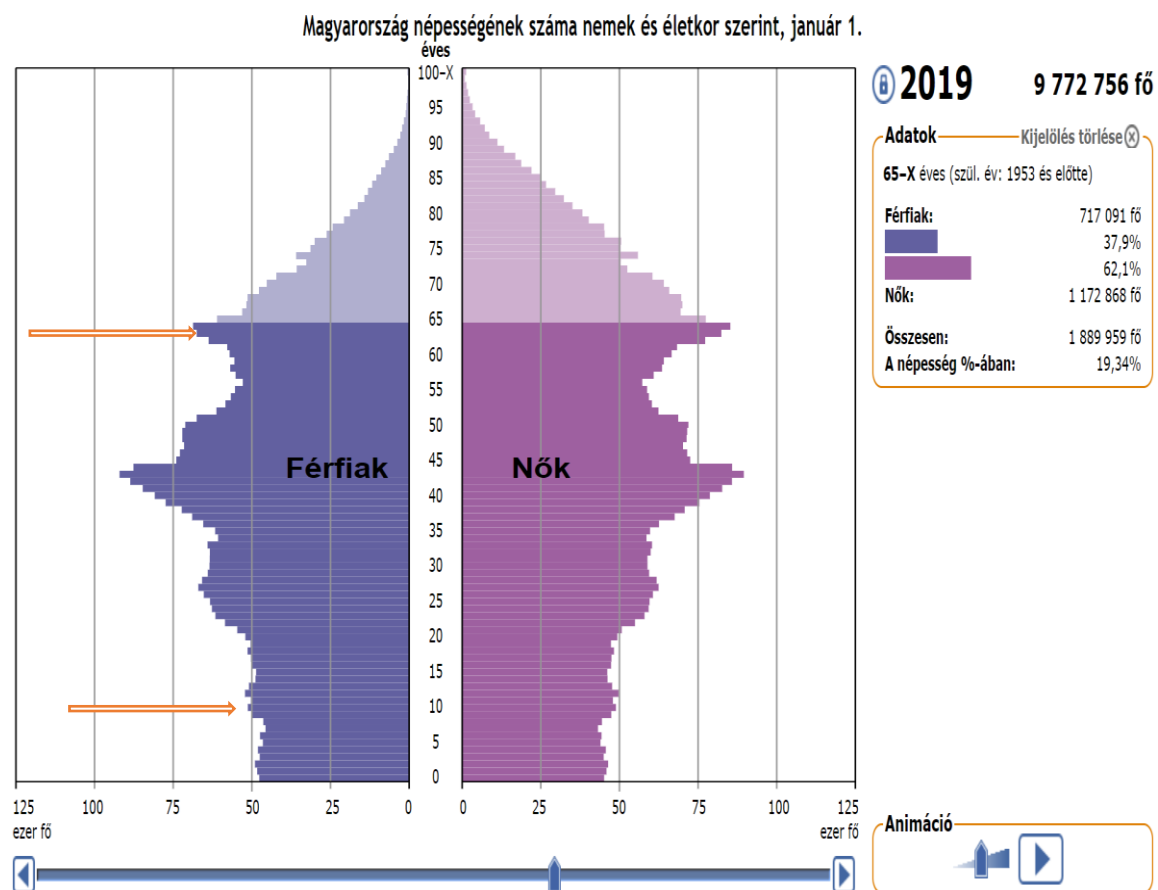


## Korcsoport, nemek eloszlása, családi állapot

### A népesség korösszetétele:

A demenciával foglalkozó szakértők véleménye szerint a demencia elsősorban a 65 év feletti korosztályt érinti<sup>1</sup>, 65 év felett minden +5 életévvel a kórkép előfordulása megkétszereződik. Így a demencia szindrómának a legjelentősebb kockázati tényezője az életkor, ezért mindenképpen érdemes megvizsgálni azt, hogy miként alakul a magyar népesség korfája a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai szerint (1. ábra)

1. ábra: Magyarország korfája 2019.



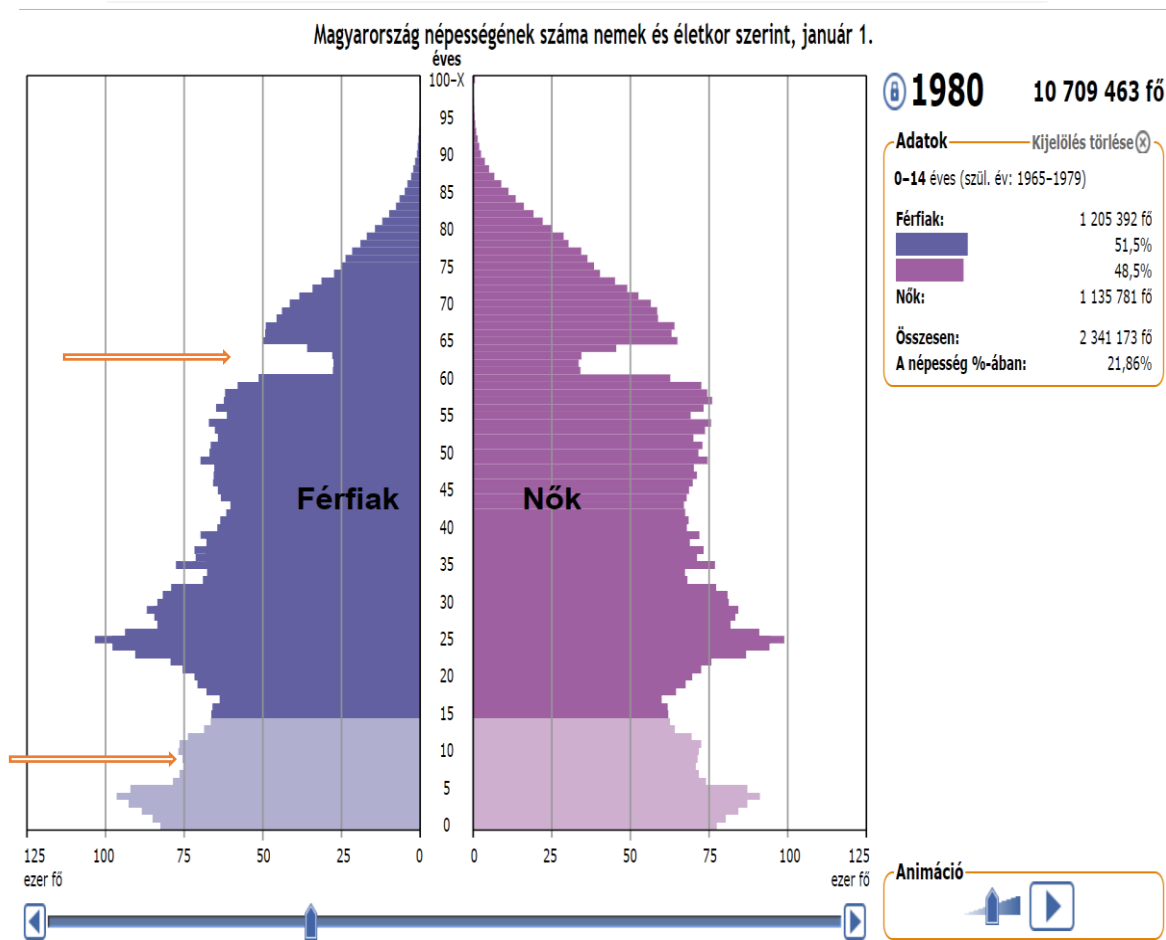
Forrás: <https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html>

<sup>1</sup> Fontos azonban megjegyezni, hogy bár a demencia általában az időskoriúakat érinti leginkább – ugyanakkor a jóval fiatalabb, akár 50 éves embereknél is kialakulhat, és súlyos állapotot okozhat ez a kórkép.

A 2019-es korfa egy olyan pillanatfelvételt mutat, melyen egy **előregedő (előregedett) társadalom** képe rajzolódik ki. Jól szemlélteti azt például, hogy napjainkban a 65 éves korosztályba többen tartoznak, mint a 15 éves korcsoportba. Azonban az időskorú korcsoportnál (65 éves és idősebb) nem csak **számszerű növekedés** tapasztalható, hanem **aránybeli eltolódás** is.

A teljes lakosság csaknem egy ötöde betöltötte a **65 éves kort vagy idősebb annál**, így 2019-ben a hazai **idős lakosság részaránya** a teljes népességen belül **19,34%**. Összehasonlításképpen az 1980-as év korfája napjainktól jelentősen eltérő korszerkezetet mutat (2. ábra). Az akkori 15 év alatti korosztály (gyermekkorúak) aránya (21,86%) jelentősen meghaladta az időskorúak arányát (13,53%).

2. ábra: Magyarország korfája 1980.



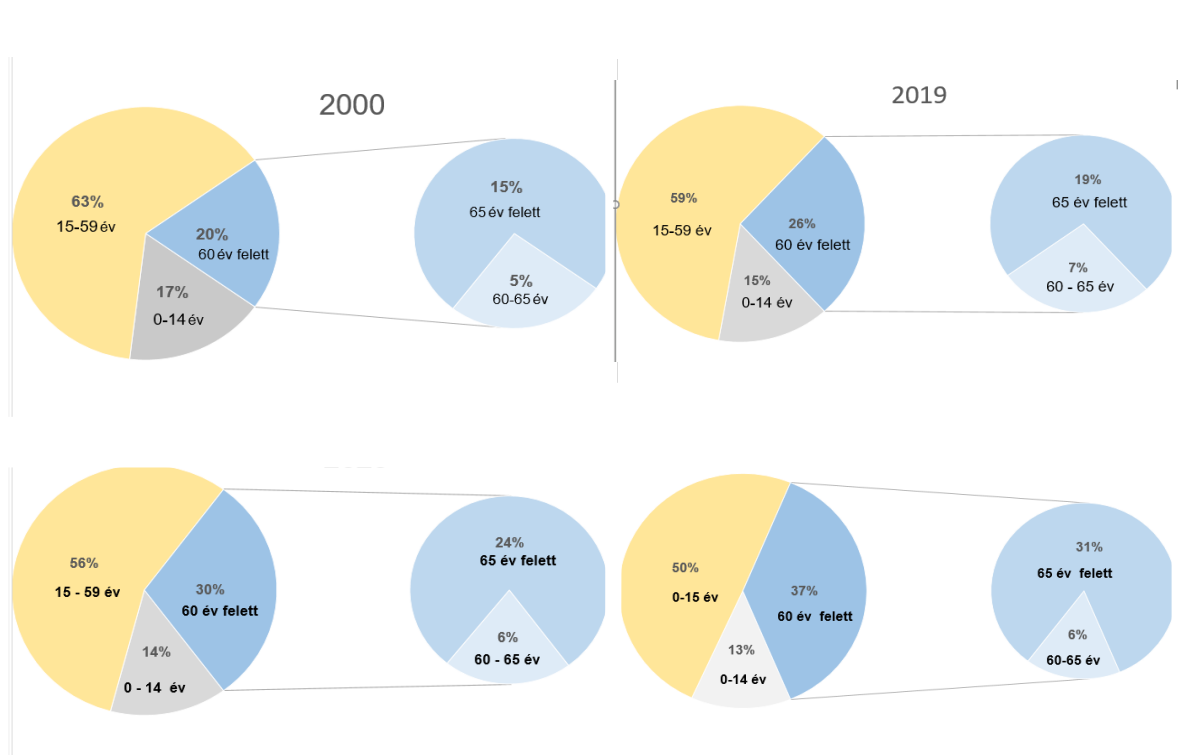
Forrás: <https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html>

## Emelkedő átlagéletkor:

A népesség elöregedését jelzi az is, hogy a **magyar lakosság átlagos életkora évről-évre emelkedik**. Míg a **rendszerváltozáskor a lakosság az átlagéletkora 37,3 év** (férfiak: 35,5 év, nők: 39,0 év) volt, **addig 2019. január 1-jén az átlagéletkor már 42,7 év** (férfiak:40,8 év, nők 45,2 év) (KSH Népeség, népmozgalom (1900-). Az idősoros adatok alapján látható *(lásd: 1 számú melléklet)*, hogy Magyarországon folyamatosan nő a lakosság átlagéletkora és a társadalom elöregedése miatt ez a tendencia az elkövetkező években is folytatódni fog. **2009 óta több mint 4 évvel, a rendszerváltozás időpontjától számítva pedig 5 évvel nőtt az átlagéletkor**, ebben azonban a **születéskor várható élettartam növekedése** is szerepet játszik. Területi eloszlás szerint az országban Zala megyében a legmagasabb (45 év), és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legalacsonyabb (40 év) az átlagéletkor. Amennyiben a magyar **társadalom korszerkezetének változásait vizsgáljuk** (a KSH 2016-os mikrocenzusa alapján,) elmondható, hogy a legutóbbi **2011-es népszámlálás óta, az időskorú népesség részaránya 1,7 százalékponttal emelkedett**, ezt megelőzően 2001 és 2011 között, **tíz év alatt következett be ugyanilyen mértékű növekedés**. Az elmúlt **5 évben tehát az öregedés folyamata gyorsuló ütemben tovább folytatódott**. (KSH, 2017)

A fent bemutatott folyamat következtében 2016-ban az időskorúak száma már 399 ezerrel meghaladta a gyermekkorúakét. A KSH 2018-ban közölt tanulmánya szerint (Magyarország, 2017, KSH) **a 60 éves és annál idősebb lakosok száma és aránya először 1992-ben haladta meg a 0–14 éves, gyermekkorú népességét, 2005 óta viszont már a 65 évesek és annál idősebbek is többen vannak, mint a gyermekkorúak**. 2018. január 1-jén száz gyermekre 130 időskorú (65 éves és annál idősebb) lakos jutott. Riasztó tendencia figyelhető meg a Magyarországi népesség korszerkezetének változását bemutató korfákon a KSH becslés alapján *(lásd 3. ábra)*.

3 ábra: A magyar népesség korösszetétele 2000-2050



Forrás: KSH interaktív korfa, saját szerkesztés

Míg 2019-ben a 60 év felettek aránya a magyar társadalomban 26%, a 14 éven aluliaké 14%, addig a **prognózis szerint 10 év múlva a 60 év felettek arányának száma (30%) több mint kétszerese lesz a gyermekkorúak arányszámának (14%), 2050-re pedig ez a szám megközelítőleg háromszoros lesz**, vagyis a 60 év felettek aránya 37%, a gyermekkorúak aránya 13% lesz az össznépességben belül.

#### Eltartási teher:

Amint a 3. ábrán is látható, az **idősek arányának emelkedésével** párhuzamosan a gazdaságilag **aktív (15-65 éves) korosztály arányának csökkenése várható**. Egyre kevesebb eltartóra egyre több eltartott fog jutni, vagyis **növekszik a társadalomban azoknak a száma és aránya, akik már nem keresőképeseek és „eltartásra” szorulnak**. Míg 2000-ben a gazdaságilag aktív korosztályba, illetve a koruknál fogva inaktív csoportba tartozók (15 év alattiak és 65 év felettek) aránya 68% - 32% volt,

addig ez az arány előreláthatóan 2029-re 62%-38%, 2050-re 56%-44%-ra fog változni. Ugyan **megváltozik az eltartási teher<sup>2</sup> összetétele**, mivel csökken a gyermekkorúak száma és aránya, de ezzel párhuzamosan **a legidősebb korosztályok arányszámának növekedése miatt összességében jelentős mértékben növekedik az aktív korú népességre**, azon belül is az úgynevezett szendvics generációra<sup>3</sup> **háruló teher**. Ezért Magyarország számára nagy kihívást fog jelenteni az elkövetkező évekre, hogy az öregedő társadalomban miként lesz képes az egyre csökkenő számú aktív lakosság eltartani az idősebb korosztályt.

#### **A nemek aránya, családi állapot:**

Szakértők szerint (Viña J, Lloret A., 2010) **a demencia tünetegyüttes** (azon belül az Alzheimer-kór) kialakulásának **fő kockázati tényezője az életkor mellett a nem**, mivel **a demencia előfordulási gyakorisága magasabb a nőknél, mint a férfiaknál**. Ezért a téma szempontjából szükséges megvizsgálni a magyar népességen belül a nemek eloszlását, különös tekintettel az időskorúakra.

A 2011-es népszámlálásig a nők lakosságon belüli aránya folyamatosan emelkedett. 2016-ra a nemek közötti halandósági különbségek csökkenésével ez az arány kezd kiegyenlítődni: 2011-ben ezer férfira még 1106 nő jutott, 2016-ban már csak 1096.

**A 2019-es adatok szerint**, hazánkban a **férfiak száma 4 millió 635 ezer**, a **nőké 5 millió 83 ezer fő** és a 2016-os adatokhoz hasonlóan **1000 férfira 1096 nő jut**. **Területi eloszlás szerint** a nemek aránya **Fejér megyében** a legkiegyenlítettebb, a „**legjelentősebb nőtöbblet**” pedig **Budapesten és Heves megyében volt**.

**A demenciával érintettség fő rizikófaktora a magas kor és a nem**, ezért külön vizsgáljuk a 65 éves és annál idősebb korcsoportokban a férfiak és nők számát és arányát.

---

<sup>2</sup> Az aktív korú népesség ún. eltartási terhét jelzi, hogy – társadalmi értelemben – mennyi gyermekkorú, illetve időskorú eltartása hárul rá.

<sup>3</sup> Szendvics generációnak nevezzük az ötven és hatvanöt év közöttieket, akiknek még élnek a szüleik, gyermekeik pedig tinédzserek, vagy fiatal felnőttek.

1. táblázat: Magyarország időskorú népessége kor és nem szerint 2019. július 28.

Korcsoport (év)	Férfi (fő)	%	Nő (fő)
65-69	262 329	+31.9%⇒	345 969
70-74	188 117	+47.5%⇒	277 399
75-79	129 401	+73.5%⇒	224 486
80-84	75 632	+109.5%⇒	158 419
85-89	44 778	+127.8%⇒	102 025
90-94	17 877	+178.1%⇒	49 718
95-99	3 189	+201.4%⇒	9 611
100+	351	+143.9%⇒	856
<b>Összesen:</b>	<b>721 704</b>		<b>1 168 511</b>

Forrás: <http://nepesseg.population.city/magyarorszag/>

Az eltérő halandósági mutatók miatt a nők átlagosan tovább élnek, mint a férfiak, így a népességen belüli arányuk az életkor előrehaladtával egyre nagyobb. Az 1. táblázat adatai alapján, **2019-ben** a mintegy **1,89 millió időskorú jelentős többsége (62%-a) nő**. Figyelmet érdemlő adat, hogy a 65-84 éves korosztályban a nők létszáma (1,006 millió fő), közel kétszerese férfiakénak (655 ezer fő).

2. táblázat: Az egyes életkorokban még várható átlagos élettartam [év] 2016 (országos átlag)

Életkor	férfi	nő	átlagosan
60	17,28	21,88	19,98
70	11,46	14,21	13,25
80	6,44	7,56	7,29

Forrás: *Demográfiai Évkönyv 2016- KSH, 2017 - 96.o.*

Magyarországon a nemzetközi tendenciáknak megfelelően a nők hosszabb életre számíthatnak a férfiaknál: a 60 éves nők esetében a még várható átlagos élettartam 21.88 év, míg a férfiaknál ez a szám 17.28 év, a különbség több mint 4 év, az eltérés a két nem között még 80 éves korban is több mint 1 év (Lásd 2. táblázat).

A hosszabb élettartam azonban nem minden esetben jelent minőségi éveket, a várhatóan egészségben eltöltött évek száma jelentősen elmarad a várható életkortól. Magyarországon átlagosan 60,8 illetve 58,9 egészséges életév vár egy 2014-ben született nőre, illetve férfira, míg **a 65 évesek hátralévő életükből 6,1 évet, illetve 6 évet tudnak egészségi korlátoktól mentesen eltölteni** a Központi Statisztikai Hivatal 2017-ben publikált számításai szerint. Azonban az Eurostat adatai (3. számú melléklet) jól mutatják, hogy az európai országok között meglehetősen rossz helyet foglalunk el: a férfiak Norvégiában 8,7 évvel, míg a nők Svédországban 10,2 évvel tovább élnek egészségben.

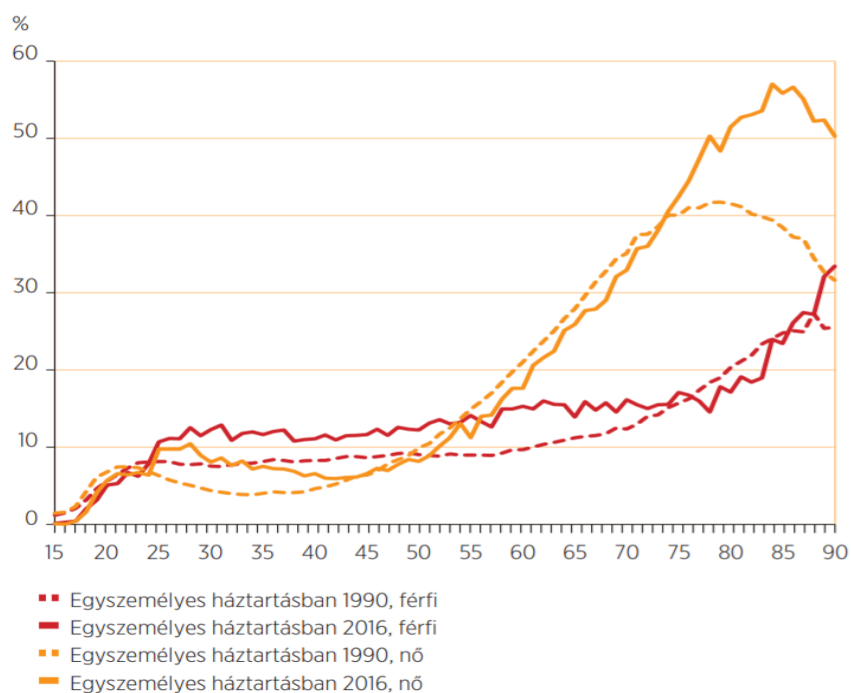
Az egyes korcsoportoknál a még várhatóan egészségben töltött évek száma fontos információkkal szolgálhat a demenciák betegségterhének megállapításánál (erről részletesen lásd: Betegségteher című fejezet).

#### **Családi állapot:**

**A demográfiai mutatók közül fontos mutató még a célcsoport családi állapota.** A szakirodalom szerint (Nyirkos, 2005; WHO, 2017) a **demencia kialakulásának további kockázata a tartós egyedüllét, a társadalmi inaktivitás, az elmagányosodás és az ebből következő depresszió is, ami összefüggést mutat azzal, hogy az időskorúak egy jelentős része egyedül, egyszemélyes háztartásban él.**

A teljes felnőtt lakosság családi állapotát vizsgálva megállapítható, hogy nagyok a különbségek a férfiak és nők között: arányukat tekintve mindkét nemnél a házások vannak a legtöbben, ugyanakkor az elvált nők aránya 1,3 szoros, valamint 4,6-szor magasabb az özvegy nők aránya a férfiakénál. A különbségek főleg a férfiak és nők eltérő korösszetételéből és halandóságából, valamint a házassági és újránházassági szokásaik és lehetőségeik nemi eltéréseiből adódnak.

4. ábra: Az egyszemélyes háztartásban élő nők és férfiak aránya életkor szerint, 1990, 2016



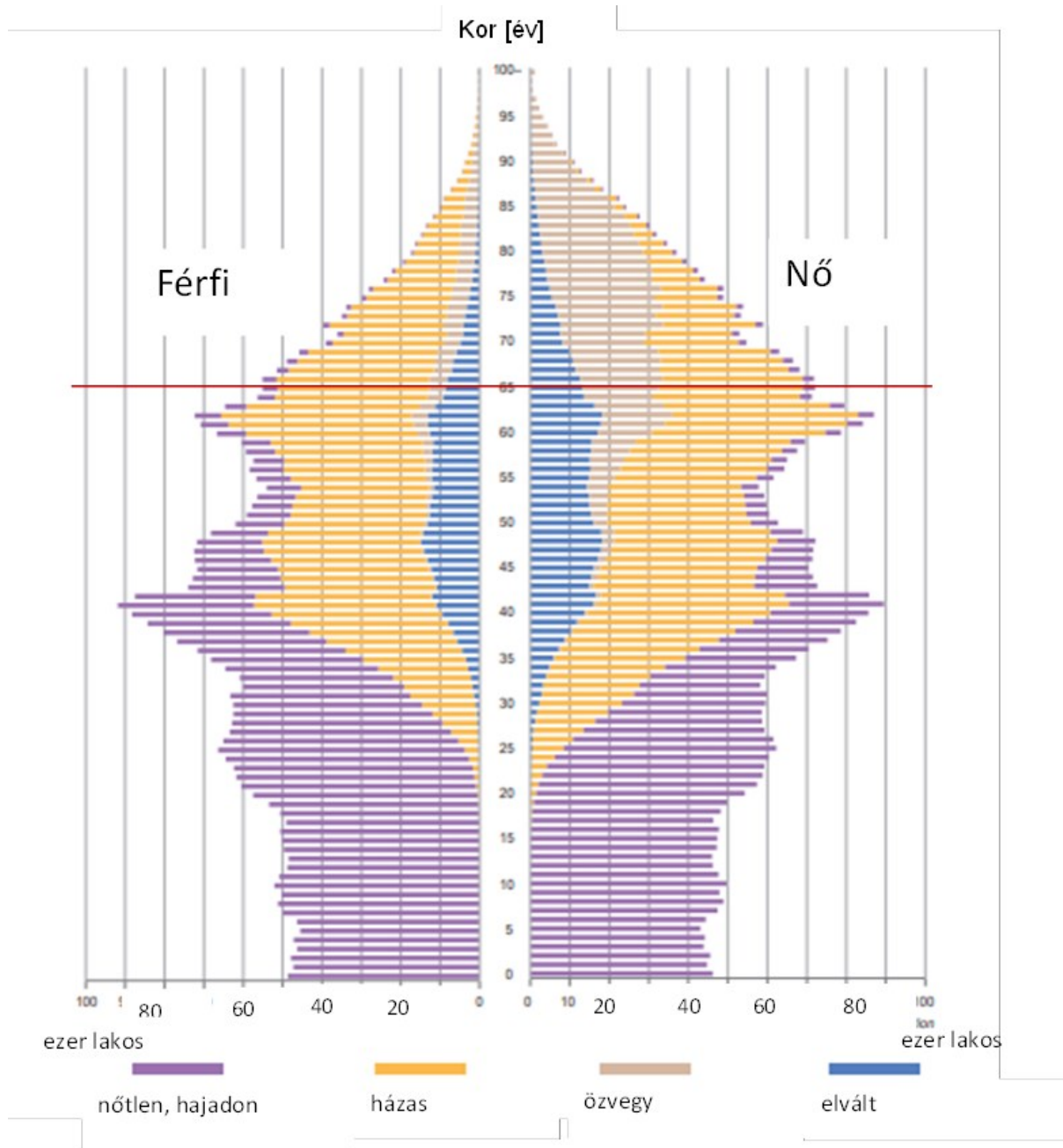
Forrás: KSH, Demográfiai portré 2018 194 o.

A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint (Lásd 4. ábra), az **egyszemélyes háztartások arányának növekedése** - a teljes lakosságon belül - **több évtizede tartó folyamat** hazánkban. A növekedés több életkori csoportban is tetten érhető, de a **legjelentősebb változás az időskorúak, különösen a 70-75 év feletti nők körében mutatható ki.**

A magyar lakosság nem, életkor, családi állapot szerinti eloszlását bemutató ábrán (5. ábra) látható, hogy **kor előrehaladtával egyre nagyobb a hivatalosan egyedül élők** – ezen belül (az életkori sajátosságokból fakadóan) **az özvegyek – száma, illetve aránya.**



5. ábra: A népesség száma nem, életkor és családi állapot szerint -2017. január 1.



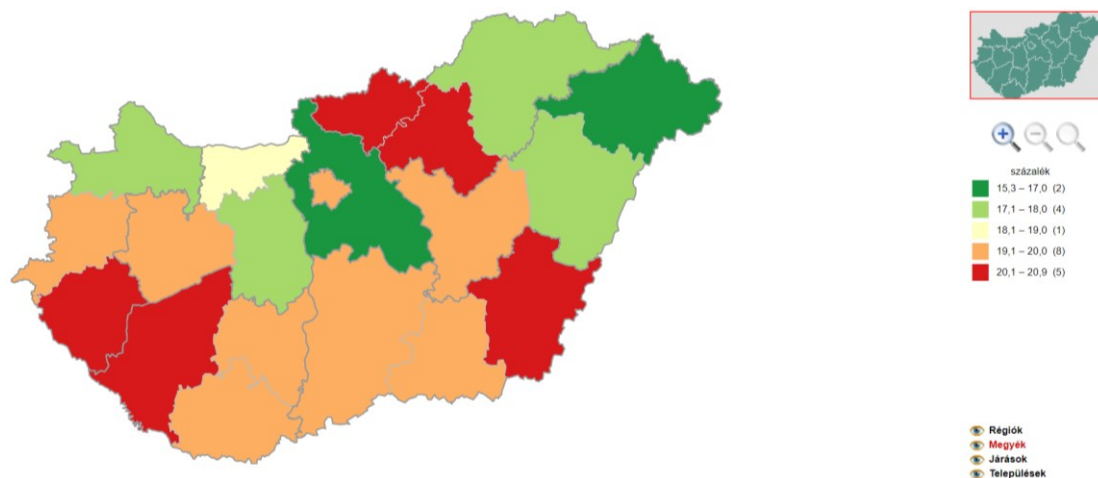
Forrás: KSH, Demográfiai Évkönyv, 2016

A témához kapcsolódó hazai (Kovács, 2006; Nagyvárad- Mátrai, 2015) és nemzetközi kutatások (Wu és mtsai, 2013) eredményei megegyeznek abban, hogy a családi állapot (házas, élettársi kapcsolatban élő, elvált, özvegy) nagymértékben meghatározza az egyén fizikai és mentális egészségét is. Kovács szerint például **az özvegyek és az elváltak egészségi állapota rosszabb**, mint a házasságban élő kortársaiké (Kovács, 2006). Az egyedüllet több szempontból is befolyásolhatja az egészségi állapotot, a házastársi együttlét, odafigyelés, gondoskodás elodázhatja az állapotromlást. Ezt az állítást alátámasztják a Központi Statisztikai Hivatal 2017-es lakossági felméréséből származó adatok is (Lásd 2. melléklet), melyek szerint a megkérdezett 65 éves és idősebb válaszadók közül jellemzően a házasságban élők vélték nagyon jónak, vagy jónak, illetve az özvegyek rossznak, vagy nagyon rossznak az egészségi állapotukat (Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2017 – KSH, 2017).

### Területi egyenlőtlenségek –öregedési index:

Az idős népesség területi eloszlása meglehetősen egyenlőtlen az országban (Lásd 6. ábra). A 65 éves és idősebb népesség aránya az adott megye lakosságán belül 5 megyében – Nógrád, Heves, Zala, Somogy, Békés - meghaladja a 20%-ot, vagyis ezek a leginkább „elöregedő” területek (a térképen piros színnel jelölve). A „legfiatalabb” megyék Pest és Szabolcs-Szatmár- Bereg megye, itt az idős népesség aránya az országos átlag alatt van, nem haladja meg a 17 %-ot.

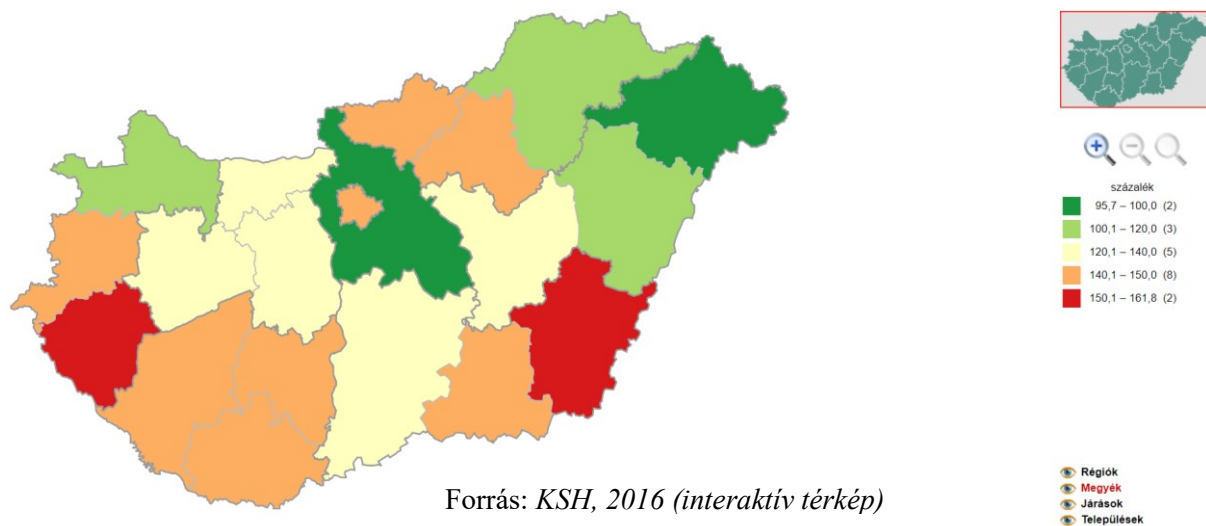
6. ábra: Az idős (65 éves és idősebb) népesség aránya a népességből, 2016



Forrás: KSH, 2016 (interaktív térkép)

Hasonló kép rajzolódik ki abban az esetben, ha az öregedési index alapján vizsgáljuk a megyéket. A KSH definíciója alapján: a népesség idősödésének egyik gyakran használt mérőszáma az öregedési index, amely egyben a jövőbeni tendenciákat vetíti előre. Az **öregedési index** a 14 éves és ennél fiatalabb népességre jutó idősök (65 évesek és annál idősebbek) arányát mutatja.

7. ábra: Száz gyermekkorúra jutó idős korú – öregedési index, 2016



Forrás: KSH, 2016 (interaktív térkép)

Az öregedési index (száz gyermekkorúra jutó idős korúak aránya) értéke 116-ról 128-ra emelkedett az utolsó népszámlálás óta. A fenti térképen jól látható, hogy az öregedési index alapján a legidősebb korszerkezetű Békés és Zala megyében 160, a legfiatalabbnak tekinthető Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 95, Pest megyében 99 a mutató értéke.

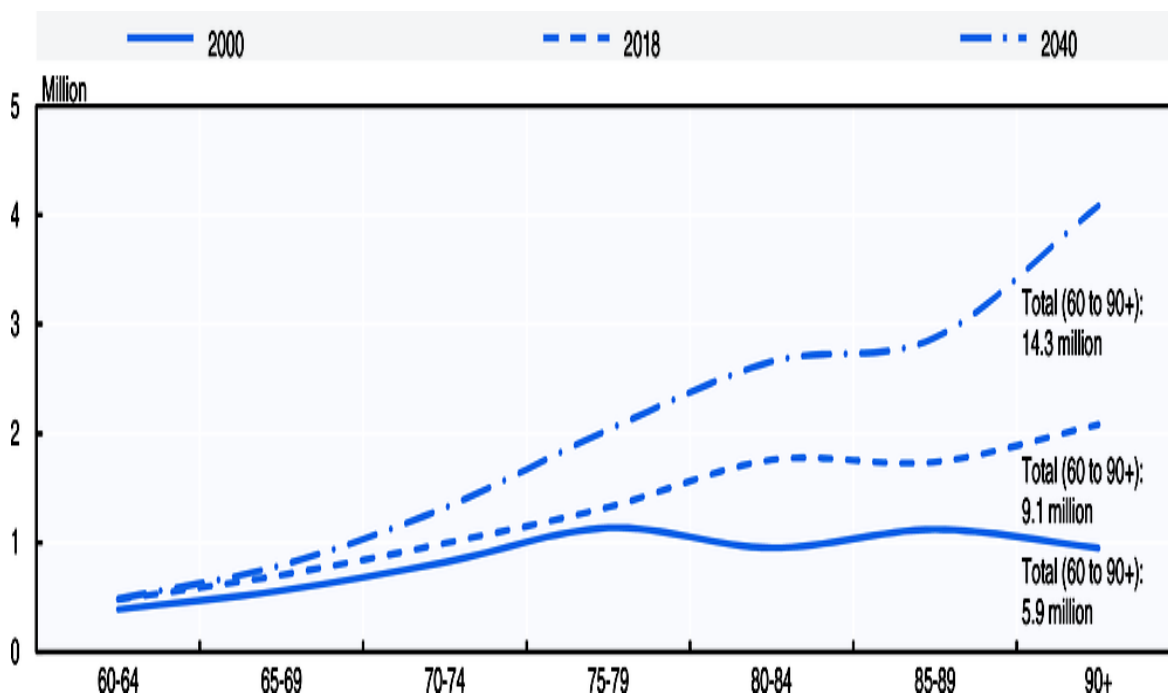
Fontos megjegyezni, hogy **a leginkább elöregedő megyékben felülreprezentáltak a jellemzően aprófalvas és /vagy szolgáltatáshiányos területek.** Számos kutatás világít rá a legkisebb települések kedvezőtlen gazdasági, infrastrukturális és demográfiai helyzetére (Balogh, 2008; Kovács, 2013; Németh, 2009). A települések korösszetétele jelentősen befolyásolja az egészségügyi ellátások és szociális szolgáltatások iránti igényt: **minél idősebbek a településen élők, annál inkább valószínűsíthető a rászorulóknak magasabb száma.**

## A demencia prevalenciája: demenciával élők becsült száma Európában

Az OECD becslése<sup>4</sup> szerint **9,1 millió 60 év feletti ember élt demenciával az EU-tagállamokban 2018-ban, szemben a 2000. évi 5,9 millióval.** Feltételezve, hogy az életkorra jellemző prevalencia **nem** változik az időskorúak arányának növekedésével ez a szám a jövőben jelentősen növekedni fog.

Az EU országokban a demenciával érintettek száma várhatóan körülbelül 60% -kal növekszik, és 2040-ben eléri a 14,3 milliót, és a legidősebbek (90 év feletti) részaránya is növekedni fog.

8. ábra: A demenciában szenvedők becsült száma az EU-országokban, korcsoportonként, 2000-ben, 2018-ban és 2040-ben

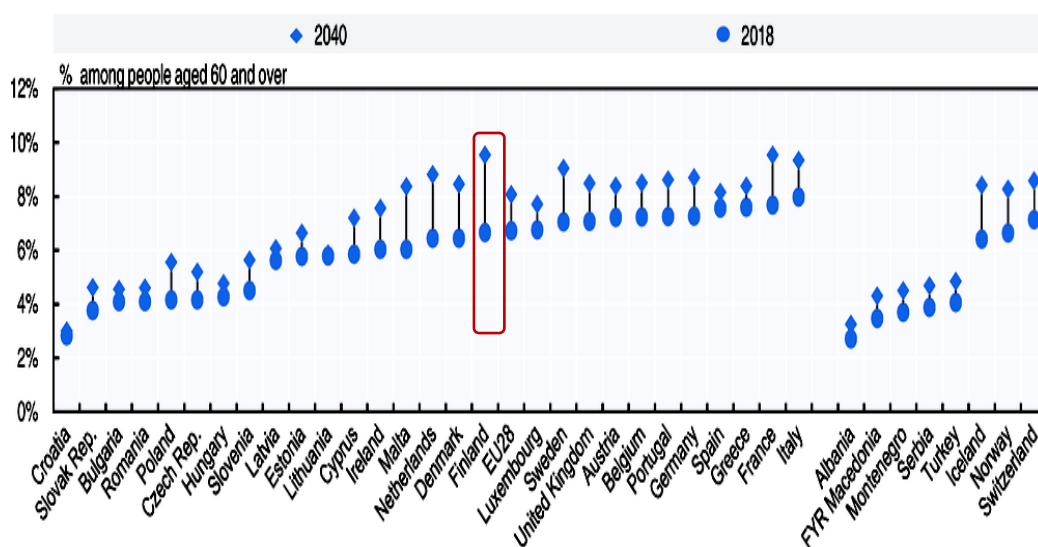


Forrás: OECD-elemzés a 28 EU-országra vonatkozó adatokról a 2015-ös World Alzheimer-jelentésből, [StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834889](http://dx.doi.org/10.1787/888933834889)

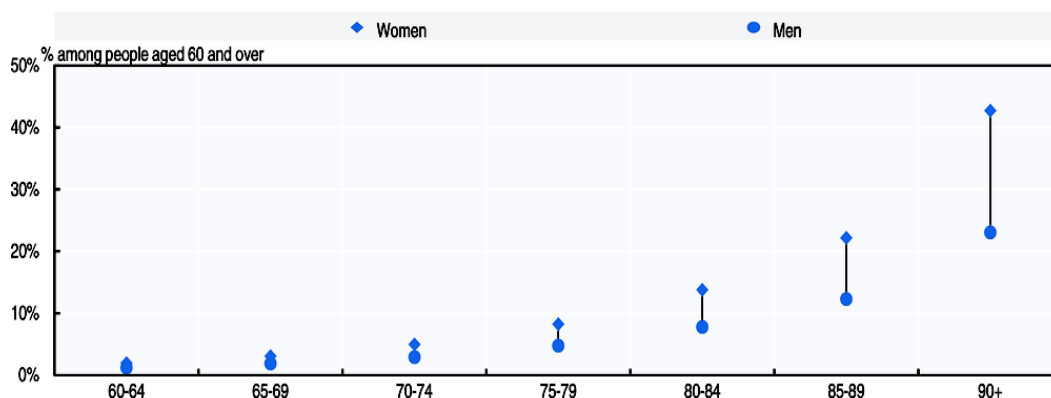
<sup>4</sup>A becslések a 2015. évi World Alzheimer Report-ból származnak, amely szisztematikus áttekintést tartalmaz a demencia elterjedtségéről világszerte az elmúlt néhány évtizedben, feltételezve, hogy az életkorra jellemző prevalencia az idők során állandó volt. Az országonkénti prevalenciát úgy becsülték meg, hogy a világ minden régiójában az életkorra jellemző prevalencia arányokat alkalmazták az Egyesült Nemzetek népszámszerkezeti becsléseire vonatkozóan.

A demenciával kapcsolatos nemzetközi kutatások szerint (OECD/EU, 2018) a demencia prevalenciája az életkorral együtt meredeken emelkedik. A lenti ábrák (9. és 10. ábra) alapján elmondható, hogy az EU-országokban 2018-ban a 60 év feletti lakosság 7%-a szenved a demencia valamelyik típusában, ezen belül a 90 éven felülieknél az arány közel 30%.

9. ábra: A demencia becsült elterjedtsége a 60 évesek és az idősebbek körében 2018 és 2040 között



10. ábra A demencia becsült gyakorisága a 60 éves és idősebb emberek körében, nem és korcsoport szerint, 2018



Jelmagyarázat:

Women = nők, Men = férfiak

% among people aged 60 and over = % a 60 éves és idősebb emberek között

Forrás: OECD-elemzés a 28 EU-országra vonatkozó adatokról a 2015-ös World Alzheimer-jelentésből, StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933834889>

Azokban az országokban, ahol nagyon magas az idős emberek aránya, általában nagyobb a demenciával érintettek aránya is. Olaszországban, Franciaországban, Görögországban és Spanyolországban a 60 év feletti népesség körülbelül 8% -a él demenciával, míg Horvátországban, Szlovákiában, Bulgáriában, Romániában, Lengyelországban, a Cseh Köztársaságban és Magyarországon ez az arány körülbelül 4%.

### **A demencia prevalenciája: demenciával élők becsült száma Magyarországon**

Szakértők szerint a demencia magyarországi prevalenciájának meghatározása akadályokba ütközik, mivel nem találhatóak olyan hazai felmérések, amelyek konkrétan a demencia prevalenciájának, illetve betegségterhének felmérése céljából végeztek (Érsek et al, 2010).

Elmondható, hogy az elmúlt évtizedhez hasonlóan továbbra is jelentős kihívás megbecsülni, hogy mennyi demenciával érintett személy élhet napjainkban Magyarországon, mivel hazai viszonylatban továbbra sem folyik módszertanilag egységes adatgyűjtés a demenciával élő célcsoportról. A demenciával érintettek<sup>5</sup> a szociális és az egészségügyi statisztikákban jelennek meg, illetve egy részük a statisztikákban egyáltalán nem szerepel.

Ezért egy ENSZ adatokkal dolgozó weboldal Magyarországra vonatkozó előrejelzését felhasználva<sup>6</sup>, a következő táblázat segítségével adunk becslést arra nézve, hogy 2019-ben a 60 évesnél idősebb korosztályban mennyi ember élhet a demenciával.

#### 3. táblázat: A demencia prevalenciája a 60 éves és idősebb magyar népesség körében

<b>Korcsoport</b>	<b>Férfi</b>	<b>Nő</b>	<b>Összesen</b>	<b>Prevalencia</b>	<b>Érintett fő</b>
60-64	312107	384572	696679	1%	6967
65-69	259325	342637	601962	1.5%	9029
70-74	187476	277410	464886	3%	13947
75-79	128102	223692	351794	6%	21108
80-84	75782	158864	234646	13%	30504
85-89	44068	101284	145352	24%	34884

<sup>5</sup> Leginkább azok, akik eljutottak a diagnózisig.

<sup>6</sup> Forrás: Az ENSZ adatokkal dolgozó (<http://nepesseg.population.city/magyarorszag/#1>) weboldal 2019-re vonatkozó becslései.

<b>Korcsoport</b>	<b>Férfi</b>	<b>Nő</b>	<b>Összesen</b>	<b>Prevalencia</b>	<b>Érintett fő</b>
90-94	17457	48724	66181	34%	22502
95-99	3059	9188	12247	45%	5511
100+	352	862	1214	45%	546
<b>Összesen</b>	<b>1,027,728</b>	<b>1,547,233</b>	<b>2,574,961</b>		<b>144,998</b>

Forrás: *Population.City* weboldal, a magyarországi népesség 2019-re vonatkozó becslései alapján, saját számítás

A prevalencia értékek Érsek és munkatársai cikkéből származnak. A szakirodalmi áttekintést szemlélve 6-8% körüli értékeket találunk a 60 év feletti korcsoportokra. Az eltérő becslési adatokban szerepet játszik a hiányzó egységes nemzetközi diagnosztikai sztenderd (Prince, Martin, et al., 2013). Azonban 6%-os prevalencia értékkel számolva 154.497 főt, 8%-kal számolva pedig 205.996 érintett személyt jelent.

Fontos leszögezni, hogy ez a becslés jó eséllyel a demenciával élők valós számának alsó határát jelenti, a szakirodalom szerint 2000-ben 150 ezernél több, de 300 ezernél kevesebb fővel kalkulálhatunk/kell számolnunk. Amennyiben azt feltételezzük, hogy a magyar társadalom az EU / OECD országoknál egészségtelegebb életmódot folytat (többet dohányzik, kevesebbet mozog, táplálkozási szokásai miatt nagyobb eséllyel kap stroke-ot, azaz a vascularis demenciák nagyobb gyakorisággal fordulnak elő hazánkban, mint az EU-ban), abban az esetben a 1.5%-osnak feltételezett prevalencia lehet 2-3%-os is. Magasabb prevalencia-értékre enged következtetni a KSH Egészségi állapot és egészségmagatartás, 2016–2017 című kutatása is: az egészségüket jónak vagy nagyon jónak tartók aránya például Írországból 82.8 %, az EU átlag 67.4 %, míg hazánkban ez csupán 59.5 %.

A demenciával élők számának meghatározását a fentiekén túl (rendszeres, célzott, egységes módszertanon alapuló adatgyűjtés hiánya) tovább nehezíti, hogy a demenciával élő emberek esetében magas a látencia. Különböző okokból (pl. ismeret, ill. információhiány, stigmatizációtól való félelem), de rejtőzködő célcsoportról beszélhetünk. Számos esetben a demenciával érintett emberek nem kerülnek az egészségügyi vagy szociális ellátórendszer látókörébe, így a demencia azonosítására, illetve a diagnózis felállítására sem kerülhet sor és emiatt nem jelennek meg sem az egészségügyi sem a szociális statisztikában.



## Betegségteher:

Az előző fejezetben ismertetett demográfiai tendenciák mellett fontos annak ismerete is, hogy a demencia tünetegyüttes mekkora terhet jelent az egyén és a társadalom számára.

A *betegségteher* (DALY = Disability Adjusted Life Years) mint mutató számszerűsíti a károsodott/korlátozott egészségi állapotban leélt éveket (YLD = Years Lived in Disability) és a betegséghez kapcsolódó korai halálozás miatt elvesztett életéveket (YLL = Years of Life Lost), melyeket a várható élettartamhoz viszonyít. Egy DALY egyenértékű egy teljesen egészségesen eltöltött életév elvesztésével.

11. ábra: A betegségteher (DALYs), a károsodott egészségi állapotban leélt évek (YLDs) és a betegséghez kapcsolódó korai halál miatt elvesztett évek (YLLs) összefüggése



*Forrás: <https://esem.hu/szotar/daly-index>*

A mutatót általában 100.000 főre számítva egy-egy országra, esetleg azon belüli területegységre közlik ([https://www.ksh.hu/szamlap/hosszuel\\_bet.html](https://www.ksh.hu/szamlap/hosszuel_bet.html)). A fenti képlet igen egyszerűnek tűnik, számítása azonban meglehetősen komplex: az idő előtti elhalálozás miatt elvesztett életévek (YLL) számításánál a vizsgált halál-ok esetszámát és az elhunyt korának megfelelően globális várható élettartamot vizsgálják, míg a károsodott állapotban leélt évek (YLD) számításánál az esetszám és a leélt évek száma mellett a károsodás/fogyatékoság mértékét és az előfordulás gyakoriságát is figyelembe veszik. E két mutató ismeretében a betegségteher (DALY) számításánál további korrekciókkal élnek (Prüss-Üstün, A. et al, 2003), esetleg relatív életkor-súlyozást is beépítenek a modellbe. Példaként magyarországi adatokat ismertetünk: egy 2018-ban közzétett felmérés ([www.healthdata.org](http://www.healthdata.org)), adatai alapján a magyarországi 70 év feletti lakosság demenciával (Alzheimer-kór és egyéb demenciák) kapcsolatos adatait tartalmazza a 4. táblázat:



4. táblázat: Az Alzheimer-kór és egyéb demenciák betegségterhe a 70 év feletti magyar lakosság körében

Megnevezés	70 év feletti férfiak	70 év feletti nők	70 év feletti lakosság összesen
	év/100.000 fő		
az idő előtti elhalálozás miatt elvesztett életevek (YLL)	4.023,90	4.952,64	4.626,46
károsodott állapotban leélt évek (YLD)	1.269,01	1.605,60	1.487,39
<b>betegségteher (DALY)</b>	<b>5.292,91</b>	<b>6.558,24</b>	<b>6.113,85</b>

Forrás: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

A fent említett, 2018-ban publikált tanulmány (Globális Betegség Terhelés - GBD) 195 ország (illetve terület) betegségekkel kapcsolatos adatait, becsléseit adja közre (Vitrai J. – Bakacs M, 2018). Az adatközlő oldal 1990 és 2017 közötti összehasonlításra ad lehetőséget 359 betegség illetve sérülés, valamint 84 kockázati tényező figyelembevételével.

Az egészségügyi veszteségek számszerűsítését mindhárom fenti tényezőre elvégzi, és többféle szempontból lehetőséget ad az összehasonlításra.

E forrás szerint az Alzheimer kór betegségterhe a férfiak és nők esetében az alábbi (5. táblázat). Az összehasonlítás jól mutatja a nők erősebb érintettségét: szinte mindegyik területen kiemelt helyen szerepel a kór a női populáció betegség-sorrendjében.

5. táblázat: Az Alzheimer kór és egyéb demenciák betegségterhe a 70 év feletti lakosság körében néhány kiemelt országban DALY/100.000 fő - 2016

Megnevezés	70 év feletti férfiak		70 év feletti nők	
	betegségteher/ 100.000 fő	az Alzheimer kór helyezése <sup>7</sup>	betegségteher/ 100.000 fő	az Alzheimer kór helyezése
A Föld egésze	5.037	4	6.757	4
Közép-Európa	5.765	5	7.097	3
Csehország	5.096	6	6.506	3
<b>Magyarország</b>	<b>5.293</b>	<b>6</b>	<b>6.558</b>	<b>3</b>
Lengyelország	6.025	4	7.589	3

<sup>7</sup> az Alzheimer kór helyezése az adott egység betegség-sorrendjében

Megnevezés	70 év feletti férfiak		70 év feletti nők	
	betegségteher/ 100.000 fő	az Alzhei- mer kór helyezése <sup>7</sup>	betegségteher/ 100.000 fő	az Alzhei- mer kór helyezése
Nyugat-Európa	5.625	2	7.976	1
Ausztria	4.932	2	7.162	2
Németország	5.224	4	7.560	2
Nagy-Britannia	5.857	3	8.005	1

Forrás: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

**Amennyiben együtt vizsgáljuk a férfi és női lakosság betegségterheit azt látjuk, hogy a világon és ezen belül Európa különböző részein egyaránt a szívizom elégtelen vérellátásából eredő szívbetegség illetve a stroke jelenti a legnagyobb betegségterhet (1-2 helyezés).**

Ezt követi (váltakozó sorrendben) az Alzheimer-kór illetve a COPD (krónikus obstruktív tüdőbetegség) (3-4 súlyos betegségteher). Magyarország 70 év feletti lakosságánál a leggyakoribb betegségek-sorrendje és terhe az alábbiak szerint alakul: (lásd 6. táblázat)

6. táblázat: A hat leggyakoribb betegség a magyarországi 70 év feletti lakosság körében  
DALY/100.000 fő – 2016

	férfiak		nők	
1.	A szívizom elégtelen vérellátásából eredő szív-betegség	27.726	A szívizom elégtelen vérellátásából eredő szív-betegség	19.643
2.	Stroke	11.546	Stroke	9.378
3.	COPD (krónikus obstruktív tüdőbetegség)	7.319	<b>ALZHEIMER-kór és egyéb demenciák</b>	<b>6.588</b>
4.	Tüdőrák	6.680	A különféle esésekből, sérülésekből fakadó egészségkárosodás	4.842
5.	A különféle esésekből, sérülésekből fakadó egészségkárosodás	5.452	COPD (krónikus obstruktív tüdőbetegség)	4.153
6.	<b>ALZHEIMER-kór és egyéb demenciák</b>	<b>5.293</b>	Magas vérnyomásból eredő szívbetegség	3.374

Forrás: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

A magyarországi 70 év feletti férfiaknál a hatodik, míg a nőknél a harmadik (!) legnagyobb betegségterhet a demencia okozza.

Az előzőekben említettük, hogy a betegségteher-mutató alkotóeleme a károsodott/korlátozott egészségi állapotban töltött életevek száma. Ez a mutató az egészségpolitika, az egészségügyi szolgáltatások szervezése szempontjából fontos mutató: egyrészt az egészségügyi költségvetés tervezése, másrészt a szolgáltatás-nyújtás biztosítása érdekében.

A hivatkozott adatforrás szerint a demenciák a 70 év feletti magyar férfiaknál a 6-7. helyet foglalják el a korlátozottságot jelentő kór-okok között (lásd 7. táblázat), míg nőknél kissé előrébb szerepel ez a tünetegyüttes.

7. táblázat: Az Alzheimer kór és egyéb demenciák miatti korlátozottságban leélt évek száma (YLD) a 70 év feletti lakosság körében néhány kiemelt országban YLD/100.000 fő - 2016

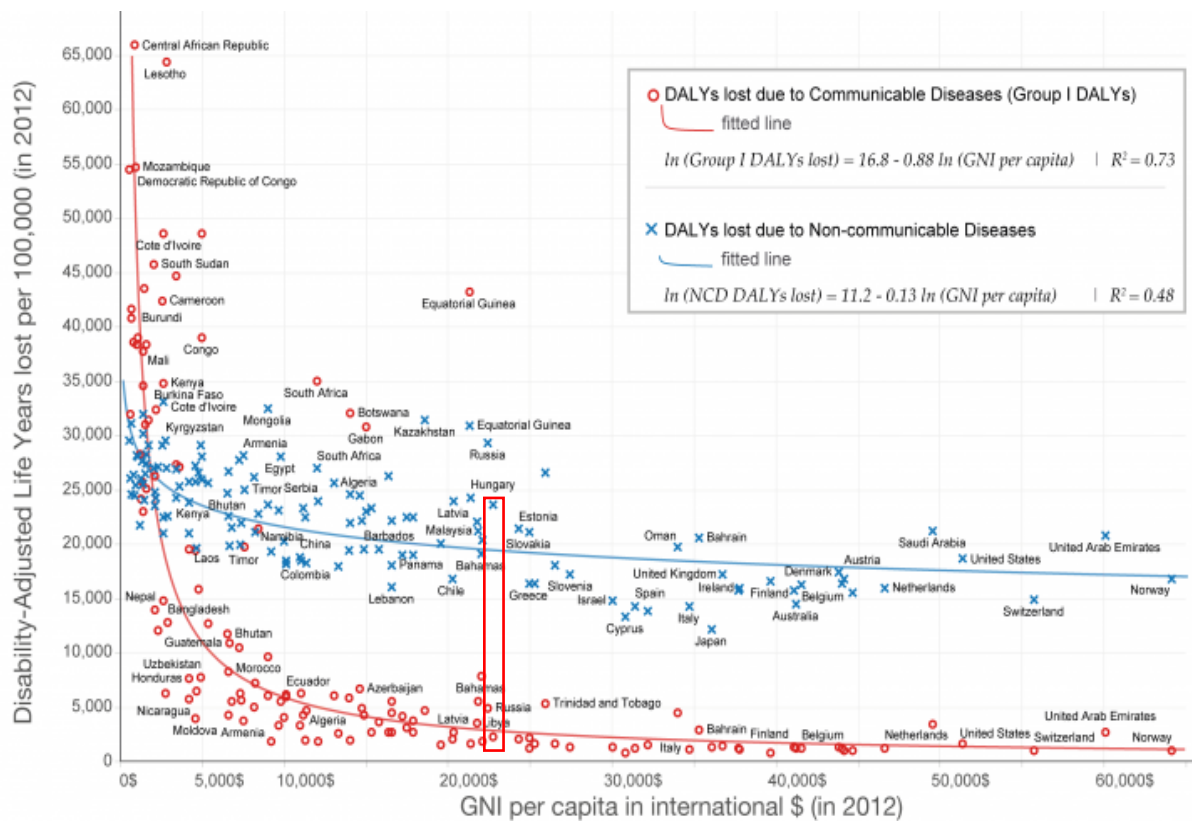
Megnevezés	70 év feletti férfiak		70 év feletti nők	
	korlátozott egészségi állapotban töltött életevek száma /100.000 fő	az Alzheimer kór helyezése <sup>8</sup>	korlátozott egészségi állapotban töltött életevek száma /100.000 fő	az Alzheimer kór helyezése
A Föld egésze	1.092	6	1.472	6
Közép-Európa	1.288	7	1.611	7
Csehország	1.161	7	1.498	7
<b>Magyarország</b>	<b>1.269</b>	7	<b>1.606</b>	7
Lengyelország	1.342	7	1.735	6
Nyugat-Európa	1.247	5	1.760	3
Ausztria	1.191	6	1.726	4
Németország	1.197	6	1.672	5
Nagy-Britannia	1.143	5	1.542	5

Forrás: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

<sup>8</sup> az Alzheimer kór helyezése az adott egység betegség-sorrendjében

2016-ban a világon 44 millió ember szenvedett Alzheimer kórban, mely betegség a demenciában szenvedők 50-70%-át (Gyarmati A., 2010) sújtja. Ebben az évben a betegséggel és a betegek ellátásával kapcsolatos **globális költségek becsült értéke 605 milliárd dollár** volt (<https://www.felejtekek.hu/adatok-es-tenyek.html>) ami **egy betegre számítva 13.750 dollárt jelent. Ez az összeg mai (2019) árfolyamon közel 4 millió forint fejenként.** Ugyanakkor **a mentális betegségek betegségterhe és a lakosság mentális egészségére szánt összeg általában nincs összhangban egymással** (Czér P., 2019). Miközben **a mentális, a neurológiai** és a szerhasználattal összefüggő zavarok, valamint az önkárosítás (mental, neurological and substance use disorders and self-harm: MNSS) **okozta betegségteher globális szinten a teljes betegségteher 12%-át tette ki**, aközben a lakosság mentális egészségére fordított állami kiadás az egészségügyi költségvetés csupán 2%-ra volt tehető. Ez az arány az alacsony jövedelmű, elmaradott országokban még rosszabb: 0,5%, miközben ezekben az országokban általában magasabbak a betegségterhek: egy 2009-ben közzét publikáció szerint a Föld népességének DALY-ban kifejezett betegségterhének 8%-át adták a magas, 38%-át a közepes és 54%-át az alacsony jövedelmű országok lakóinak betegségei ([https://www.ksh.hu/szamlap/hosszuel\\_bet.html](https://www.ksh.hu/szamlap/hosszuel_bet.html)). Ezt az aránytalanságot jó szemlélteti a *12. ábra*, amely a globális betegségterhet ábrázolja néhány ország esetében, az egy főre jutó bruttó nemzeti függvényében. Az ábrán jól látszik, hogy a gazdaságilag fejletlen országok állampolgáira lényegesen magasabb betegségteher hárul, mint a gazdaságilag fejlettekére. Különösen szembetűnő ez a különbség a fertőző betegségek tekintetében, amelyekben akár harmincszoros különbség is észlelhető. Természetesen ebben közrejátszanak az országok közötti földrajzi, éghajlati különbségek, de élesen mutatja az egészségügy fejlettségében, a gazdasági helyzetből fakadó finanszírozási lehetőségek eltérését is (különös tekintettel a prevencióra fordítható összegekre). A nem fertőző betegségeknél a fenti különbség „csupán” kétszeres: a gazdaságilag fejlett országok lakói csupán fele annyi egészségben tölthető életévet veszítenek el, mint kevésbé szerencsés embertársaik.

12. ábra: A betegségteher és a bruttó nemzeti jövedelem összehasonlítása (2012)



Forrás: [ourworldindata.org/burden-of-disease](http://ourworldindata.org/burden-of-disease)

**Jelmagyarázat:**

*Disability-Adjusted Life lost per 100.000 (in 2012)* = betegségteher = az elvesztett egészséges évek száma 100.000 főre, 2012-ben

*GNI per capita in international \$* = az egy főre jutó bruttó nemzeti jövedelem (GNI) dollárban kifejezve

*DALYs lost due to Communicable Diseases* = a fertőző betegségek következtében elvesztett egészséges évek

*DALYs lost due to Non-Communicable Diseases* = a nem fertőző betegségek következtében elvesztett egészséges évek

Forrás: [ourworldindata.org/burden-of-disease](http://ourworldindata.org/burden-of-disease)

Az MNSS okozta betegségteher magas részesedése a globális betegségteherből (12%) és a MNSS-kórra illetve a megelőzésre fordított egészségügyi kiadások alacsony értéke (2%) közötti aránytalanság arra utal, hogy – főként az alacsony jövedelmű országokban – a különböző mentális betegségekkel élők nem kapják meg a megfelelő orvosi ellátást, holott azzal az elkerülhető halálozások száma csökkenthető

lenne. „A WHO ajánlása alapján az egészségügyi kiadásoknak arányosan kell viszonyulni a betegségterhez, egyenlő mértékben figyelembe véve az egészségügyi ellátás fizikai és mentális vonatkozásait.”

**A Központi Statisztikai hivatal nyilvános elérésű adatbázisában nem található adatok a demenciával, annak betegségterheivel kapcsolatban,** pedig a fentiekből következik, hogy több szempontból is szükséges lenne ezek nyomonkövetése. Mint látható, az elkövetkező évtizedekben várható demográfiai változások (a várható életkor további kitolódása, az időskorú lakosság arányának és számának növekedése) egyértelműen azt vetítik előre, hogy egyre több ember fog közöttünk demenciával élni. Erre nem csupán a szakembereknek, hanem (akár globális, akár lokális szinten) az egészségpolitikának, a költségvetésnek, az intézményrendszernek és az egyéneknek is fel kell készülniük.

### Felhasznált irodalom

Balogh András (2008): Az aprófalvas településállomány differenciálódási folyamatai Magyarországon. Savaria University Press, Szombathely

Czér P: (2019): Cikkismertetés: Daniel V Vigo, Devora Kestel, Krishna Pendakur, Graham Thornicroft, Rifat Atun. Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. doi: 10.1016/S2468-2667(18)30203-2. – in: Egészségfejlesztés, LX. évfolyam, 2019. 1. szám

Dementia in Europe Yearbook (2018): <https://www.alzheimer-europe.org/content/download/170520/1288967/file/2018%20Alzheimer%20Europe%20Yearbook%20-%20FINAL.pdf> (letöltve: 2019.04.22.)

Demográfiai Évkönyv 2016- KSH, 2017 - 96.o.

Demográfiai portré 2018 – KSH, Budapest, 194 o

Egészségi állapot és egészségmagatartás, 2016–2017 – KSH, Budapest - 2018

Egészségi állapot és egészségmagatartás, 2016–2017 - Központi Statisztikai Hivatal - 2018 <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/egeszsegallapot1617.pdf> (letöltve: 2019.05.20.)

Érsek K. et al. (2010): A dementia epidemiológiája Magyarországon. [http://elitmed.hu/upload/pdf/a\\_dementia\\_epidemiologiaja\\_magyarorszagon-5711.pdf](http://elitmed.hu/upload/pdf/a_dementia_epidemiologiaja_magyarorszagon-5711.pdf) letöltve: 2019. 06. 01.)

Gyarmati Andrea (2010): Demensek a szociális ellátórendszerben. Kapocs, IX. évf. 2. sz. (2010. június) [http://epa.oszk.hu/02900/02943/00045/pdf/EPA02943\\_kapocs\\_2010\\_2\\_04.pdf](http://epa.oszk.hu/02900/02943/00045/pdf/EPA02943_kapocs_2010_2_04.pdf) (letöltve: 2019.06.02.)

<http://nepesseg.population.city/magyarorszag/>

<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/korosodas.pdf> (letöltve: 2019.07.28.)

<https://esem.hu/szotar/daly-index> (letöltve: 2019.07.22.)

<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

<https://www.felejtekek.hu/adatok-es-tenyek.html>

<https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html>

<https://www.ksh.hu/interaktiv/terkepek/mo/nepesseg.html?mapid=WNT001>

[https://www.ksh.hu/szamlap/hosszuel\\_bet.html](https://www.ksh.hu/szamlap/hosszuel_bet.html) (letöltve: 2019.07.20.)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2787842/> (letöltve: 2019.07.02.)

[https://www.oecd-ilibrary.org/sites/health\\_glance\\_eur-2018-19-en/index.html?itemId=/content/component/health\\_glance\\_eur-2018-19-en](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance_eur-2018-19-en/index.html?itemId=/content/component/health_glance_eur-2018-19-en)

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

Kovács Katalin (2013): Területi, társadalmi hátrányok és beavatkozási politikák. In: Hátrányban, vidéken. Argumentum Kiadó, Budapest

Kovács Katalin (2006): Az özvegyek, az elváltak és az egyedülállók egészségi állapota. Arányos vagy koncentrálnódó terhek? In: Demográfia, 2006. 49. évf. 1. szám 7–45.

KSH Mikrocenzus 2016 (2017). Központi Statisztikai Hivatal, [https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus\\_2016\\_3.pdf](https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_3.pdf) (letöltve: 2019.07.22.)

KSH Népeség, népmozgalom (1900-) (1/3)

[https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_hosszu/h\\_wdsd001a.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001a.html), (letöltve: 2019.07.28.)

Magyarország, 2017 - <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2017.pdf>

Nagyvárad Katalin – Mátrai Zsuzsa (2015): Hazai és nemzetközi kutatások az egészségi állapotról. Neveléstudomány, 2015/3.

[http://nevelestudomany.elte.hu/downloads/2015/nevelestudomany\\_2015\\_3\\_70-78.pdf](http://nevelestudomany.elte.hu/downloads/2015/nevelestudomany_2015_3_70-78.pdf) (letöltve: 2019.07.03.)

Németh Nándor (2008): Fejlődési tengelyek az új hazai térszerkezetben. ELTE Regionális Tudományi Tanszék, Budapest

Nyirkos Péter dr.(2005): Tényeken Alapuló Orvostudomány Módszertani Ajánlások, Melania kiadói Kft. <https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tkt/tenyeken-alapulo/ch13s48.html> (letöltve: 2019.07.20.)

OECD (2018): Care Needed: *Improving the Lives of People with Dementia* [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/care-needed\\_9789264085107-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/care-needed_9789264085107-en#page1) (letöltve: 2019.06.02.)

OECD/EU (2018): Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)

OECD-elemzés a 28 EU-országra vonatkozó adatokról a 2015-ös World Alzheimer-jelentésből, StatLink<http://dx.doi.org/10.1787/888933834889>

[ourworldindata.org/burden-of-disease](http://ourworldindata.org/burden-of-disease)

Prince, Martin, et al. (2013): The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & dementia* 9.1 (2013): 63-75. [https://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260\(12\)02531-9/fulltext](https://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260(12)02531-9/fulltext) (letöltve: 2019.06.22.)



Shunquan Wu, S., et al (2013): The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC Public Health. 13. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/320>

Viña J, Lloret A. (2010): Why women have more Alzheimer's disease than men: gender and mitochondrial toxicity of amyloid-beta peptide. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20442496>

Vitrai J. – Bakacs M. (2018): A Globális Betegségteher Vizsgálat legutóbbi „nagy dobása” – Last „big throw” of the Global Burden of Diseases Study – Lancet 2017. 392 - cikkismertetés – Egészségfejlesztés, LIX. évf. 6 sz. 50-60. o. (letöltve: 2019.07.22.)

World Health Organization (2017): Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025 [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/action\\_plan\\_2017\\_2025/en/](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/) (letöltve: 2019.07.03.) [www.healthdata.org](http://www.healthdata.org)



## Mellékletek

### 1. számú melléklet: Néesség, népmozgalom (1900–)(1/3) –KSH

Év <sup>a</sup>	A népesség száma, január 1., ezer fő <sup>b</sup>	Átlagéletkor, január 1.			Élveszületés		Halálozás		Természetes szaporodás, fogyás (-)	
		férfi	nő	összesen	összesen	ezer lakosra	összesen	ezer lakosra	összesen	ezer lakosra
1989	10 421	..	..	..	123 304	11,9	144 695	13,9	-21 391	-2,1
1990	10 375	35,5	39,0	37,3	125 679	12,1	145 660	14,0	-19 981	-1,9
1991	10 373	35,5	39,1	37,4	127 207	12,3	144 813	14,0	-17 606	-1,7
1992	10 374	35,6	39,2	37,5	121 724	11,7	148 781	14,3	-27 057	-2,6
1993	10 365	35,7	39,3	37,6	117 033	11,3	150 244	14,5	-33 211	-3,2
1994	10 350	35,8	39,5	37,7	115 598	11,2	146 889	14,2	-31 291	-3,0
1995	10 337	35,9	39,6	37,8	112 054	10,8	145 431	14,1	-33 377	-3,2
1996	10 321	36,0	39,8	38,0	105 272	10,2	143 130	13,9	-37 858	-3,7
1997	10 301	36,1	40,0	38,1	100 350	9,8	139 434	13,5	-39 084	-3,8
1998	10 280	36,3	40,2	38,3	97 301	9,5	140 870	13,7	-43 569	-4,2
1999	10 253	36,5	40,4	38,5	94 645	9,2	143 210	14,0	-48 565	-4,7
2000	10 222	36,6	40,6	38,7	97 597	9,6	135 601	13,3	-38 004	-3,7
2001	10 200	37,1	41,1	39,2	97 047	9,5	132 183	13,0	-35 136	-3,4
2002	10 175	37,3	41,3	39,4	96 804	9,5	132 833	13,1	-36 029	-3,5
2003	10 142	37,5	41,6	39,6	94 647	9,3	135 823	13,4	-41 176	-4,1
2004	10 117	37,7	41,8	39,8	95 137	9,4	132 492	13,1	-37 355	-3,7
2005	10 098	37,9	42,0	40,1	97 496	9,7	135 732	13,5	-38 236	-3,8
2006	10 077	38,0	42,2	40,2	99 871	9,9	131 603	13,1	-31 732	-3,2
2007	10 066	38,2	42,4	40,4	97 613	9,7	132 938	13,2	-35 325	-3,5
2008	10 045	38,4	42,6	40,6	99 149	9,9	130 027	13,0	-30 878	-3,1
2009	10 031	38,5	42,8	40,8	96 442	9,6	130 414	13,0	-33 972	-3,4
2010	10 014	38,7	43,0	40,9	90 335	9,0	130 456	13,0	-40 121	-4,0
2011	9 986	38,9	43,2	41,1	88 049	8,8	128 795	12,9	-40 746	-4,1
2012	9 932	39,3	43,5	41,5	90 269	9,1	129 440	13,0	-39 171	-3,9
2013	9 909	39,5	43,7	41,7	88 689	9,0	126 778	12,8	-38 089	-3,9
2014	9 877	39,7	43,9	41,9	91 510	9,3	126 308	12,8	-34 798	-3,5
2015	9 856	39,9	44,1	42,1	91 690	9,3	131 697	13,4	-40 007	-4,1
2016	9 830	40,0	44,2	42,2	93 063	9,5	127 053	12,9	-33 990	-3,5
2017	9 798	40,2	44,4	42,4	91 577	9,4	131 674	13,5	-40 097	-4,1
2018	9 778	40,3	44,5	42,5	89 807	9,2	131 045	13,4	-41 238	-4,2
2019	9 773	40,5	44,7	42,7	..	..	..	..	..	..

2. számú melléklet: A 65 éves és idősebb népesség vélt egészségi állapota családi állapot és nem szerint, 2017. december 31.

Családi állapot	Vélt egészség							
	nagyon jó vagy jó	kielégítő	rossz vagy nagyon rossz	összesen	nagyon jó vagy jó	kielégítő	rossz vagy nagyon rossz	összesen
	becsült népességszám, ezer fő				megoszlás, %			
<b>Férfi</b>								
Nőtlen	3,2	13,4	7,0	23,6	13,5	56,6	29,8	100,0
Házass	93,4	205,5	115,0	413,8	22,6	49,6	27,8	100,0
Özvegy	18,5	80,3	45,7	144,5	12,8	55,6	31,6	100,0
Elvált	17,1	30,8	18,1	66,0	25,9	46,7	27,4	100,0
Összesen	132,2	330,0	185,8	647,9	20,4	50,9	28,7	100,0

<b>Nő</b>								
Hajadon	7,6	29,7	16,4	53,7	14,2	55,3	30,5	100,0
Házass	164,1	359,6	205,8	729,5	22,5	49,3	28,2	100,0
Özvegy	89,9	363,8	268,3	721,9	12,4	50,4	37,2	100,0
Elvált	39,5	90,4	57,8	187,7	21,1	48,2	30,8	100,0
Összesen	301,1	843,5	548,2	1 692,9	17,8	49,8	32,4	100,0

*Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2017 – KSH, 2017*

3. számú melléklet: Az egészségesen várható élettartam nemenként Európa országaiban 2016. 12.31.

Ország	2016			
	születéskor		65 éves korban	
	férfi	nő	férfi	nő
Ausztria	57,0	57,1	8,2	7,4
Belgium	63,7	63,8	10,3	11,4
Bulgária	64,0	67,5	9,2	10,1
Ciprus	67,5	68,8	11,2	10,3
Csehország	62,7	64,0	8,4	8,9
Dánia	60,3	60,3	11,5	11,9
Egyesült Királyság	63,0	63,1	10,4	11,1
Észtország	54,4	59,0	5,5	7,0
Finnország	59,1	57,0	9,4	8,9
Franciaország	62,6	64,1	9,5	10,6
Görögország	63,8	64,7	8,0	7,8
Hollandia	62,8	57,8	10,3	9,9
Horvátország	57,1	58,7	5,2	4,9
Írország	67,3	69,8	12,0	13,2
Lengyelország	61,3	64,6	8,2	8,9
Lettország	52,3	54,9	<b>4,4</b>	4,5
Litvánia	56,2	59,4	5,6	5,6
Luxemburg	61,4	58,9	9,5	8,0
<b>Magyarország</b>	<b>59,5</b>	<b>60,2</b>	<b>6,7</b>	<b>6,4</b>
Málta	71,1	72,4	12,8	12,9
Németország	65,3	67,3	11,5	12,4
Norvégia	72,0	67,8	<b>15,4</b>	15,2
Olaszország	67,6	67,2	10,4	10,1
Portugália	59,9	57,4	7,7	6,4
Románia	59,8	59,0	6,2	5,6
Spanyolország	65,9	66,5	10,4	10,4
Svájc	61,0	57,7	10,1	9,8
Svédország	73,0	73,3	15,1	<b>16,6</b>
Szlovákia	56,4	57,0	4,5	<b>4,2</b>
Szlovénia	58,7	57,9	8,4	8,2

*Forrás: Eurostat Database, Health Status, Healthy Life Years adatok a 2018. júniusi frissítés szerint - in: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2017 – KSH, 2017*

## A demencia korszerű szemlélete – Kovács Tibor

### Rövidítések jegyzéke

AChEI	acetil-kolin észteráz inhibitor
ADL	Activity of daily living
AK	Alzheimer-kór
AKV	Addenbrooke Kognitív Vizsgálat
APOE	Apolipoprotein E
APP	Amiloid prekursor protein
ARB	Angiotenzin receptor blokkoló
AT(N)	Amiloid Tau Neurodegeneráció
BNO	Betegségek Nemzetközi Osztályozása
BPSD	Behavioural and psychological symptoms of dementia
CBS	Corticobasalis szindróma
CDR	Clinical Dementia Rating
CJD	Creutzfeldt-Jakob disease
DSM	Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders
EOAD	Early-onset Alzheimer's disease
FTD	Frontotemporális demencia
LOAD	Late-onset Alzheimer's disease
LTD	Lewy-testes demencia
MMSE	Mini Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MRI	Mágneses rezonancia képalkotás
NFT	Neurofibrillary tangle
PART	Primary age-related tauopathy
PCA	Posterior cortical atrophy
PET	Pozitron emissziós tomográfia
PSEN1	Preszenilin 1
PSEN2	Preszenilin 2
PSP	Progresszív supranuclearis paresis
REM	Rapid eye movement
SSRI	selective serotonin reuptake inhibitor

A demencia nem betegség, hanem tünetcsoport, azaz szindróma, számos idegrendszeri és általános testi betegség következményeként alakulhat ki. Meghatározásában minden diagnosztikai kritériumban elsődleges a mindennapi aktivitást zavaró kognitív károsodás jelenléte, ugyanakkor a domináns kognitív tünetek mellett a magatartási tünetek (behavioural and psychological symptoms of dementia, BPSD) és a mindennapos tevékenységek (activity of daily living, ADL) doménjai is hozzájárulnak a klinikai képhez.

A demencia a neurológiai és a pszichiátria, az egészségügy és a szociális ellátás hatáskörébe is tartozik, de sajnos talán sokszor egyikhez sem. Minden betegcsoportban fontos a beteget gondozó személy, de a demencia ellátásában ez a szerep sokkal kiemelkedőbb. A gondozó a krónikus, évekig-évtizedekig tartó folyamatban többszörösen és egyre inkább érintetté válik a demens beteg szűkülő világában: kezdetben csak a bonyolult tevékenységekben (pl. pénzügyek intézése) kell segítenie, majd a mindennapos funkciókban is, végül már az alapvető fizikai és autonóm funkciókban is.

A demencia ellátásában a közvetlen egészségügyi ráfordítások mellett a közvetett társadalmi költségek is jelentősek. A növekvő betegszám mellett ez az oka annak, hogy a modern társadalmak egyik legjelentősebb kihívásává a demencia válik a XXI. században.

A demencia legfontosabb, leggyakoribb, legjobban kutatott oka az Alzheimer-kór (AK). A degeneratív demenciák patogenezisének, neuropatológiájának és diagnosztikájának fejlődése az elmúlt 10 évben vitathatatlan, igen látványos, ugyanakkor sajnos a terápiás lehetőségek bővülése várat magára. Az utolsó sikeres tüneti terápia AK-ban a memantine 2003-as vizsgálata volt, azóta **nincs új, a kognitív tüneteket javító kezelés**. Ennél is aggasztóbb azonban, hogy **a betegség lefolyását módosító (ún. disease-modification) kezelési lehetőségek sikere még távolibbnak tűnik**. Az AK anti-amiloid kezelési stratégiái egymás után bizonyulnak sikertelennek, az aktív immunizáció, a béta- és gamma szekretázgátlók mellett illetve után a passzív immunizációs gyógyszervizsgálatok (bapineuzumab, ponezumab, gantenerumab, crenezumab, illetve az aducanumab) is elbuktak. Talán pontosan emiatt, **egyre nagyobb figyelmet kapnak a demencia és az AK kockázati tényezői, illetve azok módosítása**.

## A demencia epidemiológiája

A demencia előfordulása a korral nő, 65 év felett 5 évente megduplázódik: 65 éves korban 1% körüli, 85 év felett már 30%. Nőkben minden korcsoportban gyakoribb. A fejlett országok társadalma öregszik, egyre nagyobb az idősek aránya, így a demencia is egyre nagyobb egészségügyi-gazdasági problémát

jelent. A demens betegek száma Európában a 2000-es kb. 7 millióról 2050-re 16 millióra nő, miközben az aktív lakosság száma csökken: **2000-ben 69 aktív dolgozóra jutott 1 demens beteg, ez 2050-ben már csak 21:1.** A magyarországi helyzet sem jobb, legalább 150, maximum 300 ezer demens beteg lehet (Érsek et al, 2010, ld a vonatkozó fejezetet.).

### **A demencia és az enyhe kognitív zavar definíciója**

A demencia meghatározása (8. táblázat) sokat változott a közelmúltban. A legfrissebb definíció szerint (DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)) a demencia, mint diagnózis már nem szerepel, annak elsősorban stigmatizáló hatása miatt nem javasolták használatát. Helyette a „Major neurokognitív betegség” fogalmát vezették be, mely azonban nehézkes, nem terjedt még el (APA, 2013). Előnye a DSM-5 osztályozásnak, hogy több kognitív domént határoz meg (1. Összetett figyelem (koncentráció, megosztott illetve szelektív figyelem); 2. Exekutív (végrehajtási) funkciók (tervezés, munkamemória, flexibilitás, stb., azaz prefrontális tünetek); 3. Tanulás/memória; 4. Nyelvi készségek; 5. Vizuális percepció és konstrukció (rajzolás, tájékozódás, praxis); 6. Szociális kogníció (érzelmelek felismerése, személyiség változás)), valamint AK-ban már egy domén érintettségével is kimondható a major kognitív zavar diagnózisa, illetve a BPSD tüneteket is figyelembe veszi a diagnózisban.

**A megelőző kritériumrendszer (DSM-IV.) meghatározása (APA, 1994) a mindennapi gyakorlat számára mindemellett azonban használhatóbb maradt.** Eszerint a demencia tünetcsoportjának összetevői:

1. Memóriazavar
2. Az alábbi lebenytünetek legalább egyike: a beszéd (aphasia), a cselekvés (apraxia), a felismerés (agnosia) vagy a végrehajtási (exekutív) funkciók zavara.
3. A tünetek/panaszok a mindennapi életben és/vagy a munkában zavart okoznak.
4. Megelőző magasabb szintű tevékenység romlását jelzik.
5. A tünetek előfordulásakor tudatzavar nincs.

A demencia megjelenése (legalábbis a degeneratív demenciák esetében) folyamatos, progresszív folyamat. A demencia klinikai diagnózisát még nem kielégítő, de már kognitív tünetekkel kísért szakaszra vezették be az enyhe kognitív zavar (mild cognitive impairment, MCI) kategóriát (Petersen et al, 2009, melynek megítélése, meghatározása nem egységes. AK-ban például a biomarkerek segítségével

már magát a betegséget lehet azonosítani, annak korai, demenciát vagy még MCI-t sem okozó szakaszában is. Más demenciaformákban az MCI meghatározása bizonytalanabb.

Az MCI helyett a DSM 5 a „minor neurokognitív betegség” fogalmát vezette be. Az MCI feltétele a mindennapi életvitelt még nem károsító kognitív tünetek jelenléte. A domináló tünet alapján lehet amnesztikus és nem amnesztikus MCI, illetve lehet multi- vagy monodoménes tünetekkel járó forma is. AK-ra az amnesztikus vagy a multidoménes, míg frontotemporális demenciára (FTD) az aphasia vagy a magatartási tünet, Lewy-testes demenciára (LTD) a korai visuospeciális tünetek utalhatnak MCI-ban.



Gottsegen György Országos  
Kardiológiai Intézet



## 8. táblázat: A demencia diagnózisa (saját szerkesztés)

### DSM-IV:

- A1: Memóriazavar  
A2: Legalább az alábbiak egyike: aphasia, apraxia, agnosia, frontális végrehajtási funkciók zavara  
B: A kognitív deficit (mind A1, mind A2 esetében) szignifikáns károsodást okoz a szociális funkciókban vagy munkaképességben és szignifikáns romlást jelent a korábbi képességek szintjéről.  
C: A kognitív károsodás nem kizárólag delíriumban mutatható ki.

### DSM-5:

- A: Az alábbiak közül egy vagy több kognitív domén károsodásának szignifikáns romlása igazolható a megelőző teljesítményhez képest\*: tanulás és memória; nyelvi funkciók; frontális végrehajtási funkciók; komplex figyelem; perceptuális-motoros funkciók; szociális kognitív funkciók.  
B: A kognitív károsodás a mindennapi tevékenységek függetlenségét zavarja. Minimálisan a komplex mindennapi eszközös tevékenységekben (mint a pénzügyek kezelése vagy a gyógyszerelés kezelése) segítség szükséges.  
C: A kognitív károsodás nem kizárólag delíriumban mutatható ki.  
D: A kognitív károsodás más mentális betegséggel (pl. major depresszió, skizofrénia) nem magyarázható.

\* A funkcióromlás kimutatása az alábbiakon alapszik: a beteg panaszai, a beteg állapotáról megfelelő ismeretekkel rendelkező gondozó vagy a klinikus véleménye ÉS a szignifikánsan károsodott kognitív funkciók igazolása standardizált neuropszichológiai tesztek használatával.

### BNO-10 ([www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf))

#### G1. Az alábbiak mindegyike:

- (1) Memóriazavar (verbális és nonverbális).

A károsodást a kórtörténet (gondozó véleménye alapján) igazolja, lehetőség szerint neuropszichológiai tesztekkel igazolva.

A károsodás mértéke lehet:

- enyhe: a mindennapi tevékenységet zavaró, de a független életvitelt nem gátló mértékű zavar. A károsodás a rövidtávú memóriát érinti elsősorban.  
mérsékelt: a független életvitelt zavaró mértékű memóriazavar, a hosszútávú memória is károsodott.  
súlyos: új információk megjegyzésének teljes hiánya, hosszútávú emlékeknek csak fragmensei, közeli hozzátartozók felismerési zavara.

- (2) Más kognitív domének károsodása.

A károsodást a kórtörténet (gondozó véleménye alapján) igazolja, lehetőség szerint neuropszichológiai tesztekkel igazolva.

A károsodás mértéke lehet:

- enyhe: a mindennapi tevékenységet zavaró, de a független életvitelt nem gátló mértékű zavar. A zavar a komplex mindennapi tevékenységekben kimutatható, de gondozói segítségre nem szorul.  
mérsékelt: a mindennapi tevékenység csak segítséggel kivihető.  
súlyos: A beteg saját tevékenységének teljes vagy közel teljes hiánya.

#### G2. Tudatzavar, delírium hiánya.

G3. Az érzelmi kontroll vagy motiváció vagy a szociális viselkedés károsodása, legalább az alábbiak egyike:

- (1) emocionális labilitás  
(2) irritabilitás  
(3) apathia  
(4) a szociális viselkedés károsodása

G4. A biztos diagnózishoz a tünetek legalább hat hónapos fennállása szükséges, rövidebb tartam esetén a diagnózis tentatív.



## A demencia tünetei

### *A lebenytünetek*

A demencia diagnózisához szükséges a lebenytünetek felismerése.

A beszédfunkciók kérgi eredetű károsodása az **aphasia**. Az agyi beszédközpontok és azok összeköttetéseinek károsodása miatt alakul ki. A beszédértés a temporális lebenyben, a Wernicke-féle szenzoros beszédközpontban lokalizálódik, míg a beszéd képzése a frontális lebenyben található motoros beszédkéreg, a Broca-féle beszédmező funkciója. E két központ károsodása okozza a két alapvető aphasia típust, a motoros és szenzoros aphasiát.

A motoros aphasiás beteg a beszédet érti, a verbális utasításokat végrehajtja, azonban nem tudja magát kifejezni, a beszéd nem folyamatos, akadozó, a nyelvtani szabályokat nem tartja.

A szenzoros aphasiás beteg ezzel ellentétben folyamatosan beszél, de a beszéd nem érthető, gyakran jelentéssel nem bíró szavakat (neologizma) tartalmaz. A beteg a verbális utasításokat nem érti. Előfordul a két alaptípus keveredése (globális aphasia), amikor a beteg nem érti a beszédet és beszélni sem tud folyamatosan. Demenciákban gyakori aphasia forma az ún. anomias aphasia, amikor a beteg nem tudja megnevezni a tárgyakat, nem jutnak eszébe a szavak beszéd közben. Gyakran körülírásokat használ. A szemantikus aphasia esetében a szavak jelentése is elveszik, ilyenkor a beteg nemcsak megnevezni, hanem azonosítani sem tudja a szavakat, a szavak/főnevek jelentése is kiesik. Az előrehaladott klinikai szakaszokban gyakori az ún. „zsargon” aphasia, amikor a beteg beszéde főnevektől mentes, töltelék szavakból, klisékből áll.

Az **apraxia** az akaratlagos mozgás és az összetett cselekvés végrehajtásának zavara, melyet nem ügyetlenség vagy izomgyengeség magyaráz. Egyik formája során a cselekvés fogalmának elvesztése miatt károsodik a mozgás (ideomotoros apraxia), pl. a betegek nem képesek tárgyak nélkül cselekvést imitálni, gesztusokat (pl. integetés) végrehajtani.

Az **agnosia** a felismerés zavara, melyet nem az érzékszervi funkciók károsodása okoz. Így például a vizuális agnosia során a beteg ugyan látja a tárgyat, de azt nem ismeri fel. Ha viszont kezébe adjuk, tapintással felismerheti azt. Az agnosiák egyik formája a prosopagnosia, amikor a beteg az arcokat nem tudja felismerni, pl. hozzátartozóját arcról nem ismeri fel, ugyanakkor hang alapján azonosítani tudja őt; AK-ban gyakori tünet. A neglect is speciális agnosia, mely a szubdomináns oldali (jobb kezes embereknél a bal oldali) tér- vagy testfél figyelemzavarásával jár. A betegek az agyuk bal oldala mellett

álló hozzátartozókra pl. nem figyelnek, vagy nem veszik tudomásul bal testfél gyengeségüket (anosognosia), így járni próbálva elesnek. Nem veszik észre a bal oldalra eljűk helyezett enivalót, de például nehezebben érzélik a balról érkező autót pl. a forgalomban.

Az *alexia* az olvasás képességének szerzett zavara.

Az *agraphia* az írás képességének szerzett zavara, melyet nem a kéz gyengesége vagy ügyetlensége, hanem az agykérgi központok és azok kapcsolatainak zavara okoz (Szirmai, 2005).

### ***BPSD tünetek***

A különböző eredetű demenciákban a BPSD tünetek intenzitása, megoszlásuk, a demencia stádiumától függő megjelenése jelentősen változik, de **minden demenciaformában igen fontos tényezőt alkotnak**, különösen a gondozók számára okoznak nehezen feldolgozható problémát. Megjelenésük rontja a demencia kimenetelét, számos szövődményhez vezetnek, megnövelik az igénybe vett egészségügyi ellátás mennyiségét és önmagukban a legjelentősebb meghatározói a gondozóintézményi ellátás igénybevételének. Sajnos, **gyakran csak ezek azok a tünetek, amik a betegek orvosi vizsgálatát eredményezik, mely különösen AK-ban, már a betegség előrehaladottabb, általában középsúlyos szakaszát jelentik.**

Bár jelentősége egyértelmű, a demencia klinikai kritériumai csak a legutóbbi időkben, (2013-tól a DSM-5) fordítottak ezekre figyelmet.

A leggyakoribb BPSD tüneteket az alábbi, 9. táblázat sorolja fel.

<i>Magatartási tünetek</i>	<i>Pszichológiai tünetek</i>
Agitáció	Szorongás (anxietás)
Kérdeztetés (calling out)	Apátia
Sírás	Delúzió
Agresszió (fizikai vagy verbális)	Depresszió
Nyugtalanág	Diszinhibíció (gátolatlanág)
Kiabálás/sikoltozás	Eufória
Szexuális viselkedési zavarok	Hallucinációk
Kóborlás	Miszidentifikáció
Alvászavarok	

<i>Magatartási tünetek</i>	<i>Pszichológiai tünetek</i>
Járálás vagy ismétlődő motoros aktivitás	
Naplemente-tünet („sundowning”)	

9. táblázat: *A BPSD tünetek felosztása (saját szerkesztés)*

A BPSD tünetek csoportosíthatók még pszichés (pl. hallucinációk, delúziók, anxiétás és az affektív tünetek), pszichomotoros (pl. agitáció, kóborlás) és viselkedési (pl. agresszivitás, alvászavar) csoportba is. Feloszthatók aszerint is, hogy a gondozók számára milyen súlyú problémát okoznak. Eszerint a gondozói stresszt leginkább a hallucinációk, doxazmák, agresszió, nyugtalanság, alvászavar és a depresszió okozza. Mérsékelt stresszfaktorként azonosították az agitációt, a kóborlást, a kiabálást/sikoltozást és a miszidentifikációs tüneteket. A legkevesebb gondozói stresszt az ismétlődő motoros tevékenységek (perszeverációk), a sírás, az anxiétás és az apátia okozza.

A BPSD tünetek előfordulása jelentős különbségeket mutat a különböző eredetű demenciákban, így pl. frontotemporális demenciákban korai, vezető tünet lehet, vagy diagnosztikus értékkel is bírhat, mint diffúz Lewy-testes demenciában a korán megjelenő vizuális hallucinációk. Általában a demencia súlyosságával gyakrabban fordulnak elő, bár előrehaladott, súlyos szakaszban gyakoriságuk, intenzitásuk csökken. Gondozóotthoni demens betegekben gyakoribbak, mint az otthonukban gondozott betegek között (ami figyelembe véve azt, hogy gondozóotthoni elhelyezés erős prediktorai a BPSD tünetek, nem meglepő). Előfordulások egy adott időszakban a 90%-ot is elérheti. A kisebb, specializált gondozóotthonokban, egyszemélyes szobákban történt elhelyezéskor, nagyobb számú gondozószeméllyel a BPSD prevalenciája is kisebb. A demencia lefolyása során bármikor, bármilyen mintázatban megjelenhetnek.

Az orvosi gyakorlatban a BPSD tünetek felmérésére, azonosítására **BPSD mérőskálák** használatosak. Ezek közül legismertebb az NPI (Neuropsychiatric Inventory), mely különösen gyógyszervizsgálatokban elterjedt mérőskála. Alzheimer-kór BPSD tüneteinek mérésére szolgál a BEHAVE-AD (Behavioural Scale of Alzheimer’s disease). Több tünetnek önmagában is létezik tesztje (depresszió, apátia, anxiétás, agitáció stb.)

Az agitáció olyan nem megfelelő verbális, vokális vagy motoros aktivitás, mely a külső szemlélő szerint nem közvetlenül a beteg szükségleteiből vagy zavart viselkedéséből származik (Cohen-Mansfield-féle meghatározás). Az agitáció mindig szociálisan nem megfelelő viselkedés, így lehet sértő vagy agresszív a beteg vagy a környezete számára, de lehet megfelelő viselkedésforma is, amit nem megfelelő gyakorisággal végez a beteg, pl. folyamatosan kérdezősködés. Máskor a viselkedés ugyan általában

lehet megfelelő, de agitációt jelent a szociális formák be nem tartása, a nem a helyzetnek megfelelő viselkedés, mint pl. levetkőzés közösségi terekben.

Szintén Cohen-Mansfield szerint négy alapformája létezik: verbálisan agitált nem agresszív, fizikálisan nem agresszív, fizikálisan agresszív és verbálisan agresszív. A demens betegekben a verbális agresszív viselkedés formája a kiabálás/sikoltozás illetve a káromkodás, szitkozódás. A fizikális agresszivitás irányulhat maga a beteg ellen (autoagresszió) vagy a beteg környezete ellen (heteroagresszió). Demens betegeknél gyakori a passzív, indirekt fizikális agresszió, ami az étel-ital elutasításában (mely azonban jelentkezhethet önkárosító, szuicid késztetések részeként is), az együttműködés megtagadásában jelentkezik. A fizikális autoagresszió gyakran saját testen okozott vakarásos, karmolásos sértések formájában jelentkezik. A fizikális heteroagresszió a demens betegek haraphatnak, üthetnek-rúghatnak, köpködhetnek vagy tárgyakkal dobálhatják meg környezetüket. Nem agresszív verbális agitáció során a betegek szavakat-mondatokat ismétlgetnek, kérdeznek, gyakran nagyon sokszor (perszeveráció), a nem agresszív fizikális formákhoz pedig a pszichomotoros nyugtalanság, a szociális normákat sértő vagy inadekvát viselkedések, a kóborlás és a kóros gyűjtögetés tartozik. Az agitált viselkedés enyhe formája pl. az állandó ruhaigazgatás, gyakori felállás-leülés, járkálás, lábdobogás, mérsékelten súlyos esetben egy mozgásminta állandó perszeverálása, súlyos esetben pedig mozgásviharok, inkoherens mozgások jelennek meg.

A **delúzió olyan téves gondolat**, amelyhez a beteg ragaszkodik, az meggyőződésévé válik, korrigálhatatlan.

**Az öt legtipusosabb delúzió:**

1. Valaki elloptott valamit a betegtől. Általában a betegek nem emlékeznek, hová tették dolgaikat vagy hol szokták azokat tárolni, emiatt gyakran úgy vélik, valaki ellopta azokat. Családon belül komoly feszültségek forrása lehet ez emiatti vádoló viselkedés.
2. A beteg otthonáról azt hiszi, nem a saját otthona. Lehet miszidentifikáció részjelensége is.
3. A beteg azt hiszi, hogy társa vagy a gondozója csaló/szélhámos (Capgras-delúzió). Szintén miszidentifikáció részjelensége lehet. Agitált, agresszív viselkedés oka lehet, a gondozók számára nagyon megterhelő viselkedészavar.
4. Elhagyatottság-érzés. A betegek gyakran úgy érzik, a hozzátartozók nem foglalkoznak velük vagy úgy vélik, összeesküvés áldozatai, hogy intézetben helyezték el őket.
5. Hűtlenség érzése. A betegek úgy érzik, hogy élettársuk megcsalja őket, szexuális vagy más formában.

A **hallucinációk kóros érzécsalódások**. Leggyakrabban vizuális jellegűek. LTD-ban a demencia igen enyhe szakaszában vagy akár azt megelőzően is megjelennek, akár a betegek 80%-ában. Gyakran a betegek idegeneket vélnek látni otthonukban, melyre reagálhatnak hevesen, akár gyógyszeres kezelést igénylően is. Fontos, hogy a kóros vizuális érzékelés (vizuális agnosia), csökkent látásélesség, kontrasztérzékenység miatt a demens betegek hajlamosak lehetnek erre; jól megvilágított, nem zsúfolt környezet csökkentheti kifejlődésük esélyét. Akusztikus hallucinációk is előfordulnak, míg a más érzékelési formákat érintőek (szaglási vagy taktilis) ritkák.

A **miszidentifikáció az érzékelés (percepció) zavara**. A hallucinációkkal ellentétben (melyek külső stimulusok hiányában alakulnak ki) a miszidentifikáció során a külső stimulusok hibás érzékelése történik, melyhez kóros gondolatok, magyarázatok, akár delúziók társulhatnak.

Sokféleképpen csoportosíthatók, de leginkább négy fő típus ismert: 1. Személyek jelenléte a beteg lakásában (fantom lakótárs); 2. A beteg saját személyének fel nem ismerése (pl. saját tükörképét nem ismeri fel a beteg, illetve azzal beszélget).; 3. Más személyek felismerésének zavara; 4. TV-ben történő események valóságnak vétele.

Különösen zavaró tünet ez a házastársak számára, amikor a beteg nem ismeri fel őket.

Speciális formája a Capgras-szindróma, ahol a beteg úgy véli, hogy a gondozót/hozzátartozót egy ugyanolyan csaló helyettesíti (lásd delúziók). A Fregoli-szindrómában a betegek meg vannak győződve arról, hogy idegenek öltöznek úgy fel, hogy megtévesszék őket és ismerőseikre hasonlítsanak. Az intermetamorfózis során egy személy fizikai megjelenését valaki másnak vélik a betegek.

**Demenciában a depresszív hangulat** gyakoribb, mint a major depressziót kielégítő tünetcsoport. Enyhe demenciában könnyebb felismerni a tüneteket, mint a közepes vagy súlyos demenciában. Nagyobb eséllyel jelenik meg, ha a beteg korábban már szenvedett depresszióban vagy családjában előfordult depresszió. Típusos formákban a nyomott hangulat, az örömtelenség, az önvádoló gondolatok vagy a halál utáni vágy hívja fel erre a figyelmet.

**Az apátia a leggyakoribb BPSD tünet**. A betegek érdektelenséget mutatnak mindennapi tevékenységükben, személyi higiénájukban és csökkennek szociális interakcióik. Jellegzetes az arckifejezés elszegényedése, a beszéd dallamának és az érzelmi reakcióknak a csökkenése, a késztetés csökkenése. Gyakran összetéveszthető depresszióval, mivel mindkettő csökkent érdeklődéssel, pszichomotoros meglassulással, fáradékonysággal jár. Apátiában azonban a motiváció hiánya nem jár a hangulat zavarával, illetve vegetatív tünetekkel (melyek jellegzetesen depresszióban).

Szintén gyakori az anxiétás, különösen más BPSD tünetekkel együtt jár, azok következményeként fejlődik ki. Demens betegekben a szorongás gyakori megjelenése az ún. Godot-szindróma: a beteg pl. egy közeli eseménnyel kapcsolatban ismételten, szinte állandóan kérdezzet.

A kóborlás több magatartási zavart is takar. Előfordul, hogy a beteg ismétlődően ellenőrzi, hogy a gondozó merre van a lakásban. Ez olyan mértékű lehet, hogy a beteg állandóan követi a gondozót, vagy leleskedik, lopózik utána. A beteg a lakásban vagy a kertben eredménytelenül, ismételve végezhet tevékenységeket (mosás, mosogatás, gyomlálás stb.) vagy céltalanul sétálgat, illetve végül elhagyja otthonát, lakását (Tringer, 2010).

A **naplemente tünet** („sundowning”) inkább jelenség, mint tünet. A betegek a nap végére, éjszakára zavarttá válnak. Ilyenkor gyakoribb a szorongás, az agitáció és a kóborlás is. Oka ismeretlen, de valószínűleg a cirkadián ritmus zavarával áll kapcsolatban. Kialakulását fokozza a fáradékonyság, a csökkent megvilágítás, az árnyékok, a fény-sötét kontraszt csökkenése. Csökkenti megjelenését a stabil napirend kialakítása és annak betartása, a nappali fizikai aktivitás és napfényen tartózkodás fokozása, a nappali alvás kerülése, a koffeinfogyasztás korlátozása a reggeli órákra, az esti háttérzaj csökkentése, az esti TV-zés kerülése, relaxációs terápia használata, családi relikviák, fotók elhelyezése az ágy körül. Végül fontos lehet organikus provokáló tényező (pl. húgyúti infekciók, alvási apnoe stb.) kizárása. Melatonin használata is megpróbálható.

### *Delírium*

Bár a delírium nemcsak demenciában fordulhat elő, fontos itt is megemlíteni. A delírium elsődleges jellemzője a figyelem zavara, emellett alvás-ébrenléti ciklus zavara, dezorientáció, memóriazavar és más kognitív zavar, illetve abnormális motoros aktivitás, hallucinációk, pszichózis társulhatnak. **Tudattartalmi zavarok mellett tudatéberségi zavar is kialakul.** Nagyon jellegzetes a tünetek fluktuációja. A delírium órák alatt kifejlődik, tünetei általában reverzibilisnek tarthatók, de néhány felmérés szerint a betegek több, mint felében maradandó tünetek is kialakulnak következményeként (Szendi, 2016).

A klinikai gyakorlatban a beteg első észlelésekor gondot okozhat demencia elkülönítése a delíriumtól (10. táblázat) (Fang et al, 2015).

	<b>Delírium</b>	<b>Demencia</b>
<i>Kialakulás</i>	Akut	Krónikus
<i>Progresszió</i>	Fluktuáló, gyakran „tiszta” intervallumokkal, éjszaka rosszabb	Jellemzően stabil, lassú progresszió
<i>Lefolyás</i>	Napok, hetek	Hónapok, évek
<i>Reverzibilitás</i>	Gyakran	Ritkán
<i>Tudatéberség</i>	Károsodott	Normális
<i>Figyelem</i>	Károsodott, csapongó	Viszonylag ép, esetleg nehezen terelhető
<i>Pszichomotoros aktivitás</i>	Károsodott (hipo- és hiperaktív, illetve kevert típusok)	Gyakran normális
<i>Memória</i>	Károsodott	Károsodott
<i>Gondolkodás</i>	Dezorganizált, delúziók	Szegényes
<i>Alvás-ébredési ciklus</i>	Károsodott	Gyakran normális
<i>Percepciós zavar</i>	Hallucinációk, illúziók gyakoriak, általában vizuálisak	Korai szakaszban általában nincsenek

10. táblázat: *A delírium és a demencia jellemző tulajdonságai (saját szerkesztés)*

A demens betegekben a delírium gyakori szövődmény, sokszor a más okból kórházi kezelésre szoruló betegnél alakul ki, mintegy felszínre hozza az addig lappangva kifejlődő demenciát; ilyenkor sokszor tévesen a szakemberek is arra gondolnak, hogy a demencia hirtelen, gyors progresszióval jelentkezett, indokolatlanul felvetve prionbetegség, autoimmun/limbikus encephalitis lehetőségét. A naplemente tünet utánozhatja a delírium éjszakai fokozódását. A fluktuáció is előfordulhat degeneratív demenciában, a LTD jellegzetes, alaptünetként számon tartott jelensége az akár órák alatt is ingadozó kognitív teljesítmény, melyet tudatéberségi hullámvázás is gyakran kísér.

A delírium kialakulására hajlamosító tényezők között (Fogas, 2016) a krónikus alkoholfogyasztás, a krónikus fájdalom, maga a demencia, a depresszió mellett az idős kor, a férfi nem, illetve a premorbid inaktivitás, szociális izoláció, a látásromlás és a belszervi betegségek emelhetők ki. A kiváltó faktorok általában akut inzultusok (dehidráció, trauma, hypoxia, infekció, metabolikus zavar, sebészeti beavatkozás, súlyos állapot, lélegeztetés, fizikai rögzítés), de sokszor gyógyszerek is okozhatnak delíriumot. Kiemelkedően magas kockázattal bírnak az antikolinerg hatású szerek. A direkt antikolinerg hatásmechanizmusú gyógyszerek indikációja szűk, illetve hatásuk általában ismert, sokszor azonban a más indikációban használt gyógyszerek antikolinerg hatásáról már nem ennyire jól tájékozott a felíró orvos. Ilyen hatással bíró gyógyszer-csoportok az opiátok, a triciklikus antidepresszánsok, a gastrointestinalis motilitást csökkentő szerek, a vizeletinkontinencia elleni szerek, az antihisztaminok,



az anxiolyticumok, egyes antiarrhythmias szerek, az antiepileptikum carbamazepin, a szteroidok, a narcotikumok, a nem szteroid gyulladáscsökkentők (NSAID) és az antipszichotikumok. A magas a kockázatú gyógyszerek közé tartoznak a Parkinson-kór és a parkinsonismus kezelésére használt dopamin agonisták.

A delírium kezelésében különös figyelmet kell fordítani kialakulásának megelőzésére. Az idős korban gyakoribb, gyakran nem felismert kognitív károsodás miatt célszerű, hogy a beteg környezete ne változzon szükségtelenül, a kórtermek, folyosók megvilágítása megfelelő legyen, jól látható jelzések segítsék a tájékozódást, illetve a családtagok látogathassák a beteget. Nagyon fontos a bőséges folyadékbevitel fenntartása, szükség esetén intravénás kiegészítéssel. A székrekedés megelőzése szintén hasznos. Korai mobilizálás, a szükségtelen katéterezés elkerülése, infekciókontroll, bőséges táplálás, megfelelő fájdalomcsillapítás, a szenzoros depriváció megelőzése (szemüveg, hallókészülék), alváshigiéne fenntartása mind megelőző faktor a delírium kialakulásában.

A már kialakult delírium kezelése során elsődleges a kiváltó faktorok azonosítása, megszüntetése, a gyógyszerelés revíziója. Inouye és munkatársainak 2014-es összefoglalója szerint a delírium kezelésére végzett kettős vak vizsgálatokban meggyőző, reprodukált hatékonyság nem igazolódott, vagy ha a kezelés csökkentette a delírium előfordulását, nem változtatta meg a klinikai kimenetelt (pl. az intenzív kezelés igényét, a kórházi tartózkodás hosszát, a szövődmények jelentkezését vagy a mortalitást).

Az antipszichotikumok és az atípusos antipszichotikumok használata (Neufeld et al, 2016) során az intravénás használat kerülendő, alkalmazásuk során figyelni kell a neurolepticus malignus szindróma lehetőségére, illetve Parkinson-kórban, LTD-ban még az atípusos antipszichotikumokat is csak igen kis adagban, lassan emelve szabad bevezetni. Az utóbbi években jól ismertté vált, hogy alkalmazásuk növeli a demens betegek mortalitását, az elesések gyakoriságát, a cerebrovasculáris betegségek előfordulását. A benzodiazepinek paradox agitációt okozhatnak, ronthatják a delíriumot, légzésdepressziót okozhatnak, használatuk inkább alkohol- és gyógyszermegvonás kiváltotta delíriumban javasolt, ha hozzáférhető, a lorazepam ajánlott leginkább. Krónikus alkoholfogyasztóknál intravénás nagy dózisú tiamin szükséges. Az alvászavar rendezésére a melatonint kedvezőnek találták (Kalish et al, 2017). Az  $\alpha_2$ -adrenerg receptor agonista dexmedetomidin intézeti körülmények között, intravénásan alkalmazható szedatívum, mely friss vizsgálatok szerint hatékonynak és biztonságosnak tűnik a delírium kezelésére, megelőzésére (Su et al, 2016).



## A demens beteg vizsgálata

A demencia szerkezeti idegrendszeri betegség, így a beteg társuló neurológiai tüneteinek felismerése már a demencia típusának azonosításában segít. Az agykéreg kiterjedt vagy a memória és a kognitív működésekben szerepet játszó területeinek sérülése ún. **kortikális típusú** demenciához vezet, melyre jellemző az aphasia, a normális tempójú gondolkodás, a dysarthria (a beszédhangok formálásának zavara) hiánya, a régmúltra emlékezés fokozatos romlása, a rövid távú memória korai károsodása (mely segítséggel sem javul), a gyakori pszichiátriai tünetek a betegség késői stádiumaiban, a hyperkinesisek, pl. tremor hiánya és az izomtónus szabályozásának késői zavara (azaz parkinsonismus csak a betegségek előrehaladott szakaszában jelentkezik). A **szubkortikális** szerkezetek sérülése is demenciához vezethet, ekkor azonban a demencia általában a betegség másodlagos illetve késői tünete; elsődleges, korai tünet ilyenkor a parkinsonismus. A szubkortikális formában jellemző a meglassult gondolkodás, a dysarthria, a társuló depresszió, a testtartás korai zavarai, túlmozgások és az izomtónus zavarai. A kortikális és szubkortikális tünetek szinte mindig keverednek. Az elsősorban kortikális tünetekkel járó demenciára példa az AK, míg a szubkortikális demenciára példa a Parkinson-kórhoz társuló demencia.

Demens beteg vizsgálatok az anamnézis és a jelen panaszok felvételekor hasznos, ha a beteget és a hozzátartozót külön is meghallgatjuk. Gyakorta előfordul, hogy a beteg a hozzá intézett kérdésekkor automatikusan hozzátartozója felé fordul, hogy tőle kérjen választ („head turning sign”: fejfordítási tünet).

Fontos rákérdezni a kezdeti panaszokra, a panaszok kifejlődésének tempójára, a mindennapi élettevékenység és a munkahelyi teljesítmény változásaira, a családban előforduló demenciára. A kockázati tényezők felmérése, a korábbi betegségek és a gyógyszerelés ismerete is fontos.

A demencia klinikai vizsgálatok rutinszerűen alkalmazott, gyors, bár kevésbé érzékeny teszt a Mini Mental vizsgálat (MMSE), mely 65 éves életkor felett, elsősorban AK esetében használható (13. ábra) (Ridha és Rossor, 2005). A teszt első 10 pontja az orientációt jelzi, majd a rövid távú memória vizsgálatához szükséges 3 szó azonnali visszahívását pontozzuk.

Ezt követi a prefrontális (végrehajtási/executív) funkciókat vizsgáló visszafelé számolás vagy betűzés, mely figyelemelterelésül is szolgál. Ezt kövően a korábbi három szó visszahívását kérdezzük. A teszt

fennmaradó része a nyelvi és fali lebeny (parietális) funkciókat, illetve a visuospatiólis képességeket vizsgálja.

**A tesztben maximum 30 pont szerezhető. 25 vagy annál kevesebb pont kóros. Enyhe demenciaként a 21-25, középsúlyosként a 10-20, súlyos demenciaként a 10 pont alatti érték számít.**

### **Orientáció**

Időben	5
Milyen évet írunk?	
Milyen hónapban járunk?	
Hányadika van?	
A hét melyik napja van?	
Milyen évszakban vagyunk?	
Térben	5
Milyen országban vagyunk?	
Milyen városban?	
Milyen megyében?	
Milyen intézményben?	
Hányadik emeleten?	
<b>Megjegyző emlékezés</b>	3
Három szó megisméltése egyszeri említést követően. Pl. CITROM, KULCS, LABDA Az első ismétlési kísérletet pontozzuk, maximum hat alkalommal ismétljük el.	
<b>Figyelem és számolás</b>	5
1. 100-ból hetesével 5 kivonás visszafelé (93,86,79,72,65, kivonásonként 1-1 pont)	
2. Betűzze a VILÁG szót visszafelé Pontos helyen lévő betűnként 1-1 pont. <i>A két kísérlet közül a jobb értékét számítjuk.</i>	
<b>Felidéző emlékezés</b>	3
Előző három szó felidézése.	
<b>Megnevezés</b>	2
Nevezze meg: karóra, ceruza	
<b>Mondatisméltés</b>	1
"Semmi de és semmi ha."	
<b>Hármas parancs</b>	3
"Vegye a kezébe a papírt, hajtsa félbe és tegye le a földre!"	
<b>Olvasás</b>	1
Olvassa el és tegye meg, kérem! Majd előre megírt papírlapot mutatunk: "Csukja be a szemét!"	

**Írás**

1

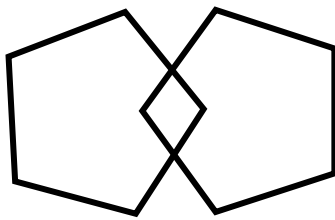
Írjon le egy mondatot, kérem! Spontán nem diktálás utáni mondatot kell írni. A próba egy pont, ha a mondat értelmes és van benne ige. Helyesírás nem számít.

**Ábramásolás**

1

Másolja le az alábbi rajzot!

1 pont, ha 10 szög és két metszéspont van rajta.

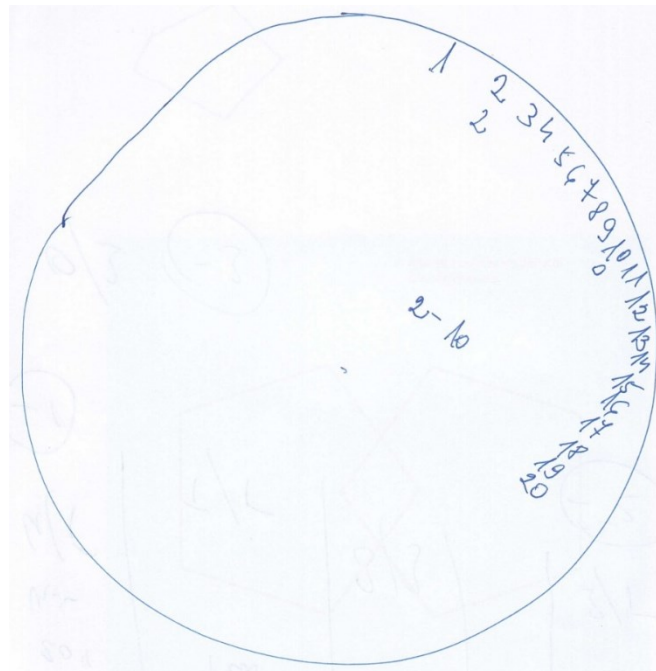


**ÖSSZPONTSZÁM**

**30**

13. ábra: A Mini Mental State Examination (MMSE) teszt (saját szerkesztés)

Jól használható még az **órarajzolósi teszt** is (14. ábra), ahol üres papírlapra rajzolt körben a betegnek az óra számait kell beírni, majd a mutatókat berajzolni pl. 10 perc múlva kettő időpontra.



14. ábra: Órarajzolósi teszt példa (MMSE 14/30): perseveratio, illetve neglect jelenség. (saját szerkesztés)

A tájékoztató vizsgálat mellett az agykérgi funkciók részletes vizsgálata (kortikális status) (11. táblázat) is szükséges.

### **1. Tudati éberség**

### **2. Orientáció**

- A: Időben: Év, hó, dátum, nap, időpont
- B: Térben: Ország, megye, város, épület, emelet
- C: Személy: autopszichés, allopszichés

### **3. Figyelem, koncentráció**

- A: Az év hónapjai visszafelé (ha nem megy, hét napjai visszafelé)
- B: Számismétlés előre és visszafelé

### **4. Memória**

- A: Anterográd: Fiktív név és cím megjegyzése (Pl. Katona Péter, Piac utca 42, Gyöngyös, Heves megye. Azonnali és késleltetett felidézés.
- B: Szemantikus: Miniszterelnök, köztársasági elnök, USA elnök stb.

### **5. Frontális exekutív(végrehajtási) funkciók**

- A: Verbális fluencia (adott betűvel, illetve kategória-specifikus (pl. állatok, madarak, bútorok stb. felsorolása)
- B: Absztrakció (közmondások értelmezése)
- C: Fogalmak meghatározása
- D: Hasonlóságok és különbségek meghatározása
- E: Kritikai készség
- F: Képtelen történetek hibáinak azonosítása
- G: Lurija-féle alternáló szekvencia másolása, felidézése
- H: Go-no go teszt

### **6. Vizuális konstrukciós képességek**

- A: ábramásolás: kocka, kereszt másolása, keresztezett ötszögek másolása
- B: kórtermének/vizsgálószobának rajza felülnézetben

### **7. Aphasia**

- A: spontán beszéd
- B: beszédértés
- C: ismétlés
- D: megnevezés

### **8. Írás**

### **9. Számolás**

### **10. Praxia**

- A: Buccofacialis (gyufát elfújni, köhenteni, csókot imitálni)
- B: Végtagi (gesztusok (pl. búcsút inteni, "gyere ide", szalutálás), tárgyhasználat imitálása)

### **11. Neglect**

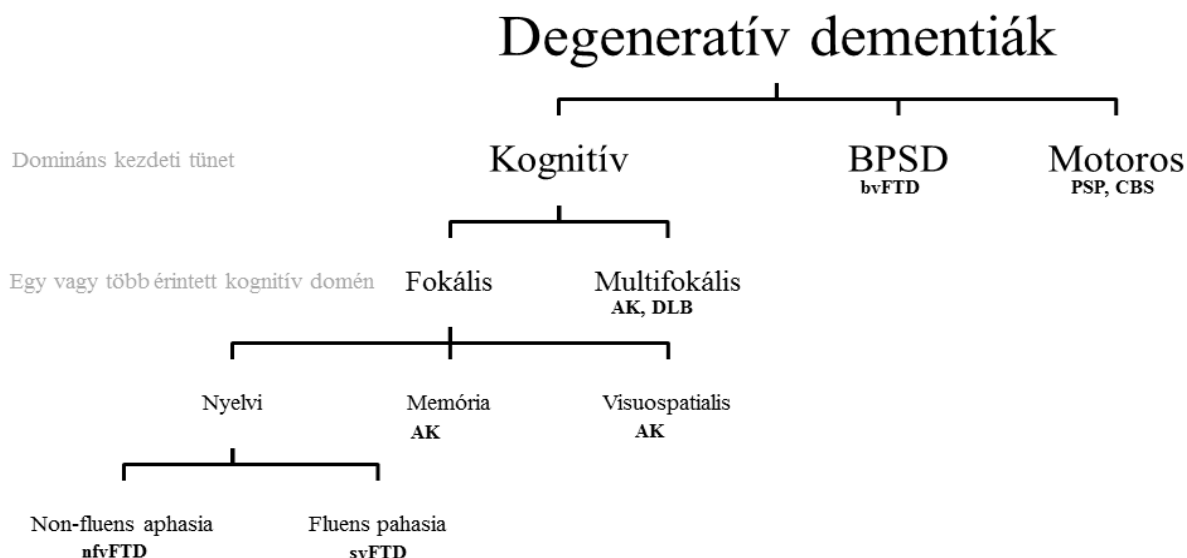
- Anosognosia, szenzoros extinkció (tactilis, vizuális), extrapersonális neglect (szimmetrikus rajz másolása ("double-headed daisy in a pot"), vonalfelezési teszt)

## 12. Ujjagnosia

## 13. Jobb-bal tévesztés

11. táblázat: A lebenyfunkciók tájékozódó neurológiai vizsgálata (saját szerkesztés)

A tünetek kezdeti dominanciája (15. ábra) alapján a demenciát okozó degeneratív betegség valószínűsíthető, már a fizikális vizsgálatot követően is.



15. ábra. A degeneratív demenciák felosztásának tüneti algoritmus. Példaként csak a leggyakoribb klinikai formák említettek. (saját szerkesztés)

### *A demencia differenciáldiagnózisa*

A demencia tüneteinek elkülönítése más betegségektől nehéz problémát jelenthet. A memóriazavar, a feledékenység gyakori panasz. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy a feledékenység a memória

tárolásának és előhívásának zavarából is eredhet, a tárolás zavara azonban gyakran a figyelem hiányának következménye. A „hová tettem a kulcsomat” típusú problémák nem demenciára, hanem általában figyelemzavarra utalnak, melynek oka leggyakrabban fáradtság illetve hangulatzavar, különösen fiatal betegek esetében.

A depresszió gyakran olyan tünetekkel jár, melyek mindenben utánozzák a demenciát: ennek leírására használatos a pseudo-demencia elnevezés. Ilyenkor jellegzetes a kognitív tesztek során használt sok „nem tudom” válasz.

Szintén **nehéz a delírium és a demencia elkülönítése** (lásd 10. táblázat): a delírium kialakulása gyakran gyors, jelentősen fluktuál, éjszaka gyakoribb, a figyelemzavar kifejezett. Gyakran azonban a delíriumot demencia okozza, delíriumban azonban a demencia mértékét, tüneteit nem lehet meghatározni.

### **A demencia stádiumai**

Elsősorban a folyamatos, általában lassú progressziójú degeneratív formákban észlelhetők leginkább a betegség lefolyásának stádiumai. Különböző klinikai értékelő skálák alapján ezek pontozhatók, besorolhatók az orvosi gyakorlatban. Az egyik legelterjedtebb skála a **Clinical Dementia Rating (CDR)**. Ebben különböző tüneti doménekből értékeljük a betegek teljesítményét. Ezek az emlékezeti funkciók, a térben-időbeni orientáció, az ítélet/véleményalkotás, a mindennapos funkciók (munka és otthoni tevékenységek) és az önálló tevékenységek (pl. tisztálkodás, étkezés).

A legenyhébb forma az **enyhe kognitív zavarnak (MCI)** felel meg (CDR 0.5), amikor a beteg még azonban minden segítség nélkül képes ellátni mindennapos tevékenységeit, munkáját (tehát a demencia feltételeinek nem felel meg), a klinikai doménekből csak enyhe memóriazavar, a bonyolult problémák kezelésének nehézsége jelenik meg.

Az **enyhe demenciában** (CDR 1) több vagy minden doménben észlelhető nyilvánvaló, de enyhe károsodás, melyek már a mindennapi tevékenységeket, munkát is korlátozzák (emiatl már a demencia klinikai diagnózisának feltételét kielégítik). Általában azonban nem igényelnek folyamatos felügyeletet, jól ismert környezetükben egyedül is boldogulnak.

A **középsúlyos demenciában** (CDR 2) a beteg már folyamatos felügyeletet, több tevékenységükben fizikai segítséget is igényelnek.

**Súlyos stádiumú demenciában (CDR 3)** a betegek mindennapi funkcióikban, higiéniai ellátásukban is fizikai segítséget igényelnek. Utolsó, terminális szakaszában az alapvető motoros működések (járás, nyelés) is károsodik.

## A demencia kockázati tényezői<sup>9</sup>

Mivel a demencia szindróma, az egyes okok háttérében eltérő mechanizmusok húzódnak meg. Mivel azonban az AK a leggyakoribb forma, a kockázati faktorok esetében általában az AK és az összes demenciaforma között –apró kivételekkel- párhuzam vonható (Crous-Bou et al, 2017). Ilyen eltérés például az életkor tekintetében a FTD-ák csoportja, melyek előfordulása nem nő az életkorral.

A kockázati tényezőket módosítható és nem módosítható csoportokra lehet osztani. A nem módosítható tényezők közé tartozik az életkor, a nem és a genetikai faktorok, míg a módosíthatóak közé vaszkuláris és metabolikus tényezők (hipertónia, koleszterinszint, homociszteinszint, atherosclerosis, diabetes mellitus stb.), életmódi (diéta, fizikai és szellemi aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás, obesitas stb.) és környezeti faktorok (trauma, peszticidek stb.) és a depresszió tartozik. Megkülönböztethetőek a demencia kockázatát fokozó és azt csökkentő tényezők is, illetve néhány tényező (pl. a szellemi és a fizikai aktivitás) esetében a hatás mennyiségfüggő.

A szakirodalom nem egységes néhány kockázati faktor megítélésében, pl. a dohányzás esetében ellentmondó adatok ismertek, de az erős dohányzás biztosan fokozza a demencia kockázatát.

**A módosítható kockázati faktorok kontrolljával igen jelentős, 35%-al csökkent demencia előfordulást lehetne elérni (Livingstone et al, 2017), ami populációsztintű beavatkozások fontosságára hívja fel a figyelmet.**

### *Genetikai faktorok*

Az AK korai kezdetű formái (60 év alatt) az esetek 6-7%-át teszik. Ezeknek kb. tizedében igazolható autoszómális domináns öröklésmenet. Jelenleg három gén ismert, melynek mutációi AK-t okoznak (megfelelően hosszú élettartam esetén szinte biztosan AK miatti demencia kifejlődéséhez vezetnek). Az első azonosított gén a 21. kromoszómán elhelyezkedő Amiloid prekursor protein (APP) génje, melynek mutációi az APP fragmensének, a béta-amiloid peptidnek a túlermelődéséhez vezetnek, melyek aggregációja vezet a szenilis plakkok kialakulásához. A másik két gén (a preszenilin 1 (PS1; 14. kromoszómán) és a preszenilin 2 (PS2; 1. kromoszómán) a béta-amiloid kóros termelődésért felelős enzimkomplex, a gamma-szekretáz alkotói. A familiáris, korai kezdetű AK-ban szenvedőkben a PS1 mutációk aránya 30-70%, míg az APP mutációké 10%, a PS2 mutációké pedig 5% körüli.

---

<sup>9</sup> Kovács, 2018

**A késői életkorban kezdődő AK esetében a genetikai tényezők nem prediktívek** (azaz hordozásuk nem feltétlenül okozza az AK kialakulását, illetve hiányuk nem jelenti azt, hogy az AK nem alakulhat ki), egyéb rizikófaktorokkal együttesen, komplex módon befolyásolják az AK kialakulását. Jelenleg csak az apolipoprotein E (APOE) gén esetében igazolódott konzekvensen ez a kockázatnövelő hatás. Az APOE a koleszterin transzportban és a béta-amiloid termelésében vesz részt. Három allélje ismert: az epsilon 2 (előfordulása a populációban 8% körüli), az epsilon 3 (75%) és az epsilon 4 (15%). Az epsilon 4 allél heterozigóta hordozása háromszoros, homozigóta hordozása tizenkétszeres kockázatot jelent a vad típusú (epsilon 3) allél hordozásához képest, míg az epsilon 2 allél az AK kifejlődésének kockázatát csökkenti. A hatás fiatalabb életkorban és nőkben kifejezettebb. Tekintve a gén nem kóroki, hanem kockázatomódosító jellegét, a rutin diagnosztikában az APOE alléljainak meghatározása nem javasolt.

Az APOE mellett az utóbbi években több kockázatot befolyásoló, de kisebb jelentőségű gént sikerült igazolni (SORL1, PICALM stb.) (Bateman, 2015).

A FTD-k esetében az öröklődő formák gyakorisága jóval nagyobb, akár 40% is lehet. Az FTD ismert génmutációi a familiáris formák kb. felét teszik ki, ezek közül a leggyakoribb a progranulin (GRN), a C9ORF72 és a tau (MAPT) mutációi. Ritka mutációk a FUS, a VCP (CHMP2B) és a CSF1-R génekben is találhatóak (Taylor és Finger, 2019).

#### *Vaszkuláris és metabolikus tényezők*

**A tiszta vaszkuláris demencia jóval ritkább az AK-nál, de az AK patogenezisében is jelentős vaszkuláris tényezők ismertek, illetve az AK kockázatát is számos vaszkuláris kockázati faktor fokozza. Másrészt, ezeknek a tényezőknek a kezelése csökkenti az AK kockázatát.**

A **hipertónia** gyakoriságánál fogva is az egyik legjelentősebb vaszkuláris kockázati tényező. A Framingham vizsgálat mellett több nagy epidemiológiai vizsgálat (többek között a PATH (Personality and Total Health Through Life), a REGARDS (Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke Study), az ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities Study)) is igazolta, hogy a középkorúakban mért hipertónia az időskori demencia kockázatát növeli, de még az időskorban mért hipertónia is hasonló hatású (Gothenburg és Northern Manhattan vizsgálatok, HYVET-COG). Már korai hipertóniában, illetve határérték és fehérvörös hipertóniában is igazolható a kognitív funkciók romlása, elsősorban a prefrontális domén károsodása. A hipertónia kezelése ugyanakkor csökkenti a demencia kifejlődését (Kovács, 2014). Az első, randomizált, kettős vak vizsgálat, amely igazolta ezt, a Systolic Hypertension



in Europe (SYST-EUR) vizsgálat volt, amelyben több, mint 3000, 60 évesnél idősebb hipertóniás beteget randomizáltak aktív (kálcium-csatorna antagonistá nitrendipine (10-40mg/nap) és igény szerint hozzáadott enalapril és hydrochlorothiazide) vagy placebo kezelésre. Átlagosan két éves kezelést követően igazolták, hogy a kifejlődő demencia incidenciája az aktív kezelést kapó csoportban 50%-al kevesebb volt a placebo csoporthoz képest (3.8 vs. 7.7/1000 betegév). A relatív rizikó 0.47 (95% konfidencia intervallum 0.28–0.78) volt, az esetek többsége Alzheimer-kórnak felelt meg. Az eredmények szerint 53 beteget kell öt évig kezelni ahhoz, hogy egy demencia megelőzhető legyen. A szám a hipertóniás betegek nagy számát és a hosszú betegségtartamot figyelembe véve kifejezett populációsintű hatást jelez. Hasonló eredményeket hozott a PROGRESS (Perindopril Protection Against Recurrent Stroke Study, perindopril és indapamide vs. placebo) vizsgálat is, illetve a randomizált vizsgálatok metaanalízise is megerősítette a hatást (Levi Marpillat et al, 2013).

Az antihipertenzív kezelés kognitív funkciókat hosszútávon javító hatása mellett az is igazolódott, hogy a kezelés rövidtávon is kedvező a kognitív funkciókra; a jól kontrollált hipertóniások teljesítménye jobb volt, mint a rosszul kontrolláltaké illetve a kezeletlen betegeké.

Úgy tűnik, hogy a demencia megelőzése szempontjából elsődleges a vérnyomáscsökkentő hatás mértéke, de kiterjedt irodalom igazolja egy-egy antihipertenzív gyógyszercsoport kiemelt hatását. Leginkább az angiotenzin receptor blokkolók (ARB) és a kalcium csatorna antagonisták esetében homogén az irodalom, míg a béta blokkolók vonatkozásában sokáig azok kedvezőtlen hatását valószínűsítették, de a Honolulu Asia Aging Study eredményei szerint az egyedül béta-blokkolóval kezelt betegekben szignifikánsan kevesebb agyi mikroinfarctust, atrophíát és Alzheimer-típusú patológiai elváltozásokat írtak le, illetve csökkent demencia incidenciát is észleltek.

Az ARB-k az agyi angiotenzin II kedvező hatásait nem blokkolják, illetve vérnyomáscsökkentő hatásukon kívül a PPR-gamma rendszer agonistájaként (leginkább a telmisartan) is kedvező metabolikus hatásokkal bírnak. Hipertóniásokban az agyi vérátáramlás csökkenése figyelhető meg, ami még a béta-blokkolóval, kalcium antagonistával vagy ACE-gátlóval jól beállított kezelés esetén is kimutatható, viszont az ARB kezelés mellett ez a csökkenés nem következik be (Muller et al, 2012).

Az Egyesült Államok veteránjainak (több, mint 800.000 beteg) négy éves követésével igazolták, hogy az ARB-k más vérnyomáscsökkentőkkel szemben szignifikánsan nagyobb mértékben csökkentik a demencia, azon belül az AK kockázatát (ARB vs. ACE-gátló lisinopril 0.81 (95% CI 0.73-0.90), ARB vs. más vérnyomáscsökkentők 0.76 (95% CI 0.69-0.84)), illetve a már a vizsgálat kezdetén demenciában szenvedőknél késleltetik abetlakásos intézményi elhelyezés idejét (Li et al, 2010).

A középkorúakban mért hiperlipidémia epidemiológiai vizsgálatok szerint növeli a később kifejlődő AK valószínűségét (relatív kockázat 2.1-3.1), azonban a placebo kontrollált vizsgálatokban a sztatinok használatával nem sikerült igazolni ezt az összefüggést. Ezek egyike a PROSPER vizsgálat, amiben a pravastatin közel 6000 idős betegben placebohoz képest nem csökkentette a demencia incidenciáját a 3 éves kezelés során. Az AK kezelést célzó ADCLT és LEADe vizsgálatok is eredménytelenek voltak. A sztatinkezelés eredményét egy közel 500.000 beteg 18 éves követéses vizsgálata sem igazolta (Sinyavskaya et al, 2018).

#### *A rizikótényezők módosításának hatása a demencia kifejlődésére*

Elegáns vizsgálatban igazolták, hogy **a rizikófaktorok kezelése már rövidtávon is csökkenti a demencia megjelenésének kockázatát** (Ngandu et al, 2014). A Finnish Geriatric Intervention Study (FINGER) vizsgálat során már kimérhető, de enyhe kognitív tünetekkel bíró, 60 év feletti betegeket választottak ki, akiket két csoportra osztottak. Az egyik csoport egy egyszeri tájékoztatást követően az átlagos finn egészségügyi ellátásban vett részt, míg a másik csoport intenzív nem gyógyszeres kezelést kapott: rendszeres testmozgást végeztek, kognitív tréningeken vettek részt, táplálkozási tanácsadással követték őket, illetve anyagcsere- és érbetegségeiket szorosan kontrollálták. A betegeket két éven át követték; a két év végén az intenzív kockázati faktorok kezelését kapó csoportban a kognitív teljesítmény szignifikánsan javult a kontroll csoporthoz képest, elsősorban a prefrontális tesztekben, de a memóriában is kedvező trend látszott. A vizsgálat felhívta a figyelmet arra, hogy **az idős korban, már enyhe tünetek mellett végzett, viszonylag rövid távú életmódi programok is hatásosak lehetnek a demencia kifejlődésének késleltetésében.**

## **A demencia okai**

Demenciát gyakorlatilag minden idegrendszeri károsító betegség okozhat (12. táblázat). Tüneti átfedést tapasztalhatunk az encephalopathiákkal, ezek azonban általában akut vagy szubakut lefolyású betegségek. Az elsődlegesen idegrendszeri károsodással járó demenciák a **primer degeneratív demenciák**, korábban és még napjainkban is gyakran neurodegeneratív betegségekként említik ezeket. Mivel a neuronok mellett a gliasejtek patológiája is egyre jobban felismert ezekben a betegségben, talán a degeneratív elnevezés helyénvalóbb. A degeneratív demenciák az összes demencia legnagyobb részét teszik ki, AK, LTD és FTD gyakorisági sorrendben (Plassmann et al, 2007).

**A vaszkuláris demencia az összes demencia 15%-a körüli**, Magyarországon sajnos indokolatlanul gyakran véleményezett betegség. Az összes többi ok a demencia 5-10%-át alkotja. Ritka kórformák a reverzibilis demenciák. Az utóbbi években jelentős szemléletváltozás mutatkozik sclerosis multiplexben, ahol korábban a demenciát nem tartották gyakori tünetnek, míg napjainkban már a betegek 20%-ában is felismerhetőnek tartják.

#### **Primer degeneratív demenciák**

- Alzheimer-kór
- Frontotemporális demenciák
- Progresszív supranuclearis bénulás
- Corticobasalis szindróma
- Lewy-testes demencia
- Parkinson-kórhoz társuló demencia
- Huntington-kór

#### **Vascularis demenciák**

- többszörös infarctus okozta (multiinfarctusos)
- stratégiai infarctus
- diffúz

#### **Traumás**

#### **Daganatok**

#### **Hydrocephalus**

- Normal pressure hydrocephalus

#### **Gyulladásos/Infekciós eredet**

- Syphilis (Neuroloues)
- Vírusos agyvelőgyulladást követően kialakult formák
- Limbikus encephalitis
- Progresszív multifokális leukoencephalopathia
- Sclerosis multiplex
- HIV-demencia
- Prionbetegségek

#### **Creutzfeldt-Jakob betegség (CJD)**

- Sporadikus
- Familiáris
- Iatrogén
- Variáns CJD

#### **Gerstmann-Straussler-Scheinker szindróma**

- Fatális familiáris insomnia.

#### **Toxicus, metabolikus**

- alkohol, endocrin, hepatikus, uremiás, malabsorptiós, vitaminhiányos, antikolinerg szerek, barbiturátok, neurolepticumok stb.

12. táblázat: *A demenciák okai (saját szerkesztés)*

## Az Alzheimer-kór

**Bár demencia számos betegségben kialakulhat, az idősebb korban (65 év felett) kialakuló demenciák legalább 60%-át azonban az AK okozza, a vaszkuláris demencia az esetek 15-20%-át alkotja.** Az AK így a leggyakoribb demenciaforma. Incidenciája (az új esetek száma évente) a 65 éves korosztályban 0.5%, míg a 85 évesek között 8%. Lefolyása átlagosan 8-12 év.

A betegséget Alois Alzheimer írta le 1906-ban, de csak a nyolcvanas évek elejétől vált ismertté, hogy az AK a demencia leggyakoribb formája. A betegség oka ismeretlen. Léteznek fiatal korban (65 év alatt) kezdődő, családi halmozódást mutató formák, melyek esetében már több gén mutációját sikerült kimutatni. Az ilyen familiáris formák azonban igen ritkák. Az AK többségét (98%-át) szórványosan előforduló formák adják, melyek esetében a betegség maga nem öröklődik, azonban több olyan genetikai tényező is ismert, mely a kifejlődés hajlamát fokozza. Az ilyen, ún. sporadikus formák kockázati tényezője az apolipoprotein E gén egyik alléljének (epsilon4) hordozása. Léteznek azonban szerzett vagy környezeti hajlamosító tényezők, melyek az AK rizikóját fokozzák. Ilyen **az életkor (önmagában a legjelentősebb rizikófaktor), az ismételt fejsérülések, az alacsony iskolázottság illetve a vaszkuláris kockázati tényezők mindegyike (pl. a hipertónia, a diabetes mellitus, az érlelmeszesedés (atherosclerosis), a dohányzás stb.) (Medina et al, 2017).**

Klinikailag az AK tiszta amnesztikus betegségként jelentkezik, a rövid távú memória zavara a kezdeti tünet, majd később jelennek meg a lebonyolítási problémák, a nem kognitív pszichiátriai tünetek (zavartság, hallucinációk stb.), majd a beteg a mindennapi feladatok (öltözködés, étkezés stb.) ellátására sem képes, végül ágyhoz kötött állapotba kerülve leggyakrabban bronchopneumoniában hal meg.

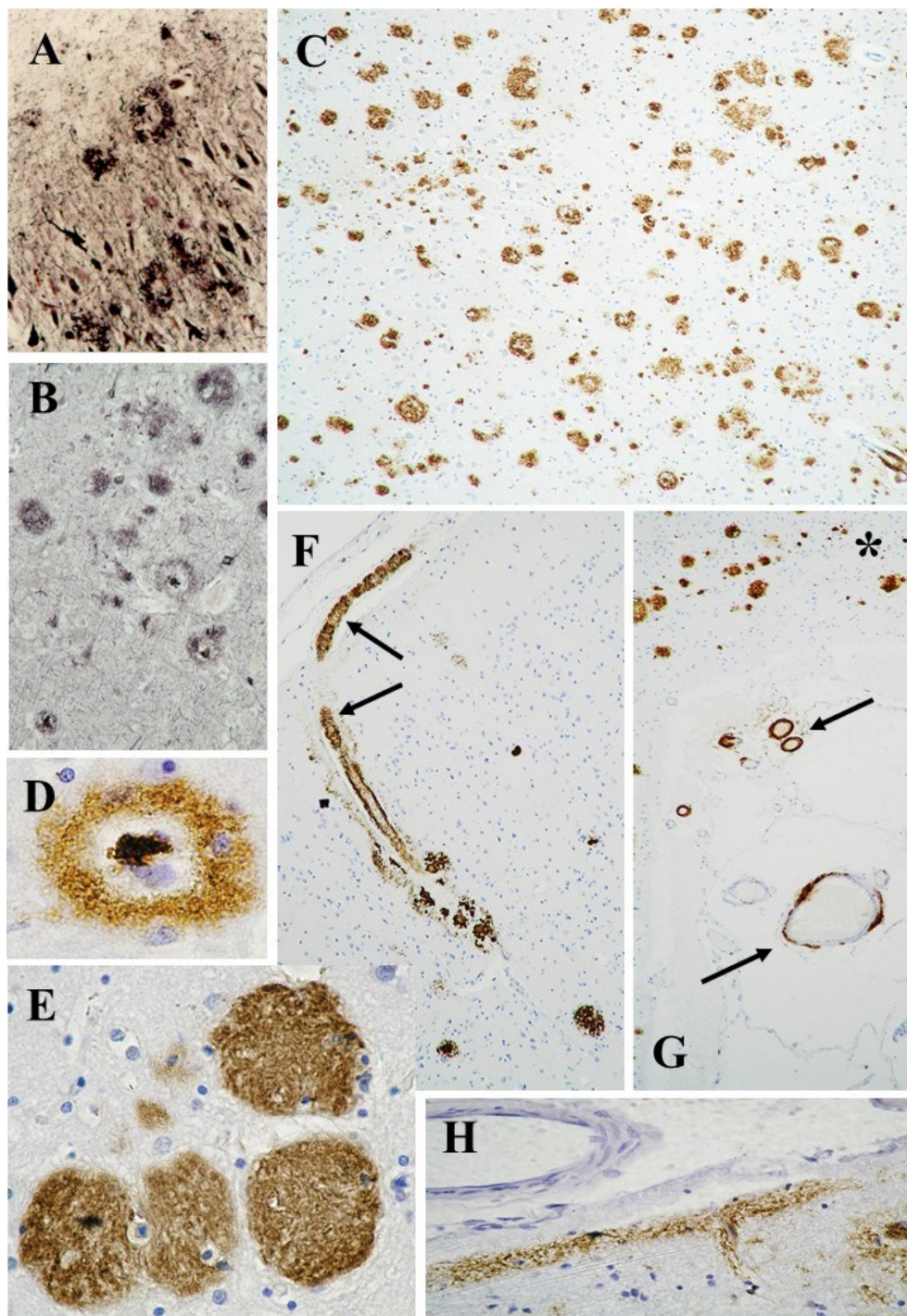
Az AK diagnózisát a kognitív tüneteinek mintázata alapján, kiegészítő eszközös tesztekkel lehet pontosítani. Fontos a demenciát okozó szisztémás betegségek kizárása, kötelező a pajzsmirigyfunkció vizsgálata. Az agyi elváltozásokat mágneses rezonanciás (MRI), pozitron emissziós tomográfias (PET) képalkotó vizsgálatok, illetve az agy-gerincvelői folyadék összetételének megváltozása mutathatják ki.

### *Az Alzheimer-kór patogenezeise*

Az AK kialakulásának oka nem ismert, de két alapvető fehérje zárványtestekben való felhalmozódása az AK diagnosztikai feltétele. A két zárvány az extracelluláris szenilis plakka és az intracelluláris neurofibrilláris köteg (neurofibrillary tangle, NFT) (Kovács, 2010).



A szenilis plakkok (16. ábra) döntően béta-amiloid fehérjéből állnak, körülöttük jellegzetes idegrost-degenerációval illetve a mikroglia sejtek aktivációjával.



16. ábra: Szenilis plakkok és béta-amiloid depozíció AK-ban (saját szerkesztés)

A: Hippocampus CA1 régiójában megfigyelhető neurit plakkok Bielschowsky-féle ezüstimpregnációval, közöttük mindegyik pyramisisejtben NFT-k láthatóak. 40x

B: Gyrus frontalis superior, Gallyas-féle ezüstimpregnáció. Jól megfigyelhető a Gallyas-festés szelektivitása a kóros konformációjú, aggregált fehérjékhez (tau az NFT-kben és NT-kben, béta-amiloid a szenilis plakkokban). 20x

C: Gyrus frontalis superior, béta-amiloid immunhisztokémia. Az ezüstözéshez képest jóval több béta-amiloid tartalmú plakk ábrázolódik. 10x

D: Klasszikus (ring-with-core) szenilis plakk, béta-amiloid immunhisztokémia. 100X

E: Gyapot-szerű („cotton wool”) plakkok familiáris AK-ban, Pro436Gln PS1 mutációban. 60X

F: Amiloid angiopátia penetráló corticalis arteriolában, Béta-amiloid immunhisztokémia. 6x

G: Amiloid angiopátia leptomeningealis erekben (a kérgi felszín csillag jelöli, benne szenilis plakkokkal). Béta-amiloid immunhisztokémia. 4x

H: Szubpialis béta-amiloid depozíció. Béta-amiloid immunhisztokémia. 6x

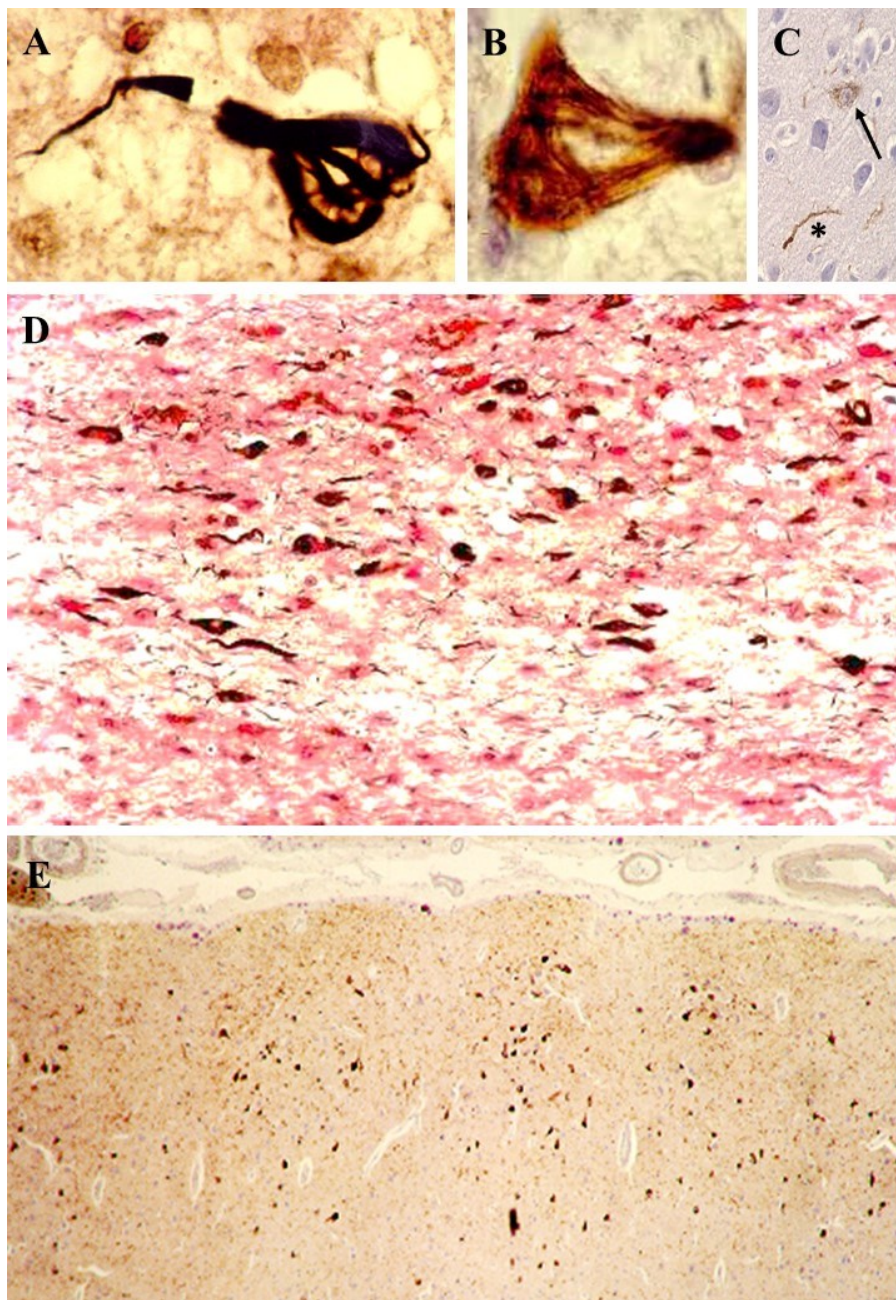
A béta-amiloid agyi lerakódása éveken-évtizedeken keresztül történik, jellegzetes mintázatot (Thal-féle stádiumok) követve, először a nagyagykéregben (neocortex) megjelenve, majd a limbikus területek, a bazális ganglionok, legvégül a kisagy érintett. Ma már elfogadott, hogy a béta-amiloid lerakódása gyakran előfordul kognitív tünetek nélküli idősokban is, így önmagában kimutatása nem jelenti az AK diagnózisát.

A béta-amiloid az amiloid prekursor proteinből (APP) hasítódik ki. Normál körülmények között az APP-t az alfa-szekretáz bontja, amikor nem keletkezik béta-amiloid. AK-ban az APP-t azonban a béta- és a gamma szekretáz is hasítja, ennek eredményeként keletkezik a 40-42 aminosavból álló béta-amiloid peptid, amely proteáz-rezisztens aggregátumokat képez. Az amiloid-hipotézis központi eleme a béta-amiloid oligomerek neurotoxicitása. A béta-amiloid termelődését, aggregációját gátló, illetve agyból való eltávolítását végző terápiás próbálkozások sikertelensége az amiloid elmélet ellen szól, ugyanakkor



azt támogatja, hogy a familiáris AK-t okozó génmutációk mindegyike a béta-amiloid metabolizmust befolyásolja.

A másik jellegzetes neuropatológiai elváltozás, az NFT (17. ábra), az idegsejtekben helyezkedik el, elsősorban kóros mértékben foszforilált tau fehérjéből áll.



17. ábra: NFT-k AK-ban. (saját szerkesztés)

A: NFT mitralis sejtben a bulbus olfactoriusban. Gallyas-féle ezüstözés. 100x.

B: NFT mitralis sejtben a bulbus olfactoriusban. Tau-1 immunhisztokémia. 100x.

C: NFT kialakulását megelőző ún. „pre-tangle” idegsejt (nyíl) és neuropil thread (csillag) a gyrus cinguliban. AT8 tau immunhisztokémia. 60x.

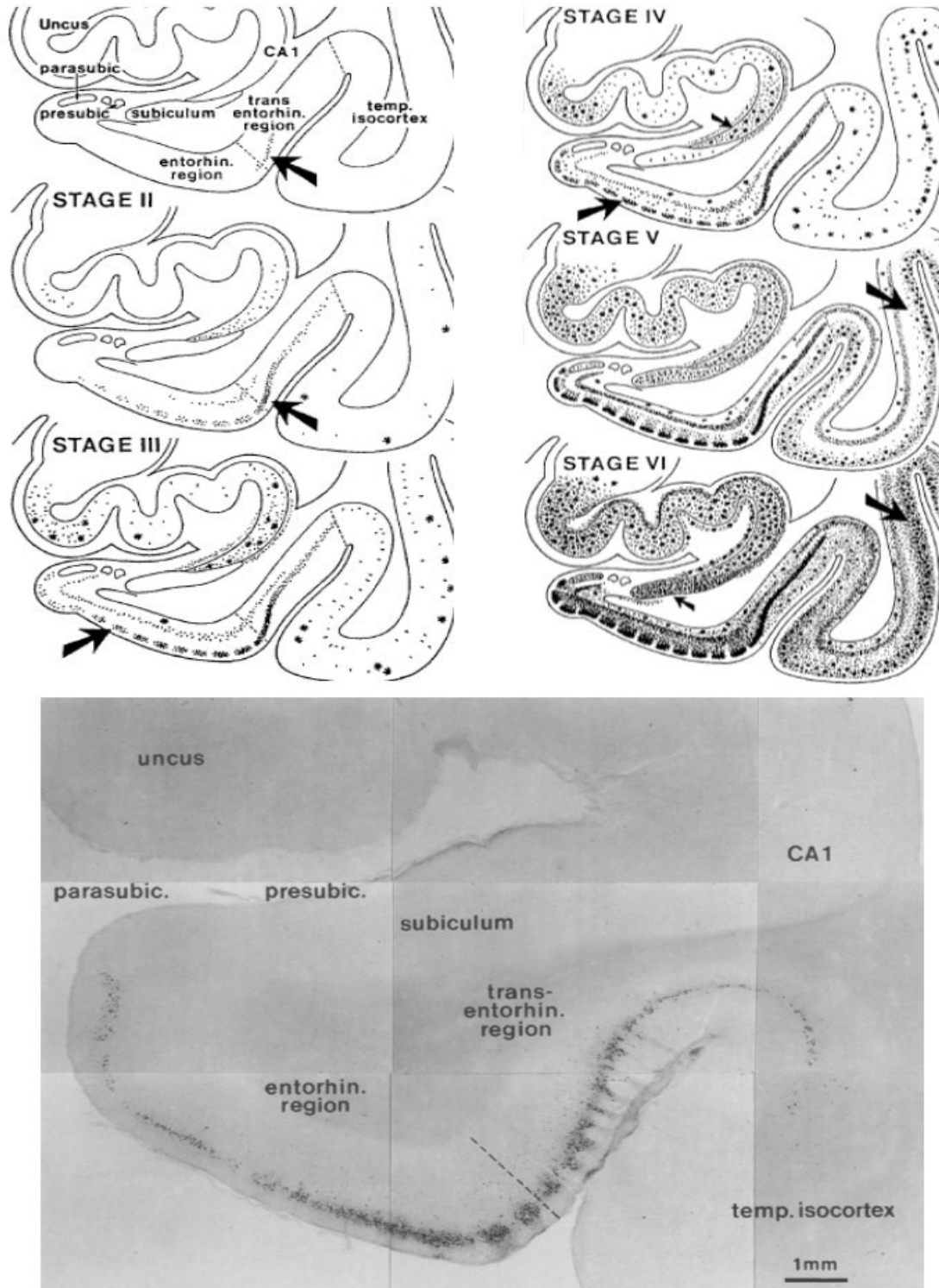
D: Kiterjedt degeneráció a nucleus olfactorius anterior idegsejtjeiben. Gallyas-féle ezüstözés. 40X

C: NFT-k az entorhinalis kéreg II. rétegének sejtszigeteiben (felszínen verrucae entorhinales domborulatokat alkotva). TP001 tau immunhisztokémia. 6x

Az AK történetének egyik alapvető felfedezése az NFT-k kialakulási stádiumainak leírása, ami Heiko Braak német anatómus érdeme, aki 1991-ben publikálta a később róla Braak-stádiumoknak nevezett mintázatot (18. ábra) (Braak és Braak, 1991). Az NFT-k illetve annak az idegsejtek nyúlványaiban lerakódó formája (neuropil thread, NT) elsőként a temporális lebeny mediális felszínén, az entorhinalis kéregben jelennek meg, majd a limbikus rendszerre terjednek, végül a neocortexben is kimutathatóak. Mindhárom stádium két-két alstádiumra osztható (entorhinalis I-II, limbikus III-IV, neocorticalis V-VI). A kognitív tünetek leghamarabb a III. stádiumban jelennek meg, a demencia az V-VI. stádiumban fejlődik ki. Itt is igaz az, hogy az NFT-k felszaporodása évtizedeken keresztül, lassan történik Braak és Del Tredici, 2012).

Az NFT-eket a tau fehérje kóros mértékben foszforiládott (hiperfoszforilált) formái alkotják, melyek szintén proteáz-rezisztens aggregátumokat formálnak az ideg- és gliasejtekben. A konformációváltozást szenvedett tau nem képes a mikrotubulusok stabilizációjára, így az idegsejtek transzportfolyamatai károsodnak.





6.

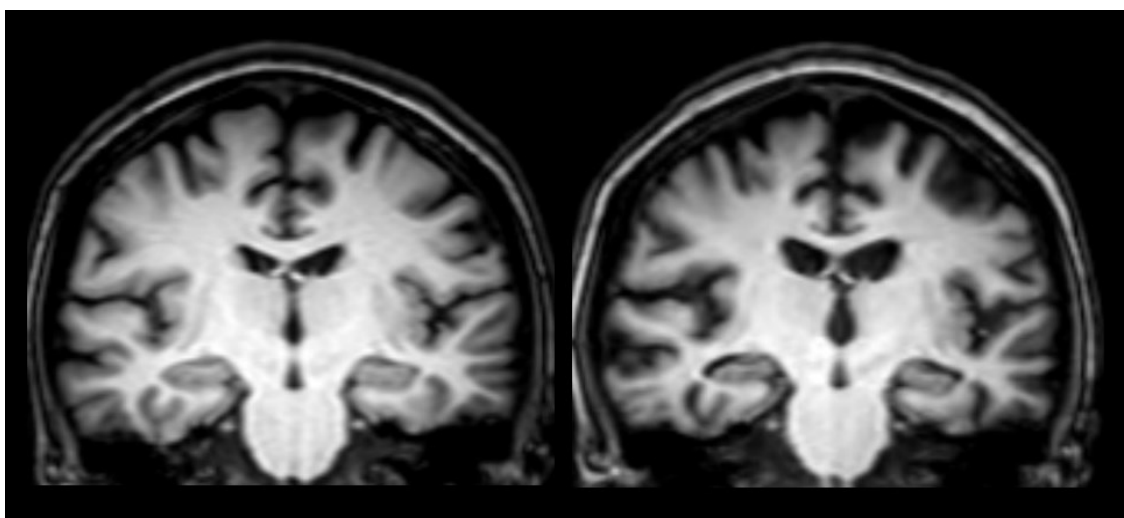
18.ábra: A Braak-féle stádiumok az NFT-k terjedésében (módosítva, Braak and Braak, *Acta Neuropathol* 1991;82:239-259 után).

A transentorhinalis (I-II), a limbikus (III-IV) és az isocorticalis (V-VI.) stádiumok jellemző elváltozásait a nagy nyilak jelzik: A pre-alfa réteg enyhe és kifejezett degenerációja az I. és II. stádiumokban a transentorhinalis kéregben, a Pre-alfa réteg enyhe és kifejezett érintettsége a limbikus stádiumokban, illetve az isocorticalis rétegek enyhe és kifejezett érintettsége az V. és VI. stádiumokban. Az alsó képen Gallyas-festéssel készült III. stádiumú degeneráció.

#### *Az Alzheimer-kór diagnózisa*

Az **AK diagnózisához szükséges a kognitív károsodás mintázatát, súlyosságát meghatározni.** A kortikális tünetek felmérése mellett a tájékozódó vizsgálatra az MMSE és a Montreal Cognitive Assessment (MoCA) tesztek használhatók legelterjedtebben. Részletesebb és a prefrontális tüneteket pontosabban megítélő vizsgálat az Addenbrook-féle skála (Addenbrooke's Cognitive Examination, ACE, magyarul AKV). A visuospatialis tünetek megítélésére hasznos az órateszt, mely az AKV és a MoCA tesznek is a részét képezi (Kovács, 2010). Használhatóak jóval érzékenyebb, az AK miatt kialakuló enyhe kognitív zavar kimutatására is alkalmas tesztek is, ilyen pl. az ADAS-Cog és a RBANS teszt, melyek magyar standardizálása is megtörtént (Drótos et al, 2012; Juhász et al, 2003). Elsősorban gyógyszervizsgálati körülmények között használtak a rövidtávú memória tárolási és előhívási mechanizmusait jól differenciáló tesztek, mint amilyen az FCSRT teszt (Grober et al, 2010).

Az AK-ra jellemző mediális temporális képletek atrófiájának kimutatására képzalkotó módszerek szükségesek. A **koponya MR vizsgálata a választandó módszer**, mivel az képes a fehérállományi elváltozások és az AK-ban gyakori mikrovérzések pontos megítélésére is (Chandra et al, 2019) (19. ábra).



19. ábra: T1 súlyozott koronális koponya MRI felvétel korai kezdetű AK-ban. A bal és a jobb oldali kép között 18 hónap telt el; jól megfigyelhető a kamrarendszer progresszív tágulata, a mediális temporális lebeny és hippocampus atrófiája. (saját szerkesztés)

Az AK-ra jellemző béta-amiloid és tau felszaporodásának biomarkerei az AK *in vivo* legpontosabb diagnosztikai lehetőségét jelentik, különösen kombinációban használva azokat (Sperling et al, 2011). A béta-amiloid az agyban felszaporodva a liquorba kevésbé választódik ki, mint egészségesekben, így elsősorban a 42 aminosavból álló formájának liquorszintje csökken. Az agyban felszaporodó béta-amiloid kimutatása PET vizsgálattal lehetséges (elsőként a C<sub>11</sub>-PIB (Pittsburgh compound B), majd későbbiekben a florbetaben, a florbetapir és a flutemetamol tracerekkel).

Az NFT-k *in vivo* biomarkere a tau, illetve különösen a foszfo-tau liquorszintjének emelkedése, illetve az elmúlt években már a tau fehérje PET vizsgálattal történő kimutatása is elérhetővé vált. Sajnos azonban Magyarországon ezek a biomarkerek nem vagy igen korlátozottan érhetőek el.

**A jelenlegi diagnosztikai kritériumokat (Kovács, 2013) a 13. táblázat foglalja össze.**

13. táblázat: Az Alzheimer-kór diagnosztikai kritériumai (saját szerkesztés)

### ***I. BNO-10:***

A: A demencia BNO-10 kritériumai (G1-4, 1. táblázat) teljesülnek.

B: Más demenciát okozó idegrendszeri vagy szisztémás betegsége utaló kórtörténeti, fizikális vagy speciális diagnosztikai eredmény hiánya.

Altípusok:

Korai kezdetű Alzheimer-kór (65 éves életkor alatt)

Késői kezdetű Alzheimer-kór

Atípusos vagy kevert típusú Alzheimer-kór

### ***II. DSM-IV:***

A: A demencia DSM-IV. kritériumai (1. táblázat) teljesülnek.

B: Lappangó kezdetű, progresszívan romló kognitív teljesítmény.

C: Más demenciát okozó idegrendszeri vagy szisztémás betegség hiánya.

### ***III. DSM-5:***

A: A major neurokognitív betegség (1. táblázat) kritériumai teljesülnek.

B: Egy vagy több kognitív domén lappangó kezdetű, progresszívan romló károsodása.

C: Valószínű (probable) Alzheimer-kór: az alábbiak egyike:

1: Alzheimer-kórt okozó génmutáció kimutatása

2: Az alábbiak mindegyike:

a: Memóriazavar mellett másik kognitív domén progresszív károsodása is igazolt

b: Folyamatosan romló kognitív funkciók, hosszabb stabil állapot nélkül

c: Társuló (kevert) etiológia hiánya (más, demenciát okozó degeneratív, vaszkuláris, neurológiai, mentális és szisztémás betegség hiánya)

D: Lehetséges (possible) Alzheimer-kór: C1 és C2 nem teljesül

#### ***IV. NIA-AA (National Institute on Aging-Alzheimer's Association) (McKhann et al, 2011):***

Demencia kritériumai:

1. Szokásos aktivitás/munka zavara
2. Megelőzően magasabb szintű kognitív funkciók romlása
3. Delírium vagy más major pszichiátriai betegség nem magyarázza
4. Az anamnesis ÉS a neuropszichológiai vizsgálat igazolja
5. Az alábbiak közül legalább 2:
  - a. Rövid távú memóriazavar
  - b. Végrehajtó funkciók zavara
  - c. Visuospatialis zavar
  - d. Nyelvi funkciók zavara
  - e. Személyiség- ill. magatartászavar

Valószínű (probable) Alzheimer-demencia kritériumai:

1. Lappangó kezdet
2. Kognitív funkciók dokumentált romlása
3. A kezdeti/legnyilvánvalóbb kognitív zavar alapján
  - A: Amnesticus típus
  - B: Nem amnesticus típus
    - Nyelvi
    - Visuospatialis
    - Végrehajtási funkciók zavara
4. Más demenciát okozó etiológia hiánya

Lehetséges (possible) Alzheimer-demencia kritériumai:

Atípusos lefolyás vagy kevert etiológia

Alzheimer-demencia az Alzheimer-kór patofiziológiai folyamatának bizonyítékával:

Lehetséges/valószínű Alzheimer-kór ES biomarker pozitívitás (alacsony liquor  $A\beta_{42}$ ; magas liquor tau, P-tau; Amiloid PET)

***V. IWG-2 (International Working Group) kritériumok (Dubois et al, 2014):***

Típusos Alzheimer-kór:

A: Specifikus klinikai fenotípus

Korai és szignifikáns epizódikus memóriazavar (izolált vagy más kognitív doménnel együtt), mely lappangó kezdetű és progresszív, legalább hat hónapja fennáll, neuropszichológiai tesztekkel igazolva.

B: Alzheimer-kórra jellemző in vivo biomarker pozitívitás, legalább egy:

1. Csökkent  $A\beta_{1-42}$  és emelkedett totál tau vagy P-tau a liquorban
2. Amiloid PET
3. Alzheimer-kórt okozó génmutáció (PSEN1, PSEN2 vagy APP)

C: Kizáró kritériumok hiánya

1. Kórtörténet: hirtelen kezdet, korai szakaszban az alábbi tünetek: járászavar, epileptikus roham, jelentős és domináns magatartászavar
2. Klinikai tünetek: göctünet, korai parkinsonizmus, korai hallucinációk, kognitív fluktuáció
3. Egyéb: igazolt non-Alzheimer demencia; major depresszió; cerebrovasculáris betegség; toxikus, gyulladáshoz és metabolikus betegségek; FLAIR vagy T2 jelzavar a mediális temporális lebenyben, mely infekciós/immun/vaszkuláris eredetre utal.

Atípusos Alzheimer-kór:

A: Specifikus klinikai fenotípus (alábbiak egyike):

1. Posterior variáns Alzheimer-kór:

- Occipitotemporalis variáns: korai, domináns és progresszív vizuális gnosticus zavar
- Biparietalis variáns: korai, domináns és progresszív visuospatialis zavar, Gerstmann- és Bálint-szindróma, végtagi apraxia és neglect.

2. Logopéniás variáns Alzheimer-kór: korai, domináns és progresszív szóelőhívási és mondatisméltési zavar, megkímélt szemantikus, nyelvtani és motoros beszédfunkciók mellett.

3. Frontális variáns Alzheimer-kór: korai, domináns és progresszív magatartási zavar (korai apathia, gátlástalan viselkedés, kognitív tesztekben domináns végrehajtási funkciók zavara)

4. Down-kór variáns Alzheimer-kór

B: Alzheimer-kórra jellemző in vivo biomarker pozitívitás, legalább egy:

1. Csökkent  $A\beta_{1-42}$  és emelkedett totál tau vagy P-tau a liquorban
2. Amiloid PET
3. Alzheimer-kórt okozó génmutáció (PSEN1, PSEN2 vagy APP)

C: Kizáró kritériumok hiánya

1. Kórtörténet: hirtelen kezdet, korai, domináns epizódikus memóriazavar
2. Major depresszió; cerebrovascularis betegség; toxikus, gyulladásozó és metabolikus betegségek

2018-ban javasolták az AK diagnosztikájában az ATN klasszifikációt (Jack et al, 2018) (14. táblázat).

<i>A: Aggregált béta-amiloid (<math>A\beta</math>) vagy társuló patológiás állapot</i>
Liquor $A\beta_{42}$ , vagy $A\beta_{42}/A\beta_{40}$ arány
Amiloid PET
<i>T: Aggregált tau (neurofibrillaris kötegek) vagy társuló patológiás állapot</i>
Liquor foszforilált tau
Tau PET
<i>(N): Neurodegeneráció vagy neuronpusztulás</i>
Anatómiai MRI
FDG PET
Liquor totál tau

14. táblázat: AT(N) biomarkerek az AK diagnosztikájában (Jack et al, 2018. alapján).

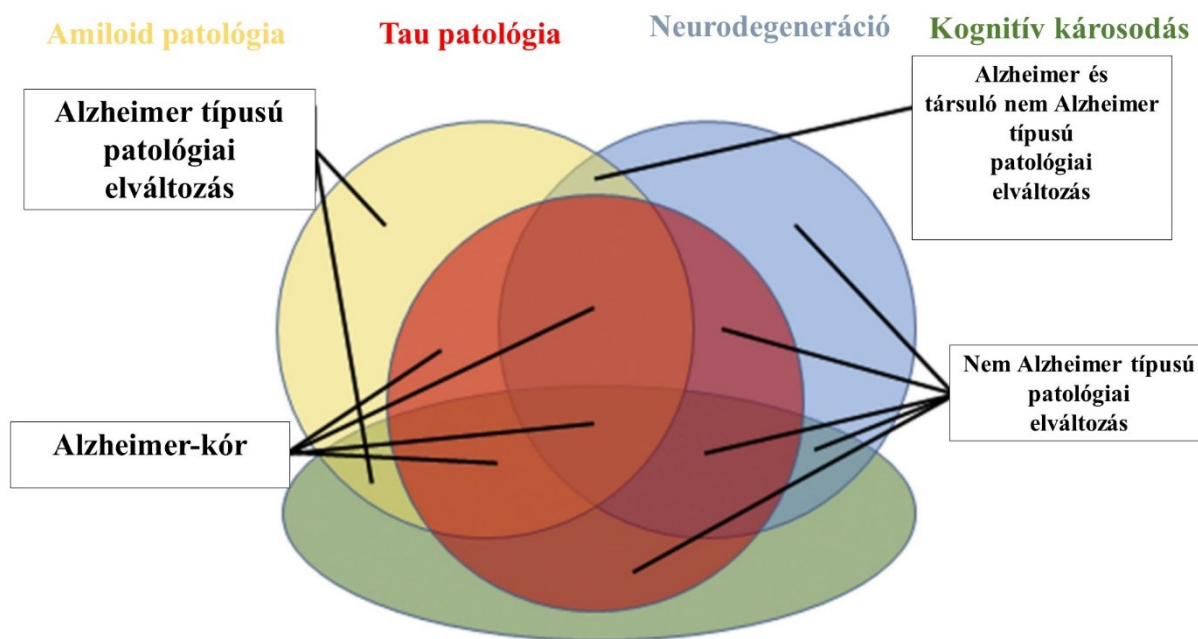
Az ATN klasszifikáció szerint lehetséges diagnózistípusokat a 15. táblázat, a biomarkerek átfedését a 20. ábra mutatja.

<b>AT(N) profil</b>	<b>Biomarker kategória</b>
A-T-(N)-	Egészséges
A+T-(N)-	Alzheimer-típusú patológiai elváltozás



A+T+(N>	Alzheimer-kór	Alzheimer continuum
A+T+(N)+	Alzheimer-kór	
A+T-(N)+	Alzheimer és társuló nem Alzheimer típusú patológiai elváltozás	
A-T+(N)-	Nem Alzheimer-típusú patológiai elváltozás	
A-T-(N)+	Nem Alzheimer-típusú patológiai elváltozás	
A-T+(N)+	Nem Alzheimer-típusú patológiai elváltozás	

15. táblázat: Az AT(N) biomarker profilok típusai (Jack et al, 2018. alapján).



20. ábra: Az AT(N) biomarker profilok átfedései (Jack et al, 2018. alapján).

### *Az Alzheimer-kór tünettani heterogenitása <sup>10</sup>*

Régóta ismert, hogy a típusos, amnesztikus kezdetű AK mellett a neuropatológiailag igazolt **AK kb. 20%-a atípusos tünetekkel indul**, illetve lefolyásában is sokáig az atípusos tünetek dominálnak (Alladi et al, 2007; Lam et al, 2013). Az AK diagnosztikai kritériumai közül elsőként a NIA-AA (National Institute of Aging-Alzheimer's Association) 2011-es kritériuma ismerte fel és foglalta magába ezeket az atípusos formákat (McKhann et al, 2011).

Az atípusos formák egyike az ún. temporális variáns AK, mely tüneteiben inkább típusos, amennyiben a rövidtávú memóriazavar a domináló tünet, ez azonban más kognitív domének tüneteivel nem vagy alig társul, a visuospatialis és prefrontális képességek sokáig megőrzöttek, a betegek nagyon sokáig enyhe, nem vagy alig progrediáló tünetekkel élnek. Ezekben a betegekben az AK genetikai kockázati faktora, az apolipoprotein E gén epsilon4 alléljének előfordulása ritkább, mint a típusos AK-ban, illetve jellemző az idősebb életkorban való kezdet.

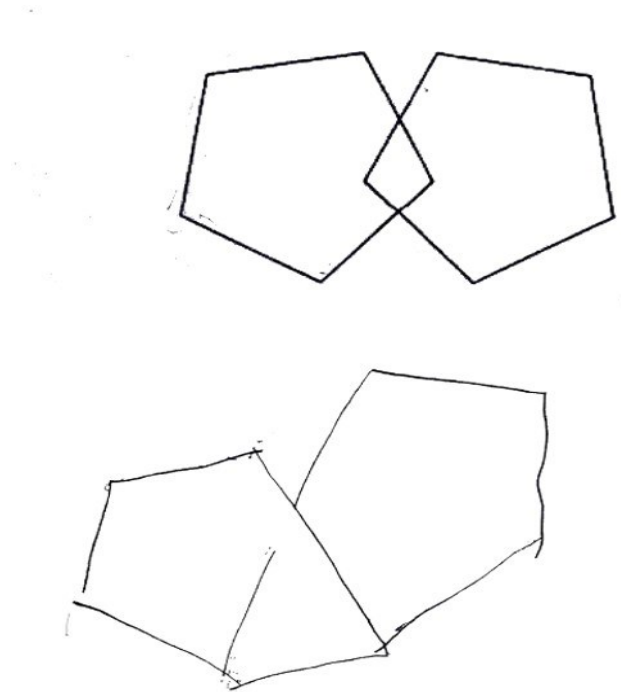
A progresszív aphasiával induló AK a leggyakoribb atípusos forma. A betegek fiatalabbak. A leggyakrabban non-fluens (motoros jellegű) aphasia jellemző, agrammatizmussal, fonémikus paraphasiákkal. Fontos megjegyezni, hogy az AK előrehaladottabb szakaszában az aphasia természetesen gyakori tünet, az ilyen későbbi szakaszban azonban inkább fluens aphasia jelentkezik, a betegek folyamatosan tudnak beszélni, de eltérő jelentésű szavakkal cserélik fel a szavakat (szemantikus paraphasia), majd súlyosabb szakaszban ún. zsargon aphasia alakul ki, azaz főneveket nem vagy alig használó, töltelékszavakból áll a beszéd. Ritka a logopéniás aphasiával járó AK, ahol a beszéd folyamatos, de lassú, az agrammatizmus nem jellemző, viszont jellegzetes a károsodott ismétlés.

A visuospatialis variáns AK a második leggyakoribb forma. Mivel a hátsó centrális kéregterületek atrophija jellegzetes, posterior corticalis atrophia néven (PCA-AD) is ismert, bár PCA-t más degeneratív betegség is okozhat, leggyakrabban azonban AK áll a tünetek mögött. Jellegzetes a visuospatialis domén korai károsodása mellett más kognitív domének megkíméltsége. A betegek gyakran szemészetről szemészetre járnak, mivel látásukra panaszkodnak, de a látásélességgel nincs gond illetve ha visuszavar igazolódik is, annak korrekciója nem csökkenti a panaszokat. Gyakori tünet az agnosia, apraxia különböző formái (pl. Bálint-szindróma, ujj agnosia, öltözködési apraxia) (21. ábra).

---

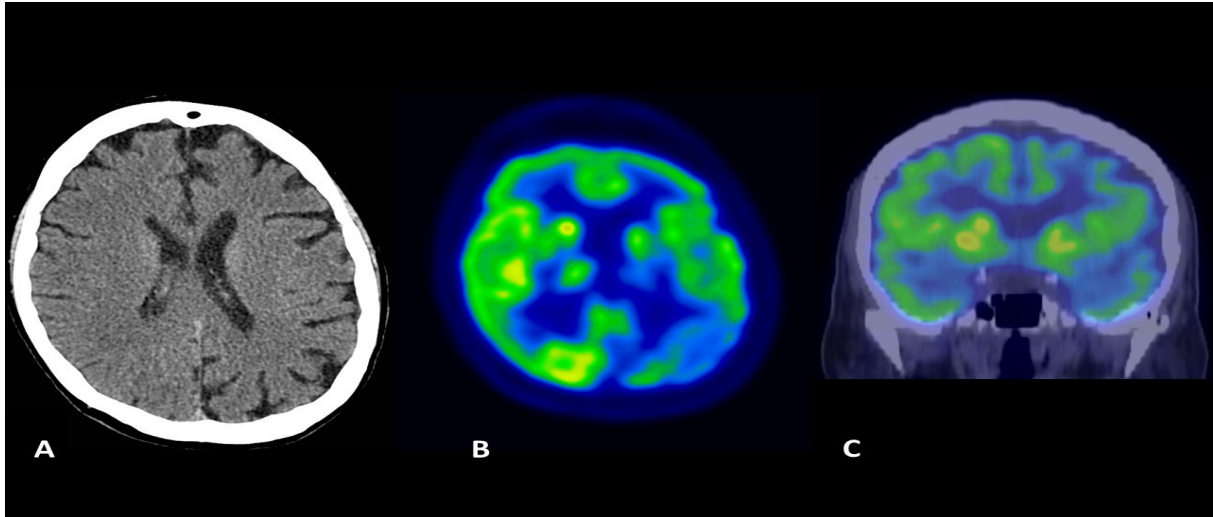
<sup>10</sup> Kovács, 2019





21. ábra: Visuospatialis variáns AK, 56 éves nőbeteg. Enyhe kognitív zavar, MMSE 27/30 (visszahívásban, visszszámolásban és az egymást metsző ötszögekben veszít 1-1 pontot). (saját szerkesztés)

A legritkább atípusos forma a frontális variáns AK, ahol a betegek ismét csak fiatalabbak, a domináló tünet a végrehajtási funkciók zavara illetve a magatartási tünetek. Gyakran nehézségek okoz elkülönítése a frontotemporális demenciáktól (22. ábra).



22. ábra: Frontális variáns AK, 61 éves nőbeteg (a beteg claustrophobiája miatt MRI vizsgálat nem volt végezhető). Liquorban alacsony béta-amiloid és magas tau szint AK-t támogat. Aszimmetrikus bal féltekei túlsúlyú atrophia CT felvételen (A), FDG-PET vizsgálattal bal túlsúlyú parietooccipitalis (B) és temporális (C) hipometabolizmus. (Dr. Györke Tamás, Semmelweis Egyetem Nukleáris Medicina Tanszék szívésségéből). (saját szerkesztés)

Az AK tüneti változatossága mellett lefolyása is széles határok között változhat. Idősebb korban kezdődő formák általában rövidebb lefolyásúak, ez azonban gyakran a társuló betegségek miatt alakul így. Ugyanakkor jól ismert, hogy a gyors lefolyású, 1-2 éven belül halálhoz vezető, agresszív AK akár prionbetegséget, Creutzfeldt-Jakob betegséget is utánozhat („CJD mimic”). A spektrum másik végén a temporális variáns AK áll, ahol a betegek gyakran évekig nem mutatnak semmiféle progressziót. Az elmúlt években a neuropatológia felől azonban kétségek merültek fel az ilyen betegek diagnózisát illetően. A társuló amiloid patológiával nem vagy alig járó NFT lerakódással járó formákat elsődleges életkorfüggő taupátia névvel (primary age-related tauopathy, PART) illetik (Crary et al, 2014). Az ilyen betegekben a NFT-k terjedése általában alacsonyabb Braak-stádiumokban „megáll”; bár a tünetek AK-ra jellegzetesek, nincs lényeges progresszió azokban. A PART klinikai jellemzőinek azonosítása jelenleg is folyik, az elmúlt pár évben jelentek meg ezekkel kapcsolatos publikációk (Bell et al, 2019). Alapvető jelentőségű Dennis Dickson kutatócsoportjának (Mayo Clinic, USA) felismerése (Murray et al, 2011). Kutatásukban neuropatológiailag definitív AK diagnózist kapott eseteket gyűjtöttek össze, majd a patológiai elváltozások súlyosságát osztották fel kvadránsokra a neocortex és a hippocampalis formáció területén, az NFT-k arányát vizsgálva. Azokat az eseteket, ahol az átlagtól nagyobb sűrűségű corticalis NFT sűrűséget észleltek a hippocampusok relatív megkíméltségével, „hippocampal sparing” nevezték el, míg a fordított mintázatot (a neocortex kevésbé érintett, mint a hippocampus) „limbic

predominant” AK-nak. A harmadik csoportot a fennmaradó „típusos” AK képezte. Az így kialakult csoportok retrospektív klinikai adatait áttekintve azt találták, hogy a „hippocampal sparing” AK fiatalabb betegeket érint, agresszívabb, gyorsabb lefolyású, míg a „limbic predominant” AK ezzel ellentétben lassabb progressziójú, idősebb betegeket érint. Fontos kiemelni, hogy a vizsgálat a klinikailag és patológiailag is AK-nak tartott betegek, tehát „típusos” AK-ban igazolta ezt a dignitási heterogenitást.

Jellegzetes, nyilvánvaló különbség az AK-os betegek között a kezdeti életkor. Az idősebb (későbbi) életkorban kezdődő formákat **késői kezdetű AK-nak** (late-onset Alzheimer’s disease, LOAD), míg a 65 éves életkor alatt induló formákat EOAD-nak (early-onset AD) nevezik. A LOAD általában sporadikus betegség, míg az **EOAD gyakran familiáris, autoszómális domináns öröklésmentet mutat**. Bár a familiáris EOAD ritka (az összes AK talán 1-2%-a), ismeretük az AK megértésében különösen fontos. A jelenleg ismert autoszómális domináns öröklődésű AK-t okozó gének mindegyike a béta-amiloid metabolizmusában érintett, általában annak termelődését fokozza, mégis rendkívül különböző fenotípussal járnak, sokszor még az azonos mutációk is különböző klinikai képet okoznak, illetve eltérő életkorban jelentkeznek. Az atípusos tünetek között előfordulnak pl. paraparesissel illetve pszichózissal kezdődő formák is.

A sporadikus LOAD betegek között az APOE epsilon 4 allélt hordozó betegekben a patológia általában súlyosabb, mint a 4-es allélt nem hordozó betegekben, illetve a kezdeti életkor is alacsonyabb.

**Az AK esetében elfogadott, hogy különösen idős betegekben más idegrendszeri patológiával társul. A társuló patológiai állapotok közül a leggyakoribb a cerebrovascularis betegség.** A Nun Study (Snowdon et al, 1997) adatai mutattak rá először arra, hogy **azokban a betegekben, akikben kisérbetegség következményeként lacunaris infarctus mutatható ki, az AK miatt kifejlődő demencia megjelenésének kockázata magasabb, illetve a demencia már kevésbé kifejezett Alzheimer-patológia mellett is kialakul.** Hasonló, de kevésbé kifejezett hatást észleltek nagyrbetegség mellett megjelenő territoriális infarctus esetén is.

A második leggyakoribb társuló patológia az alfa-szinukleint tartalmazó Lewy-testek megjelenése. Számos adat utal arra, hogy hasonló mechanizmusok állhatnak az amiloid és a Lewy-testes patológia hátterében, illetve a Lewy-testek társulása befolyásolja az AK-ban is gyakran, különösen előrehaladottabb stádiumban kialakuló parkinsonismust.

Az utóbbi években leírt TDP-43 fehérje lerakódása szintén gyakoribb AK-ban, a TDP-43 patológia súlyossága pedig az AK-os betegek halálozását módosítja, a kifejezettebb patológiai gyorsabb lefolyású betegséggel jár (Rabinovici et al, 2017).

### *Az Alzheimer-kór kezelése<sup>11</sup>*

Az AK kezelése farmako-, pszicho- és szocioterápiás elemeket tartalmaz. A tüneti farmakoterápia irányulhat a kognitív és nem kognitív eltérésekre. A kezelési formák megválasztásakor döntő a betegség stádiuma. Enyhe AK-ként a MMSE 21-26, közepesen súlyosként a MMSE 10-20, míg súlyos, előrehaladott AK-ként a MMSE 0-10 pont közötti értékeket tekintjük.

Enyhe és középsúlyos AK-ban, illetve minimális kognitív deficitben (amikor a beteg tünetei még a demencia kritériumainak nem felelnek meg, de a memóriazavar már igazolható) a kognitív tünetek javítására adhatók az ún. nootrop szerek. Ezek hatásmechanizmusa heterogén, alkalmazásuk leginkább tapasztalati alapokon nyugszik, az evidencián alapuló kezelési elveknek megfelelő vizsgálat csak néhányuk esetében történt. Nincs elsőként választandó készítmény, az alkalmazást a kezelő orvos jóváhagyása határozza meg. Amennyiben a megfelelő adagban adott gyógyszer 3-4 hónap után sem hat, céltalan tovább folytatni adását, más hatásmechanizmusú készítményt érdemes választani.

A leggyakrabban alkalmazott szerek közé a vinpocetine, a piracetam, a nicergolin és a ginkgo-készítmények tartoznak. AK-ban az agyalapi kolinerg idegsejtek funkciózavara egyértelmű. A centrális hatású acetilkolinészteráz-gátló (AChEI) gyógyszerek az acetyl-kolin szint emelésével a kognitív tüneteket javítják, de kedvezőek a magatartási tünetek szempontjából is (Grossberg, 2005). Hosszú távú alkalmazásuk a betegség progresszióját is lassíthatja. Morfológiai vizsgálatok eredményei igazolják, hogy a neuropatológiai elváltozások mennyiségét is csökkentik. Magyarországon két vegyület érhető el: a donepezil (számos generikum formájában) és a rivastigmine (Exelon), ez utóbbi transzdermális tapasz formájában is. **AChEI kezelés az AK enyhe vagy középsúlyos (MMSE 26-10 pont között) formájában javasolt**, ha a folyamatos gyógyszeresedés biztosított és a beteg a legalább a minimálisan hatékony adagot tolerálja. A donepezil napi adagja egyszer 5-10 mg, míg a rivastigminé napi kétszer 3-6 mg illetve 4.6 vagy 9.5mg/24h tapasz. A hatás mindkét gyógyszer esetében dózisfüggő, célszerű a tolerálható maximális adagot alkalmazni. A perifériás kolinerg mellékhatások (émelygés, hányás, hasmenés) elkerülése miatt a dóziszemelés fokozatos. Az átlagos javulás 6 hónapos AChEI kezelés során 1-2 pont a placebohoz képest a MMSE skálán. AK-ban az átlagos teljesítményromlás az MMSE skálán

---

<sup>11</sup> Kovács, 2018;

évente 3 pont, ehhez viszonyítható az AChEI kezelés progressziót lassító hatása. Amennyiben az egyik készítményre a beteg nem reagált, célszerű a másik rendelkezésre álló gyógyszert adni.

Az AChEI-k hatásosnak bizonyultak az AK súlyos szakaszában is, az itt használatos, nagyobb adagokat tartalmazó, retard készítményeket azonban nálunk nem forgalmazzák.

**Az AK közepesen súlyos és súlyos stádiumaiban (MMSE 20 pont alatt) javasolt a memantine** (szintén több generikum), mely az N-metil-D-aszpartát glutamát receptor nem-kompetitív antagonistája. A memantine napi adagja reggel 20mg, melyet napi 5mg-al kell kezdeni, majd hetente 5 mg-al fokozatosan emelni. A memantine biztonságosan adható együtt AChEI-ral (adatok elsősorban donepezillel ismertek), hatásuk additív. **A kombinációs terápia hosszú távon is jó hatású, a progressziót lassító hatása az AChEI monoterápiához képest kifejezettebb.** Külföldön a memantine-donepezil kombináció egy tablettába formázva is elérhető már.

A nem-kognitív (magatartási és pszichológiai tünetek, BPSD) tünetek alatt értendő a depresszió, az alvászavar, a pszichotikus tünetek, az agitáció, a szorongás stb. A depresszió kezelésekor fontos, hogy **az idős korban több mellékhatással bíró triciklusos készítmények helyett a szelektív szerotonin újrafelvételt gátló (SSRI), monoaminoxidáz inhibitor vagy kombinált hatású gyógyszereket (venlafaxine, mirtazapine) használjuk.** A szorongás kezelését az antidepresszívumok is részben segítik, illetve korszerű benzodiazepin származékok, buspirone adása lehetséges. **Kerülendő a kumulálódó hosszú hatású benzodiazepinek alkalmazása, illetve általában a benzodiazepinek tartós használata.** Az alvászavar kezelésekor elsősorban nem farmakológiai módszereket kell alkalmazni. Barbiturátok adása semmiképp nem indokolt. **Az agitáció gyakran agresszivitással társul.** Kezelésekor fontos, hogy gyakran a kiváltó ok (iatrogén okok: diureticum, altatók rebound hatása, benzodiazepinek paradox reakciója, pszichostimuláns mellékhatású gyógyszerek; fájdalom- vagy diszkomfortérzés: reumatológiai betegségek, fejfájás, obstipatio stb.; hypoxia; látás- és hallászavar; környezeti okok) megszüntetése is hatékony. **Az antipszichotikumok alkalmazása idős korban fokozott óvatosságot igényel,** alacsony kezdő dózis óvatos emelése javasolt. A típusos neuroleptikumok közül a haloperidol a legismertebb; hosszú távú alkalmazása nem javasolt, parkinsonismust okoz. **Az atípusos neuroleptikumok közül a risperidone terjedt el leginkább, jól tolerálható még a tiapride.** Fontos, hogy a neuroleptikumok alkalmazásával járó fokozott cerebrovasculáris kockázat ismeretében használatuk lehetőség szerint kerülendő (Kálmán et al, 2008). Az AChEI donepezil elsősorban az affektív BPSD tünetekre hat, így javítja a depressziót, a szorongást és az apátiát. A memantine kezelés csökkenti a delúziók, az agitáció/agresszivitás és az ingerlékenység előfordulását (Kovács, 2018).

A terápiás lehetőségek szempontjából az AK helyzete kivételezett, hiszen a gyógyszerfejlesztések szinte csak ezt a degeneratív demenciaformát célozzák meg. A kognitív tünetjavító terápiás lehetőségek mellett jelentős erőfeszítések történnek a betegség lefolyását módosító kezelések kifejlesztésére. Sajnos azonban az eredmények nem biztatóak. Az agyi béta-amiloid depozíció mértékét csökkentő próbálkozások eddig sikertelenek voltak. Az anti-amiloid monoklonális antitestek közül a bapineuzumab és a solanezumab III. fázisú vizsgálatokban nem bizonyult hatásosnak, a solanezumab esetében az enyhébb betegségstádiumban a másodlagos paraméterekben azonban mutatkozott némi előny. Hasonlóan ehhez, a crenezumab esetében is az enyhébb stádiumban volt kimutatható kedvező hatás (II. fázisú vizsgálatban), viszont annak III. fázisú vizsgálatát (CREAD) 2019-ben állították le hatástalanság miatt; hasonlóan végződött az aducanumab ENGAGE vizsgálata is (<https://www.alzforum.org/news/research-news/biogenesis-halt-phase-3-aducanumab-trials>).

A béta-amiloid termelődésében szerepet játszó két enzim inhibitorai közül a gamma-szekretáz-gátlók már korábban hatástalannak bizonyultak, a béta-szekretáz-gátlók közül pedig két készítmény III. fázisú vizsgálatai fejeződtek be hatástalanság miatt. A sikertelen anti-amiloid vizsgálatok miatt a figyelem inkább a tau felé fordult, itt is aktív és passzív immunizációs vizsgálatok történnek. Korábban a tau aggregációt és hiperfoszforilációt gátló hatóanyagok már hatástalannak bizonyultak (Hornycs, 2017).

### **A Lewy-testes demencia (LTD)**

A Lewy-testek idegsejtekben kialakuló zárványok, melyek Parkinson-kórban is kimutathatók. LTD-ban az agykéregben is kiterjedt Lewy-test patológia figyelhető meg. A betegség a második leggyakoribb degeneratív demenciaforma, bár gyakran aluldiagnosztizált (9. táblázat) (McKeith et al, 2017). Ennek részben oka a gyakran társuló Alzheimer-patológia. Típusos esetben a klinikai képet vizuális hallucinációk, a tünetek spontán hullámozása (fluktuációja) és a parkinsonos tünetek jelenléte adja a demencia mellett. A vizuális hallucinációk jól formáltak, részletesek, gyakran a betegség korai szakaszában jelentkeznek, amikor felszínes vizsgálattal akár még demencia sem igazolható. A kognitív tünetekben kortikális és szubkortikális jegyek keverednek. Jellemző a tünetek súlyosságának jelentős hullámozása (fluktuáció), mely napszakonként illetve hosszabb periódusokban is változhat. Fontos megjegyezni, hogy a parkinsonos tünetek hiánya nem zárja ki a diagnózist. A Parkinson-kórhoz társuló demenciától az egy éves arbitrális szabály különíti el: ha a demencia és a mozgászavar egy éven belül kezdődik, LTD-ről beszélhetünk. Kezelésében a kolinészteráz-gátlók (AChEi) használhatók, melyek a kognitív tünetek javítása mellett a vizuális hallucinációkat is csökkentik. A neuroleptikumok

alkalmazása különös óvatosságot igényel, mivel fokozott érzékenység miatt súlyos mellékhatásokat okozhatnak; a quetiapine off-label használata elterjedt. A memantine mérsékelt hatékonyságáról is vannak adatok.



## 16. táblázat A Lewy-testes demencia (DLB) kritériumai (McKeith et al, 2017) (saját szerkesztés)

Esszenciális feltétel	Demencia: Progresszív kognitív hanyatlás, mely a mindennapi funkciók károsodását okozza. Kifejezett károsodás a figyelmi, a végrehajtási és a visuospatialis funkciókban, a memória és megnevezési funkciók relatív megkíméltségével.
Alap (mag) klinikai jellemzők	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fluktuáció a kognitív funkciókban (különösen a figyelemben és az éberségben)</li> <li>2. Visszatérő vizuális hallucinációk (részletes, jól formált)</li> <li>3. REM magatartási zavar (akár a kognitív tünetek megjelenése előtt)</li> <li>4. Parkinsonismus (bradykinesia és/vagy nyugalmi tremor és/vagy rigor)</li> </ol>
Szupportív klinikai jellemzők	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuroleptikus érzékenység (kifejezett)</li> <li>• Tartási instabilitás</li> <li>• Ismétlődő esések</li> <li>• Syncope (vagy más átmeneti non-reszponzív állapot)</li> <li>• Kifejezett autonóm zavar</li> <li>• Hypersomnia (EDS)</li> <li>• Hyposmia</li> <li>• Nem vizuális hallucinációk</li> <li>• Szisztémás delúziók</li> <li>• Apathia, anxietás, depresszió</li> </ul>
Indikatív biomarkerek	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A bazális ganglionok csökkent dopamin transzporter felvétele (DAT-scan)</li> <li>2. Csökkent aktivitás MIBG (metaiodobenzilguanidine) myocardium scintigraphia során</li> <li>3. REM alvás atonia nélkül, polyszomnográfiaival igazolva</li> </ol>
Szupportív biomarkerek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A mediális temporális területek relatív épsége CT/MRI vizsgálattal</li> <li>• Funkcionális képalkotókkal: csökkent occipitális aktivitás PET vizsgálattal; a hátsó/középső cinguláris aktivitás relatív épsége (cingulate island sign)</li> <li>• Prominens posterior lassú hullám EEG aktivitás periodikus pre-alfa/theta fluktuációkkal</li> <li>• Cerebrovascularis betegség</li> <li>• Parkinsonismus az egyedüli alap (mag) klinikai jellemző és az a demencia előrehaladott szakaszában jelenik meg.</li> </ul>
Nem támogató jellemzők	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parkinsonismus az egyedüli alap (mag) klinikai jellemző és az a demencia előrehaladott szakaszában jelenik meg.</li> </ul>
Időbeni összefüggések	A demencia és a mozgászavar egy éven belül jelentkeznek; a mozgászavar kezdete után több, mint egy évvel kezdődő demencia Parkinson-kórhoz társuló demencia (PDD)
<i>Valószínű (probable) DLB</i>	Két vagy több alap (mag) klinikai jellemző VAGY Egy alap (mag) klinikai jellemző ÉS egy vagy több indikatív biomarker
<i>Lehetséges (possible) DLB</i>	Egy alap (mag) klinikai jellemző indikatív biomarker nélkül VAGY Egy vagy több indikatív biomarker, alap (mag) klinikai jellemző nélkül
<i>Definitív DLB</i>	Lewy-teszt, Lewy-neuritek neuropatológiai vizsgálattal igazolva, a társuló Alzheimer-típusú patológiától függetlenül neocorticalis vagy limbikus kiterjedéssel.

## A frontotemporális demenciák (FTD)

Egyéb elnevezések: Pick-féle dementia, Pick-betegség, Pick-complex, frontotemporális lobaris degeneráció stb.

A FTD gyűjtőfogalom, amibe az utóbbi 100 év során leírt jó néhány klinikopatológiai tünetegyüttes besorolható. Erre a demenciára jellemző a fiatalabb életkori kezdet, a viselkedés, a végrehajtási funkciók valamint a hangulati élet zavara. Gyakran öröklődő, familiáris formák.

Előfordulási gyakoriságát illetően nincsenek pontos epidemiológiai adatok, a degeneratív demenciák kb. 10-15 %-a sorolható ebbe a kategóriába, de a korai kezdetű demenciák tekintélyes részét a FTD képviseli.

A FTD-k esetében a leginkább nyilvánvaló, hogy a genetikai-biokémiai-neuropatológiai kutatások alapvetően módosítják a korábbi klinikai betegségek meghatározását a mindennapi klinikai gyakorlatban is. A klinikai fenotípusok definíciója az elmúlt 5-10 évben folyamatosan, jelentősen változott: napjainkban az FTD klinikai altípusait a magatartási tünetekkel járó forma (behavioural variant FTD, bvFTD) és a progresszív afáziák képezik, ez utóbbiakat a nem folyamatos (motoros jellegű) afáziával járó nem fluens variáns primer progresszív afáziára (nfvPPA), a szemantikus információk károsodásával járó szemantikus variánsra (svPPA) és a logopéniás variánsra (lvPPA) oszthatjuk. A klinikai FTD mögött többféle patológiai eltérés állhat, a frontotemporális lebenydegeneráció (FTLD) neuropatológiailag ún. tau zárványtestekkel járhat (ilyenkor a klinikumban gyakran parkinsonismus társul a tünetekhez), vagy ezek a zárványtestek TDP-43, FUS vagy C9ORF72 fehérje tartalmúak, ekkor inkább motoneuron-károsodás tüneteivel társulnak. Nyilvánvaló, hogy a jelentősen eltérő patológiai háttér klinikailag is eltérő betegségeket határoz meg, emiatt a FTD-k szétválása valószínűsíthető a közeljövőben (D'Alton és Lewis, 2017).

A **40-60 éves korban kezdődő tünetek könnyen sugallnak más betegséget**, hiszen leginkább pszichiátriai kórképekhez hasonlít a lassan kifejlődő tünetcsoport. A magatartás és a hangulat zavarai depressziót és mániát utánozhatnak. A beteg lehet apátiás vagy moriás, akár pszichotikus intenzitással. Egyesek kritikátlanul viselkednek, másoknál a gondolkodásmód egyre merevebb, és a perseveratio, sztereotípiák jelenléte kényszerbetegségekre vagy akár skizofréniára utalhat. A tisztálkodás, öltözködés hanyagolása feltűnő, szociális és etikai szempontból a hanyatlás egyre egyértelműbb. A végrehajtási funkciók zavara is jellemző: a tervezés és a bonyolultabb feladatok megoldása nem lehetséges. Az aphasia kezdetben szóalálási nehézségben, sztereotip szövegekben nyilvánul meg, de ellentétben az AK-os betegekkel, a mondatszerkesztés, az aránylag folyamatos beszéd jó ideig megtartott. Étkezési

zavarok (nagy mennyiségű étel fogyasztása, bizonyos ételfajták kóros mértékű fogyasztása, esetleg nem ehető anyagok elfogyasztása) és szexuális zavarok, változások gyakran társulnak.

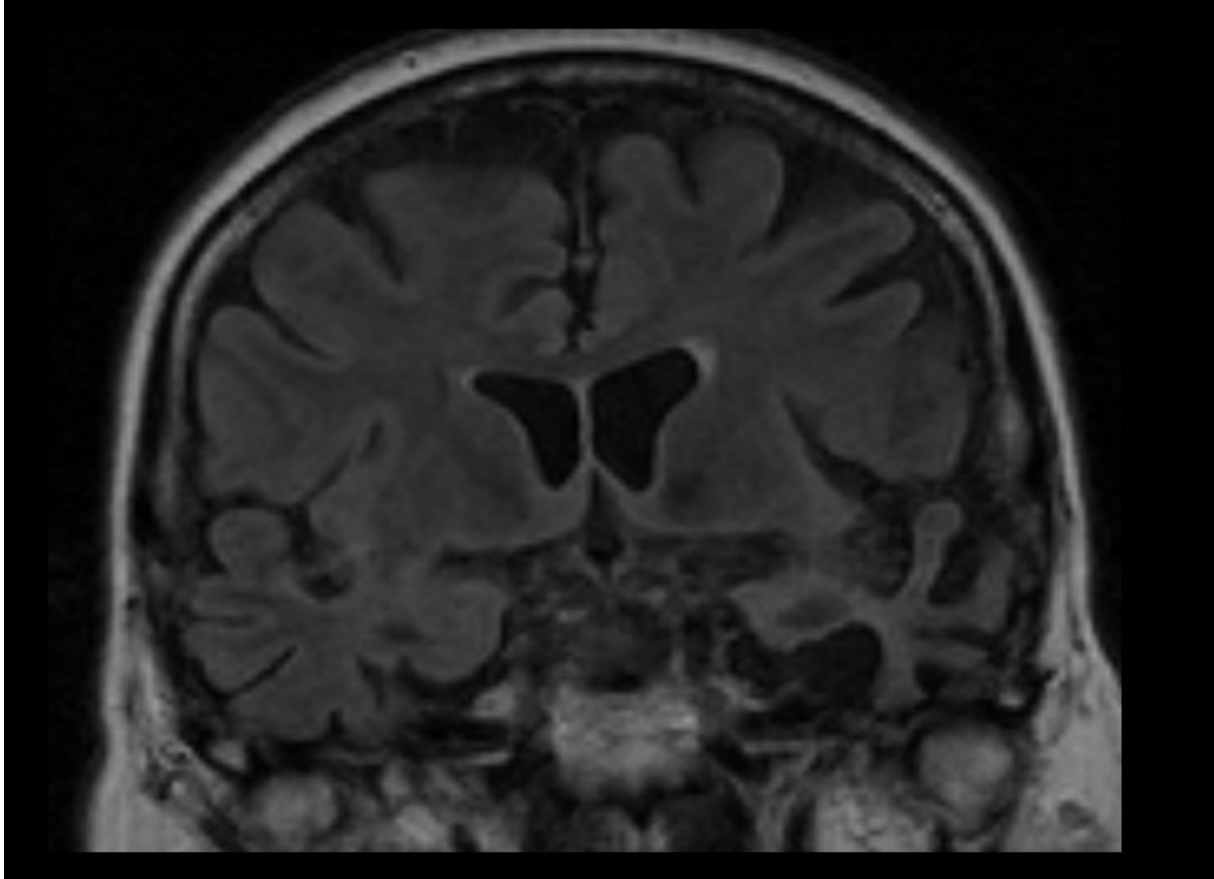
A neurológiai vizsgálat a demencia mellett parkinsonismus jeleit, járászavart, dysarthriát, tekintészavarokat, myoclonusokat, dystoniát mutathat ki, néha pedig motoneuron betegség tünetei is megjelennek (izomatófiák, paresisek stb).

Fontos különbség az AK-hoz viszonyítva az, hogy **FTD-ban a memória zavara később és kisebb mértékben jelentkezik, a tájékozódási képesség is sokáig megtartott.**

A FTD diagnózisa (16. táblázat) nehéz, a klinikai tünetek kezdetben megtévesztőek. Ha a kórelőzményben nem szerepel pszichiátriai betegség, a magatartászavar és a hangulatzavar fokozatos, lassú romlása, más frontális tünetek és a beszédzavarok felhívhatják a figyelmet a kórképre.

A MMSE pontszáma a betegség első éveiben maximális lehet, ezért körültekintően a megfelelő neuropszichológiai tesztekkel kell alkalmazni.

A képalkotó eljárásoknak kiemelt szerepe van a gócos folyamatok kizárásában. Kezdetben negatív lehet a CT, MRI, SPECT, PET vizsgálat, később a frontális-temporális túlsúlyú (gyakran aszimmetrikus) atrófia, az agykamrák frontális tágulata kimutatható (23. ábra).



23. ábra: Koronális koponya MRI (FLAIR) FTD-ben. 64 éves nőbeteg, non-fluens variáns progresszív aphasia. Jól megfigyelhető a bal temporális lebeny kifejezett atrophája, illetve a bal oldalkamra kifejezettebb tágulata, a bal frontális lebeny atrophája. (saját szerkesztés)

A betegség lefolyása átlagosan 7 év, késői stádiumban a beteg nem beszél, incontínens, liberációs jelei (fogóreflex, szopóreflex stb) vannak. Jelenleg nincs a FTD-t gyógyító hatásos kezelési módszer, a tüneti kezelés és a gondozás biztosítása a cél. Bár a progresszív supranuclearis bénulás (PSP (Höglinger et al, 2017), 11. táblázat) és a corticobasalis szindróma (CBS (Armstrong et al, 2013), 17. táblázat) jelenleg inkább a mozgászavarok közé sorolt betegségek, de gyakran FTD formájában jelentkeznek/indulnak, illetve lefolyásuk során FTD jelenik meg. A PSP/CS/FTD klinikai tünetei gyakran keverednek, erre utal az Andrew Kertesz által javasolt Pick-komplex elnevezés is.

**17. táblázat: A frontotemporális demenciák diagnosztikai kritériumai. (saját szerkesztés)**

A bvFTD kritériumok Raskovsky et al, 2011, a primer progresszív aphasia kritériumai Gorno-Tempini et al, 2011 alapján.

bvFTD: a frontotemporális demenciák magatartási (BPSD) tünetekkel járó variánsa; svFTD: a frontotemporális demenciák szemantikus demenciával járó variánsa; FTLD: frontotemporális lebenydegeneráció.



Gottsegen György Országos  
Kardiológiai Intézet



## **bvFTD**

*Kötelező kritérium:* Neurodegeneratív betegség, mely a magatartási és/vagy a gondolkodási funkciók progresszív romlásával jár; a progressziót a klinikai obszerváció vagy megbízható hozzátartozótól származó információ igazolja.

*Kizáró kritériumok* (A és B kötelezően kizárandó, C a lehetséges („possible”) FTD esetében megengedett, a valószínű („probable”) esetében kizárt):

A: A tünetek más nem degeneratív idegrendszeri vagy más betegséggel biztosabban magyarázhatók; B: A viselkedési zavar inkább pszichiátriai betegség tünetének tartható; C: Alzheimer-kórra vagy más degeneratív betegségre utaló biomarker lelet

*Lehetséges („possible”) bvFTD* (az alábbiak (A-F) közül legalább három igazolható tartós vagy visszatérő, de nem egyszeri vagy ritka formában):

A: A betegség korai szakaszában (első 3 évben) megjelenő magatartási problémák (legalább az egyik): Szociálisan nem megfelelő viselkedés; Modortalanság, illetlenség; Impulzivitás, meggondolatlanság vagy gondatlan/figyelmetlen viselkedés

B: A betegség korai szakaszában (első 3 évben) megjelenő apátia vagy kezdeményezési készség csökkenése (inertia) közül legalább az egyik

C: A betegség korai szakaszában (első 3 évben) megjelenő szimpátia- vagy empátiakészség csökkenés (legalább az egyik): Más emberek igényeire és érzelmeire adott csökkent válasz; A szociális érdeklődés, kapcsolatok vagy érdeklődés csökkenése

D: A betegség korai szakaszában (első 3 évben) megjelenő perszeveratív, sztereotíp vagy kompulzív/ritualisztikus viselkedés (legalább az egyik):

Egyszerű repetitív mozgások; Komplex, kompulzív vagy ritualisztikus viselkedés; Sztereotíp beszéd

E: Hiperoralitás vagy az étkezés változása (legalább az egyik): A preferált étel változása; Túlevés (binge eating), az alkohol- vagy a cigarettafogyasztás növekedése; Ehetetlen tárgyak orális explorációja vagy elfogyasztása

F: Neuropszichológiai vizsgálati profilban a (1) végrehajtási funkciók zavara a (2) memória és a (3) visuospatialis funkciók relatív megkíméltségével (mindegyik (1-3) jelen kell, legyen).

*Valószínű („probable”) bvFTD* (A-C mindegyike):

A: megfelel a lehetséges („possible”) FTD kritériumainak

B: Szignifikáns mértékű funkcionális károsodás alakul ki (hozzátartozó/gondozó véleménye vagy tesztek alapján)

C: Képzelt vizsgálati eredmények (legalább az egyik):

Frontális és/vagy temporális atrophia CT vagy MRI vizsgálattal; Frontális és/vagy temporális hipoperfúzió (SPECT) vagy hipometabolizmus (PET)

Definitív bvFTD FTLD patológiával (A kötelező, emellett B vagy C):

A: A lehetséges („possible”) vagy a valószínű („probable”) diagnosztikai kritériumoknak megfelel

B. Neuropatológiailag igazolt FTLD biopsziás mintából vagy autopsziával

C. Ismerten patogén mutáció igazolása

**Primer  
progresszív  
aphasia**

*Kötelező kritériumok:* Az aphasia a legkifejezettebb klinikai tünet, a mindennapi aktivitás zavarának elsődleges oka, kezdeti/korai szakaszban is kifejezett.

*Kizáró kritériumok:* Más degeneratív vagy szisztémás betegségnek jobban megfelelnek a tünetek; Pszichiátriai betegségnek jobban megfelelnek a tünetek; Kifejezett korai epizódikus vagy vizuális memóriazavar, visuospatialis zavar; Kifejezett korai magatartási zavar.

nfvFTD *Klinikai diagnózis:*

Alapkritériumok: agrammatizmus és/vagy nehézkes, akadozó beszéd, beszédapraxia ÉS legalább kettő: összetett mondatok megértési zavara; megtartott beszédértés szavak szintjén; megtartott tárgyfelismerés

*Képpalkotó vizsgálattal támogatott diagnózis:*

Klinika diagnózis ÉS képpalkotó vizsgálattal legalább egy: domináns posterior fronto-insularis túlsúlyú atrophia MRI-n; domináns posterior fronto-insularis túlsúlyú hypoperfusio/hypometabolismus SPECT-PET vizsgálattal

*Definitív diagnózis:* Klinikai diagnózis ÉS neuropatológiai diagnózis VAGY patogén génmutáció.

svFTD *Klinikai diagnózis:*

Alapkritériumok: Megnevezési zavar ÉS károsodott megértés szavak szintjén + legalább 3 az alábbiakból: károsodott tárgyfelismerés; felszínes alexia vagy agraphia; megtartott ismétlés; beszéd nyelvtani és motoros komponense ép.

*Képpalkotó vizsgálattal támogatott diagnózis:* Klinika diagnózis ÉS képpalkotó vizsgálattal legalább egy: elülső temporális túlsúlyú atrophia; elülső temporális túlsúlyú hypoperfusio/hypometabolismus SPECT-PET vizsgálattal



*Definitív diagnózis:* Klinikai diagnózis ÉS neuropatológiai diagnózis VAGY patogén génmutáció.

**18. táblázat: A progresszív supranuclearis paresis diagnosztikai kritériuma ((Höglinger et al, 2017 (saját szerkesztés))):**

Kötelező alapkritériumok:

1. Sporadikus betegség
2. Az első tünetek jelentkezésekor 40 vagy afeletti életkor
3. A tünetek progresszív romlása

Kötelező kizáró kritériumok:

Klinikai jellemzők:

1. Domináns, más okkal nem magyarázható epizódikus memóriazavar (Alzheimer-kór kizárására)
2. Domináns, más okkal nem magyarázható autonóm zavar (multiszisztémás atrophia és Lewy-patológia kizárására)
3. Domináns, más okkal nem magyarázható vizuális hallucinációk és fluktuáció (Lewy-testes demencia kizárására)
4. Domináns, más okkal nem magyarázható, több szegmentumot érintő felső és alsó motoneuron tünetek (motoneuronbetegség kizárására) DE: izolált felső motoneuron tünetek nem kizáróak!
5. Hirtelen kezdet vagy lépcsőzetes lefolyás vagy gyors progresszió
6. Encephalitis az anamnesisben
7. Domináns végtagi ataxia
8. Tartási instabilitás azonosítható oka (érezszavar, vestibularis zavar, súlyos spasztcitás, alsó motoneurontünetek)

Képalkotó vizsgálattal:

1. Kifejezett leukoencephalopathia
2. Releváns agyi szerkezeti károsodás

Kizáró kritériumok, klinikai összefüggésben:

Képalkotó vizsgálatok: Atípusos lefolyású formákban szerkezeti patológia kizárására, illetve prionbetegségekre jellemző jelzavar kizárására.

Laboratóriumi vizsgálatok:

1. PSP-CBS esetében Alzheimer-kór kizárása liquor Amiloid/tau, Amiloid PET segítségével.
2. 45 év alatti betegek esetében:
  - Wilson-kór (alacsony szérum cöruoplazmin és réz, fokozott 24 órás vizelet rézürités, Kayser-Fleischer gyűrű)
  - Niemann-Pick C betegség (plazma oxysterol, filipin teszt)
  - Hypoparathyreosis



Gottsegen György Országos  
Kardiológiai Intézet



-Neuroacanthocytosis

-Neurosyphilis

3. Gyors progresszójú betegségben kizárandó:

-Prionbetegség

-Paraneoplasziás encephalitis

4. Whipple-kór

Genetikai vizsgálatok:

1. Tau (MAPT) mutációk (MAPT H2 homozigótákban a PSP valószínűtlen)

2. PSP egyes tüneteit utánzó betegségek genetikai háttere

Klinikai mag tulajdonságok:

Valószínűségi szint	<i>Szemmozgászavar</i>	<i>Tartási instabilitás</i>	<i>Akinesis</i>	<i>Kognitív zavar</i>
1. szint	Verticalis supranuclearis tekintésbénulás	A tünetkezdést utáni 3 éven belül ismételt, nem provokált elesések	A tünetkezdést utáni 3 éven belül progresszív „gait freezing”	Non-fluens/agrammatikus primer progresszív aphasia vagy progresszív beszéd apraxia
2. szint	Verticalis saccadsebesség csökkenés	Retropulsiós teszt pozitív 3 éven belül a tünetek kezdete után	Dominánsan axiális, levodopa rezisztens akinetikus-rigid parkinsonismus	Frontalis kognitív/magatartási zavar kezdeti tünetként
3. szint	gyakori „macro square wave jerks” vagy szemnyitási apraxia	Retropulsiós tesztben kettőnél több lépésben kompenzál tünetkezdethez képest 3 éven belül	Tremordomináns vagy aszimmetrikus vagy levodopa-reszponzív parkinsonismus	corticobasalis szindróma

Szupportív tulajdonságok:

Klinikai jellemzők (clinical clues):

CC1: levodopa-rezisztencia; CC2: hypokineticus, spasticus dysarthria; CC3: dysphagia

Képképző eltérések (Imaging findings):

IF1: Középgygi atrophia vagy hypometabolizmus; IF2: Posztiszinaptikus striatalis dopaminerg degeneráció.

PSP diagnosztikai bizonyossági szintek, altípusok (Valószínű, lehetséges, szuggesztív esetében B1+B2+B3 mellett):

Diagnózis bizonyossága	Feltétel	Fenotípus
Definitív PSP	Neuropathológiai diagnózis	Bármely klinikai szindróma
Valószínű (probable) PSP	(O1 vagy O2) ÉS (P1 vagy P2) (O1 vagy O2) ÉS A1 (O1 vagy O2) ÉS (A2 vagy A3) (O1 vagy O2) ÉS C2	PSP-Richardson-szindróma PSP-progresszív „gait freezing” PSP-parkinsonizmus PSP-frontális
Lehetséges (possible) PSP	O1 O2 ÉS P3 A1 (O1 vagy O2) ÉS C1 (O1 vagy O2) ÉS C3	PSP-szemmozgászavar PSP-Richardson-szindróma PSP-progresszív „gait freezing” PSP-beszéd/nyelvi zavar PSP-CBS
Gyanított (suggestive) PSP	O2 vagy O3 P1 vagy P2 O3 ÉS (P2 vagy P3) A2 vagy A3) ÉS (O3, P1-2, C1-2, CC1-4 egyike) C1 C2 ÉS (O2 vagy P3) C3	PSP-szemmozgászavar PSP-posturalis instabilitás PSP-Richardson-szindróma PSP-parkinsonizmus PSP-beszéd/nyelvi zavar PSP-frontális PSP-CBS

**19. táblázat: A corticobasalis szindróma diagnosztikai kritériumai (Armstrong et al, 2013 (saját szerkesztés)):**

Klinikai fenotípusok:

I: Valószínű (probable) corticobasalis szindróma (1 ÉS 2):

1. Legalább kettő az alábbiakból:

Aszimmetrikus végtagi rigor vagy akinesia

Aszimmetrikus végtagi dystonia

Aszimmetrikus végtagi myoclonus

2. Legalább kettő az alábbiakból:

Orofacialis vagy végtagi apraxia

Kortikális érzészavar

Idegen kéz szindróma

II: Lehetséges (Possible) corticobasalis szindróma (1 ÉS 2):

1. Legalább egy I/1 közül, akár szimmetrikusan

2. Legalább egy I/2 közül

III: Frontális magatartási-visuospatialis szindróma

1. Legalább egy az alábbiakból:

végrehajtási funkciók zavara

magatartási zavar vagy személyiségváltozás

visuospatialis zavar

IV: Primer progresszív aphasia non-fluens/agrammaticus variánsa

1. Nehezített, agrammatikus beszéd ÉS legalább egy az alábbiakból:

károsodott mondatértés/agrammatizmus viszonylag megtartott megértéssel

szavak szintjén

beszéd apraxia

V: Progresszív supranuclearis bénulás szindróma (CBS-PSP)

1. Legalább három az alábbiakból:

Axiális vagy szimmetrikus végtagi rigor vagy akinesis

Tartási instabilitás vagy elesések

Vizelettartási zavar

Magatartászavar

Supranuclearis tekintésbénulás vagy lassabb verticalis saccadok

## Prionbetegségek

A Creutzfeldt-Jakob betegség (CJD) **gyors progressziójú** demenciával jár. Sporadikus, familiáris, iatrogén és variáns formái ismertek. A sporadikus forma klinikai jelentősége a legnagyobb. **A CJD incidenciája 1/1millió/év körüli.** Klinikai fenotípusát a prion protein gén 129. kodon metionin-valin polimorfizmusa mellett a prionfehérje „strain” mintázata befolyásolja. Diagnosztikai kritériumait a WHO 1998-ban közölte, módosítását 2008-ban javasolták (Zerr et al, 2009) (20. táblázat). Az utóbbi években kifejlesztett RT-QuIC *in vivo* diagnosztikai teszt lehetőségét az új kritériumrendszer még nem tartalmazza, bár érzékenységét a legjobbnak tartja az irodalom (Zanusso et al, 2016).

### 20. táblázat: A Creutzfeldt-Jakob betegség diagnosztikai kritériumai (Zerr et al, 2009)

(saját szerkesztés):

Klinikai jellemzők:

I: Gyors progressziójú demencia

II:

A Myoclonus

B Cerebelláris vagy vizuális tünetek

C Pyramis vagy „extrapyramidalis” tünetek

D Akineticus mutismus

III: Diagnosztikai tesztek:

A: PSWC (periodic sharp wave complexes) EEG-n

B: 14-3-3 pozitivitás liquorból

C: DWI vagy FLAIR jelfokozódás MRI vizsgálattal a caudatusban és a striatumban vagy legalább két corticalis (temporális, parietális és occipitális) régióban

### ***Valószínű (Probable) CJD***

gyors progressziójú demencia és legalább kettő II. és legalább egy III.

### ***Lehetséges (Possible) CJD***

gyors progressziójú demencia és legalább kettő II. és a betegség lefolyása rövidebb 2 évnél.

## **Nem degeneratív idegrendszeri betegségek miatti demenciák**

Az **idegrendszert másodlagosan károsító szisztémás betegségekben is kialakulhat demencia**, ez azonban általában az előtérben álló belgyógyászati problémák mögött gyakran nem kerül felismerésre. Az ilyen betegségekre példák az anyagcserebetegségekben megjelenő, encephalopathiának nevezett állapotok. Ilyen a súlyos májbetegséghez társuló hepaticus, vagy a veseelégtelenséghez társuló renalis encephalopathia.

Demenciát okozhat toxikus anyagok használata is, erre példa a krónikus alkoholizmusban vagy droghasználatban megjelenő demencia. Máskor az orvosi javaslatra szedett gyógyszerek mellékhatásaként alakulhat ki demencia, például a neuroleptikumok vagy más antikolinerg gyógyszerek, illetve nyugtatók használata miatt.

**Gyakorisága miatt fontos említeni az érbetegségek következtében kialakuló vaszkuláris demenciát (VaD), mely a második leggyakoribb forma.** Gyakran keveredik AK-ra jellegzetes szövettani elváltozásokkal. Magyarországon jelentőségét, gyakoriságát erősen túlbecsüli a szakma: a járóbetegellátásban jelzett egészségpénztári adatok szerint Magyarországon a demencia többségét vaszkulárisnak tartják, 1 AK-os betegre 5-7 VaD-nak tartott eset jut, miközben magyar adatok szerint is az AK:VaD arány 3-4:1. Elsősorban ez az oka annak, hogy Magyarországon az AK aluldiagnosztizált betegség. A klinikusok gyakran már az agyi képalkotó vizsgálatokkal leírt egyetlen apró érbetegség miatti elváltozás alapján VaD-nak diagnosztizálják a demenciát (Kovács, 2012).

Az idegrendszer szerkezeti károsodását okozó daganatokban, fejlődési rendellenességekben is megjelenhet demencia, illetve az agyi traumák is gyakran vezetnek demenciához. Ki kell emelni a krónikus subdurális hematomát, mely gyakran utánozza a degeneratív demenciákat, lassú, fokozatos romlást okozva.

Említendőek még a liquor termelődésének, keringésének és felszívódásának zavaraival járó formák, melyek közül a normál nyomású hydrocephalus (normal pressure hydrocephalus, NPH) jellegzetes, bár nem specifikus tünetcsoporttal jár: a demenciához inkontinencia és járászavar társul. Az NPH gyakran kezelhető a liquor ideiglenes vagy tartós elvezetésével.

Újabbban egyre gyakrabban kerülnek felismerésre az autoimmun eredetű (limbikus) encephalitisek, amelyek gyors a progresszióval járnak, a klinikai tünetekhez gyakran társul pszichózis, epilepsziás roham és hyperkinesis. Leggyakoribb az NMDA-receptor antitest miatti encephalitis, de a GAD (glutaminsav-dekarboxiláz), az AMPA ( $\alpha$ -amino-3-hidroxi-5-metil-4-izoxazolpropionsav) *receptor*, a GABAB (gamma-amino vajsav B) receptor, az LGI1 (leucine-rich, glioma inactivated 1), a CASPR2 (contactin-associated protein-like 2) és a GQ1b (gangliozid Q1b) is gyakori antigén (Szóts et al, 2015).

## A demencia újabb feltárt degeneratív okai

A neuropatológiai kutatások egyre többször írnak le új típusú idegsejtpusztulással, zárványokkal vagy fehérjékkel társuló degeneratív betegségeket, melyek demenciával (is) járnak.

A korábban már említett PART is példa erre, a neuropatológiához társuló klinikai korrelációk feltárása napjainkban folyik (Bell et al, 2019).

A hippocampalis sclerosis demencia háttérében már 1994 óta ismert neuropatológiai entitás, de csak az elmúlt években vált ismertté, hogy a nagyon idősekben a demencia egyik leggyakoribb oka lehet. A LATE-nek (Limbic-predominant age-related TDP-43 encephalopathy) elnevezett betegség (Nelson et al, 2019) gyakran AK-ral téveszthető össze. Korábban CARTS (Cerebral Age-Related TDP-43 With Sclerosis) néven is ismert volt.

Az argirofil szemcse betegség (argyrophil grain disease, AGD, Braak-féle betegség) 1987. óta ismert, még a neuropatológiában is gyakran aluldiagnosztizált kór, amely szinte mindig egyéb degeneratív patológiával társul. Klinikailag heterogén tünetek jellemzik, általában frontális jellegű demenciával, pszichiátriai és parkinsonos tünetekkel jár. Az AGD a taupátiák közé tartozik (Das és Ishaque, 2018).



## **A degeneratív demenciák kóros fehérjék szerinti felosztása: konformációs betegségek, proteinopátiák**

A demenciát okozó degeneratív idegrendszeri betegségek a zárványtestjeikben felhalmozódó kóros fehérjék és a zárványtestek elhelyezkedése alapján oszthatók fel.

Mindegyik fehérjében közös, hogy másodlagos szerkezetének megváltozása miatt aggregációra lesz hajlamos és proteáz rezisztenssé válik. A mechanizmus hasonló a prionfehérje konformációs átalakulásához (PrP<sup>c</sup> és PrP<sup>Sc</sup>), így innen ered a konformációs betegség elnevezés. A prionbetegség esetében elfogadott, hogy a PrP<sup>Sc</sup> képes a normál fehérje kórossá alakítására és a betegsége jellemző fenotípus kialakítására, illetve a patológia az egyik egyedről a másikra (bár speciális körülmények között) átvihető.

A degeneratív idegrendszeri betegségek felosztása a béta-amiloid, a tau, az alfa-szinuklein és a TDP-43 fehérjén alapszik, emellett azonban számos egyéb fehérje került már leírásra. Úgy tűnik, hogy az alfa-szinuklein, a béta-amiloid és a tau esetében prion-szerű konformációs katalitikus tulajdonságokat lehet kimutatni, bár az egyik emberről másikra való terjedést egyértelműen nem sikerült még bizonyítani. Emiatt vezették be a prion-like, prionoid fogalmat (Erana, 2019).

Egyre nagyobb erőfeszítések történnek arra, hogy a degeneratív betegségeket a jellemző fehérje biomarker profilja alapján határozzák meg, ami AK esetében a legjobban megfigyelhető folyamat. Itt már előtérbe került a komorbiditás ténye: a leggyakrabban többféle patológiai folyamat társulása határozza meg a betegség fenotípusát, amit a döntő domén alapján nevezünk majd el.

A jövőben ezeknek a biomarkereknek a hozzáférhetősége javulni fog, hozzáférhetővé válnak a vérből, nyálból végezhető tesztek, így ezeknek a betegségnek az *in vivo* diagnosztikája egyre biztosabbá válik.

## Irodalom

1. Alladi S, Xuereb J, Bak T et al. Focal cortical presentations of Alzheimer's disease. *Brain*. 2007;130:2636-2645.
2. APA American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual, 4th ed, APA Press, Washington, DC 1994.
3. APA American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
4. Armstrong MJ, Litvan I, Lang AE et al. Criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration. *Neurology* 2013;80:496-503
5. Batemann R. Alzheimer's disease and other dementias: advances in 2014. *Lancet Neurol* 2015;14:4-6
6. Braak H, Braak E. Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. *Acta Neuropathol* 1991;82:239-259
7. Braak H, Del Tredici K. Where, when, and in what form does sporadic Alzheimer's disease begin? *Curr Opin Neurol* 2012;25:708-714.
8. Bell WR, Kageyama Y, English C et al. Neuropathologic, genetic, and longitudinal cognitive profiles in primary age-related tauopathy (PART) and Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2019;15:8-16
9. Chandra A, Dervenoulas G, Politis M, for the Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Magnetic resonance imaging in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *J Neurol* 2019;266:1293–1302
10. Crary JF, Trojanowski JQ, Schneider JA et al. Primary age-related tauopathy (PART): a common pathology associated with human aging. *Acta Neuropathol*. 2014;128:755–766
11. Crous-Bou M, Minguillón C, Gramunt N, Molinuevo JL. Alzheimer's disease prevention: from risk factors to early intervention. *Alzheimers Res Ther*. 2017;12:71.
12. D'Alton S, Lewis J. Therapeutic and diagnostic challenges for frontotemporal dementia. *Front Aging Neurosci* 2014;19:204
13. Das S, Ishaque A. Argyrophilic grain disease: a clinicopathological review of an overlooked tauopathy. *Folia Neuropathol* 2018;56:277-283
14. Drótos G, Pákási M, Papp E, Kálmán J. Pseudo-e a demencia?: Az ADAS-Cog validálása Magyarországon; *Psychiatria Hungarica*, 2012;27: 82-91

15. Dubois B, Feldman HH, Jacova C et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. *Lancet Neurol* 2014; 13: 614–29
16. Erana H. The Prion 2018 round tables (II): A $\beta$ , tau,  $\alpha$ -synuclein... are they prions, prion-like proteins, or what? *Prion*. 2019;13:41-45.
17. Érsek K, Kárpáti K, Kovács T, Csillik G, Gulácsi LÁ. A dementia epidemiológiája Magyarországon *Ideggyogy Sz* 2010;63:175–182
18. Fang TG, Davis D, Growdon ME, Albuquerque A, Inouye SK. The interface between delirium and dementia in elderly adults. *Lancet Neurology* 2015;14:823-832
19. Fogas J. A delírium incidenciája intenzív osztályon - prospektív, obszervációs vizsgálat. *Aneszteziológia és Intenzív Terápia*, 2016;46:21-25
20. Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology* 2011;76:1006-1014
21. Grober E, Sanders AE, Hall C, Lipton RB. Free and cued selective reminding identifies very mild dementia in primary care. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2010;24:284–290
22. Grossberg GT. Effect of rivastigmine in the treatment of behavioral disturbances associated with dementia: review of neuropsychiatric impairment in Alzheimer's disease. *Curr Med Res Opin* 2005;10:1631-163
23. Hornyák Cs, Kovács T. Az Alzheimer-kór immunterápiája: kudarcok és remények. *Focus Medicinae*, 2017;2;12-16
24. Höglinger GU, Respondek G, Stamelou M, et al. Clinical diagnosis of progressive supranuclear palsy: The movement disorder society criteria. *Mov Disord*. 2017;32:853-864
25. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014;383:911-922.
26. Jack CR, Bennett DA, Blennow K et al. NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2018;14:535–562
27. Juhász L. Zs., Kemény K, Linka E. et al. Az RBANS teszt alkalmazása schizophren és demenciában szenvedő betegek neurokognitív vizsgálatában. *Ideggy Sz* 2003;56:303-308
28. Kalish VB, Gillham JE, Unwin BK. Delirium in older persons: evaluation and management. *American Family Physician* 2017;90:150-158
29. Kálmán J, Kálmán S, Pákáski M. Demenciához társuló viselkedési és pszichés zavarok felismerése és kezelése antipszichotikumokkal: a CATIE-AD vizsgálat. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2008;10:233-249
30. Kovács T. A demencia kockázati tényezői. *Orvostovábbképző Szemle*, 2018;2

31. Kovács T. A magatartási tünetek kezelése demenciában. *Psychiatric and Neurology Times*, 2017;5:30-31
32. Kovács T. Az Alzheimer-kór és kezelése. *Háziorvosi Továbbképző Szemle* 2017;9:603-606
33. Kovács T. Az Alzheimer-kór diagnosztikai kritériumainak fejlődése. *Lege Artis Medicinae* 2013;23:263-270
34. Kovács T. Az Alzheimer-kór heterogenitása. *Orvostovábbképző Szemle*, 2019;4
35. Kovács T. Az Alzheimer-kór tünettana, patomechanizmusa, terápiája. *Medicus Anonymus*. 2010. 18. évf. 11-12. sz., p. 12-13
36. Kovács T. Az Alzheimer-kór: patogenezis, diagnózis. *Magyar Gerontológia*. 2010. 2. évf. 7. sz., p. 23-41
37. Kovács T. Az angiotenzinreceptor-blokkolók hatása agyi érbetegségekben és demenciában: Bónusz a vérnyomáscsökkentésen túl. *Ideggyogy Sz* 2014;67:149–168
38. Kovács T. Demencia a mindennapi gyakorlatban. *Korszerű Kaleidoszkóp* 2016;2(2)
39. Kovács T. Demencia és Alzheimer-kór a mindennapi gyakorlatban: hitek vagy inkább tévhitek. *Magyar Orvos*. 2012. 20. évf. 8-9. sz., p. 14-17
40. Lam B, Masellis M, Freedman M, Stuss DT, Black SE. Clinical, imaging, and pathological heterogeneity of the Alzheimer's disease syndrome. *Alzheimer's Research & Therapy* 2013;5:1
41. Levi Marpillat N, Macquin-Mavier I, Tropeano AI, Bachoud-Levi AC, Maison P. Antihypertensive classes, cognitive decline and incidence of dementia: a network meta-analysis. *J Hypertension* 2013;31:1073-1082
42. Li N-C, Lee A, Whitmer RA et al. Use of angiotensin receptor blockers and risk of dementia in a predominantly male population: prospective cohort analysis. *BMJ* 2010;340:b5465
43. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017;390:2673-2734
44. Mann DMA, Snowden JS. Frontotemporal lobar degeneration: Pathogenesis, pathology and pathways to phenotype. *Brain Pathol* 2017;27:723-736
45. McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2017;89:88-100
46. McKhann, Knopman DS, Chertkow H et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia* 2011;7:263-269

47. Medina M, Khachaturian ZS, Rossor M, Avila J, Cedazo-Minguez A. Toward common mechanisms for risk factors in Alzheimer's syndrome. *Alzheimers Dement (N Y)*. 2017;3(4):571-578
48. Muller M, van der Graaf Y, Visseren FL, Mali WP, Geerlings MI; SMART Study Group. Hypertension and longitudinal changes in cerebral blood flow: the SMART-MR study. *Ann Neurol* 2012;71:825-833
49. Murray ME, Graff-Radford NR, Ross OA, Petersen RC, Duara R, Dickson DW. Neuropathologically defined subtypes of Alzheimer's disease with distinct clinical characteristics: a retrospective study. *Lancet Neurol*. 2011; 10: 785–79
50. Nelson PT, Dickson DW, Trojanowski JQ et al. Limbic-predominant age-related TDP-43 encephalopathy (LATE): consensus working group report. *Brain*. 2019;142:1503-1527
51. Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, Inouye SK, Needham DM. Antipsychotic medication for prevention and treatment of delirium in hospitalized adults: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2016; 64:705-714
52. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;385:2255-2263
53. Petersen RC. Early diagnosis of Alzheimer's disease: is MCI too late? *Curr Alzheimer Res* 2009;6:324-330
54. Plassman BL, Langa KM, Fisher GG et al. et al. Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*, 2007;29:125-132
55. Rabinovici GD, Carrillo MC, Forman M et al. Multiple comorbid neuropathologies in the setting of Alzheimer's disease neuropathology and implications for drug development. *Alzheimer's & Dementia (N.Y.)* 2017;3:83-91
56. Raskovsky K, Hodges JR, Knopman D et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 2011;134:2456-2477
57. Ridha B és Rossor M. How to do it? The Mini Mental State Examination. *Practical Neurology* 2005;5:298-303
58. Sinyavskaya L et al. Comparative effect of statins on the risk of incident Alzheimer disease. *Neurology* 2018;90(3):e179-e187
59. Snowdon DA, Greiner LH, Mortimer JA, Riley KP, Greiner PA, Markesbery WR. Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer disease. The Nun study. *JAMA* 1997;277:813-817

60. Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, et al. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011;7:280-292
61. Su X et al. Dexmedetomidine for prevention of delirium in elderly patients after non-cardiac surgery: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2016;388:1893-1902
62. Szendi I. Delírium: a súlyos kórállapotok közös szövődménye. *Orvosi Hetilap* 2014;155:1895-1901
63. Szirmai I. *Neurológia.* Medicina Könyvkiadó, 2005.
64. Szóts M, Marton A, Illés Zs, Bajzik G, Nagy F. Az LGI1-encephalitis hazánkban elsőként diagnosztizált esete *Ideggy Sz* 2015;68:279-285
65. Taylor R, Finger E. Frontotemporal dementia. *Practical Neurology*, 2019. JUN; <https://practicalneurology.com/articles/2019-june/frontotemporal-dementias>
66. Tringer L. *A pszichiátria tankönyve*, 2010.
67. Zanusso G, Monaco S, Pocchiari M, Caughey B. Advanced tests for early and accurate diagnosis of Creutzfeldt-Jakob disease. *Nat Rev Neurol.* 2016;12:325-333
68. Zerr I, Kallenberg K, Summers DM et al. Updated clinical diagnostic criteria for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *Brain* 2009;132:2659–2668

## **A szűrés és a korai diagnózis lehetőségei és jelentősége demenciában – Kovács Tibor**

### **Bevezetés**

A demencia, mint klinikai szindróma diagnosztikai feltételei között elsődleges a mindennapi funkciókat zavaró mértékű kognitív zavar jelenléte. A demencia okai között döntően lassú, krónikus betegségek szerepelnek. A degeneratív demenciák általában évekig-évtizedekig tartanak, az idegsejtpusztulás lassú, progresszív folyamat. Alzheimer-kór esetében ismert a legjobban, hogy a neuropatológiai elváltozások felhalmozódása az agyban már évtizedekkel korábban elindul, mint a hogyan a következményes demencia kifejlődik. Emellett a demencia kockázati faktorainak nagy része is krónikus betegség, mint például a hipertónia, a cukorbetegség, az atherosclerosis vagy a hypercholesterinaemia, illetve az életmódi tényezők (mozgásszegény életmód vagy dohányzás) is évtizedeken keresztül fejtik ki hatásukat.

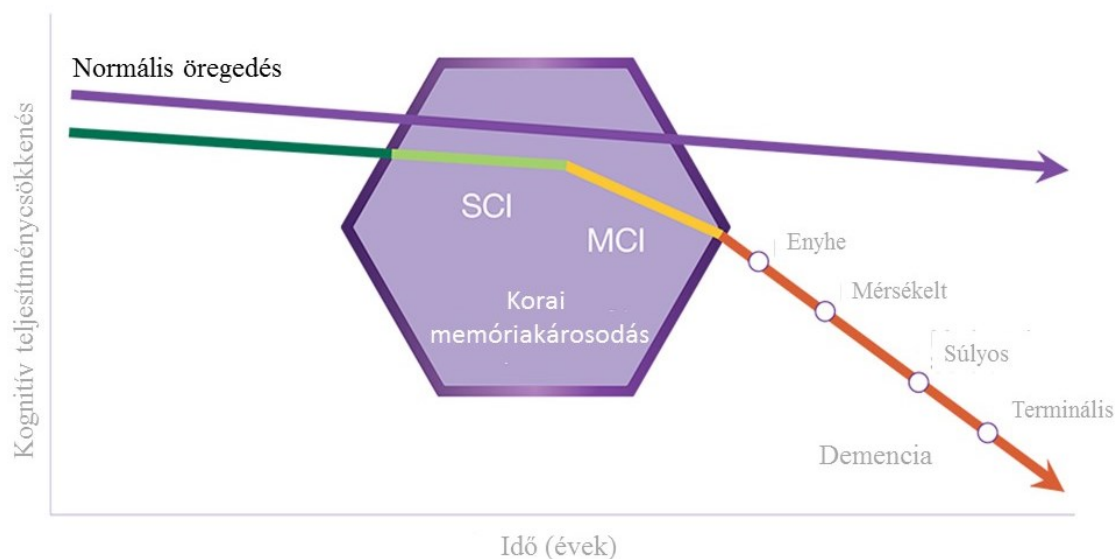
Mindezek eredményeként a kognitív tünetek romlása is évekig-évtizedekig tartó folyamat (24. ábra). A demenciát megelőző szakaszt, ahol a tünetek a mindennapi aktivitást még nem befolyásolják, enyhe kognitív zavarnak (mild cognitive impairment, MCI) nevezték el. MCI-ban érzékeny tesztekkel már kimutathatók tünetek, de ezeket a beteg még fokozott odafigyeléssel, „cetilzéssel”, jegyzetek használatával kompenzálja. Még korábbi szakaszban (az ún. szubjektív kognitív károsodás, subjective cognitive impairment, SCI) a betegek megélik kognitív teljesítményük csökkenését, elsősorban a végrehajtási (exekutív) funkciókban (különösen például a megosztott figyelem, reakcióidő, illetve előhívási feladatok) tapasztalva teljesítménycsökkenést, amit azonban még az érzékeny kognitív tesztek sem értékelnek kórosként. Külön nehezíti az SCI értelmezését az életkorral megfigyelhető kognitív funkciócsökkenés, mely szintén elsősorban a prefrontális funkciókban alakul ki.

Nehézséget okoz a tünetek felismerésében az általános, populáció szintű téves megítélések elterjedtsége is. Sokszor orvosi véleményként is hallhatjuk, hogy „korához képest” jó az emlékezete, hiszen minden régi eseményre jól emlékszik az idős beteg; ugyanakkor a demencia leggyakoribb oka, az AK esetében a bevezető tünet a rövidtávú epizodikus memória károsodása; a régmúlt emlékek csak az AK előrehaladott szakaszában károsodnak. Fordított tévedés is gyakori: a fiatal betegek is feledékenységre panaszkodnak, a demenciától félnek, mivel úgy érzik, egyszerű dolgokra nem tudnak visszaemlékezni, ugyanakkor bonyolult, nagy figyelmet, jó epizodikus memóriakészséget igénylő munkájukat hiba nélkül ellájták. Sokszor összekeveredik az epizodikus memórián belül a tárolás és az előhívás zavara is, hallhatjuk, hogy az AK a „felejtés betegsége”, holott a felejtés az agy természetes funkciója: a tárolásra



nem került információk előhívása nem lehet sikeres, pl. mit evett a beteg egy héttel korábban reggelire információ természetesen már elveszik. Az előhívás zavara gyakran figyelemzavar, pszichés tényezők következménye, illetve a prefrontális funkciók károsodásának következménye lehet. Ilyenkor jellegzetes a segítséggel való előhívás sikere (ún. cue-guiding), amikor a kategória megadásával az addig szabadon nem előhívható emlék előhívható.

Az újabb rövidtávú memóriatesztekben a jelenség használata elterjedté vált (pl. FCSRT (Free and Cued Selective Reminding Test) (Zimmermann et al, 2015).



24. ábra: A kognitív teljesítmény változása az életkorral egészséges öregedés és degeneratív betegségek során (Reisberg et al, 2010 alapján).

### Az enyhe kognitív zavar (MCI) és diagnózisa <sup>12</sup>

Az MCI fogalma Ronald Petersen amerikai neurológushoz köthető (Petersen, 2016). Meghatározásában elsődleges a mindennapi funkciók károsodásának a hiánya. Több diagnosztikai kritérium is ismert az MCI meghatározására, azonban a nevezéktan eltérése nehezíti azok összehasonlítását. A leginkább elfogadott a National Institute on Aging (NIA) 2011-es kritériuma (Albert et al, 2011) (21. táblázat).

<sup>12</sup> Langa és Levine, 2014

- ✓ A betegtől, megbízható hozzátartozótól vagy klinikustól származó információ a kognitív képességek romlásáról.
- ✓ Objektíven kimutatható kognitív károsodás (kognitív tesztekkel) egy vagy több kognitív doménben (memória, végrehajtási funkciók, figyelem, nyelv vagy visuospatialis képességek).
- ✓ A funkcionális mindennapi képességek megtartottsága (bár a korábbiakhoz képest kevésbé hatékony, több hibával járó mindennapos aktivitási képességek)
- ✓ A szociális és a foglalkozási funkciók szignifikáns károsodásának hiánya (azaz a demencia szintjét nem elérő károsodás)

Az NIA MCI kritériumai (Alberts et al, 2011 alapján).

A definícióból látható, hogy az MCI lehet egy vagy több kognitív domént érintő állapot, illetve amnesztikus vagy nem amnesztikus típusú is. A típusos AK miatti MCI külön kritériumát is javasolták (Alberts et al, 2011).

- ✓ Kimutatható memóriazavar
- ✓ A kognitív funkciók hónapokon-éveken át tartó progresszív romlása (gyors romlás prionbetegségekre, térfoglaló vagy metabolikus okokra utalhat)
- ✓ Parkinsonismus és vizuális hallucinációk hiánya (Lewy-testes demenciára utalhat)
- ✓ Képzalkodó vizsgálatokkal kifejezett cerebrovasculáris elváltozások és vaszkuláris kockázati tényezők hiánya
- ✓ Prominens magatartási vagy nyelvi károsodás hiánya (frontotemporalis lobáris degenerációra utalhat)

AK miatti MCI diagnosztikai feltételei (Alberts et al, 2011).

Az AK miatti MCI kutatási kritériuma tartalmazza biomarkereket is (a béta-amiloid patológia illetve neurodegeneráció kimutatására), de a rutin diagnosztikában használatukat a 2011-es ajánlás nem javasolja. Az európai IWG (International Working Group) kritériumok szintén kutatási körülmények között javasolják az AK biomarkereinek használatát (Dubois et al, 2014), itt az MCI elnevezése a prodromális AK. A DSM 5 (APA, 2013) minor neurokognitív zavarként említi.

Az MCI prevalenciája 60 évnél idősebbek között 7-25% közötti lehet; az arány az életkorral és az alacsonyabb iskolázottsággal nő, illetve férfiak között gyakoribb. A prevalencia adatok erősen változóak az irodalomban, elsősorban a vizsgálatok között különböző MCI definíció miatt.

Az MCI demencia konverzió aránya 5-17%/év, amit elsősorban az AK-ra jellemző biomarkerek és kockázati tényezők kimutatása jelez (pozitív béta-amiloid vagy tau PET, kóros liquor tau illetve apolipoprotein E4 allél hordozása).

### Kognitív betegségek szűrővizsgálata <sup>13</sup>

A kognitív betegségek szűrése során fontos, hogy az MCI szakaszban vagy a már kialakult demencia stádiumaiban szeretnénk a szindróma lehetőségét kimutatni, de ma már kutatási körülmények között felmerül a tünetmentes szakasz azonosítása is, elsősorban az AK esetében, biomarkerek használatával. A szűrés illetve talán inkább a korai diagnózis számos előnnyel járhat a beteg és környezete számára. Sajnos kis részben, de lehetőséget ad reverzibilis kognitív károsodást okozó betegségek azonosítására és kezelésre. A tünetek korai szakaszában a beteg képes önrendelkezésre, tervezésre, így előre rendelkezhet fontos szociális, familiáris és egészségügyi kérdésekben is. A korai diagnózis a kognitív tünetek korai szimptomás kezelését teszi lehetővé. A kiszűrt betegek követése fokozott orvosi figyelmet biztosít a BPSD tünetek azonosításában, kezelésében is. Lehetőség nyílik az ápolási igények, a gondozói és szociális támogatás felmérésére, megtervezésére. **A kognitív károsodás felismerése a kockázati tényezők intenzív kezelésére ösztönöz.** Ugyanakkor **negatív következményekkel is járhat** a nem kezelhető betegségek azonosításával, jelentős pszichés terhet jelentve a betegnek és a gondozóknak egyaránt.

A betegek MCI szakaszban való szűrésének interpretációját jelentősen bonyolítja, hogy az MCI-demencia konverzió aránya és sebessége jelentős variációt mutat, a betegek évi 5-17%-ában fordul elő, így **nehéz önmagában a kognitív károsodás tényéből a progresszióra következtetni.** Szintén megoldandó problémát jelent a **kognitív tesztek fals pozitivitása esetén azonosított beteg,** akinek a betegségteherrel indokolatlanul kell szembesülnie.

Populáció szintű demencia szűrés az irodalmi adatok szerint nem javasolt. **Célzott szűrés a fokozott kockázatú csoportokban ajánlott.** A legfontosabb kockázati faktor az **életkor,** amit életmódi és vaszkuláris kockázati faktorokkal lehet kiegészíteni a kognitív károsodás kockázatának, így a szűrés szükségességének becslésére. 65 év felett öt évente duplázódik a kockázat, amit egy vagy több **vaszkuláris rizikófaktor** fokozhat tovább (21. táblázat). Mindezek mellett a **demencia családban való előfordulása** is duplázza a kockázatot.

---

<sup>13</sup> Jongsiriyanyong és Limpawattana, 2018; de Vugt és Verhey, 2013

Életkor (év)	Vaszkuláris kockázati faktorok száma			
	0	1	2	3 vagy több
65-69	2%	4%	8%	16%
70-74	4%	8%	16%	32%
75-79	8%	16%	32%	50%+
80-84	16%	32%	50%+	50%+
85 és felette	32%	50%+	50%+	50%+

21. táblázat: Kognitív károsodás kockázatbecslése

Vaszkuláris kockázati faktorok: hipertónia, diabetes, hypercholesterinaemia, obesitas, korábbi stroke, ischaemiás szívbetegség, atherosclerosis, pitvarfibrillatio, dohányzás, mozgásszegény életmód

### A kognitív károsodás szűrésére alkalmas tesztek <sup>14</sup>

A demencia kialakulásához vezető folyamat során megjelenő kognitív deficit kimutatása nagy nehézségeket okoz. Az igen érzékeny tesztek általában egy domént (leginkább a memóriát) vizsgálják, több időt igényelnek, megterhelőek, a **teljes kognitív státusz vizsgálata** az ilyen érzékeny tesztekkel több órás, speciális képzettséget igénylő diagnosztikai feladat. A rutin, nem a kognitív zavarokkal foglalkozó szakemberek számára használható **tesztek felé elvárás lehet, hogy egyszerre több kognitív domént is vizsgáljanak, ugyanakkor rövidek és mégis szenzitívek illetve specifikusak is legyenek.** A fentiekből látható, hogy **ilyen ideális teszt nem létezik**, valamelyik szempont alapján kompromisszumot szükséges kötni.

A leggyakrabban használt tesztek a Mini Mental teszt (Mini Mental State Examination, **MMSE**), az órarajzolósi teszt (**clock drawing test, CDT**) és a Montreal Cognitive Assessment (**MoCA**) teszt.

A **MiniCog** teszt a rövidtávú memória és a visuospatialis képességek (CDT) rövid tesztje.

A legelterjedtebb az MMSE (2. ábra). A teszt maximális pontszáma 30. A vizsgált domének: orientáció térben –időben (10 pont), azonnali ismétlés (megjegyző emlékezés 3 pont), figyelem (5 pont), késleltetett visszahívás (felidéző emlékezés 3 pont), nyelvi képességek (aphasia, alexia, agraphia) 5 pont, praxis 3 pont és a visuospatialis funkciók (1 pont). A teszt 7-10 percet vesz igénybe. A 27-28 pontos határérték az MMSE tesztben az MCI diagnózisában 45-60%-os szenzitivitást és 65-90%-os

<sup>14</sup> Langa és Levine, 2014

specificitást jelent. A demencia vonatkozásában a 23/24 határérték használata 87% szenzitivitást és 82%-os specificitást jelent (Aevarsson és Skoog, 2000).

Az MMSE kétség kívül erősen verbális túlsúlyú teszt, mely alig vizsgál végrehajtási funkciókat. Nem használható nem-Alzheimer típusú demenciákban és az AK enyhe szakaszában sem elég érzékeny. Mindezek miatt egyedüli, diagnosztikus tesztként való használatra nem javasolt.

Az MMSE hátrányait a MoCA teszt (26. ábra) (Volosin et al, 2013) igyekszik kiküszöbölni. A teszt felvétele kb. 10 percet vesz igénybe. Több résztesztet is tartalmaz a prefrontális funkciók vizsgálatára, így a trail making tesztet, a verbális fluenciát, figyelmi tesztet, kategóriaképzést is. A rövidtávú memória vizsgálatára 5 ítemet használ, a visszahívásig pedig több idő telik el, mint az MMSE teszt esetében. Emellett használja (bár a pontozásnál nem veszi figyelembe) a segítséggel végzett visszahívás (cue-guided recall) módszerét is. Része az órateszt is. 25-26 pontos határértékkel a szenzitivitása igen jó, 80-100%, specificitása 50-76% az MCI tekintetében.

### **Mindezen tulajdonságai miatt MCI szűrésére a MoCA alkalmasabb a MMSE-nél.**

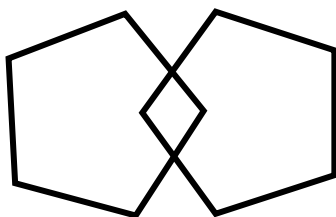
A MiniCog teszt során az MMSE 3 szavát kérjük visszaismételni, majd a beteg az óratesztet végzi el, ezt követően kérdezzük vissza a korábbi 3 szót. Minden felidézett szó 1 pontot ér, a helyes órateszt 2-t, a helytelen 0-t. A MiniCog teszt 0-2 pontja 39-84% szenzitivitással és 78-88%-os specificitással bír MCI tekintetében (27. ábra).

A fentiek mellett számos kognitív szűrőteszt ismert az irodalomban, így magyar fejlesztésű, az MCI kimutatására optimalizált teszt, a Korai Mentális Teszt is (Kálmán et al, 2013).

#### **Orientáció**

Időben		5
	Milyen évet írunk?	
	Milyen hónapban járunk?	
	Hányadika van?	
	A hét melyik napja van?	
	Milyen évszakban vagyunk?	
Térben		5
	Milyen országban vagyunk?	
	Milyen városban?	
	Milyen megyében?	
	Milyen intézményben?	

Hányadik emeleten?		
<b>Megjegyző emlékezés</b>		3
Három szó megisméltése egyszeri említést követően. PI. CITROM, KULCS, LABDA Az első ismétlési kísérletet pontozzuk, maximum hat alkalommal ismétljük el.		
<b>Figyelem és számolás</b>		5
1. 100-ból hetesével 5 kivonás visszafelé (93,86,79,72,65, kivonásonként 1-1 pont) 2. Betűzze a VILÁG szót visszafelé Pontos helyen lévő betűnként 1-1 pont. <i>A két kísérlet közül a jobb értékét számítjuk.</i>		
<b>Felidéző emlékezés</b>		3
Előző három szó felidézése.		
<b>Megnevezés</b>		2
Nevezze meg: karóra, ceruza		
<b>Mondatisméltés</b>	1	
"Semmi de és semmi ha."		
<b>Hármas parancs</b>		3
"Vegye a kezébe a papírt, hajtsa félbe és tegye le a földre!"		
<b>Olvasás</b>	1	
Olvassa el és tegye meg, kérem! Majd előre megírt papírlapot mutatunk: "Csukja be a szemét!"		
<b>Írás</b>		1
Írjon le egy mondatot, kérem! Spontán nem diktálás utáni mondatot kell írni. A próba egy pont, ha a mondat értelmes és van benne ige. Helyesírás nem számít.		
<b>Ábramásolás</b>		1
Másolja le az alábbi rajzot!	1 pont, ha 10 szög és két metszéspont van rajta.	



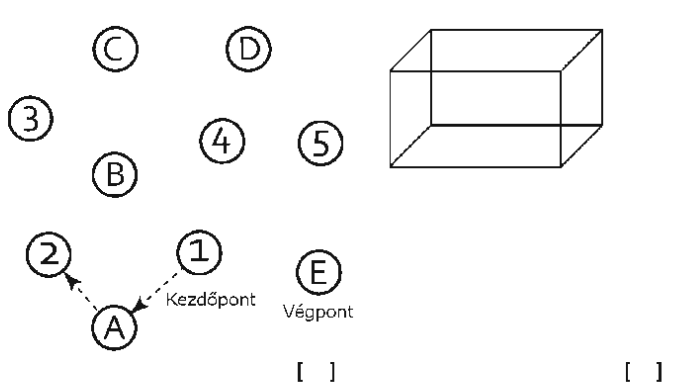
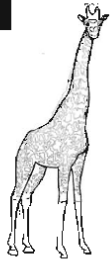
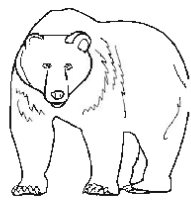
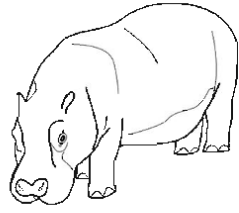
**ÖSSZPONTSZÁM** **30**

25. ábra: A Mini Mental State Examination (MMSE) teszt (saját szerkesztés)

## MONTREAL KOGNITÍV FELMÉRÉS (MOCA) 7.2

7.2 verzió. Alternatív verzió

NÉV :  
Iskolázottság : Születési idő :  
Nem : Dátum :

<b>TÉRI-VIZUÁLIS / VÉGREHAJTÓ</b>		Másolja le a téglalapot!		Rajzoljon egy ÓRÁT! (Négy óra öt perc) (3 pont)		Pontszám				
		[ ]		[ ]		___/5				
<b>MEGNEVEZÉS</b>										
		[ ]		[ ]		___/3				
<b>MEMÓRIA</b>		Olvassa fel a szólistát, melyet a vizsgált személy ismételjen meg. Kétszer végeztesse el, még akkor is, ha az első is sikeres volt. Öt perc múlva újra idéztesse fel a szavakat!		BANÁN	KAMION	ASZTAL	ZÖLD	GITÁR	Nincs pont	
		1. próba								
		2. próba								
<b>FIGYELEM</b>		Olvassa fel a számlistát (1 szám/sec.) A vizsgált személy az elhangzás sorrendjében ismételje el. [ ] 3 2 9 6 5		A vizsgált személy fordított sorrendben ismételje el. [ ] 8 5 2				___/2		
		Olvassa fel a betűlistát. A vizsgált személy minden A betűnél koppantson a kezével. Nem adható pont, ha a hibák száma kettő vagy annál több.		[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAA B				___/1		
		Számoljon folyamatosan hetesével 90-ből visszafelé! [ ] 83 [ ] 76 [ ] 69 [ ] 62 [ ] 55		4 vagy 5 helyes kivonás: 3 pont, 2 vagy 3 helyes: 2 pont, 1 helyes: 1 pont, 0 helyes: 0 pont				___/3		
<b>NYELV</b>		Ismételje meg: Egy madár akár a csukott ablaknak is repülhet ha sötét van. [ ]		Egy héttel ezelőtt a gondos nagyi élelmiszert küldött. [ ]				___/2		
		Fluencia / Soroljon fel annyi S betűvel kezdődő szót egy perc alatt amennyit csak tud!		[ ] (Ha N ≥ 11 szó)				___/1		
<b>ABSZTRAKCIÓ</b>		Hasonlóság pl. sárgarépa - burgonya = zöldség [ ] gyémánt - rubin [ ] ágyú - puska						___/2		
<b>KÉSŐI FELIDÉZÉS</b>		SEGÍTSÉG nélkül kell felidézni!		BANÁN	KAMION	ASZTAL	ZÖLD	GITÁR	Pont kizárólag a SEGÍTSÉG NÉLKÜLI felidézésért jár	
				[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		
<b>Választható</b>		Kategória megadása								
		Feleletválasztás								
<b>ORIENTÁCIÓ</b>		[ ] Dátum [ ] Év [ ] Hónap [ ] A hét napja [ ] Hely [ ] Város						___/6		

Átdolgozta: Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, H. Chertkow MD

© Z.Nasreddine MD Version 7.2

[www.mocatest.org](http://www.mocatest.org)

Normál ≥ 26/30

**ÖSSZESEN**

1 pontot adjunk hozzá ha ≤ 12 év iskolázottságú!

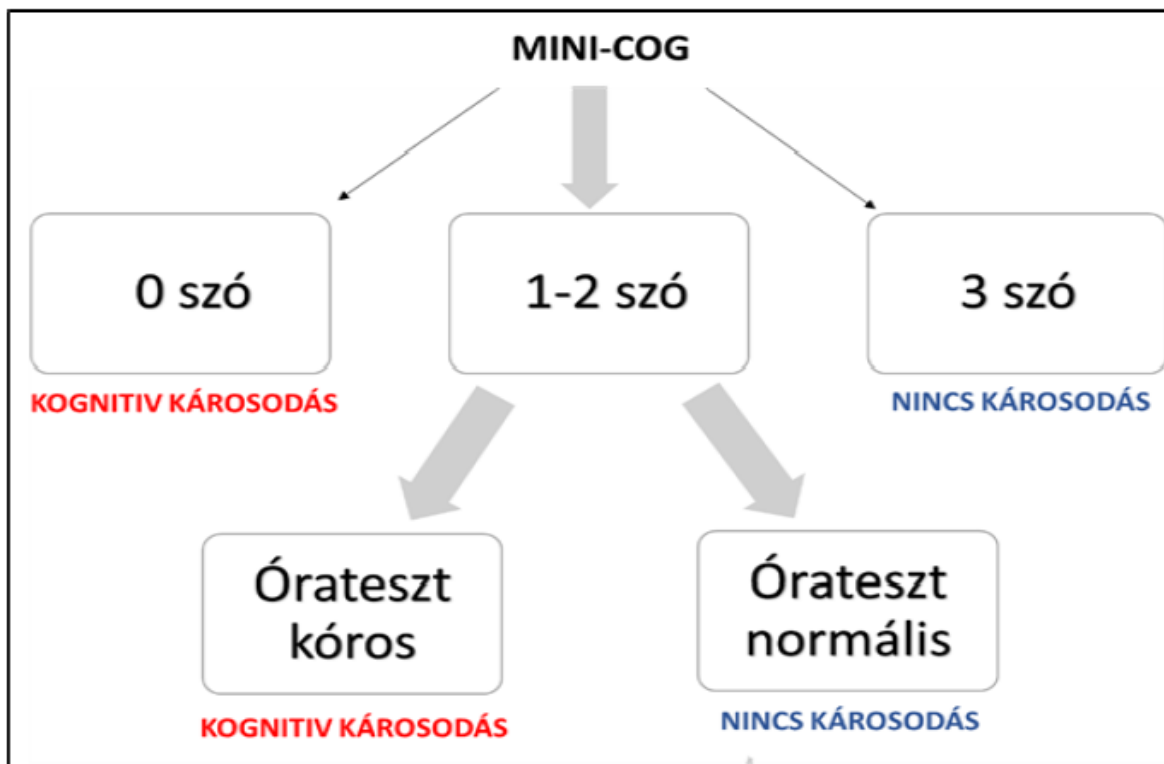
\_\_\_/30

Vizsgáló személy:

Magyar fordítás (Hungarian translation) N. Kovács, K. Karádi



26. ábra: A MoCA teszt ([www.mocatest.org](http://www.mocatest.org), Kovács Norbert, Karádi Kázmér magyar fordítása).



27. ábra: A MiniCOG teszt értékelése  
([https://inda.info.hu/uploads/dokumentumok/4.sz.Melléklet\\_Mini-Cog.pdf](https://inda.info.hu/uploads/dokumentumok/4.sz.Melléklet_Mini-Cog.pdf))

## Irodalom

1. Aevansson O, Skoog I. A longitudinal population study of the Mini-Mental State Examination in the very old: relation to dementia and education. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2000;11:166–175.
2. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*. 2011;7:270–279
3. APA American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
4. de Vugt ME, Verhey FRJ. The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers. *Progress in Neurobiology* 2013;10:54–62
5. Dubois B, Feldman HH, Jacova C et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. *Lancet Neurol* 2014; 13: 614–29
6. Jongsiriyanyong S, Limpawattana P. Mild cognitive impairment in clinical practice: A review article. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2018;33:500-507 Kálmán J, Pákáski M, Hoffmann I et al. Korai Mentális Teszt: az enyhe kognitív zavar szűrőtesztjének fejlesztése. *Ideggy Szle* 2013;66:43-52
7. Langa KM, Levine DA. The diagnosis and management of mild cognitive impairment: A clinical review. *JAMA* 2014;312:2551–2561
8. Petersen RC. Mild cognitive impairment. *Continuum (Minneapolis)*. 2016;22:404-418
9. Reisberg B, Shulman MB, Torossian C, Leng L, Zhu W. Outcome over seven years of healthy adults with and without subjective cognitive impairment. *Alzheimers Dement*, 2010;6:11-24
10. Volosin M, Janacek K, Németh D. *A Montreal Kognitív Felmérés (MoCa) magyar nyelvű adaptálása egészséges, enyhe kognitív zavarban és demenciában szenvedő idős személyek körében*. *Psychiatria Hung*, 2013;28:370-392
11. Zimmerman ME, Katz MJ, Wang C et al. Comparison of "Word" vs. "Picture" version of the Free and Cued Selective Reminding Test (FCSRT) in older adults. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2015;1:94-100

## Demenciagondozás Európában – Egervári Ágnes

### nemzeti stratégiák célkitűzései és ajánlásai, 2019

Az egyes országok elfogadott, készülő, vagy éppen már ismételten revideált stratégiai dokumentumaiból valló tallózás fő szempontja a hazai viszonyainkra is adaptálható szemlélet és megvalósíthatóság.

### Nemzeti Demencia Stratégia, Málta, 2015-2023

Igen kevés és sok tekintetben téves információval rendelkeznek az átlagemberek Máltán is; a demenciát az öregedés természetes részének tekintik, a megelőzés és a beavatkozási lehetőségei nem, vagy kevésbé ismertek.

A Stratégia célja, hogy össztársadalmi és kisközösségi szinten segítse a demencia megértését, valamint hogy csökkentse a demenciával kapcsolatos stigmatizációt. Másik fontos üzenete a szakemberek magas szintű oktatásának és képzésének szükségessége.

A Stratégia sikere attól függ, hogy a politikai szereplők (döntéshozók) és a szolgáltatók mennyire elkötelezettek, mennyire képesek együttműködni a demenciával élők és gondozóik igényeihez igazított (konkrét) szolgáltatások összehangolásában és biztosításában.

Biztosítani kell, hogy a támogatások egyenlő mértékben hozzáférhetőek és állandóan magas színvonalúak legyenek.

Az átfogó stratégia irányt mutat a demencia gondozás különböző területein folyó munkának.

A Stratégia célja egy olyan rendszer létrehozása, amelyben a demenciával élő emberek és a gondozóik:

- olyan közösségben élnek, amely a lehető legnagyobb mértékben támogatja a társadalmi részvételt és az autonómiát
- a lehető leghamarabb megkapják a szükséges információkat,
- tudják, hogy hová fordulhatnak segítségért és milyen szolgáltatások állnak rendelkezésre,
- lakóhelyüktől függetlenül magas színvonalú ellátást kapnak,
- aktívan részt vesznek a gondozásukkal kapcsolatos döntésekben.

*Személyközpontú megközelítés* (Kitwood, 1997):

- A demenciával érintettek értékes emberek, életkoruktól vagy kognitív károsodásuktól függetlenül.
- A demenciával élők egyénisége, egyedülálló személyiségük és életútjuk, tapasztalataik befolyásolják a demencia jelenségeit, lefolyását.
- Fontos a demenciával élő személy nézőpontja
- A demenciával élő személy számára fontos, hogy megőrizhesse emberi kapcsolatait.

#### A stratégia által meghatározott fő beavatkozási területek:

1. A demencia fokozott **tudatosítása** és megértése  
Kampányokra van szükség annak érdekében, hogy a lakosság jobban megértse a demencia jelenségeit és tisztában legyen az életmód és az étkezési szokások jelentőségével. Az elmúlt néhány évben már megjelentek könyvek, tájékoztatók laikusok számára is.
2. A korai diagnózis és a **korai beavatkozás** javítása
3. Máltán is jellemzően a késői fázisban születik meg a diagnózis – ennek a helyzetnek a javításához elsősorban a háziorvosok ismereteinek bővítésével lehet javítani.
4. A személyközpontú demencia - ellátásban jártas **munkaerő** fejlesztése  
A képzéseket elsősorban a kötelezően elvégzendő szinten tartó képzésekhez kötődően tervezik megszervezni, az egyetemmel együttműködve. A laikus gondozók képzése is napirenden van.
5. Az ellátások javítása az alábbi szempontok szerint:
  - a) Megfelelő információk nyújtása a diagnózist követően mind az érintett, mind pedig a gondozók számára
  - b) A demenciával élő egyének számára a megfelelő támogatás, tanácsadáshoz való hozzáférés megkönnyítése
  - c) A gyógyszeres beavatkozási lehetőségek, nem farmakológiai beavatkozások és a segítő / információs technológiákhoz való hozzáférés megkönnyítése
  - d) Az egészségügyi ellátások területén a minőségi ellátás javítása
  - e) A közösségi szolgáltatások javítása, amelyek megbízhatóan nyújtanak támogatást demenciával élő egyének, gondozóik és családtagjaik számára
  - f) Speciális long term care és palliatív ellátások nyújtása- különös tekintettel a késői stádiumban jelentkező speciális helyzetekre, pl. a nyelési-táplálkozási problémákra is.
6. A demencia gondozásával kapcsolatos **etikai megközelítések**

7. A kórlefolyás során a fokozódó gondozási függőséggel összefüggésben előtérbe kerülnek az önrendelkezés, az életterv, a pénzügyi kérdések. Ahhoz, hogy a döntésekbe az érintett bevonható legyen, a korai diagnózis elengedhetetlen.
8. A demencia területén végzett **kutatások támogatása**  
Kevésbé az alapkutatásokra, inkább az epidemiológiai és gondozási kutatásokra utal a stratégia – megállapítva a források szükségességét.

A stratégia megvalósulását egy olyan Felügyelő Bizottság kíséri figyelemmel, amelyhez az egészségügyi, a szociális és az oktatási tárcaik egyaránt delegáltak tagokat.

### **A skót demencia stratégia**

legfontosabb jellemzője, hogy a **személyközpontú gondozást** és rugalmas megközelítést jelöli ki az ellátás minden egyes fázisában. Fontos célkitűzés, hogy **a demenciával élők minél hosszabb ideig a saját otthonukban** lehetőleg a saját lakóközösségükben, településükön, vagy az otthonihoz hasonló környezetben éljenek,

A stratégia megkülönbözteti az ellátási út minél jobb megszervezésének érdekében a korai fázisban diagnosztizált érintettek igényeit a későbbi fázisban diagnosztizáltakétól és eltérő protokollt javasol. Mindkettőnek központi eleme azonban egy támogató személy kinevezése.

A stratégia erőteljesen decentralizálni kívánja az ellátást. A diagnózis esetében a **házi orvosok** felkészítését tekinti kulcstényezőnek, míg a gondozásban a helyi közösségek felkészítését, beleértve a fentiekben említett, kinevezett segítőt is.

A minél korábbi diagnózis változatlanul az egyik legfontosabb cél, de a stratégia ezen utóbbi változata már **számol a realitásokkal**: tudomásul veszi, hogy számos esetben csupán csak késői stádiumban, általában más betegségek együttes jelentkezésekor diagnosztizálják a demenciát. Az egészségügyi- és szociális ellátási szolgáltatások integrációja már megteremtette azokat a feltételeket, amelyekkel biztosíthatók a koordinált, átjárható és személyközpontú szolgáltatások azoknak, akik támogatást igényelnek.

**A következő három kihívást azonosítja a stratégia: az első** a demenciával élő emberek és gondozóik számára jó **időben történő** személyközpontú, koordinált és **rugalmas támogatás** nyújtása, különböző

helyszíneken, mint pl. a kórház és a lakóközösség – település. Fontos, hogy ezeknek a szolgáltatásoknak mindig, mindenütt elérhetőnek kell lennie minden egyes demenciával élő és segítője számára.

**A második kihívást az *egyéni igények és körülmények* figyelembe vétele jelenti a diagnózistól a betegség teljes lefolyásán át az ellátás biztosításával.**

**Harmadik, különösen fontos kihívásként** azt fogalmazza meg a stratégia, hogy a kutatások szerint a korábban becsültekhez képest várhatóan *jóval több egyre idősebb ember lesz érintett* demenciával. A magasabb életkorú betegcsoportokban pedig egyéb, gyakran súlyos kísérő betegségek megjelenésével is számolni kell, amelyek viszont jelentősen megrövidíthetik a demencia lefolyását. Gyakoriak azok az esetek, amikor a demencia diagnózisa valamely kísérő betegség kórházi kezelésekor születik meg.

Mindez a körülmény elsősorban azt jelenti, hogy az igényeknek megfelelően folyamatosan újra és újra át kell alakítani a szolgáltatások rendszerét. A lakóközösségek, közösségi szolgáltatások szerepe egyértelműen növekvő. Biztosítani kell az ezzel együtt a palliatív és az életvégi szolgáltatások rugalmas és az igényekre válaszoló módjait.

#### **A stratégia hét legfőbb célkitűzése:**

1. **Az érintettek bevonása:** kapjanak minél nagyobb beleszólást az ellátásuk megtervezésébe. Ezért fontos a korai diagnózis, hiszen az enyhe, korai stádiumban erre még van lehetőség.
2. Minél több demenciával élő érintett ember kapjon a diagnózist követően megfelelő, igényeihez és helyzetéhez szabott, jó minőségű, személyközpontú ellátást.
3. Minél több demenciával élő ember számára váljék az lehetővé, hogy otthonában vagy otthonához hasonló helyszínen jól és biztonságosan éljen olyan hosszú ideig, ameddig ők és a családjuk kívánja.
4. Minél több ember kapjon jó minőségű palliatív és életvégi ellátást a megfelelő időben.
5. A diagnózis és az egész ellátási út során ismerjék el és könnyítsék meg a családtag gondozók szerepét, és vegyék figyelembe az igényeiket.
6. A demenciával élők emberi méltóságát szem előtt tartó ellátása és támogatása az intézmények minden típusában egyenlően magas színvonalon történjen, legyen az otthon, bentlakásos intézmény, vagy akut- vagy speciális egészségügyi intézet.

7. Legyen minél több demencia-barát és a demencia tekintetében felkészített közösség, szervezet, intézmény és civil kezdeményezés.

2013-ban bevezették a megfelelően képzett kapcsolati személy által koordinált legalább egy éves diagnózis utáni támogatást. A diagnózis utáni támogatás ötpilléres modelljének bevezetését követő tapasztalatok azt igazolják, hogy ez a modell jól működik.

#### **Az öt pillér:**

1. közösségi, lakóközösségi kapcsolatok támogatása
2. szakértői támogatás
3. a betegség megértése és a tünetek kezelése
4. a jövőbeli ellátások személyre szabott megtervezése
5. a jövőbeni döntéshozatal megtervezése

Egyértelművé vált azonban, hogy a betegek nagyobb része olyan magasabb életkorban és a demencia olyan későbbi stádiumában jut a diagnózishoz, amikor már jelentős mértékben teljeskörű ellátást igényel. Számukra egy más típusú modell kifejlesztése vált szükségessé, amely épít a diagnózis utáni támogatásra, de immár közvetlenül bevonja a folyamatba a különböző ellátási formákat is.

Ez a modell a betegség középső szakaszától a súlyos szakaszában lévő otthon élők koordinált ellátási platformjaként szolgál, amelyben központi szerepet játszik a demencia gyakorlati koordinátor, aki személyre szabottan képes a diagnózis utáni megfelelő támogatást nyújtani, miközben a különböző ellátások integrált koordinációját végzi.

***Az integrált közösségi támogatás nyolcpilléres modellje*** a következőkből áll:

1. demencia gyakorlati koordinátor
2. az informális gondozók támogatása
3. személyre szabott támogatás
4. közösségi kapcsolatok
5. környezet
6. mentális egészségügyi ápolás és kezelés
7. általános egészségügyi gondozás és kezelés
8. terápiás beavatkozások a betegség tüneteinek kezelésére



A **nyolcpilléres modellben** a demencia támogatás a már meglévő egészségügyi és szociális gondozó rendszerekben integráltan zajlik.

A stratégia a következő két javaslattal él:

1. minden egyes újonnan demenciával diagnosztizált személy esetében eldöntendő, hogy az öt- vagy a nyolcpilléres modell alapján kapjon ellátást a helyzetének legmegfelelőbb módon.
2. A támogatás időtartama minden egyes esetben rugalmas és nyílt végű. A nyolcpilléres ellátási modellben gondozottak számára nincs időbeni korlát. A többiek esetében az értékeléstől függően a beteg vagy a nyolcpilléres modellbe kerül át, vagy ismét a kinevezett kapcsolati gondozóval lépnek kapcsolatba. Mindez biztosítja a kellő rugalmasságot és az ellátás folyamatosságát.

**A jelenleg aktuális Stratégia 21 kötelezettségvállalást nevesít:**

1. A diagnózis utáni szolgáltatások személyre szabottságának erősítése.
2. A diagnózis utáni demencia ellátások decentralizálása az elsődleges ellátási központokba.
3. **A demenciával élők ellátásának és támogatásának javítása.** Ezzel csökkentik az indokolatlan kórházi felvételek és hosszú bentfekvést, a késői elbocsajtást, miközben javítják a palliatív és életvégi ellátást, és megerősítik a közösségi gondozást.
4. **Az otthoni ellátások javítása** a nyolcpilléres modell bevezetésével.
5. Az Alzheimer Scotland által kidolgozott Fejlett Demencia-ellátás és Palliatív és Életvégi Ellátási Modell tesztelése és értékelése.
6. A demenciával élők számára szolgáló **palliatív és életvégi gondozás** módjainak értékelése, döntéshozók bevonásával.
7. Az akut és speciális kórházi ellátás javítása demenciával élők számára, ebben az **indokolatlan kórházi tartózkodások csökkentése.**
8. A bentlakásos intézmények modernizálása és demenciával élők szükségletei számára való átalakítása.
9. Az egészségügyi személyzet **oktatása.**
10. A különböző egészségügyben dolgozó szakemberek tapasztalatainak felhasználásával a megfelelő és biztonságos lakókörnyezet kialakítása.

11. A technológia által nyújtott új eszközök és lehetőségek minél szélesebb körének biztosítása a demenciával élők helyzetének megkönnyítésére.
12. A döntéshozók bevonása a megfelelő biztonságos otthoni környezet kialakításában, különböző programok indítása céljából.
13. A közlekedés minél szélesebb körű hozzáféréseinek biztosítása, ideértve a tömegközlekedést is
14. *Demencia-barát közösségek* kialakításának elősegítése.
15. *Minden társadalmi csoportból származó demenciával élő számára egyforma minőségű, hozzáférhető egészségügyi és szociális ellátás biztosítása.*
16. Az eltévedt, elköborolt személyek minél könnyebb megtalálása a rendőrség segítségével.
17. Demencia kutatások támogatása
18. Pszichoaktív gyógyszerek felírásának gyakoriságának csökkentése.
19. A demenciával élők számát megbecslő modellek finomítása.
20. A demenciával élők klinikai ellátását, vagy annak egy részét érintő útmutatók felülvizsgálata.
21. A Skót Nemzeti Demencia *Stratégia monitorozására* és végrehajtására kijelölt irányítási struktúra felállítása.

## Kanadai Nemzeti Terv

**A legfrissebb nemzeti tervet a demenciáról 2019. júniusában Kanada fogadta el – az „együttesen törekszünk” program három célkitűzésre, a megelőzésre, a terápiára és a demenciával élők és gondozóik életminőségére összpontosít.** Kulcsfontosságú célkitűzéseket tartalmaz a betegséggel kapcsolatos tudatosság javítása, az ellátáshoz, a támogatáshoz és a kezeléshez való hozzáférés, a kutatás és a demencia kockázatsökkentés témákban.

### A megvalósítás pillérei:

Együttműködés - A kormányok, a kutatók, a közösségi szervezetek, a demenciával élő emberek, a gondozók között

Kutatás és innováció - A kutatás és az innováció előmozdítása csökkentheti a tudáshiányokat, és olyan terápiákat fog kifejleszteni, amelyek javítják a demenciával élő emberek életminőségét.

Surveillance és adatok gyűjtése – hogy az erőforrásokat oda lehessen összpontosítani, ahol azok a leginkább szükségesek és a leghatékonyabbak lesznek.

Információ - A demenciával kapcsolatos megfelelő információforrások fejlesztése megkönnyíti a gondozók és szolgáltatók munkáját, hogy minőségi ellátást biztosítson, és segít minden kanadai számára, hogy jobban megértsék a demenciát.

## Jelentősebb mérföldkövek a szabályozásban és a kutatásban Európában

---

- **Glasgow-i nyilatkozat**, 2014: Több, mint 200 szervezet, 12000 aláíró és 150 fő döntéshozó által támogatott nyilatkozat, amely egyrészt népegészségügyi prioritásként határozza meg a demenciát, másrészt pedig nemzeti, európai és globális stratégia megalkotására szólít fel annak érdekében, hogy a rohamosan növekvő esetszámok generálta kihívással megbirkózzon az egyes társadalmak.
- **Horizont 2020**: 80 Mrd Euro ráfordítással 7 éven keresztül az EU legnagyobb kutatási – kutatásfejlesztési projektje IMI: Innovatív Orvostudományi Kezdeményezések. A program első szakasza 2008-2013, az IMI2 2014-2020 között számos, az Alzheimer Europe részvételével zajló, demenciával kapcsolatos programot finanszíroz, mint az EPAD, ROADMAP, PARADIGM, részben a fenti Horizont 2020-hoz kapcsolódóan.
- Az **Európa Parlament Írott Nyilatkozatai 2015 - 2016** EU Parlamenti képviselők támogatásával az Európai Alzheimer Szövetség által fogalmazott első nyilatkozatban a kutatás, a gondozás és a prevenció területén széleskörű együttműködés támogatására bátorította a z Európai Bizottságot és a Tanácsot. A 2016 – ban elfogadott nyilatkozat a demencia népegészségügyi prioritásként való elismerését követelte, valamint leszögezte a demencia támasztotta kihívásaival kapcsolatos stratégiák elfogadásának szükségességét.
- EPSCO Tanács befogadta a luxemburgi EU elnökség 2015 következtetéseit. Az uniós Foglalkoztatási, Szociálpolitikai, Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Tanács adoptálta azt a felhívást minden tagállam számára, hogy tekintsenek a demenciára népegészségügyi prioritásként valamint alkossanak nemzeti stratégiát /akciótervet és fokozzák az együttműködést ezen a területen. *(Támogassuk a demenciával élőket)*

- **Második Európai Akció a Demenciáról (2016-2019)** Az ALCOVE első akciót követően, az Európai Bizottság egészségügyi programja keretében egy második akciót is támogat. A Program célja a tagállamok együttműködéseinek támogatása a demenciával élők és gondozóik életminőségének javítása érdekében. Négy fő területe a diagnózis és az azt követő támogatás; krízis és gondozás koordináció, intézményi gondozás valamint a demencia - barát közösségek megvalósulása.
  
- **Európai Szociális Pillér (2017)** , amelyet a tagállamok hirdettek meg, 20 elvet fogalmaz meg, három területen. A három terület az egyenlő esélyek és munkaerő-piaci hozzáférés, a megfelelő munkakörülmények valamint a szociális védelem és befogadás. Ennek részeként készült a munka és a magánélet egyensúlyával foglalkozó kilences alapelvekhez az a direktíva, amely a gondozóknak évente öt nap fizetett szabadságot biztosítana. További, a pillérek demenciával kapcsolatos releváns megállapításai:
  - Egészségügy: Mindenkinek joga van ahhoz, hogy időben és megfizethető módon jó minőségű gyógyító – megelőző szolgáltatásokhoz jusson hozzá.
  - A fogyatékkal élők befogadása: Joguk van a fogyatékkal élőknek olyan ellátásokhoz és jövedelem kiegészítéshez, amelyek lehetővé teszik számukra a méltó életkörülményeket, valamint olyan szolgáltatásokhoz való hozzáférésüket, amelyekkel a munkaerőpiaci részvételük, számukra adaptált munkakörülmények biztosíthatóak.
  - Long Term Care (hosszú idejű gondozás) Mindenkinek joga van ahhoz, hogy szükség esetén hozzájusson megfizethető és jó minőségű gondozási szolgáltatásokhoz, különös tekintettel az otthoni gondozásra és a közösségi alapú szolgáltatásokra.
  
- **Alzheimer Europe Gondozói Felmérés (2018)** Az elmúlt év júniusában az Európai Parlamentben „Lunch Debate” keretében mutatta be a szervezet azokat az eredményeket, amelyeket a diagnosztikus és az azt követő támogatási folyamatokban öt különböző európai országban tapasztaltak. A vizsgálatok azt mutatták, hogy túlságosan hosszú idő telik el a betegség kezdetől a diagnózis megszületéséig és azt követően a gondozók gyakran nem kapnak megfelelő támogatást az egészségügyi/ szociális rendszerektől.

## Konklúziók

Bár az egyes országok között méretben, gazdasági fejlettségben, az egészségügyi rendszerek fejlettségében és működésében számottevő különbségek vannak, az egyes témák közötti prioritizálás tekintetében meglehetősen egységesek a stratégiák.

### **Emberi jogok és más jogi körülmények**

A paternalisztikus szemléletű, gondoskodó programok után az elmúlt években az érintett betegek és a hozzátartozók bevonása intézményesült, egyre általánosabb, hogy a demenciát, mint a fogyatékoság egy formáját kezelik a szakemberek. A betegszervezetek megerősödtek, ahogy a támogatott döntéshozatal is.

### **Diagnózis és poszt - diagnosztikus támogatás**

A korai diagnózis és az azt követő szakmai támogatás egységesen fontos szempontként jelenik meg. Általános, hogy a demencia csak későn, a súlyos stádiumban derül ki, valamely közbejött kíső betegség kapcsán.

### **Informális gondozás**

Bár a stratégiák többnyire megemlítik a családtagok, otthoni gondozók szerepét – erre vonatkozóan még mindig kevés a kutatás. Ezeknek az ún. informális, primer gondozóknak a támogatása, pszichoedukációjuk a jelenleg az egyik legaktuálisabb területe a demencia gondozásnak.

### **Prevenció, Demencia-barát közösségek és társadalmi figyelemfelhívás**

Elsősorban a primer prevenció jelenik meg az egyes országok stratégiáiban, a szekunder és terciér prevenció csak lényegesen kisebb mértékben – és nem is tesznek különbséget az egyes formák között, többnyire általában beszélnek a megelőzésről.

A demenciával összefüggésben jelentkező kockázatok közül *az elesések rizikójának csökkentését* célozza pl. a norvég anyag. Célkitűzése, hogy guideline-ok készüljenek az idősebb populáció kockázatelemzésére, szűrésére vonatkozóan.

A cseh és az ír dokumentumban a *házi orvosok szerepét* jelölik meg kulcsfontosságúnak: képzésükre és a szűrővizsgálatokra fókuszálva.

Az utóbbi években kap egyre nagyobb hangsúlyt a **demencia-barát környezet**, közösségek szerepe; ez a legtöbb jelenleg aktuális stratégiai dokumentumban megjelenik. Szó esik társadalmi kampányok szervezésének szükségességéről, a neurodegeneratív betegségekkel kapcsolatos laikus ismeretek bővítésének fontosságáról ( spanyol, francia anyag).

A beteg- és hozzátartozói szervezetek szerepe jelentős ebben a folyamatban: kiemelkedő az angol, a skót, a szlovén program. Ezeken a betegszervezeteknek a bevonásával lehetséges es a demenciával élők szükségleteinek figyelembe vétele az egyes szolgáltatások, pl. a közösségi közlekedés tervezése során.

### **Kutatások**

Számos stratégiai dokumentum leszögezi az epidemiológiai és a kórlefolyásra vonatkozó elemzések szükségességét csakúgy, mint a terápiás beavatkozási lehetőségek bővítését célzó kutatások támogatásának fontosságát. A fókuszpontok azonban eltérőek, hiszen a realitás napjainkban az, hogy új gyógyszermolekuláról nem tudunk, a korábbi klinikai fázisban levő vizsgálatokat leállították a gyógyszergyárak. Még nagyobb tehát a nem gyógyszeres terápiás intervenciók , kognitív stimuláció és viselkedés terápiák, valamint a gondozás- kutatások jelentősége.

A prevenció számos stratégiában nagyobb hangsúlyt kapott, bár ez többnyire csak a primer prevenciót, a tudatosság növelésére korlátozódik. A prevenció egyéb formáit nem említi a legtöbb program, a szekunder prevenciót többnyire nem nevesítik, bár esik szó pl. terápiás beavatkozási lehetőségekről.

### **A gondozókat**

többnyire csak a demenciával élő személlyel kapcsolatban említik, anélkül, hogy szó esnék speciális problémáikról vagy saját jogaikról. Pozitív ugyanakkor, hogy több anyag felismeri, hogy az informális gondozóknak támogatásra van szükségük a gondozói szerepük betöltéséhez. Több stratégia kiemelt hangsúllyal foglalkozik **a demenciával élők jogaival**, hivatkozva az ECHR (emberi jogok Európai Tanács konvenciója) és a fogyatékkal élők jogaival foglalkozó ENSZ konvencióra (UNCRPD).

Kiemelik ezek a stratégiák, hogy a demenciával élőknek joguk van ahhoz, hogy a gondozásukkal és támogatásukkal kapcsolatos döntésekbe bevonják őket egyéni és általánosabb, döntéshozói szinten egyaránt.

A technológiai fejlődés is megjelenik a demenciával összefüggésben; egyes országokban ennek a mindennapi gondozásban való lehetséges szerepével is foglalkoznak, másutt csak az információnyújtásban tartják fontos eszköznek ezeket a lehetőségeket.

Minőségbiztosítással, minőségi indikátorok

Számos országban évekkal korábban megkezdődött a demenciával kapcsolatos stratégiai gondolkodás; a nemzeti demencia stratégiák tanulmányozása rámutat az egyes európai országok szakpolitikái közötti konvergenciákra és különbségekre, fókuszpontokra. Hazánkban nincs elfogadott demencia stratégia vagy akcióterv: fontosak az előttünk járók tapasztalatai, így van arra módunk, hogy a magyar akcióterv figyelembe vegye ezeket.

A prevenció és a személyközpontú ellátások, a gondozás interprofesszionális szemlélete, a professzionális és informális gondozók edukáció lehet az eszköz, amellyel a lépéshátrányból előnyt kovácsolhatunk. A háziorvosok kulcsszerepe ebben a folyamatban alapvető és megkérdőjelezhetetlen.

## WHO Akcióterv 2017-2025

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2017 májusában elfogadott Globális Demencia Akcióterve<sup>15</sup> mind a 146 tagállamot megszólítja és elvárja, hogy 2025-ig nemzeti válaszokat alakítsanak ki a demenciával, mint népegészségügyi prioritással kapcsolatban.

### Az akciótervben 7 cselekvési - beavatkozási terület fogalmazódik meg:

1. a demencia mint közegészségügyi prioritás
2. cselekvési terület: Demencia-tudatosság és demencia barát hozzáállás  
Cél, hogy minden tagállamban legyen kampány a demenciáról és legalább az országok felében legyen demencia-barát kezdeményezések
3. cselekvési terület: demencia kockázatsökkentés lehetőségei  
A vonatkozó globális célok a nem fertőző betegségekkel kapcsolatos 2013–2020 meghatározott megelőzési és ellenőrzési tervben fogalmazódnak meg- és ennek jövőbeni módosításaiban
4. demencia diagnózis, kezelés, gondozás és támogatás. A diagnózis tekintetében az a cél, hogy az országok felében legalább 50% mértékű legyen.

---

<sup>15</sup> Website: [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/action\\_plan\\_2017\\_2025/en/](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/) Letöltve 2018.01.23.



5. cselekvési terület: A gondozók támogatása elsősorban képzési programokkal
6. Információs rendszerek célja, hogy az országok legalább fele rendszeresen gyűjtse a demencia-mutatókat nemzeti egészségügyi és szociális információs rendszereiken keresztül és 2025-ig két évente jelentést tegyenek erről.
7. demencia kutatás és innováció – a kutatási erőfeszítések megduplázása a cél – indikátor pedig azon cikkek száma, amelyek releváns, idézett megjelenések.

Az akcióterv célja a demenciával élő emberek, a gondozók és családok életminőségének javítása, a demencia közösségek és országokra gyakorolt terheinek mérséklése. Ezen cselekvések során keresztül megvalósulhat egy olyan világ, amelyben a demencia megelőzhető, és amelyben a demenciával élők és gondozóik megkapják a szükséges ellátást és támogatást, hogy értelmes és méltó életet élhessenek a betegséggel együtt is.

***A nemzeti demencia tervek kidolgozása és bevezetése továbbra is az egyetlen hatékony eszköz a demencia gondozás, a demenciával élő emberek és az őket gondozók támogatására.***

## Irodalom

„Demenzstrategie - Gut leben mit Demenz”<https://www.demenzstrategie.at/> honlapról (letöltés: 2019.06.07.)

Dementia in Europe Yearbook 2018 – Comparison of national dementia strategies in Europe, National Dementia Strategy Malta

<https://activeageing.gov.mt/en/Pages/National-Dementia-Strategy.aspx>, letöltés 2016.06.

Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025

[https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/action\\_plan\\_2017\\_2025/en/](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/)

Letöltve 2018.01.23.

Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization; 2019.

[https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/guidelines\\_risk\\_reduction/en/](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/guidelines_risk_reduction/en/) Letöltés 2019.06.21.

## Az ellátórendszerek szerepe, az elérhető szolgáltatások – Skultéti József

**A demenciával élők ellátása, gondozása napjaink egyik legnagyobb egészségügyi és szociális kihívása.** A demens betegek számára biztosított - az ellátási feltételeket és szakmai minimumkövetelményeket jogszabályokban meghatározó- gondoskodási formák szakemberei a demenciára utaló első jelek beazonosításától a betegség teljes időszakában és minden stádiumában - az érintett családtagokkal együttműködve - törekednek arra, hogy a demenciával élő idős ember életminőségét megőrizze, jó közérzettel, boldogan élje életét, érzékelje a jó bánásmódot, képes legyen az adott pillanatok élvezetére és állapotromlását késleltető támogatást kapjon.

A biológiai hanyatlás, vagy az egészségi állapot romlása nehezíti vagy lehetetlenné teszi a szociális feladatok, szerepek ellátását, beleértve a teljes körű önellátást is, a szociális szerepek elvesztése pedig visszahat az egyén pszichoszomatikus egységére, több oldalról lehet betegséget kiváltó tényező. **Ez a komplex összefüggés az alapja annak szakmai elgondolásnak, hogy az egészségügyi és szociális területi ellátás csak integrált szervezeti és működési rendszerben működhet optimális eredményességgel.**

Hazánkban a demenciával élők száma, a teljes lakossághoz-, illetve a nyugdíjas-korúakhoz viszonyított aránya nehezen meghatározható. A szakellátásban a becsülhető lakossági előfordulási gyakoriság alapján várható összes betegek kevesebb, mint ötöde kerül kivizsgálásra, illetve t egészségügyi gondozásba. Még kevesebb azok száma, akiknél demenciájuk jogi következményeit gondnokság alá helyezés elrendelésével is megállapítják. A szolgáltatási tevékenység célcsoportjában elsődleges a mindennapi tevékenységeikben támogatásra szoruló idősök köre, a betegség által érintettek heterogén csoportja, akikhez a nyújtott szolgáltatásoknak is kell igazodnia.

A demenciával élők optimális életfeltételeit saját otthona és a hozzátartozói figyelme és gondoskodása képes biztosítani. Sajnos, e feltételek az esetek nagy részében csak részlegesen adóttak. A demencia nem csak az abban szenvedő betegsége, hanem az őt gondozó család betegsége is. Az idős ugyanis, akinél jelentkeznek a tünetei, állandó és fokozott felügyeletre, folyamatos segítségre szorul. Átszerveződnek a családon belüli szerepek és ez nagy anyagi, lelki megterheléssel jár a család számára is. A diagnózis megváltoztatja az érintett személy életét, de családja, barátai életét is.

Azonban sokszor a szükséges információk hiányoznak mind a betegség lefolyásáról, mind a támogatási lehetőségekről. A demenciával élő betegek gondozásában elsődleges szempont a nyugalom

biztosítása. Az időskori gondoskodás bármely formájáról legyen is szó, annak magában kell foglalnia a szükségletek megértését, értelmezését és az ezekre való reagálást.

**A gondoskodás központi eleme, hogy az idősök ameddig csak lehet önállóak maradjanak, családjuk körében éljenek.** A legkisebb környezeti változás is felboríthatja a gondoskodásra szoruló egyensúlyát, az állandó környezet a számukra a biztonságot jelenti.

A családok tagjai nagy feladatot vállalnak az idősök segítésében, gondozásában. A középkorú generációk rossz egészségi állapota állandósítja, újratermeli és növelheti az idősgondozási szükségletet, ezzel szemben az idősök számára jelenleg rendelkezésre álló források közül a családi erőforrás csökkenni fog.

A jelenlegi gondozórendszer ma is számos problémával küszködik és nincs felkészülve a növekvő gondozási igényre, nincsenek olyan ellátási formák, szolgáltatások sem, ami a csökkenő családi erőforrást helyettesítené.

Az ellátórendszerek hatásosságának és hatékonyságának erősítése nem elképzelhető a szociális- és egészségügyi ellátórendszer, az oktatás- és foglalkoztatáspolitikai eszközrendszereinek harmonizációja és új szolgáltatások kiépítése, a különféle támogatórendszerek harmonizált interprofesszionális fejlesztése, a szakszerű ellátást nyújtó és szakmai megújulásra képes társadalmi, civil és egyházi szervezetekkel megvalósuló együttműködés, az idősökkel szembeni diszkrimináció és a szociális kirekesztés elleni küzdelem erősítése, valamint az önségítés, öngondoskodás és önkéntesség személyi-tárgyi feltételeinek megteremtése nélkül.

## **Az alapszolgáltatások<sup>16</sup> és szakosított ellátási formák<sup>17</sup> kapcsolata**

A tapasztalatok alapján a demográfiai változások és az individualizációs folyamatok azt jelzik, hogy a családok egyre kevésbé képesek betölteni a természetes védőháló szerepét, a gondozási funkciókat, és ez az intézményes ellátások arányának és jelentőségének növekedését eredményezi. A

---

<sup>16</sup> Az alapszolgáltatások megszervezésével a települési önkormányzat segítséget nyújt a szociálisan rászorulóknak részére saját otthonukban és lakókörnyezetükben, önálló életvitelük fenntartásában, valamint egészségi állapotukból, mentális állapotukból, vagy más okból származó problémáik megoldásában. (Sztv. 56.§ (1) bek.)

<sup>17</sup> Ha az életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt, a rászorult személyekről az alapszolgáltatások keretében nem lehet gondoskodni, a rászorultakat állapotuknak és helyzetüknek megfelelő szakosított ellátási formában kell gondozni. (Sztv. 66.§ (1) bekezdés)

mai kor jellemzője a család instabilitása, a válás, az eltérő értékrend, a munka világának az átalakulása – *preferált az egyedülálló munkavállaló, külföldi munka vállalása, stb.*-, valamint a növekvő munkanélküliség.

A demenciával élő idősök száma folyamatosan növekedik, a gondozó családok nem kapnak megfelelő tájékoztatást és támogatást (*pedig a becslések szerint az ellátásuk legalább 80%-ban a gondozó családok terhe*), a demenciával küzdők nappali ellátása még nem megfelelően épült ki, az idősök klubjai a demenciával élőket csak mérsékelt számban tudják fogadni, a házi segítségnyújtás időráfordítása és kapacitása nem elegendő, a bentlakásos otthonok kapacitása nem változik, miközben több megyében hosszúak a várólisták és (*szinte*) minden intézményben a gondozott demensek aránya 30-40% közötti és tendenciaszerűen növekvő arányú.

#### **Az ellátások igénybevételét kikényszerítő tényezők lehetnek:**

- Az életkor előrehaladása, betegségek kialakulása miatt az idő családtagra több figyelmet kell fordítani, nagyobb törődéssel, több empátiával kell felé fordulni.
- Jelentős a családtagok felelőssége az időskori betegségek kezelésében a rendszeres orvosi kontroll, a gyógyszerek pontos adagolása, a gyógyszerek szedésének ellenőrzése területén.
- A lakosságon belül folyamatosan emelkedik az egyedül, özvegyen, egyszemélyes háztartásban élők (többségében özvegyek) száma és aránya (*alacsony jövedelműek, nem képesek mindennapi ügyeik intézésére, nem tudnak gondoskodni saját ellátásukról/gondozásukról, háztartásukról és felújításáról/karbantartásáról, stb.*).
- Egyre kevésbé jellemző, hogy az idősök gyermekeikkel es unokáikkal, többgenerációs családban élnek együtt.
- A gyermekeiktől külön élő idős szülők/nagyszülők több, mint felének van szinte napi személyes kapcsolata gyermekeivel/unokáival, ugyanakkor a gondoskodásra szoruló idősök igen ritkán (havonta, vagy annál is ritkábban) találkoznak szeretteikkel.
- A késői időskor lassan terjedő folyamata a szülők és valamelyik gyermek újbóli összeköltözése: becslések szerint az idősök egyötöde él (újra) együtt gyermekével a nyolcadik évtized fordulóján.

Az ellátások minden területén a gondoskodás elsőrendű célja, hogy a demenciával élő idős ember életminőségét megőrizve, jó közérzettel, boldogan élje életét, érzékelje a jó bánásmódot, képes legyen az adott pillanatok élvezetére, állapotromlását késleltető támogatást kapjon.

A demenciával élők számára biztosított szolgáltatások alapgondolata, hogy az ellátott nem tárgy, hanem személy, akinek vannak érzései, különleges értékei: egyszeri és megismételhetetlen egyéniség. A biztosított szolgáltatásokban és a gondozók tevékenységében legyen érzékelhető, hogy a gondozottban tisztelik az embert, akiben ott él a múltja, a családja, a foglalkozása, akinek vannak hobbijai és vágyai, és vannak jó és rossz napjai. *Nem megengedhető, hogy a demenciával élő betegek számára nyújtott ellátás és gondoskodás a betegségre fókuszáljon és ne figyeljen magára az emberre, a beteget passzív lakónak tekintse.*

**A demenciával élő idős emberek számára célzott és dedikált ellátási formákat - a hatályos, szakmai jogszabályok alapján - a demens személyek nappali ellátása keretében<sup>18</sup> és az idősek otthonán<sup>19</sup> belül biztosítanak.**

A demenciával élő időskorúak ellátása speciális ápolási és gondozási feladatokat jelent és ezek során különleges gondot kell fordítani a róluk történő **gondoskodás alapelveinek** betartására:

- 1.) A demenciával élők ellátását holisztikus szemléletben, komplex gondozás keretében kell megvalósítani - *a személyközpontúság értékrendjének és szemléletének megfelelően.*
- 2.) Az ápolás és gondozás középpontjában a beteg egyénileg meghatározott szükségletei álljanak.
- 3.) Gondozásuk elméleti és gyakorlati keretét adja, hogy törekedni szükséges „jól-létük” fokozására és életminőségük maximalizálására.
- 4.) Az idős, demens embert tágabb szociális környezetében elhelyezkedő személyként, egyénként kell elfogadni. A szociális környezetének kedvezően kell hatnia az egészségére és jól-létére, valamint a járulékos vagy egyéb betegségekre való reagálására.
- 5.) A demens beteg állapotának minden fázisában különleges hangsúlyt kell helyezni az egyén tiszteletére és emberi méltóságának megőrzésére.
- 6.) Folyamatosan törekedni kell arra, hogy állapotától függő mértékben minél teljesebb mértékben és aktívan részt vehessen szükségletei kielégítésében. Minden embernek vannak önellátási

<sup>18</sup> *A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet 84/A. § (1) A demens személyek nappali ellátása a Pszichiátriai/Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum, a rehabilitációs szakértői szerv, vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos demencia kórképet megállapító szakvéleményével rendelkező személyeket látja el. (2) A demens személyek nappali ellátása megszervezhető önálló intézményi formában, illetve – az (1) bekezdés szerinti ellátottakra tekintettel – más nappali ellátás részeként.*

<sup>19</sup> *A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 68.§ (4) Az idősek otthonán belül külön gondozási egységben vagy csoportban kell ellátni azt a személyt, akinél a külön jogszabályban meghatározott szerv a demencia körébe tartozó középsúlyos vagy súlyos kórképet állapít meg.”*

igényei, és joga van igényeinek maga által való kielégítésére, ha csak állapota ebben nem akadályozza meg.

- 7.) Törekedni kell az idős, demens betegek még meglévő képességeinek megtartására, szokások kialakítására, fejlesztésére és rögzítésére.
- 8.) A demens idősök ellátása speciális ismereteket és elkötelezettséget igényel gondozóitól. Fontos, hogy a gondozásban/ellátásban részt vevők ismerjék a demencia okait, az állapotot előidéző betegségeket, a tünetek változatosságát, a szakszerű beavatkozások módszereit. Legyenek képesek a kritikus gondolkodásra, valamint hatékony problémamegoldó képességgel és nagyfokú türelemmel rendelkezzenek (*rutin jellegű ápolás-gondozás helyett, szisztematikus gondoskodás*).

A demenciával élők ellátása speciális ismereteket és elkötelezettséget igényel gondozóitól, ezért az év végéig a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet módosított 3. számú melléklete szerint **minden személyes gondoskodást nyújtó intézményben kötelező képzett demencia gondozók alkalmazása**. A képzés során a részt vevők megtanulják, hogy a demencia gondozó interprofesszionális csapat tagjaként, együttműködve demenciával élő személyek komplex ellátásában vesz részt intézményesült, vagy intézményen kívüli keretek között. A csapaton belül ellátja a demenciával élő személy közvetlen gondozásával összefüggő feladatokat, a demenciával élő személy családtagjainak támogatásában. A gondozási feladatok keretében kiegészíti a demenciával élő személy még meglévő önálló életvitelével kapcsolatos hiányterületeket, segíti a gondozottat az élet értelmes és számára élvezhető megélésében és a leépülési folyamat lezárásaként az élet elengedésében. Munkáját személyközpontúan, az ellátott személy igényeinek és állapotának figyelembevételével végzi.

A demens betegek számára a hatályos jogszabályokban meghatározott módon és feltételekkel a következő személyes gondoskodást nyújtó ellátásokhoz biztosítottak a hozzáférések:

#### **A demenciával élők ellátásának szintjei:**

##### **A szociális ellátás területén:**

- családsegítő központok/szolgálatok, gondozási központok,



- házi segítségnyújtás és jelzőrendszeres házi segítségnyújtás *(a házi segítségnyújtás speciális ellátási formája, már korszerű és interaktív készülékek használata - a régi készüléket a beteg nem mindig tudta használni és korlátozottabbak voltak szolgáltatásai),*
- demens betegek nappali ellátása – idősek klubja *(specifikus vonatkozásokkal)*
- étkeztetés – *kiegészítő ellátás, főleg magányos, enyhe súlyos demens betegek számára.*
- idősek átmeneti gondozóháza *(nem számottevő, mivel gondozóház alacsony számban biztosít ellátást demenciával élők számára)*
- ápolást, gondozást nyújtó intézmények - idősek otthona, pszichiátriai betegek otthona *(az idősek otthonaiban kevés a demens részleg, melynek jogszabályi személyi feltételei nem megfelelően kidolgozottak az ellátandó feladat végrehajtásához),*

#### **Az egészségügyi ellátás területén:**

- egészségügyi alapellátás – háziorvosi ellátás, prevenció/szűrések,
- demencia-vizsgálat, demencia centrumok,
- otthon-ápolási szolgálat,
- szakellátó egészségügyi intézmények *(kórházak akut osztályai, kórházak krónikus és rehabilitációs részlegei, pszichiátriai és neurológiai osztályok, általános szakrendelések, specializált gerontopszichiátriai osztályok, geriátriai szakrendelések).*

#### **A demenciával élő betegek ellátásának szintjei - részletesebben:**

##### **A személyes gondoskodást nyújtó ellátások a szociális ellátás területén:**

A **szociális ellátásban** a gondozás megkezdése előtt tájékozódni kell az ellátásra igényt tartó személy problémájának összetevőiről és támogatórendszeréről. Az adatgyűjtésben és rendszerezésben - *a szolgáltatások bekapcsolása előtt*- információval kell rendelkezni a betegről, a beteg együttműködéséről és betegségéről, a támogató családtagok/hozzátartozók anyagi helyzetéről és képességeiről, a beteg további lehetséges segítségét érintő szándékairól, a gondozottat körülvevő anyagi

és fizikai környezetről. Az előzetes információk birtokában a **családsegítő szolgálatok/központok**<sup>20</sup>, valamint a **gondozási szolgálatok/központok** szakemberei –*orvosi felügyelettel*- képesek segítséget képesek adni a további gondozáshoz, a szükséges segédeszközök használatához, a különféle szolgáltatások igénybevételéhez – de felvilágosítást adhatnak az önkéntes kezdeményezések, civil szervezetek, hozzátartozói csoportok és természetesen a szociális szolgáltatók támogató programjairól, szakmai innovációiról is.

A demenciával élő személyt ellátó családok támogatásában is jelentős szerepük lehet (*pl. családtámogató ellátásokhoz való hozzájutás segítése, önszolgáltató csoportok*). Jelzőrendszert működtetnek, így a látókörükbe kerülhetnek demens személyek. Komplex szakmai tevékenységük kiemelt eleme az interprofesszionális.

Ezekben az **alapszolgáltatást nyújtó intézményekben** a demenciával élőket érintő problémák kezelésére és a szükséges szolgáltatásokhoz történő hozzáférés biztosítása érdekében információkkal kell rendelkezni a speciális támogató szolgálat, a demens idősek klubja, a Demencia Centrumok működéséről, a demencia területén képzett esetkezelő-koordinátor tevékenységéről, az otthoni gondozószolgálatról, a kapcsolódó pénzügyi és egyéb szociális ellátásokról (*pl. ápolási díj, adósságkezelés, stb.*) és egészségügyi szolgáltatásokról, a családtagok/hozzátartozók támogatásáról, a részükre nyújtható képzésekről és szaktanácsadásokról, valamint hozzátartozói csoportok működtetéséről.

A demencia kórképet megállapító szakvélemény és a szükséges információk alapján jelölhető ki, hogy betegünk a demencia melyik stádiumában van (*enyhe, középsúlyos, súlyos*) és számára a családban, a családban egészségügyi, vagy szociális szakember segítségével, a nappali ellátás keretében, vagy szakosított ellátás keretében biztosítható a szakszerű, állapotának megfelelő és személyközpontú gondoskodás és ellátás.

### **A házi segítségnyújtás<sup>21</sup> demenciával élők számára**

<sup>20</sup> A családsegítés, mint szociális alapszolgáltatás szabályait a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 64. §-a és a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 30.-34.§-i határozzák meg.

<sup>21</sup> A házi segítségnyújtás, mint szociális alapszolgáltatás szabályait a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 63. §-a és a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 25-27 §-i határozzák meg, az alkalmazandó dokumentumokat és a gondozási tevékenységek körét ugyanezen rendelet 5. számú melléklete tartalmazza.

A **házi segítségnyújtás** saját környezetben nyújtott szolgáltatás az önálló életvitel fenntartásának támogatására. A házi segítségnyújtás, mint **alapszolgáltatási forma** minden település számára kötelező feladat, igénybevételét gondozási szükséglet alapozza meg - 2016. január 1-jétől új szabályok szerint (szociális segítés és személyi gondozás)

A házi segítségnyújtás igénybevételét megelőzően a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet szabályai szerint vizsgálni kell az ellátást kérelmező ápolási-gondozási szükségletét. A házi segítségnyújtást a szakvéleményben meghatározott napi gondozási szükségletnek megfelelő időtartamban, de legfeljebb napi 4 órában kell nyújtani.

A házi segítségnyújtás **igénybevétele javasolt** mindazon idős, betegek és/vagy bentlakásos intézményi elhelyezésre várakozók számára, akik önmaguk ellátásáról átmenetileg vagy tartósan nem tudnak gondoskodni, és róluk nem gondoskodnak. A házi segítségnyújtás feladata, hogy a saját otthonában élő személy számára egészségi állapota és szociális helyzete figyelembevételével annyi segítséget nyújtson, amennyi az önálló életvezetésének megterhelés nélküli folytatásához elegendő és szükséges.

A **cél** az idős, betegek számára a házi segítségnyújtás szolgáltatásai révén személyre szabott támogatást nyújtani egészségi állapota megőrzése érdekében, hozzátartozóik tehermentesítése céljából, valamint bentlakásos intézménybe kerülésének késleltetése érdekében. A szakképzett szociális gondozók és ápolók az idős, beteg embereket saját megszokott környezetükben segítik éjjel -nappal a hét minden napján, akár ünnepnapokon is, amikor a beteg már a nap egyre hosszabb időszakában akár mindennapi tevékenységeiben (*étkezés, öltözködés, WC használat*) is felügyeletet és segítséget igényel, nem hagyható magára.

A gondozás keretében a gondozó segítő kapcsolatot alakít ki, és tart fenn az ellátottal. Az orvosi előírás szerint alapvető gondozási, ápolási feladatokat lát el. Közreműködik a személyi és lakókörnyezeti higiénia megtartásában, a háztartás ellátásában. Segítségnyújt az ellátást igénybevevőnek a környezetével való kapcsolattartásban, veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében, elhárításában. Részt vesz az egyéni és csoportos szabadidős programok szervezésében. Segíti az ellátottat a számára szükséges szociális ellátásokhoz való hozzájutásban. Együttműködik az előgondozást végző személlyel. Szükség esetén segíti a bentlakásos intézménybe való beköltözést. A gondozó munkája során együttműködik az egészségügyi és szociális alap- és szakellátást nyújtó intézményekkel.

### A demenciával élők számára nyújtott házi segítségnyújtás tapasztalatai:

- A házi segítségnyújtás keretein belül max. 4 óra igényelhető - és ez kevés ha már több időt (24 órás felügyeletet) igényel a beteg ellátása.
- A felügyelet nélkül maradó ellátott önmagára és környezetére is fokozott veszélyt jelent!
- Ha az önellátási képesség annyira lecsökken, hogy emelgetni, fürdetni, pelenkázni és etetni kell – a legszeretőbb családban is elfogy az energia.
- A kimerítő gondozás mentálisan és fizikálisan is felőrli a hozzátartozókat.
- Aki otthon ápolja hozzátartozóját hatalmas költséget vesz le az állam válláról.
- Méltánytalanul alacsony az ápolási díj összege.
- A gyógyszer és gyógyászati segédeszközök alacsony támogatása miatt, az ápolási díjon lévő hozzátartozó megélhetése is veszélyeztetett.
- A klubba járó időseket számos program várja, a teljes ápolásra szorulókat senki nem várja a családtagon kívül.

A házi segítségnyújtás, mint szolgáltatási lehetőség a demencia megjelenésének korai szakaszában merülhet fel, addig, amíg nincs szükség négy órát meghaladó, illetve folyamatos gondozás biztosítására. Zavart, agitált, agresszív magatartást vagy paranoid tüneteket mutató idős esetén rendszerint nem vállalják e szolgáltatás biztosítását. Maga a házi segítségnyújtás sincs felkészülve demenciával élő idősök speciális segítésére, hiányoznak a demencia – specifikus ismeretek, és nincs jelen a személy központú gondozás szemlélete és gyakorlata.

### Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás<sup>22</sup>

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás a saját otthonukban élő, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászoruló, a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes időszerű vagy fogyatékos személyek, illetve pszichiátriai betegek részére az önálló életvitel fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek elhárítása céljából nyújtott ellátás. A szolgáltatás, mint **alapszolgáltatási forma** biztosítása állami feladat és a demencia első fázisában nélkülözhetetlen segítséget jelenthet.

---

<sup>22</sup> A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, mint szociális alapszolgáltatás szabályait a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 65. §-a és a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 28-29 §-i, valamint 2.-3. számú melléklete határozzák meg.

Napjainkban a demenciával élők számára a szociális alapszolgáltatás speciális formájaként több szolgáltató ajánlja jelzőrendszeres szolgáltatásait. A területen tevékenykedő szolgáltatók vállalt feladatuk szerint kiemelt védelmet nyújtanak és képesek megfelelő segítséget adni, az emberi élet minőségét, védelmét és biztonságát szolgálják. Szervezetük alapja egy olyan diszpécser szolgálat, amely a nap 24 órájában elérhető, tisztában van ügyfelei kórtörténetével és aktuális betegségeivel, s az egészségügyi szerepvállaláson túl bármilyen egyéb vészhelyzetben kapcsolatot tud teremteni az illetékesekkel. A központban olyan egészségügyi végzettségű és egészségügyi tapasztalattal rendelkező munkatársak várják a bejelentéseket, akik azonnal fel tudják mérni a helyzet súlyosságát, telefonon keresztül kapcsolatban tudnak maradni és segíteni tudnak a rászorulóknak addig, amíg a szaksegítség a helyszínre ér. A szolgáltató által a demenciával élő számára használatra biztosított korszerű jelzőeszköz kétirányú adat- és hangkommunikációra alkalmas mobil segélyhívó készülék, mely az SOS gomb megnyomásával azonnal a diszpécserközpontban jelez és azonnal képes szakszerűen beavatkozni/beavatkozást kezdeményezni. **A korszerű jelzőeszköz** könnyen kezelhető és gyorsan tölthető, SOS pánikgombbal rendelkezik, SIM kártyával működik és így kétirányú, folyamatos kommunikációt biztosít, képes GPS-es helymeghatározásra és lehetővé teszi a geo-kerítés funkció alkalmazását.

### **A demenciával élők nappali ellátása – demens személyek idősek klubja**<sup>23</sup>

Az **alapszolgáltatási forma** a saját otthonukban, családban élők részére nyújt lehetőséget a napközbeni tartózkodásra, étkezésre, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségletek kielégítésére.

A szolgáltatás kiemelt feladata az időskori demencia kórképekkel rendelkező személyek részére a folyamatos gondozói felügyeletet, az állapot felmérésre épülő fejlesztést, szinten tartást biztosítani, a romlást lassítani. Azon ellátottak számára, akik igénylik az étkezést, ebédet is biztosítanak.

Az idősek klubjaiban biztosított szolgáltatások kapcsán is /csak töredékben valósult meg a tiszta profilú demencia-specifikus nappali ellátás, miközben a „vegyes profilú klubok” középsúlyos demencia esetén már nem képesek megfelelő szakmai programot nyújtani/.

---

<sup>23</sup> *A demens személyek nappali ellátására vonatkozó különös szabályokat a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 65/F. §-a és a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 84/A §a és 3. számú melléklete 8.1. pontja határozzák meg.*

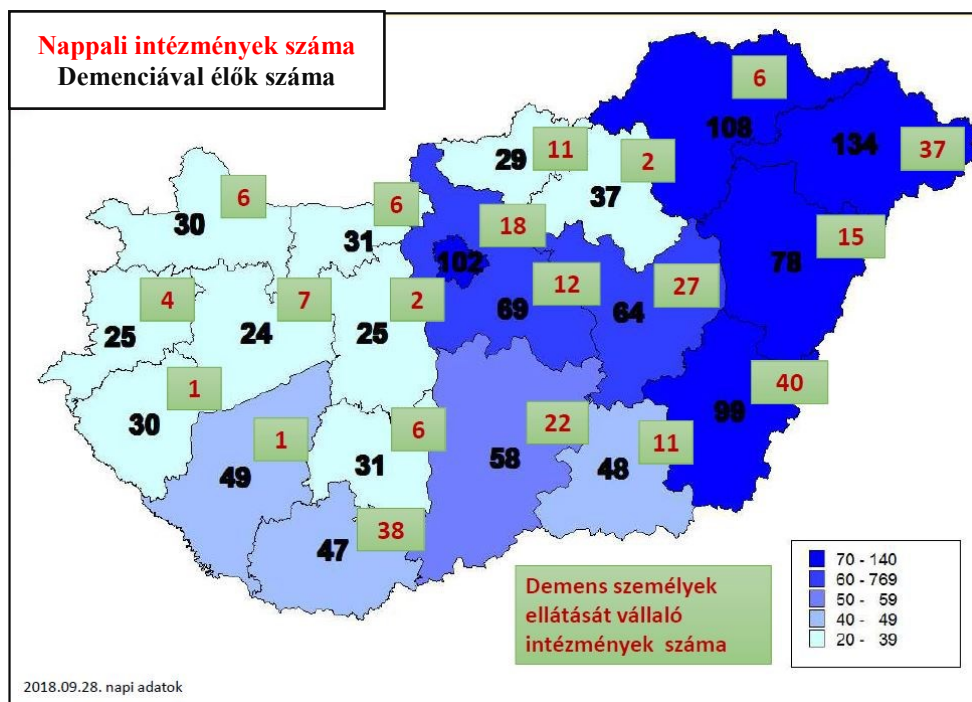
Az alapszolgáltatási forma keretein belül dedikált ellátást nyújt a demenciával élő személyek számára. A demenciával élők nappali ellátása módszereiben, feltételeiben speciális szolgáltatás, képes jelentős mértéken meghosszabbítani az otthoni ellátás időtartamát, valamint lehetőséget biztosít a hozzátartozók számára a munkavégzésre.

A demens személyek idősek klubjában történő nappali ellátását – *ideértve a más nappali ellátás részeként megszervezett formát is* – a nappali ellátásra vonatkozó alábbi eltérésekkel kell alkalmazni:

- napi rendszerességgel egyéni és csoportos foglalkozások,
- folyamatos gondozói felügyelet,
- egyéni állapot-felmérés, a meglévő képességek megőrzése, fejlesztése,
- igény szerint étkezés és diétás étkezés,
- biztonságos tárgyi környezet,
- szakorvosi ellátás.

A szolgáltatás keretében nem csak a demenciával élők felügyeletét és segítségét, hanem a hozzátartozók tehermentesítését is szolgálják, erősítik a családtagok gondozást segítő tevékenységét, valamint előkészítik az állapotromlás esetén szükséges következő gondozási fázist - a későbbiekben általában elkerülhetetlen bentlakásos ellátást.

28. ábra - demens személyek idősek klubja –igénybevételi adatok 2018



*Forrás: Ráczné Németh Teodóra fővez. SzGyF. előadása 2018.10.02.*

A klubban a mentális állapotot, fizikai és szellemi képességeket javító speciális tevékenységek, foglalkozások és játékok dominálnak a mindennapi elfoglaltságok között, amelyek igazodnak a szellemi hanyatlásban szenvedők teljesítőképességéhez, adott napi hangulatához és pillanatnyi állapotához. Alapvető cél, hogy a foglalkozások elősegítsék az ellátottak meglévő képességeinek stabilizálását, a lehetséges mértékig fejlesztését.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma támogatásával a Katolikus Szeretetszolgálat Szakmai Munkacsoportja szakmai ajánlást készített a demenciával élők nappali ellátását biztosító szolgáltatók, intézmények számára. A 2018 májusában megjelent szakmai ajánlás segítséget kíván nyújtani a szolgáltatóknak demenciával élők nappali ellátásával kapcsolatban. A szerzők célja, hogy a demenciával élők speciális szükségleteit középpontba helyezve támogassa a nappali ellátások folyamatait, az ott folyó szakmai tevékenységet. Speciális módszereket, eszközöket mutatnak be annak érdekében, hogy a minőségi szolgáltatás eléréséhez nyújtsanak támogatást az ellátási formát biztosítók számára.



A nappali ellátási formák igénybevételével javítható a demenciával élők funkcióképessége, életminősége, jelentős hatással van szocializációs szintjük megtartására, valamint mérsékelhetők az őket gondozók terhei is. A hozzátartozóik itt szakápolói felügyelet alatt, biztonságban tudhatják családtagjukat. A betegek állapotának megőrzése, a meglévő szellemi képességek megtartása mellett ez az ellátási forma a hozzátartozók tehermentesítését is szolgálja, valamint előkészíti a későbbiekben általában elkerülhetetlen bentlakásos gondoskodást.

A demens személyek idősek klubja, mint ellátási forma tapasztalatai:

- Sok településen nincs, illetve kevés számú demens nappali intézmény működik.
- A szűkös finanszírozás és a minimális bevételi lehetőség a fenntarthatóságot is szűkösen biztosítja. Működtetésükben az önkormányzatok nem motiváltak.
- Az idősek klubjainak személyi és tárgyi feltételei nem megfelelőek a demens beteg állapotának megfelelő és korszerű ellátására.
- Gyakran a közlekedés megoldatlansága miatt, a demens betegek nem tudják igénybe venni a nappali ellátást.
- Az idősek klubjaiban az ellátottaknak legalább 20%-a demens, az egészséges idősek nem tolerálják őket.
- Kóborlásuk, zavartságuk, pakolászásuk, inkontinenciájuk számos konfliktus forrása.
- Jelentős problémát jelent a dolgozók szakmai ismereteinek hiánya is.

A demenciával élők ellátása nagy szakmai felkészültséget és speciális ismereteket igényel, amelyeket a szociális gondozók alapképzésük során nem sajátítanak el. Ezért nélkülözhetetlen tehát speciális tanfolyamok, kiegészítő képzések végzése, melyek megismertetik a dolgozókat a demens betegek sajátos ápolási/gondozási feladataival (talán) még a részleg kialakítása, illetve a demenciával küzdők fogadása előtt.

### Étkeztetés<sup>24</sup>

Az étkeztetés személyes gondoskodást nyújtó **alapszolgáltatási forma**, minden települési önkormányzat számára kötelező az ellátáshoz a hozzáférést biztosítani. Az étkeztetés jogosultsági

---

<sup>24</sup> Az étkeztetés szabályait a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 62. §-a és a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 20-24.§-i és 4. számú melléklete határozzák meg.



viszonyait, a kérelmező szociális rászorultságát a helyi szociális rendeletben kell szabályozni (*jövedelem nem lehet*). Az étkeztetés támogatás a részben önellátó, demenciával élő számára, segítség a gondozást végző hozzátartozó számára és keretében a jogosultak számára legalább napi egyszeri meleg ételt biztosít. Az étkeztetés keretében azoknak a szociálisan rászorultaknak a legalább napi egyszeri meleg étkezéséről kell gondoskodni, akik azt önmaguk, illetve eltartottaik részére tartósan vagy átmeneti jelleggel nem képesek biztosítani.

Azok a demenciával élők akikről családjuk, vagy akik önmaguk koruk és betegségük miatt napi egyszeri meleg étkeztetésükről nem képesek gondoskodni, a szolgáltatást a szociális alapszolgáltatások körében a házi segítségnyújtás keretében, szociális rászorultságuk szerinti térítési díjért igényelhetik/vehetik igénybe.

A házi segítségnyújtás keretében nyújtott gondoskodás a demenciával élők számára hátráltathatja állapotuk rosszabbodását, állapotának megfelelő ápolási-gondozási és mentális támogatást nyújt, más egészségügyi és szociális szakemberekkel történő szakmai konzultációt szervezi, segítséget nyújt a családtagoknak az általuk végezhető napi ápolási teendők elvégzésében, szükség szerint előkészítheti a többi személyes gondoskodási formák igénybe vételi lehetőségét (*demenciával élők nappali ellátása, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, idősek gondozóháza, idősek otthona, stb.*)

### **Átmeneti ellátás – időskorúak gondozóháza**<sup>25</sup>

Teljes körű, de átmeneti bentlakásos elhelyezés és kapcsolódó szolgáltatások biztosítása azok számára, akik időlegesen nem képesek önmaguk ellátására. Az időskorú demens beteget otthonában ellátó család rövid időre történő mentesítése (*akár ápolási díj mellett is*). A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátási forma a 30 ezer fő feletti települési önkormányzatok kötelező feladata. Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény – gondozóház - ideiglenes jelleggel működik, legfeljebb egyévi időtartamra teljes körű ellátást biztosít és különös méltánylást érdemlő esetben az intézmény orvosa szakvéleményének figyelembevételével egy alkalommal, egy évvel meghosszabbítható. Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény - időskorúak gondozóháza szolgáltatásaihoz a hozzáférés nem egyenletesen biztosított, sok települési önkormányzat nem működött, a demenciával élők számára korlátozott számban és tartalommal biztosított gondoskodási forma.

---

<sup>25</sup> Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények, mint személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátás szabályait a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 80.-82. §-i és a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 85.-87.§-i határozzák meg.

Talán ennek a rendezetlen helyzetnek a jogi konzekvenciája a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 138.§ (4) bekezdése, amely szerint: „*Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény – az éjjeli menedékhely és a hajléktalan személyek átmeneti szállása kivételével – 2022. december 31-éig működhet.*”

Az elmúlt évek tendenciái alapján a jelenlegi ellátórendszerben nélkülözhetetlen lenne a tartós bentlakásos és a demens nappali ellátás közé egy, a demenciával élők átmeneti elhelyezését biztosító ellátási forma, amely keretében a szakmai tevékenység egyéni szükségleteiket középpontba helyezve, speciális módszereket és eszközöket alkalmazva támogatja gondozásukat/ápolásukat és szükség szerint meghosszabbítható.

### **Demenciával élők tartós bentlakásos ellátása – idősök otthonában<sup>26</sup>**

A már otthonukban nem gondozható, folyamatos gondoskodást igénylő demenciával élő idősök számára a következő és nélkülözhetetlen ellátási szint az idősök otthona.

Az idősök otthona ápolást, gondozást biztosító intézményi ellátás, önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek teljes körű ellátását biztosító szolgáltatás, ahol mint **szakosított szociális ellátó intézményben** külön gondozási egységben (*speciális feltételek biztosításával és módszerek alkalmazásával*) kell ellátni azt a személyt, akinél **középsúlyos vagy súlyos fokú demenciát** állapítottak meg. A tartós bentlakásos otthoni ellátás a demens betegekkel már a leépülési folyamat előrehaladott stádiumaiban veszi át a gondozási szerepeket.

A bentlakásos intézményi elhelyezés szükségessége két alapvető okkal magyarázható:

1. A demenciával élő beteg egészségi állapota elér egy kritikus szintet, amikor a saját lakókörnyezetében már ön- és közveszélyessé válik (*elkőborlás, baleset, tűz-víz-gáz katasztrófa, lakás-vagyonbiztonság*), ezért nem hagyható felügyelet nélkül!
2. Az őt gondozó családtag, vagy hozzátartozó is eléri azt a kritikus állapotot, amikor már ápolási tudásuk, képességük (*fizikai erőnlét, illetve munka miatti idő korlátozottság*) lelki erejük már nem elegendő a demens beteg ellátásához.

---

<sup>26</sup> Az ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátás szabályait a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 40-71/B. §-ai és a 92/A-119/C. §-i, valamint a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 40-67.§-i és 2.-3. számú melléklete határozzák meg.

A tartós bentlakásos intézetben a demenciával élő, betegeket ellátó speciális részleg egyik előnye, hogy – az előírások szerint- rendszeres a pszichiátriai, belgyógyászati és bőrgyógyászati szakorvosi felügyelet. Másik erőssége pedig, hogy a lakók ellátását elkötelezett, hivatásukat magas szinten művelő kollégák végzik. Közöttük a kommunikáció és kapcsolati rendszer jónak mondható mind a más munkakörben dolgozó szakemberekkel, mind a lakókkal és azok hozzátartozóival. A speciális gondozási egység a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézményben elhelyezett demens betegek ellátásának szervezési alapegysége, melyben egységenként 20-50 fő látható el.

**A demens betegek gondozási programjának alapvető célja, hogy a demenciával élő idős ember szellemi hanyatlása során életminőségét megőrizve, jó közérzettel, boldogan élje életét, érzékelje a jó bánásmódot, képes legyen az adott pillanatok élvezetére, állapotromlását késleltető támogatást kapjon.**

Fontos, hogy a beköltöző gondozottak beilleszkedési folyamatuk során ne szakadjanak el a hozzátartozóiktól, a feltétel nélkül szeretet folytatása és a családtagok bevonása a gondozási tevékenységekbe, a programokon, rendezvényeken való részvételekbe.

**22. táblázat - a szociális ellátottak száma 2000-2018 között**

	2000	2005	2010	2015	2018
<b>szociális étkeztetésben részesülők száma</b>					
Budapest	18411	16075	14552	12276	10103
Ország összesen	9858	106702	146443	170688	183544
<b>idősek nappali ellátásában részesülők száma</b>					
Budapest	6193	6356	6010	6545	6842
Ország összesen	39917	39742	37905	38551	38259
<b>házi segítségnyújtás keretében ellátottak száma</b>					
Budapest	6598	5834	4920	4568	5216
Ország összesen	40292	45130	75054	113020	92422
<b>tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben ellátottak száma</b>					
Budapest	10044	11561	12241	13492	13120
Ország összesen	72183	81425	88228	91198	90142 <sup>27</sup>

*Forrás: KSH. Stat adatszolgáltatás - [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fsi002b.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsi002b.html)*

A tartós bentlakásos intézmények keretein belül egyre nagyobb számban és arányban gondoznak demenciában élőket, ugyanakkor a várakozók körében is hasonló előfordulás

<sup>27</sup> A 2018. évben a tartós bentlakásos intézményekben ellátottak száma 55170 fő volt KSH Stat. 2019.

**tapasztalható.** Az ellátás hatékonyságát korlátozó tényező, hogy a hatályos jogszabályok az idősök otthonában nem szabályozza külön a személyi és tárgyi feltételeket, nem határozza meg a demens betegeket ellátását az alkalmazandó létszámnorma tekintetében. Az intézmény vezetőjén, illetve a fenntartón múlik, hogy a rendelkezésére álló humánerőforrást az intézményen belül hogyan csoportosítja és hogyan biztosítja ezzel az ott élő, fokozott gondozást ápolást igénylők szakszerű ellátását.

Hazánkban a szociális ellátórendszeren belül a demenciával élők számára nyújtott ellátás speciálisnak igen, de korszerűnek még nem nevezhető. Az ellátórendszer elemei nem épülnek egymásra, a gondozási kultúrát a személyközpontú gondozás helyett sok esetben őrző-gondozó szemlélet határozza meg, és nem megfelelőek a tárgyi-, személyi-, illetve a finanszírozási feltételek. A források mindig szűkösek, a dolgozói létszám alacsony és magas a fluktuáció.

Az ellátás finanszírozásának biztonságát és a nyújtott szolgáltatások szakszerűségét erősíti, ha a beteg szempontjából igényelhető szolgáltatások minden esetben a megfelelő és szükséges szinten kerülnek meghatározásra és biztosításra. A demens betegek számára nyújtható szolgáltatások, szolgáltatáselemek, ha hatásaiban és eredményességében egymásra épülő rendszert alkotnak és hozzáférésük biztosítható, optimális szolgáltatásszervezéssel, illetve ellátás-koordináció megvalósításával a demenciával küzdő idős ember életminőségét megőrzését segíti, illetve állapotromlását késlelteti – ezért költséghatékonyabb és szakszerűbb a támogatás.

A demens betegek ellátását érintő költséghatékonyt ösztönzi, ha az optimális szolgáltatásszervezés, illetve ellátás-koordináció által realizált megtakarítások forrásallokációval a szolgáltatási rendszeren belül maradnak és a demensek ellátásában alulfinanszírozott területekre átcsoportosíthatóak.

### **Személyes gondoskodást nyújtó ellátások az egészségügyi ellátás területén:**

A különböző stádiumban levő demencia gondozásához szükséges feltételek megteremtése és biztosítása komoly lelki és gazdasági terheket rónak a betegekre, hozzátartozóikra és a társadalomra egyaránt. A demencia megállapítása kritikusan érinti a beteg alapvető emberi szabadság- és polgári jogainak gyakorlását, ezért szükséges, hogy a kórisme felállítása, rendszeres felülvizsgálata és a beteg követése precíz módszertani előírások és a mindennapi rutinban is betartható algoritmusok szerint történjenek.

### **Demenciával élők háziorvosi ellátása - egészségügyi alapellátás keretében**

A gondoskodás területén kiemelkedő szerepük van a házi orvosoknak és a körzeti nővérnek, valamint a *(tőlük esetleg függetlenül működő)* otthoni szakápolási szolgálat munkatársainak - együttműködésük elengedhetetlen a szociális ellátásban dolgozókkal. Szintén nagyon fontos a szociális szolgálatok különböző szintjein *(alap- és szakellátás)* különböző intézményeiben a dolgozók kooperációja.

Ha a demens beteg, vagy családtagja a tünetek miatt házi orvoshoz fordul, a tünet-együttes diagnosztizálására kerülhet sor, indokolt esetben szakorvoshoz *(neurológushoz)* irányítja. A demens beteg ellátásban a legnagyobb feladat a házi orvosra hárul, a betegség felismerése és ellenőrzése, valamint a gyógyszeres kezelés során egyaránt. Fontos, hogy az akut kórházi felvételek elkerülhetők legyenek, és felvétel esetében a beteg a lehető legrövidebb ideig maradjon kórházban. A végállapotú idős betegeket kivéve az otthoni szakápolási szolgálat nagy segítséget jelent a családoknak. Az otthonukban maradó idősek tovább élnek, mint a kórházban magukra maradtak.

### **Demencia Centrumok**

A demenciáknak az érintett betegek és családjaik, az őket gondozók, illetve a hatóságok általi megértése a **pontos és következetes diagnózison** is múlik. A demencia korai diagnózisával kapcsolatos helyes gyakorlat meghatározása és terjesztése szükséges ahhoz, hogy a rendelkezésre álló beavatkozásokat a legeredményesebben, a leghatékonyabb korai szakaszban lehessen alkalmazni. A mielőbb megvalósuló diagnózis és beavatkozás segítségével lehetséges lesz a betegségek késői szakaszban jelentkező előrehaladásának a késleltetése, ezáltal pedig a kórházba utalás halasztása és a végső *(tartós)* ápolás jelentős költségeinek csökkentése.

A **demencia kórkép vizsgálatára** 2003 óta a demens betegek progresszív szakellátásában egy új, szolgáltatást nyújtó intézménytípus, a „**Demencia Centrumok**”<sup>28</sup> hálózata jött létre. Az országszerte megalakult „Demencia Centrumok” a korábban vegyes pszichiátriai vagy neurológiai betegeket ambuláló szakrendelések ellátási kapacitásaiból váltak ki, a specializált betegek magasabb szakmai szintű ellátásának céljával. A Demencia Centrumok szakorvosai adminisztratív jogosultságot kaptak bizonyos gyógyszer-specialitások térítéstámogatással történő rendelésére és formai előírást a diagnosztikus adatok és az állapotkövetés dokumentálására. A Demencia Centrum szakorvosa javaslatot

---

<sup>28</sup> országos hálózat a demens betegek magasabb szakmai szintű ellátására, ahol az átvizsgálás, a terápia és a gondozás teljes eszköztára egyaránt hozzáférhető. A demencia és az azzal szövődő neurológiai és pszichiátriai tünetek ellenőrzését, a célszerű terápia és a diagnózis folyamatos felülvizsgálatát végzik.

ad a háziorvosnak, akár más speciális vagy általános szakrendelésen, gondozóintézetben találkozik a beteggel, vagy fekvőintézetben kezeli a beteget, illetve konzultáció keretében ad szakvéleményt.

### **Mi történik a demencia centrumban?**

- Heteroanamnézis felvétele, kórtörténeti előzmény dokumentumai áttekintése;
- Betegvizsgálat: exploráció, neurovascularis, neurológiai, pszichiátriai vizsgálat;
- Állapotfelmérő tesztek elvégzése (MMS, órarajz, Hachinski-skála, számsor visszaidézése, szópárpróba + egyéb szükséges vizsgálatok);
- Eszközös átvizsgálás megtervezése, szervezése
- Eredmények szintézise: pszichoszociális teendők, gyógyszerbeállítás (antidementia + antidepresszív, antipszichotikus stb.) javaslata;
- Demencia adatlap kitöltése + összefoglalás a családorvos felé, kontroll ideje megjelölése;
- Állapotkontrollok, gondozás – hozzátartozó pszichés gondjai felismerése, feldolgozása

### **Demenciával élő betegek otthoni szakápolása**

Az otthoni szakápolási tevékenység a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet szabályai szerint a beteg otthonában vagy tartózkodási helyén, háziorvosa rendelésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenység. A célja, hogy a beteg otthoni környezetben, személyre szabottan, humánus és szakszerű ápolásban részesüljön. Házi betegápolás azok számára, akik koruk, illetve idült megbetegedésük miatt nem-, illetve csak segítséggel képesek saját maguk ellátására. Egészségügyi szolgáltatás adekvát módon a beteg otthonában. Ezzel az ellátási formával a kórházi kezelések száma csökkenthető, illetve a bennfekvés időtartama lerövidíthető.

### **Az otthoni szakápolás előnyei:**

- elkerülhető a kórházi zsúfoltság,
- humánusabb az otthonában történő ellátás,
- kevesebb a hospitalizációs ártalom,
- gyorsabb lehet a felépülés,
- megfelelő ellátás kórházi falak nélkül, a megszokott környezetben.

Az otthoni szakápolás abban az esetben vehető igénybe, ha a beteg egészségi állapota – orvosi

végzettséghez nem kötött – komplex kórházi ápolást igényelne, de azt helyettesíteni lehet az otthoni szakápolás körében nyújtható ellátásokból összeállított kezeléssel.

A demenciával élők számának emelkedését nem tudja követni az ápolásban–gondozásban dolgozók száma. A szűkös kapacitások következtében egyéni stratégiák „kezelik” a hiányzó szolgáltatók szolgáltatásait - átfedések vannak az otthoni szakápolás és a házi segítségnyújtás feladatellátása között.

A következő, 23 .számú táblázat összehasonlításként megjeleníti a házi segítségnyújtás keretében ellátható feladatok tartalmát az otthoni szakápolási tevékenységről 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet 1. számú melléklete-, míg a házi segítségnyújtás keretében végzett szociális segítség-, illetve személyi gondozás konkrét feladatait a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet 5. számú mellékletének II. pontja szerint:

23 .számú táblázat - a házi segítségnyújtás és az otthoni szakápolás feladatai



<p style="text-align: center;"><b>Az otthoni szakápolási tevékenységről 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet 1. számú melléklete</b></p> <p>1. Szondán át történő tápláláshoz és folyadékfelvételhez kapcsolódó szakápolási tevékenységek végzése és megtanítása.</p> <p>2. A tracheális kanül tisztítása, betét cseréje, a tevékenység tanítása.</p> <p>3. Állandó katéter cseréjéhez vagy rendszeres katéterezéshez, hólyagöblítéshez kapcsolódó szakápolási feladatok.</p> <p>4. Az intravénás folyadék- és elektrolitpótláshoz parenterális gyógyszer beadáshoz kapcsolódó szakápolási feladatok.</p> <p>5. Baleseti és egyéb műtétek utáni szakápolási feladatok és az önellátás korlátozottsága esetén a testi higiéne biztosítása, valamint a mozgás segítése.</p> <p>6. Műtéti területek (nyitott és zárt sebek) ellátása, sztomaterápia és különböző célt szolgáló drének kezelésének szakápolási feladatai, szakmaspecifikus szájápolási tevékenységek műtét után.</p> <p>7. Dekubitalódott területek, fekélyek szakápolási feladatai.</p> <p>8. Betegség következményeként átmenetileg vagy véglegesen kiesett vagy csökkent funkciók helyreállításához, fejlesztéséhez vagy pótlásához kapcsolódó szakápolási feladatok:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gyógyászati segédeszközök, protézisek használatának tanítása,</li> <li>• mozgás és mozgás eszközei használatának tanítása,</li> <li>• hely- és helyzetváltoztatás segítése.</li> </ul> <p>9. Szükség esetén kiegészítő speciális eljárások alkalmazása:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UH inhalálás, légzésterápia,</li> <li>• szívó alkalmazása,</li> <li>• oxigénterápia.</li> </ul> <p>10. Tartós fájdalomcsillapítás szakápolási feladatai.</p> <p>11. A beteg állapotától függően beszédterápia, a fizioterápia köréből: gyógytorna, elektroterápia biztosítása.</p> <p>12. Haldokló beteg otthonában történő szakápolása az ellátandó feladatok megnevezésével.</p> <p>13. A szakápolás és a szakirányú terápiás szolgáltatás során biztosítani kell:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a beteg pszichés vezetését, étkezési tanácsadást és mindazon tevékenységek megtanítását, amelyet maga a beteg és/vagy családja megtehet a beteg egészsége megtartásáért, helyreállításáért vagy állapota romlásának megakadályozásáért,</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Az 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet 5. számú melléklete</b></p> <p>II. A házi segítségnyújtás tevékenységei és résztevékenységei</p> <p style="text-align: center;"><b>Szociális segítség keretében:</b></p> <p>A lakókörnyezeti higiénia megtartásában való közreműködés körében:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• takarítás a lakás életvitelszerűen használt helyiségeiben (hálószobában, fürdőszobában, konyhában és illemhelyiségben)</li> <li>• mosás</li> <li>• vasalás</li> </ul> <p>A háztartási tevékenységben való közreműködés körében:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bevásárlás (személyes szükséglet mértékében), gyógyszer kiváltása</li> <li>• segítségnyújtás ételkészítésben és az étkezés előkészítésében</li> <li>• mosogatás</li> <li>• ruhajavítás</li> <li>• közkútról, fürtkútról vízfordás</li> <li>• tüzelő behordása kályhához, egyedi fűtés beindítása (kivéve ha ez a tevékenység egyéb szakmai kompetenciát igényel)</li> <li>• télen hóeltakarítás és síkosságmentesítés a lakás bejárata előtt</li> <li>• kísérés</li> </ul> <p>Szociális segítségnyújtás veszélyhelyzet kialakulásának megelőzésében és a kialakult veszélyhelyzet elhárításában</p> <p>Szükség esetén a bentlakásos szociális intézménybe történő beköltözés segítése</p> <p style="text-align: center;"><b>Személyi gondozás keretében:</b></p> <p>Az ellátást igénybe vevővel segítő kapcsolat kialakítása és fenntartása körében:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• információnyújtás, tanácsadás és mentális támogatás</li> <li>• családdal, ismerősökkel való kapcsolattartás segítése</li> <li>• az egészség megőrzésére irányuló aktív szabadidős tevékenységben való közreműködés</li> <li>• ügyintézés az ellátott érdekeinek védelmében</li> </ul> <p>Gondozási és ápolási feladatok körében:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mosdatás</li> <li>• fürdetés</li> <li>• öltöztetés</li> <li>• ágyazás, ágyneműcsere</li> <li>• inkontinens beteg ellátása, testfelület tisztítása, kezelése</li> <li>• haj, arcszőrzet ápolás</li> </ul>
--	---



GOKI  
Gottsegen György Országos  
Kardiológiai Intézet



HÁROM GENERÁCIÓVAL  
AZ EGÉSZSÉGÉRT PROGRAM

- ápolási anamnézis felvételét, az ápolási folyamat dokumentálását és jelentési kötelezettség teljesítését,
- rendszeres kommunikációt a házi-, illetve kezelőorvossal és más, a beteg ellátásában résztvevőkkel.

14. Otthoni parenterális táplálás végzése kizárólag krónikus bélelégtelességben szenvedő betegek esetében, szükség esetén dietetikus bevonásával.

- száj, fog és protézis ápolása
- körömápolás, bőrápolás
- folyadékpótlás, étkeztetés (segédeszköz nélkül)
- mozgatás ágyban
- decubitus megelőzés
- felületi sebkezelés
- sztómazsák cseréje
- gyógyszer adagolása, gyógyszerelés monitorozása
- vérnyomás és vércukor mérése
- hely- és helyzetváltoztatás segítése lakáson belül és kívül
- kényelmi és gyógyászati segédeszközök beszerzésében való közreműködés
- kényelmi és gyógyászati segédeszközök használatának betanítása, karbantartásában való segítségnyújtás
- a háziorvos írásos rendelésén alapuló terápia követése *(a tevékenység elvégzéséhez való kompetencia határáig)*



GOKI  
Gottsegen György Országos  
Kardiológiai Intézet



HÁROM GENERÁCIÓVAL  
AZ EGÉSZSÉGÉRT PROGRAM

**Az otthoni szakápolási tevékenységről 20/1996.  
(VII. 26.) NM rendelet 1. számú melléklete**

1. Szondán át történő tápláláshoz és folyadékfelvételhez kapcsolódó szakápolási tevékenységek végzése és megtanítása.

2. A tracheális kanül tisztítása, betét cseréje, a tevékenység tanítása.

3. Állandó katéter cseréjéhez vagy rendszeres katéterezéshez, hólyagöblítéshez kapcsolódó szakápolási feladatok.

4. Az intravénás folyadék- és elektrolitpótláshoz parenterális gyógyszer beadáshoz kapcsolódó szakápolási feladatok.

5. Baleseti és egyéb műtétek utáni szakápolási feladatok és az önellátás korlátozottsága esetén a testi higiéne biztosítása, valamint a mozgás segítése.

6. Műtéti területek (nyitott és zárt sebek) ellátása, sztomaterápia és különböző célt szolgáló drének kezelésének szakápolási feladatai, szakmaspecifikus szájápolási tevékenységek műtét után.

7. Dekubitalódott területek, fekélyek szakápolási feladatai.

8. Betegség következményeként átmenetileg vagy véglegesen kiesett vagy csökkent funkciók helyreállításához, fejlesztéséhez vagy pótlásához kapcsolódó szakápolási feladatok:

- gyógyászati segédeszközök, protézisek használatának tanítása,
- mozgás és mozgás eszközei használatának tanítása,
- hely- és helyzetváltoztatás segítése.

9. Szükség esetén kiegészítő speciális eljárások alkalmazása:

- UH inhalálás, légzésterápia,
- szívó alkalmazása,
- oxigénterápia.

10. Tartós fájdalomcsillapítás szakápolási feladatai.

11. A beteg állapotától függően beszédterápia, a fizioterápia köréből: gyógytorna, elektroterápia biztosítása.

12. Haldokló beteg otthonában történő szakápolása az ellátandó feladatok megnevezésével.

13. A szakápolás és a szakirányú terápiás szolgáltatás során biztosítani kell:

- a beteg pszichés vezetését, étkezési tanácsadást és mindazon tevékenységek megtanítását, amelyet maga a beteg és/vagy családja megtehet a beteg egészsége megtartásáért, helyreállításáért vagy állapota romlásának megakadályozásáért,
- ápolási anamnézis felvételét, az ápolási folyamat dokumentálását és jelentési kötelezettség teljesítését,
- rendszeres kommunikációt a házi-, illetve kezelőorvossal és más, a beteg ellátásában résztvevőkkel.

14. Otthoni parenterális táplálás végzése kizárólag

**Az 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet  
5. számú melléklete**

II. A házi segítségnyújtás tevékenységei és résztvékenységei

**Szociális segítség keretében:**

A lakókörnyezeti higiénia megtartásában való közreműködés körében:

- takarítás a lakás életvitelszerűen használt helyiségeiben (hálószobában, fürdőszobában, konyhában és illemhelyiségben)
- mosás
- vasalás

A háztartási tevékenységben való közreműködés körében:

- bevásárlás (személyes szükséglet mértékében), gyógyszer kiváltása
- segítségnyújtás ételkészítésben és az étkezés előkészítésében
- mosogatás
- ruhajavítás
- közkútról, fürtekútról vízfordás
- tüzelő behordása kályhához, egyedi fűtés beindítása (kivéve ha ez a tevékenység egyéb szakmai kompetenciát igényel)
- télen hóeltakarítás és síkosságmentesítés a lakás bejárata előtt
- kísérés

Segítségnyújtás veszélyhelyzet kialakulásának megelőzésében és a kialakult veszélyhelyzet elhárításában

Szükség esetén a bentlakásos szociális intézménybe történő beköltözés segítése

**Személyi gondozás keretében:**

Az ellátást igénybe vevővel segítő kapcsolat kialakítása és fenntartása körében:

- információnyújtás, tanácsadás és mentális támogatás
- családdal, ismerősökkel való kapcsolattartás segítése
- az egészség megőrzésére irányuló aktív szabadidős tevékenységben való közreműködés
- ügyintézés az ellátott érdekeinek védelmében

Gondozási és ápolási feladatok körében:

- mosdatás
- fürdetés
- öltöztetés
- ágyazás, ágyneműcsere
- inkontinens beteg ellátása, testfelület tisztítása, kezelése
- haj, arcszőrzet ápolás
- száj, fog és protézis ápolása
- körömápolás, bőrápolás

46 • folyadékpótlás, étkeztetés (segédeszköz nélkül)

- mozgás ágyban
- decubitus megelőzés
- felületi sebkezelés
- sztomazsák cseréje
- gyógyszer- és eszközkezelés
- gyógyszerelés
- gyógyszerelés

## Prevenció

A szerencsés öregedést a számunkra fontos személyek támogatása segítheti elő. Azok a személyek, akik erős kapcsolati hálóval rendelkeznek, kevésbé hajlamosak a korai demenciára. Az *emberi kapcsolatok jót tesznek az agyműködésnek!* A másokkal való pozitív kapcsolatok stimulálják az agyat és segítenek gondolkodásunk frissességének megőrzésében. A kor előrehaladtával se veszítsük el érdeklődésünket a többi ember iránt! Ismerkedjünk, beszélgessünk, csatlakozzunk csoportokhoz! A prevenció területén kiemelt szerepet töltenek be mindazok a szakemberek, akik a szociális igazgatás, az egészségügy és a szociális ellátás különféle területein nyújtott szolgáltatásaikkal segítik az időskorúak mindennapjait, problémáik megoldását, indirekt módon az információs- és tapasztalatcsere révén „kapuőri” feladatokat is elláthatnak – ha erre van fogadókészség.

Az időskori demenciák jelentkezésének elodázásában fontos szerepet tölt be

- az élethosszig tanulás (life long learning) alkalmazása,
- a rendszeresen végzett agytorna,
- az egészséges életmód támogatása
- a stimuláló szociális környezet (helyi kisközösségek) felkarolása által, közvetve az aggkori szellemi hanyatlás elodázását is szolgálja.
- a nyugdíjasok egyetemei,
- a társadalom iskolázottsági szintjének emelése, valamint a
- kardiovaszkuláris kockázati tényezők felismerése és kezelése.

Kedvező, ha a betegség felismerése, a demens betegek ápolása a betegség kezdeti, enyhe és középsúlyos stádiumában a betegek saját életterében, családjá körében történhet. A családtagok és a szociális gondozás eszközeit kell alkalmazni, amíg a beteg saját állapotát fel tudja mérni, veszélyeztető magatartást nem mutat, és az elérhető rokoni, közösségi és orvosi segítséget elfogadja. A betegség progressiójából fakadóan az előrehaladottabban deméntálódott személy hosszabb és hosszabb felügyeletre szorul. A demens beteg ápolása speciális felkészültséget igényel, különösen, ha a demencia tüneteinek más betegség (*delirium, téveszme vagy testi akadályozottság*) is társul. A gondnokság alá nem vont beteg személyes szabadságjogainak korlátozása alapvetően a pszichiáter szakorvos mérlegelési körébe tartozik, az ilyenkor követendő eljárási és dokumentációs szabályokra a belátásra

képtelen betegekkel kapcsolatos rendelkezések vonatkoznak és követendők.

A korai felismerés és a komplex kezelés (*farmako-, pszicho-, szocioterápia*) célja a tünetek enyhítése, a progresszió lassítása és az életminőség javítása. A gyógyszeres terápián túl az ellátás, a gondozás, a betegoktatás és a „*gondozók gondozása*” egyaránt kiemelkedő jelentőségű tényezők, amelyekben az egészségügyben és a szociális ellátás területein dolgozó szakemberek közös, hatékonyabb és hatásosabb erőfeszítése szükséges.

A korai felismerés jelentősége, hogy a szellemi hanyatláshoz hasonló egyéb, gyógyítható, vagy sürgős beavatkozást igénylő betegségek is kiszűrhetőek, a szellemi hanyatlást okozó betegségek egy része gyógyítható és a szenvedés is csökkenthető Alzheimer-kórban.

A korai felismerést akadályozó tényezők:

- Kevés az ismeret a demenciáról
- A betegség, betegek társadalmi elfogadottsága alacsony
- Előítéletek: „*minden idős feledékeny*”
- Stigmatizáció: a diagnózis szégyellni való
- Védekezés - bagatellizálás.

## A szociális és egészségügyi ellátórendszer kapcsolata<sup>29</sup>

A demenciával élők a további betegségek megjelenése miatt gyakrabban kerülnek kórházba, mely az életkilátásukat nehezíti, rontja. Ezért fontos, hogy amíg otthon elláthatók, saját környezetükben maradjanak, amit a háziorvosi, szakorvosi ellátás és a gondozószolgálat nagymértékben segíthet. Az idősödés során csökken a funkcióképesség és az alkalmazkodó képesség, gyakoribbá válnak a betegségek. A többféle betegség egyidejű fennállása, a várható élettartam növekedése és az idős emberek számának növekedése a multimorbiditás halmozott előfordulásához vezet.

Az előbbieken felsorolt tényezők a terápiás rendszerek továbbfejlesztését igényli az ellátás minden területén, a gyógyításban és a gondoskodás területein, de a család segítő tevékenységében is egyaránt, mivel az egyszerre fellépő többfajta betegség kezelése sokszoros kölcsönhatással a fellépő problémákat kezelhetőbbé teszik és csökkenthetőek így az ellátás költségei is.

---

<sup>29</sup> jogszabályi háttér: az 1997.évi CLIV. törvény az egészségügyről, a 2015.évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról, valamint a 214/2012.(VII.30.) Korm.rendelet az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központtól.

A demencia kezelése komplex megközelítést igényel, melyben – az érintett beteg türelmén túl – szerepe van a társadalmi feladatvállalásnak, a család egyre növekvő szerepének és az – együttműködés jeleit még nem kellőképpen megjelenítő egészségügyi és szociális ellátórendszernek.

A szociális és egészségügyi ellátórendszer az idősellátás területén a feladatok szempontjából egyértelműen az ápolás-gondozás, a rehabilitáció és a pszichés, mentálhigiénés gondozásban egyezőséget, átfedést mutat, de a két ellátórendszer problémái is közősek:

1. A különböző mértékű önellátási képességvesztés kezelésére az egészségügyi és a szociális ellátórendszer egymástól független, eltérő logikára épülő ápolást-gondozást nyújtó rendszert alakított ki.
2. Az ápolás-gondozással foglalkozó intézmények kapacitása elégtelen, működésük mozaikszerű, ellentmondásokkal, finanszírozási anomáliákkal terhes (*ugyanazt az ellátást nyújtja, az egészségügy magasabb finanszírozással, mint a szociális rendszer*). A rendszer egyszerre túl,-és alulgondozó.
3. Az ápolással-gondozással foglalkozó szakemberek széttagoltan, többféle forrásból finanszírozva, eltérő szakmai színvonalon és szervezetekben párhuzamosan és összehangolatlanul tevékenykednek.
4. Az ápolás és gondozás területén megjelenő szociális és egészségügyi feladatok összehangolatlanok.
5. Az ápolási-gondozási feladatok nem épülnek egymásra.
6. Egyenlőtlen az ellátásokhoz való hozzáférés (*pl. csak a települések 78 %-ában biztosított a házi segítségnyújtáshoz való hozzáférés/elegendő az ellátás mértéke, megfelelő a színvonala*)
7. Az ápolás minősége elégtelen – banális betegségek (szövődmények) miatt hálnak meg intézményben idős emberek. A 65 év feletti beteg ellátási indikációja 31%-ban a szövődményes ellátás.

### **együttműködési lehetőségek, kötelező együttműködés<sup>30</sup>**

---

<sup>30</sup> Együttműködési kötelezettség a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. alapján:  
59. §(1)Az alapszolgáltatások megszervezésével az állam és a települési önkormányzat segítséget nyújt a szociálisan rászorulóknak részére saját otthonukban és lakóközösségükben önálló életvitelük fenntartásában, valamint egészségi állapotukból, mentális állapotukból vagy más okból származó problémáik megoldásában.  
(2)A szociális szolgáltató, illetve intézmény együttműködik az ellátási területén működő szociális, gyermekjóléti-gyermekevédelmi, egészségügyi, oktatási és munkaügyi szolgáltatókkal, intézményekkel...



Az ellátási (ápolási-gondozási) együttműködésben kiemelkedő szerepük van a családorvosoknak – ezért a szakmai továbbképzések során az ő esetükben szükséges elsőként beépíteni a demenciával kapcsolatos legújabb ismereteket, kutatási eredményeket.

A családorvosnak, a körzeti nővérnek, valamint a (tőlük esetleg függetlenül működő) otthoni szakápolási szolgálat munkatársainak együttműködése elengedhetetlen a szociális alapellátásban dolgozókkal. Szintén nagyon fontos a szociális szolgálatok különböző szintjein (alap- és szakellátás) és különböző intézményeiben a dolgozók kooperációja. A szektorok és munkatársak együttműködésén kívül elengedhetetlen a fenntartók együttműködése is, ami az állami/önkormányzati és egyéb fenntartású intézmények között lehetséges helyi, kistérségi és regionális szinten is.

Fontos a hálózati kapcsolatok feltérképezése – mely az egymásra épülő szolgáltatások igénybevételi lehetőségének biztosítása érdekében elengedhetetlen – alapvetően jelzőrendszer-szinten, hasonlóan a gyermekvédelmi jelzőrendszerhez. A cél egy (probléma)jelzőrendszer kiépítése és működésbe hozása, melynek tagjai a környezetben élők, családtagok, szomszédok, az egészségügyi ellátást biztosítók, családorvos, körzeti nővér, a szociális alapellátás dolgozói, valamint az önkormányzat munkatársai és rendőrök.

Távolabbi cél a gondozásba vétel, illetve a gondozásba vételi folyamat előkészítése (pl. a diagnózis felállítása és közlése, rendelkezési nyilatkozat későbbiekre). Ehhez fel kell térképezni a meglévő hálózatokat és a nagyobb méretű vagy befogadóképességű szolgáltatóhelyeket.

A megismert információk alapján hiteles és szakszerű tájékoztatást lehet és kell nyújtani a demens beteg, valamint családtagjai, hozzátartozója (képviselője) számára.

## **A betegutak-, az esetmenedzsment lehetőségei**

A betegutak és az esetmenedzsment mint támogató lehetőségnek az igénybevétele segítheti az ellátási formák optimálisabb alkalmazását, az ápoló/gondozó és beteg közötti eredményesebb kommunikációt, a teljesebb tájékoztatást és információcserét, valamint a szolgáltatások és a szükségletek hatásosabb és hatékonyabb egymásra találását.

### **betegutak**

A betegút koncepció alapvető célja, hogy a kezelésben részt vevő személyek és a beteg világos és könnyen érthető információk birtokába juthassanak a kezelés teljes folyamatával kapcsolatban



(optimalizálva a kezelést). Egy ilyen alapon szervezett rendszer pontosabb információkkal szolgál a beteg számára is az egyes speciális intézkedésekkel vagy vizsgálatokkal kapcsolatban, az orvosi döntések a beteg számára átláthatóbbá, könnyebben elfogadhatóvá válnak. A beteg a szükséges információkat ideális esetben az első kontaktus alkalmával megkapja (*anamnézis, felvételi vizsgálat során*). A beteg ilyen bevonása a kezelés folyamatába javítja a beteg együttműködését.

A betegút útiter, amely részletesen leírja az ellátás időbeni nyújtását és azt, hogy ki milyen módon járult ehhez hozzá. A betegút komplex folyamat, amelyben számos dolgozó vesz részt – bár saját területükön mindannyian szakértők lehetnek, az egész betegutat nem látják teljesen át.

A betegút egyik legfőbb kihívása, hogy átfogó képet biztosítson a rendszer egészéről, miközben rávilágítson a lényeges részletekre is (*az ellátás minőségének fejlesztése az eredmények minőségének és a betegbiztonságnak a javítása, a betegelégedettség növelése, valamint az erőforrások optimalizálása segítségével*).

A betegút eszköznek is tekinthető a folyamatokban résztvevő dolgozók kommunikációjának javítására. A betegút feltérképezése lehetővé teszi az összes betegellátásban résztvevő fél ismeretének figyelembevételét, amely a továbbfejlesztés első lépése.

A betegutak tartalmi elemei általánosságban

- átláthatóvá teszik az ellátási folyamatokat,
- segítenek abban, hogy a folyamatok még inkább evidencia alapúak legyenek,
- az ellátási folyamatokat a beteg szükségletei köré építik,
- segítenek megtalálni a fennakadásokat a fennálló ellátási folyamatokban,
- elősegítik a megbeszéléseket és a tervezést a multidiszciplináris csoporttal,
- javítják a mindennapos gyakorlatokat, pl. a kórlapokban történő változások integrálását,
- lehetővé teszik az eredményesség tanulmányozását a betegközpontú ellátási programokban.

A betegút-szervezés egy-egy kórház esetében függ a kórházak elsődleges céljától, ami gazdasági és minőségi pólusok között változhat az érdekeltségtől függően.

### **az esetmenedzsment lehetőségei**

Az esetmenedzser tevékenységének jogszabályi rendelkezéseit a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendeletet módosító 4/2019. (II. 27.) EMMI rendelet iktatta be.

Az esetmenedzser feladata - *a szociális diagnózis elkészítése során*- az 1 /2000. (I. 7.) SZCSM rendeletet 30. § (3)-(4) bekezdése alapján az igénylő, valamint családja helyzetének megismerése, szükségletei meglétének vagy hiányának, valamint jogosultságának megállapítása, a megfelelő szolgáltatások és szolgáltatási elemek megállapítása, és az igénylő tájékoztatása a számára szükséges szolgáltatások elérhetőségéről vagy hiányáról, szükség esetén segítségnyújtás a szolgáltatóval történő kapcsolatfelvételen - *a járás területén elérhető szociális szolgáltatások, gyermekjóléti alapellátások, egészségügyi, munkaerőpiaci, karitatív és egyéb szolgáltatások feltérképezett és évenként aktualizált információi alapján.*

A szociális munkában folyó esetmenedzsment elsődleges célja egy olyan magas szintű szolgáltatás nyújtása, amely a lehető leghatékonyabb módon foglalkozik a kliens komplex szükségleteivel, megakadályozva állapotromlását, segítve jól-létét.

### **Az esetmenedzser tevékenységének jellemzői:**

- hosszú távú segítésként jelenik meg,
- hangsúlyosan jelen van egy törekvés a közösségben megtartásra, társadalmi integrációra,
- fontos közös elem a megküzdési stratégiák, életviteli skillek erősítése vonatkozásában,
- nagyban támaszkodik a mobilizálható családi erőforrásokra,
- az esetvitel intenzív és individualizált,
- meghatározó jelentőségű az adekvát ügyfélforgalmi terhelés,
- jelentős az esetvivő nagyfokú autonómiája, övé az esetviteli mérlegelés joga, a döntéshozatali önállóság, és övé a felelősség - egy interprofesszionális háttérteamre támaszkodva;
- magas szakmai követelmények jelennek meg (képzettségi szintben, felkészültségben, az adott klienscsoportra vonatkozó speciális többlettudásban, kompetenciában);
- rendkívül fontos a megfelelő team-háttér és szupervízió lehetőségének biztosítása.

Figyelembe véve a család- és gyermekjóléti központokban tervezett esetmenedzseri létszámot, illetve meglévő létszámhiányt fennáll annak a kockázata, hogy az esetmenedzser a segítő szerep helyett

egy kontrolláló-ügyintéző hatósági szerepbe kényszerül, miközben a segítő tevékenységének mozgásterét, kapacitása is szűkül.

---

**Az ellátás lehetőségeit áttekintve** megállapítható, hogy a formális és széttagolt ellátórendszer felé áramló gondozási igény már a közeljövőben jelentős mértékben emelkedni fog. A családi gondozást és munkaerőpiacot kombináló ellátás, az ápolási díj, nem tölti be funkcióját. Az ápolási díj munkaerőpiaci eleme – a nyugdíjba beszámító szolgálati évek – nem ösztönöznek idősgondozásra, mivel az ápolási díj szociális jellege erőteljesebb, így nem tekinthető olyan megélhetést biztosító keretnek, ami a potenciális gondozót valós munkaerőpiaci státuszának feladására készítetné.

**Az alapszolgáltatások keretében** a gyakorlati tapasztalatok és a hozzátartozók megítélése szerint nem megfelelő óraszámokban kapnak segítséget a családok – *szeretteik szükségleteihez mérten*. Annak ellenére van ez így, hogy a diagnózis felállítása után legalább fél év várakozási idő telik el, míg a beteg bekerül a kiválasztott intézménybe. Az átmeneti gondozásban az ellátáshoz szükséges feltételek hiánya miatt gyakran elutasítják a demenseket, de a házi segítségnyújtó szolgálat se tud számukra megoldást biztosítani erre a várakozási időre. Nappali ellátás keretében a jogszabály megengedi a demens személyek ellátását - *ez nagyon fontos ellátás lehetne a családok tehermentesítésében* -, ugyanakkor a szakemberek szerint ez a jelenlegi formájában nem ér célt, mivel a gyakorlatban a fenntartók integráltan nyújtják a szolgáltatást. Az idősek klubjában az egészséges időseket zavarja a demenciával élők jelenléte, az önkormányzatnak viszont sok esetben nincs pénze arra, hogy külön demens-részleget alakítsanak ki. Ugyanakkor ez szakmai dilemma is egyben, hiszen az integráció mellett is felsorakoztathatóak érvek.

A jelenlegi helyzetben megnövekedett felelősség hárul az állami, humán szolgáltatások ellátórendszerére, az egészségügyi ellátás- és a szociális gondoskodás különféle formáira.

A leírtak alapján a szociális- és egészségügyi ellátórendszer szembesül azzal, hogy ezen különösen sérülékeny klienscsoport segítségéhez szélesebb körű-, illetve speciális szolgáltatások kialakítása szükséges.

**Az előbbieken részletezettek miatt egyre nagyobb a szakmai szerepe és jelentősége a („civil” szervezetek által kidolgozott és kezdeményezett) kiegészítő szolgáltatásoknak:**

- Tájékoztató és felvilágosító tevékenységet támogató-,
- Jó gyakorlatok gyűjtését, bemutatását és népszerűsítését (pl. Alzheimer Café) segítő-,
- Önsegítő csoportok működtetését ösztönző-,
- a jelzőrendszer kiépítését és működtetését elősegítő tevékenység végzésére.

## Mindennapi jó gyakorlatok: mit tehet a háziorvos? – Kázár Ágnes

### A háziorvoslás helye a demencia ellátásban

A programban háziorvosok, praxisközösségek dolgoznak, szakorvosi támogatás mellett az általuk meghatározott és vállalt célok elérése érdekében. A Három generációval az egészségért program jelentőségét adja többek között a célok között szereplő demencia szűrés az 55 év feletti lakosság körében. Sajnos ez ma nem gyakorlat a háziorvosi praxisokban. A társadalomban zajló demográfiai változások és a háziorvoslás egészségügyi hierarchián belüli szerepe miatt ezen mindenképpen változtatni kell!

Fontosnak tartom itt megerősíteni a háziorvoslás fogalmát.

*"A háziorvoslás a medicina helyzet-specifikus, szituatív szakágazata, amely az egészségügyi szervezetrendszer munkamegosztásában az egyén, a család, egy lakosságcsoporthoz elsődleges, személyes és folyamatos ellátásának, gondozásának kérdéseit foglalja magában tekintet nélkül az egyén nemére, fajára, vallási hovatartozására." (Andor Miklós)*

Az alapellátásban az egyik legjelentősebb, és döntést igénylő kérdés a háziorvosi kapuóri funkció szerepe és szintje. A háziorvosi munkának kiemelt jelentősége van a prevenció mindhárom szintjén. Az alapellátás beutalási rendszereken alapuló, kapuóri szerepének célja, hogy a betegeket az ellátás leginkább megfelelő és költséghatékony szintjén kezeljék, a hozzáférés korlátozása nélkül. (1.) A háziorvoslás helye jelentős mind a teljes ellátásban betöltött szerep arányait tekintve, mind a betegút irányítás kulcsszereplőjeként. A háziorvos a betegek első találkozási pontja az egészségügyi rendszerrel. A kapuóri funkció fontos a minőségi és a hatékony betegellátás érdekében. Mindezek alapján üdvözlendő, hogy a „**Három generációval az egészségért program**” célul tűzte ki a demencia szűrését. A demencia igen gyakori tünetegyüttes, melynek oki háttere heterogén és multifaktoriális. A diagnózis igen jelentős terhet ró a betegre, annak közvetlen környezetére és az egész társadalomra. A demencia tünetei alapján a diagnózis igazolása kritikusan érinti a beteg alapvető emberi szabadság- és polgári jogainak gyakorlását, ezért szükséges, hogy a kórisme felállítása, rendszeres felülvizsgálata és a beteg követése precíz módszertani előírások és a mindennapi rutinban is betartható algoritmusok szerint történjék. A betegvezetés, gondozás háziorvosi feladat. A diagnózisalkotás, a korszerű terápia beállítása szakorvosi (pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos), a szociális gondozási feladatok gyakorta bírói-

jogi beavatkozást tesznek szükségessé. A belgyógyászok, sebészek, traumatológusok, szemészek, fogorvosok legalább annyira érintettek a demens betegpopuláció ellátásában, mint a háziorvosok, gerontológusok, pszichiáterek és neurológusok. Szükséges lenne minden diszciplína továbbképzéseinek megjeleníteni a demenciával kapcsolatosan ma rendelkezésre álló tudást.

Rövid esetbemutató a fenti megállapítás alátámasztására:

V.I. 83 éves nőbeteg. Súlyos demencia miatt 24 órában felügyeletet biztosító szociális intézmény lakója lett. 30 éve magas vérnyomás beteg, 25 éve ismert és 15 éve inzulinnal kezelt cukorbeteg. Vasculáris demenciáját 5 évvel korábban közepes súlyos stádiumban diagnosztizálta, Demencia Centrum neurológus szakorvosa. Az intézmény folyosóján megsédült, esés közben repesztett fejsérülést szenvedett. A sérülés jellege miatt traumatológia szakellátási szüksége miatt beutalásra került. Ellátás után visszaérkezett az otthonba, azzal, hogy szédüléssel panaszai miatt ideggyógyászati szakvizsgálata szükséges.

Általánosságban elmondható a mai magyarországi egészségügyi gyakorlatban a demens betegek többsége nem jut el olyan szakrendelésre, ahol kognitív, pszichés és viselkedési tüneteit célzottan keresnék és demenciájának kóroki hátterét megvizsgálnák.

J.A. 78 éves nőbeteg. Elkóborlások, kiszáradás, mellkasi fájdalom miatt összesen 5 alkalommal SBO látta el, 6 hónapon belül. Anamnézisben rögzítésre került, hogy egyedül él. Távoli anamnézisben 15 éve ismert hypertonia, ISZB. Az ellátások után belgyógyászati kivizsgálást javasoltak, fogyás és vérnyomás beállítás miatt. Osztályos felvétel egy alkalommal történt, belgyógyászati status rendezés után a beteg haza került. A háziorvosi megjelenésről nincs adat. Családja (gyermekei külföldön élnek) már korábban kezdeményezte szociális intézményi elhelyezését, ennek okán hozzátartozói behozták a beteg dokumentációit és beszámoltak édesanyjuk „furcsa” új szokásairól. Beteg dokumentáció áttekintése után végzett MMSE 12/30 pontot igazolt. Szakorvosi vizsgálatát Alzheimer típusú demencia, közepes súlyos stádium.

Ez az eset is bizonyítja, hogy az időskori polimorbiditásba ágyazódó demencia korszerű kezelése interdiszciplináris feladat és az egészségügynek fejlődnie kell ezen a téren. A beteget, a gondviselőket, gondozókat, a szociális és egészségügyi szakembereket magába foglaló team szervezése és összehangolása a beteg kezelőorvosának a feladata, aki legkézenfekvőbbben a háziorvos. Gyakorlatom

során számtalan nehézséggel találkoztam, találkozom a mai napig, legyen szó a demencia szűréséről, a korai diagnózisról vagy a súlyos stádiumú beteg ellátásáról, akár az alapellátásban, akár a szakellátásban.

#### **Néhány általános gyakorlati probléma:**

- Az orvos beteg kommunikáció hibái
- A házi orvos kompetenciáit illető ismeret hiánya
- A demencia tüneteinek elbagatellizálása
- A demenciá szűrésével, diagnózisával kapcsolatos ismeretek hiánya
- A demencia palliatív terápiájában való járatlanság

#### **Milyen lehetőségei és kötelezettségei vannak a házi orvosnak?**

A Házi Orvosi Hatásköri Lista a házi orvosok számára, a házi orvostani szakvizsga birtokában önállóan, illetve a házi orvosi szakgyakorlat ideje alatt szakorvos felügyeletével végezhető azon tevékenységi kört határozza meg, melyre a házi orvosi praxis strukturális és működési feltételrendszere lehetőséget ad (alaptevékenységek). A Lista megjelöli azon ellátások körét is, melyek biztosítására az alapellátás környezete ugyan lehetőséget ad, azonban elvégzésük speciális dokumentált szakmai képzettséget, jártasságot, vagy a praxis aktuálisan érvényes minimumfeltételei között nem felsorolt tárgyi feltételeket igényel, illetve díjtétele a praxisok jelenlegi finanszírozásában nincs biztosítva (kiegészítő tevékenységek). A speciális feltételek külön megjelölésre kerülnek. A Lista alapjául szolgál a házi orvosi szakképzés kurikulumának és vizsgakövetelményeinek meghatározásához is. A Lista a praxisok szakfelügyeleti és minőségi értékeléséhez háttéranyagot biztosít. A házi orvos tevékenységi kompetenciáit a Házi Orvostani Szakmai Kollégium és az Országos Alapellátási Intézet határozta meg. A Hatásköri Lista bevezetője, általános fejezetei 5 éves érvényességi idővel jelennek meg közlőnyformában, míg az egyes szakmai fejezetek (II-XXV) az Országos Alapellátási Intézet (OALI) honlapján folyamatosan frissítésre kerülnek, az egyes szakterületekkel, új szakmai irányelvek kapcsán történő, egyeztetések eredményeként. (A [www.oali.hu](http://www.oali.hu) honlapon található elektronikus verzió használata során az egyes témakörökben létező, az aktuális szabályozás alapján érvényesnek minősített szakmai irányelvek elérhetősége is kapcsolódik. Ugyanitt Fórum ad lehetőséget a Hatásköri Lista mindennapi gyakorlatban való használatának megbeszélésére, az esetleges módosítási, fejlesztési igények feltárásához. A házi orvoslás hivatalos szakmai folyóirata a Medicus Universalis, a Hatásköri Lista folyamatos használatát önálló rovattal segíti, jelezve az újdonságokat.)



A háziiorvosi alaptevékenységek, melyeket valamennyi háziorvos az aktuálisan érvényes minimumfeltételek által meghatározott műszerezettség és szakképzettség alapján, a háziiorvosi praxis fejkvóta szerinti finanszírozása keretében, a jogszabályoknak (pl. gyógyszerfelírási lehetőségek) megfelelően végez. E tevékenység gerincét az ún. „általános háziiorvosi gondozás” adja, mely a születéstől a halálig, házi gyermekorvos elérhetősége esetén pedig a felnőttkortól a halálig, a páciens adott praxisban töltött életszakasza során ellátási szükségletként felmerülő, az egészségmegőrzéstől, esetleges krónikus betegségeinek teljes körű vagy részleges gondozásáig terjed.(1.)

Általánosan megfogalmazható, hogy a háziorvos alapfeladata az egyén, a család és az őt választó népesség elsődleges, személyes, folyamatos ellátása.

Ahhoz, hogy a háziorvos a hatáskörének megfelelő széleskörű és definitív ellátást nyújthassa, az alábbi feltételeknek kell teljesülni:

- képzettség, motiváció, attitűd
- anyagi fedezet és tárgyi feltételek
- fenntartott tudás és gyakorlat,
- kommunikációs készség
- hatékony praxis menedzsment.

A demencia kórismézése kapcsán kiemelt jelentőséggel bír a háziorvos attitűdje, szakmai tudása és az orvos-beteg kommunikáció.

A háziorvos prevenció tevékenységei szintenként a demencia vonatkozásaiban:

- Primer prevenció: az idős kort kísérő betegségek lehetőségekhez mérten történő megelőzése, illetve mérséklése a szociális gerontológia törekvéseinek a családban és a társadalomban történő érvényre juttatásával.
- Szekunder prevenció: pszichiátriai rizikóstátusz felmérése, mentális kórállapotok szűrése szakmai irányelv szerint, pszichés és mentális állapotot felmérő tesztek (minimál mentál teszt, óra teszt ): depresszió seu demencia! Krízisállapotok.
- Tercier prevenció, módszere a gondozás és a rehabilitáció. A hatásköri lista a demencia gondozást nem emeli ki, a cerebrovascularis betegség gondozást és a terminális és maradandóan károsodott, stabil állapotú betegek és környezetük támogatását igen.

Utóbbi meghatározás a daganatos betegek hospice ellátásában használatos, de értelmezhető a demens betegek vonatkozásában is.

Az önálló diagnosztikus és terápiás betegellátási körökben meghatározásra kerültek alap-, illetve elvégezhető tevékenységek:

- Alaptevékenység az, melynek társadalombiztosítási finanszírozás keretében történő elvégzése kötelező valamennyi háziiorvosi praxis számára, esetenként a háziorvos döntése alapján konzultáns igénybevételével.
- Elvégezhető tevékenység az, mely a társadalombiztosítási alapszerződések jelenlegi feltételei mellett nem várhatóak el, ezért nem kérhetők számon, de a szakmai szabályok által diktált személyi, tárgyi és ellátási környezeti, esetenként igazolt szakmai jártassági feltételek teljesülése esetén a háziiorvosi praxisokban is elvégezhetőek. Fedezetük kiegészítő finanszírozás által biztosítható. (1.)

A háziiorvosi tevékenységekre vonatkozó hatásköri lista IX. fejezete a Pszichiátria, addiktológia foglalkozik a háziorvosok demenciával kapcsolatban szükséges és elvárható szakmai kompetenciáival. A tájékozódó anamnézis és heteroanamnézis felvétele tapasztalatom szerint kiemelkedő jelentőséggel bír a demencia korai diagnózisa és a demens betegek palliatív gondozása szempontjából. Az informatív anamnézis alapja a „jó” orvos-beteg kapcsolat. Legjobb együttműködésre a demencia kezdeti stádiumában a „kölcsonösség modell” alkalmazása esetén számíthat a háziorvos. Előre haladott stádiumban, a palliatív terápia során gyakorta lehet szükség a „paternalisztikus modell” alkalmazására. A hozzátartozókkal való kommunikációban mindvégig a „kölcsonösség modell” kereteit tartva érheti el a háziorvos a folyamatos segítő együttműködést. Gyakorlati tapasztalatom szerint a közép- vagy már súlyos stádiumban igazolt diagnózis egyik oka a rossz orvos-beteg kommunikációban keresendő. A hibák hatványozódnak a demencia tünetei miatt. A feledékeny ember tanácstalan. Szorong. Sokat beszél, vagy éppen szótlan. Elfelejtí miért jött. Nyugtalan. Elővesz egy cetlit, amire összeírta panaszait, de nem találja a szemüvegét. Írása rendezetlen, esetleg már alig olvasható. Igyekszik palástolni feledékenységét, ezért gyakran az oda nem illőt hosszán magyarázza, vagy éppen nem válaszol a kérdésre. Könnyen megbántódik, könnyes lesz a szeme, vagy éppen indokolatlanul agresszívvá válik.

A betegségben előre haladva gyakran elhanyagolt és ápolatlan. Gyógyszereit vagy gyakrabban, vagy egyáltalán nem íratja fel, majd elmarad a rendelésről. Ez a folyamat éveket vesz igénybe, de kialakulhat

hónapok alatt is. A háziorvosi munka során a páciensek egészségügyi ellátása folyamatos, a prevenció minden szintjén. Stabil orvos-beteg kapcsolat, kölcsönös bizalom, megfelelő kommunikáció esetén idejében felállítható a diagnózis, tájékoztatható a beteg és családja, felkészíthetőek a betegséggel való együttélésre, a szükséges meghozatalára. Van idő felelősségteljesen megszervezni a méltó, emberséges és a mindenkori állapothoz igazodó ellátást.

Az orvos-beteg kapcsolatot rontó **leggyakoribb kommunikációs hibák:**

- A betegek gyors félbeszakítása.
- Az elsőként említett panasz túlértékelése.
- Az orvos és a beteg eltérő véleménye a panasz fontosságáról.
- Jellemző, hogy a betegtől megszerezhető információknak töredék részét ismeri meg a vizsgáló orvos.
- A vizsgálatok meglehetősen uniformizáltan zajlanak, pedig a betegek viselkedése és az általuk felhozott problémák nagyon különbözőek.
- Gyakran figyelmen kívül hagyja, vagy zavarónak tartja a beteg észlelését és érzéseit a vizsgáló orvos.
- Túl korai a megnyugtató, jellemző a bagatellizálás.
- Kevés információ nyújtása a betegnek, melynek következtében alacsony szintű az egészségértés, csökkent az egészségtudatosság, rossz a terápiás adherencia.
- A betegek nem feltétlenül értik meg az orvosi magyarázatokat, gyengült edukációs hatékonyság, rossz beteg compliance.
- Gyakran nem kap a beteg lehetőséget arra, hogy a magyarázattal kapcsolatos kérdéseit, aggályait megfogalmazza, és nem kap egyértelmű utasítást teendőire vonatkozóan.

*IX. fejezet a Pszichiátria, addiktológia (a demenciára vonatkoztatható részek kiemelve)*

## SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Pszichotikus eredetű sürgősségi állapotok: tudatzavarok (delírium), idős betegek zavartsága, epilepsziás rohamhoz kapcsolódó pszichózisok, heveny izgalmi (skizofrén vagy affektív pszichózis) vagy heveny stuporos (depresszió, farmakogén, katatón) állapotok.

## DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK

- Alaptevékenységek:
  1. Pszichés státusz elsődleges megítélése
  2. Veszélyeztető állapot megítélése
  3. Szomatizáció felismerése
- Elvégezhető tevékenységek:
  1. Pszichés és mentális állapotot felmérő tesztek (Mini-Mental teszt = MMSE)

## ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG

- Alaptevékenységek:

Ismert, kivizsgált, beállított terápiával egyensúlyban lévő kórállapotok gondozása:  
Demenciák (kivéve Alzheimer típusú)
- Elvégezhető tevékenységek  
Pszichoterápiás és mentálhigiénés terápia (dokumentált jártasság birtokában)

## BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL

Alzheimer-típusú demencia

## TÁJÉKOZOTTSÁG

1. Pszichofarmakológiai ismeretek
2. Pszichológiai és pszichiátriai teszt módszerek

A X. fejezet Geriátria, az ellátási szinteken jellemzően a súlyos demenciával járó kórállapotok kezelése vonatkozásában fogalmazza meg a háziorvos teendőit.

## SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

1. Tudatvesztéssel járó állapotok
2. Aspiráció lehetősége
3. Elesések ok és okozati szempontjai
4. Súlyos folyadék-, elektrolitvesztés - folyadékpótlás

## DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK

- Alaptevékenységek:
  1. Az életkorból és a polimorbiditásból eredő állapotbeli, tünettani és kórlefolyásbeli jellegzetességek figyelembevétele és vizsgálata
  2. Önellátó képesség felmérése („átfogó geriátriai kivizsgálás”)

## ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG

- Alaptevékenységek:
  1. Szomatikus kórképek időskori megjelenési formái a gyógyszerrendelés és adagolás specialitásai időskorban
  2. Az időskorral járó kórállapotok, állapotok, élethelyzetek felismerése és a háziorvosi praxis feltételei által meghatározott szintig történő ellátása:
    - a. folyadékháztartás zavarai
    - b. agyi és perifériás keringési zavarok
    - c. alvászavarok
    - d. időskori hangulatzavarok, depresszió, szuicidium-veszély
    - e. izoláció, veszélyeztetett élethelyzetek
    - f. otthoni szakápolás elrendelése és követése
    - g. terminális állapotú páciens ellátása gondozása
    - h. szociális alapellátás kezdeményezése és követése
  3. Ismert, kivizsgált, beállított terápiával egyensúlyban lévő kórállapotok gondozása:
    - a. Immobilizációs szindróma
    - b. Inkontinenciák
    - c. Műtét és balesetek utáni állapotok

## BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL

1. Organikus pszichoszindrómák

## TÁJÉKOZOTTSÁG

1. Speciális geriátriai pszichológiai tesztek ismerete és prognózisainak felhasználása
2. Az aktuális egészségügyi és szociális ellátó rendszer és lehetőségei

A hatásköri lista a X. Geriátria fejezetben, az idős kori kórállapotok felismerése és ellátása kapcsán jeleníti meg a demencia szindrómát. Diagnosztikus alaptervékenységként határozza meg a kór tüneteinek felismerését és az önálló képesség felmérését. A kognitív tüneteket a magatartási és pszichológiai tünetek együttese (behavioural and psychological symptoms of demencia, BPSD) és a mindennapi funkciók (activity of daily living, ADL) zavara egészíti ki a demencia szindrómává.

Kognitív tünetek:

- rövidtávú memória zavara
- apraxia
- afázia
- agnózia
- frontális lebeny tünetek

BPSD tünetek:

- pszichés tünetek: hallucinációk, delúziók, anxiétás, affektív tünetek
- pszichomotoros tünetek: agitáció, kóborlás
- viselkedési: agresszivitás, alvászavar

Szeretném kiemelni az önellátás mértékének fontosságát. A demencia klinikai stádiumának meghatározásában és a szociális ellátásban használt ápolási szükségletfelmérés alapja a mindennapi funkciók (activity of daily living, ADL) mértékének ismerete.(8.) Az ADL funkciók a szociális alkalmazkodás és a független életvitel fenntartásához szükséges képességek:

- alapfunkciók: mozgás, tisztálkodás, étkezés
- bonyolultabb, eszközök használatával járó funkciók
- szociális alkalmazkodás.

A különböző eredetű demencia formákban e képességek megléte vagy hiánya határozza meg a demens beteg jövőbeni életkilátásait és ápolási szükségleteit.

Az önálló képesség szintjei:

1. Önállásra képes (fennjáró): egészségügyi megfigyelést igényel
2. Önállásra részben képes: egyes tevékenységekhez segítséget igényel
3. Önállásra nem képes:
  - a. Rendszeres segítséget igényel, de közösségbe vihető (időszakos ellátásra szorul)

- b. Rendszeres segítséget igényel, időszakosan fekvő (folyamatos ellátásra szorul)
- c. Ápolást igényel, ágyban fekvő (24 órás ellátást és folyamatos megfigyelést igényel)

Az önálló betegellátási tevékenység a kórállapotnak megfelelő gyógyszer rendelési és gyógyszer adagolási kompetenciával is felruházza a háziorvost. A demencia kapcsán megjelenő pszichés tünetek kezelése a háziorvos feladata, a pszichotikus tünetek kezelése szakorvosi, illetve kórházi kompetencia körbe tartozik. Szeretném kiemelni, hogy a hallucináció megjelenése időskorban veszélyeztető magatartás hiányában nem indikációja kórházi beutalásnak. A delírium kezelése azonban minden esetben kórházi pszichiátria osztályon kell, hogy történjen. A hatásköri lista tájékozottságot vár el a szociális ellátás lehetőségeiről.

A háziorvosi hatásköri lista előírja a háziorvos számára szűrést és a gondozást. Szükség esetére lehetőséget ad a szakápolás elrendelésére. Egyértelműen kijelöli az ellátási kompetenciákat az egészségügyi ellátás szintjein. Személyes véleményem és tapasztalatom szerint a szociális ellátással kapcsolatos háziorvosi kompetenciák bővítésére lenne szükség, hogy létre jöhessen a medico-szociális ellátási forma. Ebben az ellátási formában a szociális szakemberek mindennapi gondozási tevékenysége során tapasztalt egészségi állapotváltozásra az egészségügy megfelelő ellátási szintjén, az állapotnak megfelelő leghatékonyabb ellátást biztosítaná a rendszer, a legjobb költséghatékonyság mellett.

## **Magyarországi helyzetkép: demencia ellátás a háziorvosi munkában**

A magyarországi demenciával kapcsolatos statisztikai adatok nem tükrözik az ismert európai prevalencia adatokat. Ennek egyik oka lehet a háziorvosok viszonyulása a demencia problémájához. Gyakorló háziorvosként gyakran szembesülök a demens betegek ellátásának nehézségével és hiányosságaival. Jól mutatja a hiányosságokat a az internet keretei között működő zárt facebook csoportokban zajló intenzív kommunikáció. A csoport tagjai demenciával élőket gondozó, többnyire családtagok. Szeretnék kiemelni gyakorta előforduló témákat:

*„Az orvos javasolja a gondnokság alá helyezést elindítását, hol és hogyan kell ezt intézni? Eddig is elláttam és ezután is gondozom édesanyámat, érdemes ezt a hosszú procedúrát végig csinálni?”*



*„A görögdinnye evésnél rájött a köhögés, a szemei fennakadtak, a szája lilult, csúszott le a székről, a két kezével kapálózott. Én ütögettem a hátát, próbáltam a széken ülve tartani, aztán kijött a félrenyelt dinnye falat. Szerintetek eljött az ideje, hogy minden kaját összetörjek és úgy egye meg?”*

*„Sajnos én már nem vagyok érintett mellett. Sok mindenen átmentünk együtt, sok mindent meg kellett tapasztalnom, amire nem készített fel senki.”*

*„Édesapám demens, hogy ez milyen mértékű pontosan nem tudom, mivel az orvosa csak ennyit közölt velem. A zárójelentésen láttam az általatok említett teszteket, ahol 27/30-as eredménye volt. Abban kérném a segítségeteket, hogy javasolnátok-e olyan étrend kiegészítőt, amivel tudnám ezt a szintet tartani?”*

*„Meg tudná valaki írni, hogy indult a vizsgálat az idős szülénél, ha a család látja ezeket a jeleket: felejtés, agresszivitás. Hova fordul először?”*

*„Szeretném megkérdezni a betegségre lehet-e igényelni otthonápolási díjat?”*

*„Véleményetekre lennék kíváncsi, mire számítsak a betegség lefolyásával kapcsolatban?”*

*„Édesanyám 16 hónapja magatehetetlen, bepelenkázva, katéterezve van. Ez idő óta folyamatos hasmenése van, Lopedium és társai semmit nem használnak. Mit adja neki?”*

Számtalan példát lehetne írni, ami az ismeretek és az ellátás hiányosságaira, a hozzátartozók tanácsstalanságára, kétségbe esettségére utal. A példák tükrözik az egészségügyi ellátás demenciához fűződő viszonyát, az ellátási igényekhez való igazodás lomhaságát. A házi orvosok szerepének és lehetőségeinek tisztázására 2014-ben a szegedi egyetem Pszichiátriai Tanszékével együttműködve a pécsi egyetem Családorvostani Intézetében vizsgálat indult „Házi orvosok véleménye a demencia alapellátásról” címmel. A vizsgálatot az alapot a Richter Gedeon Nyrt. 2009-ben kezdeményezett piackutatása a házi orvosok körében jelentette. A demencia kezelésének témakörében, beleértve az Alzheimer-kór kezelésére vonatkozó szokásokat is, azért indult el a vizsgálat, mert a szakorvosoktól az visszajelzés érkezett a Richter gyógyszergyártó felé, hogy a házi orvosok nem küldik szakorvoshoz a gyanús betegeket, így ezek a kórképek nem kerülnek időben felismerésre. A kutatás módszere a mélyinterjú volt.

A kutatás céljai a következők voltak:

- A beteg utak részletes feltérképezése.
- Az Alzheimer-kór diagnosztikai folyamatát akadályozó, lassító tényezők azonosítása.
- A házi orvosok terápiás attitűdjeinek feltárása.

- A háziorvosok Alzheimer-kórra vonatkozó véleményeinek, percepcióinak összehasonlítása.

Eredményei az alábbiak:

- A családorvosok terápiás ismeretei korlátosak.
- 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.

A vizsgálat eredménye alapján szükségessé vált megvizsgálni, 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 szerkesztettek. 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. A válaszadó háziorvosok attitűdje a demenciával élő betegekkel kapcsolatban gyakorlatilag megegyezik a mélyinterjúk felmérésben kapott válaszokkal: sajnálat, tehetetlenség, megrendülés, szomorúság. A vizsgálat a demencia ellátás további kérdéseire is kereste a választ, úgymint:

- a háziorvos diagnosztikus szokásai a demencia vonatkozásában,
- a szakorvoshoz utalási szokások,
- a demenciák és az Alzheimer kór terápiájára vonatkozó ismeretek és gyakorlati szokások,
- a demenciával kapcsolatos továbbképzéseken való megjelenés gyakorlata.

2015-ben az Interprofesszionális Nemzeti Demencia Alapprogram (INDA) keretében „A háziorvosok tudásszintjének felmérése és demencia szűrés tapasztalatai háziorvosi praxisokban” címmel végzett vizsgálat célja a demencia szűréssel kapcsolatos háziorvosi gyakorlatra vonatkozó szokások összegyűjtése volt. A vizsgálat keretében 10 praxisban egységes szűrési eljárásrend szerint történt a

páciensek szűrése. A vizsgálat kiterjedt a háziiorvosi intézkedési és a szakorvosi beutalási rendjének vizsgálatára. A vizsgálat összefoglalója szerint a résztvevő kollégák felismerték a szűrés szükségességét. A vizsgálat világított rá arra, az alacsony beutalási rátával, hogy szükséges tisztázni és egységesíteni a beteg utakat. Vizsgálat tárgyát képezte a háziiorvosok Alzheimer kórral kapcsolatos tudásszintje. Az eredmények tükrében kijelenthető, hogy nem rendelkeznek a háziiorvosok megfelelő szintű ismerettel sem a szűrés, sem a tünetek, sem terápia vonatkozásában. Nem jellemző, hogy a témával foglalkozó továbbképzéseken vesznek részt kollégáim. Sajnos az is elmondható, hogy nem jellemző a továbbképzések témái között a demencia vagy az Alzheimer kór. A háziiorvosok demenciával kapcsolatos szerepe fontos és összetett. (3.) A kapuőri funkciójuk okán sokszor elsőként találkoznak a demenciával érintett betegekkel és családtagjaikkal.(5.)

Szerepüket az ellátás következő területein tartom fontosnak:

- A demencia tüneteinek felismerése, szűrés, a diagnosztikus folyamat elindítása, irányítása. Szűrés a rizikó csoportokban.
- Beteg gondozás, a demens beteg állapotának, ellátási szükségleteinek követése, az ellátás biztosítása a kísérő krónikus betegségek gondozása, sürgősségi állapotok adekvát kezelése a háziiorvosi hatásköri lista alapján.
- Együttműködés a szakorvosi rendszerrel, szükség esetén az otthon bekapcsolása az ellátásba.
- Környezeti és élethelyzeti ismeretei alapján javaslatok az ellátások tervezéséhez, demencia barát biztonságos lakókörnyezet kialakításához.
- A gondozó család, családtag (a „harmadik beteg”) vezetése, kielégítően, tárgyilagosan kommunikálva a betegség lefolyásáról, a súlyossági állapotokról az ápolási és gondozási nehézségekről.
- Az állapotnak megfelelő szociális ellátási szint igénybe vételének kezdeményezése, szükség és igény esetén a megfelelő orvosi dokumentáció (kérelem, egészségügyi állapotról vonatkozó rész és a gondozási szükséglet felmérő skála) háziiorvosra vonatkozó részeinek kitöltése.
- Jogi vonatkozások ismerete (ápolási díj, gondnokság alá helyezés), jártasság az ügyintézésben.
- Elvárható a társadalmi segítő szervezetek ismerete, például az Alzheimer vagy Memória Café Magyarország hálózat.

## **Az időskori polimorbiditásba ágyazódó demencia felismerés és korszerű kezelés interdiszciplinaritása**

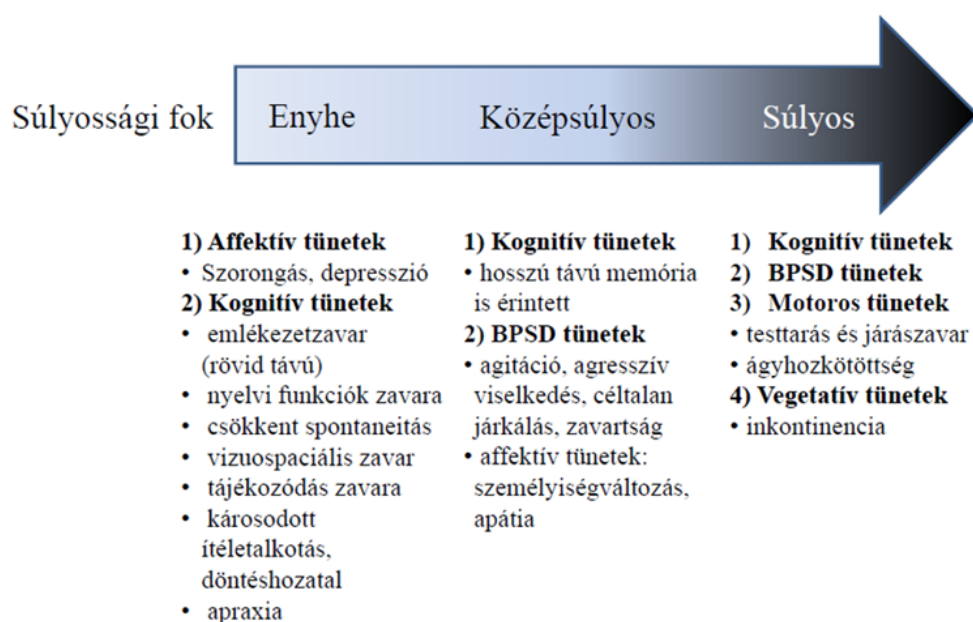
A háziiorvosi munka sajátossága, a praxis ellátottainak folyamatos egészségügyi ellátás biztosítása, optimális esetben évtizedeken keresztül. Az ellátott élettörténetét követve a háziorvos az ellátást a prevenciótól, a rehabilitációig végzi. Ebben a folyamatban kiemelt a korai diagnózis alkotás folyamata. Az életkorban előre haladva jellemzően elkezdődnek a népbetegségeként emlegetett kórformákhoz vezető élettani folyamatok, majd megjelennek az első panaszok és tünetek. Létrejön az orvos-beteg találkozás, a vizsgálat. Összhangban a kapuóri feladattal a háziorvos felállítja a diagnózist, terápiát javasol, megszervezi a szükséges szakellátásban végezhető vizsgálatokat, tájékoztatja a beteget a diagnózisáról. A vizsgálati eredményeket szintetizálja és gondozásba veszi a beteget. A gondozási tevékenység folyamatos, a szekunder, terciér prevenció feladatainak ellátása során számtalan alkalommal találkozik a beteggel. Ezen találkozások megfelelő szakmai tudás és diagnosztikus éberség esetén, jó orvos-beteg kommunikáció mellett kiemelkedően fontosak a betegek életkorának előrehaladása és a demencia korai diagnózisa vonatkozásában. Mai gyakorlatunkban, hazánkban az első jelzések megkésve, jellemzően a demencia középsúlyos stádiumában az idős családtagjaitól, rokonaitól, esetleg tágabb környezetéből, a barátoktól, ismerősöktől, szomszédoktól érkeznek. Általában akkor, amikor a tájékozódási képesség jelentősen megromlott, emiatt a beteg elkóborol és/vagy a memóriazavarok súlyosbodása miatt az életvezetés zavarai mutatkoznak és/vagy üldözési mániá, gyanakvás jelentkezik és/vagy megváltozik az idős személyisége visszahúzó és passzív vagy éppen agresszív lesz.

Bizonyos helyzetekben zavaró, inadekvát lesz a viselkedése. A panasszal a hozzátartozók, észlelők a háziiorvosi rendelőben jelentkeznek, ahol hatásköri lista alapján a háziiorvosi státusz vizsgálat kiterjed a kognitív funkciók vizsgálatára is és a pszichometriai tesztek (MMSE, Óra teszt) a beteg elvégzi, mely alapján megkezdődik a diagnosztikai tevékenység. Hazánkban alapellátási szinten nincs kellő hatékonyság a demencia diagnózisának felvetése kapcsán. Számtalan ok kapcsolható a hiányosságokhoz, elöregedő háziorvosok, betöltetlen praxisok, nagy esetszámú rendelések, aránytalan adminisztrációs kötelezettségek, a kiegészítő szindrómája, a háziorvos demenciával kapcsolatos attitűdje. Ezeket változtatni kell! Fel kell ismerni, hogy a korai diagnózis a beteg számára terápiás, életszervezési és életminőségi, a gondozó számára feldolgozási, felkészülési, együttműködési és ellátás szervezési, az orvos számára hatékony, minőségi szakmai munkát, beteg elégedettséget jelent.

## A beteg és az egészségügyi ellátó rendszer kapcsolódási pontjai, a házi orvos szerepe a demencia ellátásban

A demencia megállapítása kritikusan érinti a beteg alapvető emberi szabadság- és polgári jogainak gyakorlását, ezért szükséges, hogy a kórisme felállítása, rendszeres felülvizsgálata és a beteg követése precíz módszertani előírások és a mindennapi rutinban is betartható algoritmusok szerint történjék. A betegvezetés az alapellátó házi orvos szakember kezében van, ugyanakkor a szakszerű átvizsgálás, a korszerű kezelés és szociális gondozás megköveteli a szakorvosi: pszichiáteri, neurológusi, geriáteri, a mentális deficit a bírói-jogi és gondozói döntéseket.(4.)

A házi orvos tevékenységét alapos szakmai tudással egyénre szabottan, empátiával, együttérzéssel, a beteg környezetére is kiterjesztve, az ellátottat egyenrangú félként tekintve végzi, a házi orvosi hatásköri lista alapján, részben definitív formában, részben a szakmai ajánlások szerint szakorvosi segítséget igénybe véve. Tevékenységét a demens beteg ellátása során a demencia súlyossági szintje határozza meg. A stádium meghatározása a terápiás intervenciók és az ellátás szervezése szempontjából nagy jelentőségű.



29. számú ábra: a demencia tünetei és stádiumai

Forrás: Dr Pákáski Magdolna SZTE, ÁOK Pszichiátria Klinika

### **A demencia súlyossága szerint lehet:**

- **enyhe:** jelentős deficittünetek mellett az önellátás képessége megtartott, a személyi higiéné megfelelő, az ítéletalkotás képessége a szükségletekhez képest megfelelő. Ép a mozgás, az érzékelés: a látás és hallás ép, a szociális készségek megtartottak így képes a beteg kompenzáló mechanizmusokat kialakítani. Ezek segítik őt a mindennapokban. Naptár, jegyzetfüzet, figyelmeztető feliratok ideje ez.

#### Gyakorlati példák az enyhe demenciára otthonról:

*Leteszi a beteg a szemüveget és nem találja, vagy nem emlékszik bezárta-e az ajtót, elfelejt fontos dátumokat, ha megzavarják, elfelejti korábban mit csinált, kimegy a spájzba, de elfelejti miért. Az ismétlések és többszöri ellenőrzések időszaka ez.*

#### Gyakorlati példák a rendelőből:

*Eltéveszti a beteg a rendelési időt, sok cetlivel érkezik, rajta gyógyszerek, panaszok, kissé zavart a helyzetben, keresi a szemüveget, keresi a cetlit, kiderül, hogy valamit otthon hagyott, másnap visszajön, hogy elfelejtette a gyógyszerét felírtni, mert nem találja a recepteket, pedig előző nap mindent megkapott.*

- **középsúlyos:** az önálló életvitel részleges, nehézkes és veszélyes. A beteg életviteléhez rendszeres segítséget igényel, de az állandó felügyelet nélkülözhető. Romlik a látási, hallási és testérzet információk egyesített feldolgozása. A betegnek nehézségei támadnak az öltözködéssel, olykor eltéved, vagy zavarodottá válik, ügyetlennek tűnik, nem jut eszébe, miképpen kell bizonyos tárgyakat használni. Sikertelenség, kudarc, csalódottság, inaktivitás, hangulati zavarok jellemzőek, vagy épp ellenkezőleg a betegség tudat hiánya miatt fokozott aktivitás a segítség elutasítása fordul elő.

#### Gyakorlati példák otthonról:

*A beteg elfelejt enni, inni. Az elromlott porszívó helyett vett újat nem tudja használni, rendszeres telefonáló lesz, mert elfelejti a korábbi hívást és információt, nagy mennyiség halmozódik fel bizonyos élelmiszerekből, a vásárlás önállóan nehezített, korlátozódik a főzés és sütés tudománya, 1-2 féle ételt főz állandóan. Állandóan pakol, keres valamit. Téveszti pénz számértékét.*

### Gyakorlati példák a rendelőből:

*Egy héten többször jön a beteg a rendelőbe, vagy elmarad a rendelésről, mert „van még otthon gyógyszere”, nem megy el a szakorvosi vizsgálatra, hozzátartozóval érkezik vizsgálatra, a hozzátartozó válaszol a kérdésekre, szorongó a vizsgálati helyzetben, nem beszélget, mint korábban, megjelenése lehet elhanyagolt, öltözéke nem igazodik az időjáráshoz. Többször felteszi ugyanazt a kérdést rövid időn belül, a korábban eltett receptet nem találja a táskában, sokat beszél, de nem az egészségügyi problémájáról, beszéde közben elveszíti gondolat menetét, nem találja a helyes szót.*

- **súlyos:** állandó felügyeletet igényel. Inkoherenssé válik a beszéd, vagy megszűnik a beszédképesség, a személyes higiéne elvész. A beteg és a környezetében élők együttműködése romlik. Jelentősek az ellátási nehézségek. Az ítéletalkotás, a gondolkodás és a szociális készségek kiesése nem helyénvaló és társadalmilag elfogadhatatlan magatartást eredményez. A beteg nem tud önállóan étkezni, megszűnik a mozgásfunkció, nem járkal már, ágyban fekvő lesz. Teljes ellátást, 24 órás felügyeletet igényel.

### **Gyakorlatban a beteg teljes ellátást és 24 órás felügyeletet igényel.**

A demencia stádiumaiban más-más a háziorvos és a team tagjainak feladata.

Az ellátó team tagjai:

- háziorvos (team leader)
- háziorvosi asszisztens
- otthoni szakápoló
- szociális szakember – professzionális gondozó
- informális gondozó!

A háziorvos feladata minden esetben felelősséggel jelentkező páciens esetén:

- anamnézis és heteroanamnézis felvétele
- fizikális vizsgálat,
- polimorbiditás esetén az alapbetegségek gondozása, mérhető paramétereinek ellenőrzése, szükségeszerű terápiás módosítások végzése,

- pszichometriai szűrőteszt: MMSE, óra rajzolási teszt végzése,
- terápia módosítás hatásainak ellenőrzése,
- neurológiai vagy pszichiátriai szakvizsgálat kezdeményezése,
- a tünetek és status vizsgálat alapján szükséges kiegészítő vizsgálatok kezdeményezése differenciáldiagnosztikai szándékkal,
- vizsgálati eredmények szintetizálása,
- a beteg állapotára vonatkozó vizsgálati eredményekről és a szükséges teendőkről a beteg tájékoztatása.

A háziorvos teendői enyhe stádiumú demencia szakorvosi diagnózisa esetén:

- a beteg háziorvosi gondozásba vétele
- a beteg tájékoztatása betegségéről, bemutatva a betegség folyamatát és a további egészségügyi ellátás lehetőségeit, fontos a kommunikációban a segítő, pozitív attitűd
- terápiás javaslat
- kapcsolat felvétel a beteg családjával, a hozzátartozók felvilágosítása a betegségről és az ellátás lehetőségeiről, az egészségüghöz kapcsolható ellátásokról, a megfelelő hozzátartozói magatartásról,
- fél évente a mentális állapotra vonatkozó pszichometriai vizsgálat végzése
- társbetegségek gondozása, terápia követés ellenőrzése,
- javaslattal élhet a háziorvos a demencia barát lakókörnyezet kialakítására.

A háziorvos feladatai középsúlyos demenciával elő beteg gondozása esetében, kiegészítve az előzőeket:

- a hozzátartozók képzése informális gondozóvá, felkészítés a várható súlyosbodásra, a sürgősségi ellátást igénylő állapotváltozásokra, az akkori teendőkre
- a gondozási tevékenység folytatása, terápia követés, szükség szerint az inkontinencia termékek bevezetése, a terápia hatékonyságát ellenőrző szükséges vizsgálatok kezdeményezése, az eredmények szintetizálása, szükséges terápiás módosítások megtétele,
- hozzátartozók tájékoztatása a gondnokság alá helyezés szükségességéről, az eljárás folyamatáról,



- a szociális ellátás formáinak bemutatása, igény esetén az ellátás kérelmezéséhez szükséges nyomtatványok kitöltése,
- együttműködés a szociális alapellátás szakembereivel.

Súlyos demencia fennállása esetén szükséges teendők a fentiekén túl:

- állapothoz igazodó egyéni gondozás, szükség szerint az otthoni szakápolás elrendelésével, folyamatos otthoni orvosi vizit lehetőségének biztosításával,
- hozzátartozók támogatása, folyamatos tájékoztatása,
- akut kórállapot kialakulása esetén döntés a kórházba utalásról,
- az állapothoz igazodó gyógyszeres terápia biztosítása,
- állandó kapcsolattartás a szociális ellátás szakembereivel.

## A demencia szűrés házi orvosoknak ajánlott módszere

A „*Három generációval az egészségért program*” keretében a demencia szűrése a is cél. A népegészségügyi program kiemelten kezeli a korai diagnózis felállítását, ami az enyhe kognitív zavar felismerését jelentené. Jelenleg nincs egységes ajánlás arra, hogy milyen tesztekkel, vizsgálatokkal történjen e stádium felismerése. Az enyhe kognitív zavar felismerése helyett a demencia enyhe stádiumának azonosítása lehet a gyakorlati cél, mivel ebben a szakaszban a beteg mindennapi életvitele is károsodott már, amire környezete felfigyelhet, ezt az információt pedig az alapellátás szakemberei számára továbbíthatják. Az enyhe kognitív zavart többnyire szubjektív kognitív zavar előzi meg. Az enyhe kognitív zavar átlag 7 évvel, a szubjektív kognitív zavar 15 évvel is megelőzheti a demencia diagnózisát.(8.)

### Tünetei:

- Szubjektív memóriazavar
- Összetett figyelem nehézségei
- Végrehajtó funkció romlása
- Tanulás és memória meglassult, akadozó
- Késleltetett felidézés
- Epizodikus emlékezet és nyelvi zavarok
- Perceptuális és motoros készségek romlása.

Szűrést ajánlunk a rendelőben jelentkező 50-60 éves paciensek esetében, ha a feledékenységről a vizsgált – szubjektív megítélés – és/vagy hozzátartozója illetve gondozója – objektív észlelés – számolt be és szűrést ajánlunk a magas rizikójú páciensek esetén. Az ismert irodalmi adatok – különösen a magyar szerzők által közöltek megegyeznek abban, hogy az MMSE alkalmas szűrővizsgálatra, de enyhe formában ki kell azokat egyéb tesztekkel is egészíteni. Az MMSE-ben lévő geometriai másolás eredményét érdemes differenciáltabban elbírálni.

Az irodalomban található szűrési módszertanra vonatkozó ajánlások az MMSE mellett egy egyszerű, önbecslő (vagy kívülálló által értékelt) „igen-nem” kérdőív kitöltését is javasolják, mivel azzal a vizsgáló nemcsak a betegségbelátást, hanem a mindennapi életben mutatott teljesítményt, személyiségváltozást is felmérheti.

A mai magyar gyakorlatban kiegészítő tesztként az Óra rajzolási teszt használata javasolt. (6.) A tesztek felvétele különösebb szakképzettséget nem igényel, de szükséges a pontozási útmutató ismerete. Gyakorlott vizsgáló esetén a teszt felvétele 10 percet vesz igénybe. Nyugodt körülmények között, a beteg tájékoztatása után, történjen a vizsgálat.

Ha a beteg szemüveget használ, fontos, hogy tegye fel a szemüvegét. Érthetően, hangosan kell a kérdéseket feltenni, a feladatok elvégzésére a beteget megkérni. Javasolt előjegyzési időben időpontra kérni a beteget, hogy semmi kellemetlen érzés nem zavarja a vizsgálatot.

A korai diagnózis eszközei a háziorvosi rendelőben a kognitív funkciók vizsgálatára validált pszichometriai tesztek közül:

- Mini Mental State Examination (Folstein 1975, Janka 1988)
  - Globális mentális státusz mérése
  - Vizsgált funkciók: orientáció, rövidtávú és felidéző emlékezet, figyelem és számolás, nyelvi és konstrukciós képességek, egzekutív működés, vizuospatiális funkció
  - Rövid, gyors, nem igényel szaktudást
  - Szenzitivitása EKZ (szenz:75%, spec: 68%), demencia (szenz: 96%, spec: 82%)
  - Padló-plafon hatás
- 2. Óra Rajzolási Teszt (Schulman 1986, Kálmán 1995)
  - Speciális eszközt nem igényel, gyors
  - Vizsgált funkciók: Egzekutív funkció, térbeli orientáció, absztrakció, koncentráció, vizuospatiális készség, vizuális memória, tervezés

- Értékelés szempontjai: helykitöltés, számok sorrendje és elhelyezése, mutatók elhelyezése
- 13-féle pontozás
- 7 pont alatt kognitív hanyatlás
- Érzékenysége: Szenz:75%, spec:76%

Javasolható algoritmus a háziiorvosi rendelésen történő célzott szűrésre:

- anamnézis, heteroanamnézis felvétel
- fizikális vizsgálat
- önbecslő „igen-nem” kérdőív
- MMSE és Óra rajzoló teszt
- értékelés
- beteg tájékoztatás

### **Kihívások és megoldások a háziiorvos-beteg-családtagok kommunikációjában**

A pályázat lehetőséget ad a háziiorvosok és asszisztenseik számára a betegséggel kapcsolatos ismereteik bővítésére. Fokozza a diagnosztikus éberséget a panaszok és a beteg kórelőzménye alapján, bekerül a napi rutinba a szűrőteszt végzésének gyakorlata. Várhatóan általánossá válik a szakorvosi vizsgálatra történő beutalás. Mindez a betegséggel kapcsolatos attitűd változáson keresztül felszámolhatja a demencia, mint korral együtt járó feledékenység hamis képzetét és a passzív háziiorvosi hozzáállást. A betegség korai diagnózisa lehetőséget jelent a gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelések mellett a betegek számára, az állapotukkal kapcsolatos ismeretek átadásán keresztül későbbi életmódjuk, önrendelkezésük és életvégi döntéseik meghozatalára. A megszerzett tapasztalatok segítik és gyakorlattá teszik a hozzátartozókkal való kommunikáció javítását. Mivel a szellemileg leépült ember önérzete és életminősége szempontjából fontos a mindennapi otthoni bánásmód, kiemelt figyelemmel kell segíteni a demenciával élők családtagjait és hozzátartozóit. Sheehy a gondozó családok megküzdési stratégiáiban nyolc stációt ír le, a megküzdésben kiemelve a fordulópontok szerepét, ami nem más, mint ahogyan különféle visszaesések, komplikációk, állapotrosszabbodások során változik a gondozott állapota.

A nyolc fordulópont:

1. „sokk”,
2. „mobilizálódás”,
3. „az új kerékvágás megtalálása”,
4. „a bumeráng”, amikor a gondozó Jóistent játszik,
5. „ezt nem tudom csinálni érzés”,
6. „a visszatérés”,
7. „a köztes fázis”,
8. „a hosszú búcsú”. (7.)

A házi orvos gondozásának ki kell terjednie a betegen túl, az őt gondozó elsődleges ápoló családtagra, az informális gondozóra. Feladata a házi orvosnak a gondozó felé a beteg állapotával kapcsolatos tájékoztatás, az állapotváltozásokkal módosuló ápolási igények gyakorlatának átadása, kiegészítés (burn out) esetén a gondozó pszichés támogatása. Ezek mellett, az 1993. évi III. törvény (Szt.) szabályozza a pénzügyi ellátásokat, köztük az otthon tartósan beteg hozzátartozó ápolását végzők pénzügyi ellátását. Erre vonatkozóan a házi orvos számára feladat a beutaló megírása és vizsgálat megszervezése a rehabilitációs hatóságnál.

Amennyiben a hatóság az ellátottat E kategóriába sorolja a gondozót kiemelt ápolási díj illeti meg. Az ellátás sikerében meghatározó a demenciával élővel és az őt gondozóval való kommunikáció.

Gyakorta fordul elő a házi orvosi munkában, hogy a beteg nem együttműködő. A demens betegekkel való foglalkozás egyik legnehezebb problémája mind a család, mind az ellátó rendszer számára a betegség tudat hiánya.

Minél nyilvánvalóbbak a tünetek, annál kevésbé érzi a beteg a sokasodó problémákat. Ez a demencia paradoxona és ez jelenti a legnagyobb kihívást is az ellátásban dolgozóknak nézve és a beteg lakókörnyezetében élőknek is. További problémát jelent a társadalmi szintű alapismeretek és felelősségvállalás hiánya.

Esetbemutató:

*K.P. 82 éves, nőbeteg. 3 emeletes társasházban él, 40 éve. A lakóközösség aktív tagja. Kórelőzményében hipertónia, 23 éve. Gyógyszereit rendszeresen szedi, havi rendszerességgel a rendelőben megjelenik. 2017 közepétől 3 havonta hozzátartozó jön gyógyszert íratni. 2018 szeptemberében telefonon jelentkezik a rendelőben a beteg, hogy fájnak a lábai, gyenge és szédül. A beteg lakásán történő beteg vizsgálat során a korábban rendezett lakásban szétpakolva minden, állott levegő és ideges feszült beteg fogad. Szomatikus panaszok helyett elmondja, hogy borzasztó helyzetben van, nincs pénze, meglopták és*

nagyon örül, hogy jöttem, mert „valakivel végre tudok beszélni, aki hisz nekem és nem mondja, hogy bolond vagyok”. A betegvizsgálat során egyértelműen igazolódott, hogy nem szedi a gyógyszereit, RR 185/100 Hgmm, térben, időben desorientált, vizuális hallucinációról számol be, a lopással kapcsolatban. Vérnyomás rendezés és a beteg megnyugtatója után fia telefonszámát kértem el. Elmagyarázva a betegnek, hogy miért. A korábbi jó orvos-beteg kapcsolatra tekintettel meg is kaptam és a megbeszéltek szerint előtte egyeztettem a fiával időpontot a rendelőben vizsgálatra. MMSE 15/30. Megszerveztük az ellenőrzött gyógyszereszedést, (hallucinációk nem jelentkeztek) és a kivizsgálás menetét. Hozzá tartozó megoldotta a napi kétszeri látogatást, ekkora megbeszéltük, hogy legfontosabb a folyadék bevitelt forszírozni. 10 hét múlva kapott vizsgálati időpontot a neurológiára, 4 hétre a pszichiátriára, így azt a szakrendelést választotta fia. Alzheimer típusú demencia igazolódott, középsúlyos stádiumban. A beteg gondozása otthonában történik. Egyik látogatásom alkalmával becsengettek a beteg barátnői, mert szerettek volna érdeklődni, hogy van a barátnőjük, mi a betegsége és ők hogyan tudnának segíteni. Ekkor ismét kértem a fiát, hogy teremtsen alkalmat személyes találkozóra. Ennek célja az volt, hogy megbeszéljük, mit tegyek, ha újra előfordul ez a helyzet. Egyetértésben úgy döntöttünk, hogy tájékoztatjuk a lakóközösséget és barátnőket. Ő megbeszélte édesanyjával, majd egyeztetett időpontban a beteg és fia jelenlétében tájékoztattam az érdeklődő szomszédokat, barátnőket az előre megbeszéltek szerint a beteg demenciájáról és a segítség lehetséges beavatkozási pontjairól, egyben kértem, hogy állapot változás esetén haladéktalanul jelezzenek a rendelőbe. A beteg azóta otthonában el, van aki bevásárolni kíséri, van aki beszélgetni jár hozzá, közben beadja a gyógyszert és felügyeli,

Az eset tanulságai:

- Az orvos-beteg kapcsolati bizalom az alapja a demenciával élő beteg ellátásának.
- A demenciával élő beteg ellátása időigényes, a ráfordított idő arányában várható az együttműködés és az ellátási hatékonyság fokozódása.
- A beteggel zavart állapotában is, emberi méltóságának megőrzése mellett kell kommunikálni!
- A hozzátartozót partnerként kell kezelni, folyamatosan tájékoztatni és tanítani kell!
- A közösség felelősségvállalása, a régi baráti kapcsolatok, az önkéntes segítség irányított formában a beteg életminőségét szolgálja és segíti a házi orvosi gondozást.

**Javasolt viselkedésformák a demenciával élőkkel foglalkozók számára:**

Mit ne csinálj?	Mit csinálj?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne sűrgesd!</li> <li>• Ne faggasd!</li> <li>• Ne állítsd nehéz feladat elé!</li> <li>• Ne kérdezz olyat, amire nem tudhatja a választ!</li> <li>• Ne hibáztatsd!</li> <li>• Ne tekintsd gyerekeknek!</li> <li>• Ne utasítsd!</li> <li>• Ne kiabálj!</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Egyszerre egy téma, egy feladat!</li> <li>• Engedd szabadon beszélni, arról, amit fontosnak tart!</li> <li>• Arra építs, ami a hosszú távú memóriában megtartott!</li> <li>• Megnyugtató hangulatban, egyszerű kérdésekkel kommunikálj!</li> <li>• Tudj meg a betegségről minél többet!</li> <li>• Tedd biztonságossá a környezetet!</li> <li>• Elfogadó, megértő közeget teremts!</li> <li>• Minden helyzetben add meg a tisztelet!</li> </ul>

24. sz. táblázat: A demenciával élőkkel való kommunikáció alapjai

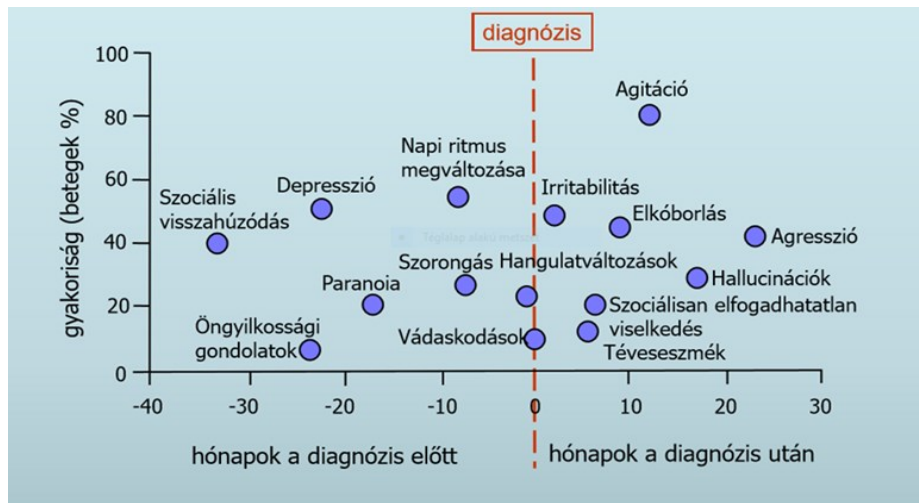
**A demencia nem kognitív tüneteinek általános kezelési elvei a háziiorvosi hatásköri lista szem előtt tartásával**

A különböző eredetű demencia szindrómák tünetcsoportjai közül jelen részben a kognitív és affektív tüneteken túl a viselkedési és pszichés tünetek (behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD) esetén szükséges és elvárható háziiorvosi feladatokat szeretném összegezni.

A BPSD tünetekkel kapcsolatosan nemcsak a diagnosztikus kritériumok szintjén, alkalmazásukkal kapcsolatosan is számos kérdés merül fel. Nem tisztázottak formái és a terápiás beavatkozásokra vonatkozó szakmai ajánlások sem.

A tünetek csoportosítása többféle szempont szerint történhet, jelen fejezetben a gyakorló orvos szemszögéből nézve szeretném bemutatni:

- pszichomotoros: agitáció, kóborlás,
- pszichés: hallucinációk, deluziók, affektívtünetek, anxietas,
- viselkedési: agresszivitás, alvászavarok.



30. sz. ábra BPSD tünetek a diagnózis, a betegség évek és gyakoriság szerint

Forrás: Dr Pákáski Magdolna SZTE, ÁOK Pszichiátria Klinika

A BPSD tünetek időbeli megjelenése, intenzitása heterogén, jelenleg nincsenek ajánlások terápiás intervenciók és farmakoterápiás beavatkozásokra. A BPSD tünetekkel kapcsolatosan a demens betegek a legritkább esetben szoktak panaszkodni, orvoshoz fordulni. A hozzátartozók keresik meg a háziorvost a tünetek révén kialakult ápolási, gondozási problémák miatt. Fontos vizsgálati szempont, hogy ne csak a hozzátartozó által említett tünetre figyeljen a vizsgáló, hanem minden BPSD tünetre.

Kiemelt jelentőségű a heteroanamnézis: a tünetek időbeli jelentkezése, lefolyása, sokszor az időfüggés megértése révén lehet a tünet megjelenésében szerepet játszó szociális, biológiai, pszichológiai tényezőket felderíteni. Jelenleg specifikus BPSD-t mérő skálák Magyarországon a háziorvosi gyakorlatban nem kerültek bevezetésre.(9.)

A háziorvosi gyakorlatban kihívást jelentő leggyakoribb BPSD tünetek:

- Agitált viselkedés: az agitáció olyan nem megfelelő verbális és vokális aktivitás, amely nem zavartsággal, illetve nem szükségletekkel kapcsolatos. Cohen-Mansfield és Billing felosztása szerint négy formáját különböztethetjük meg:
  - verbálisan agitált nem agresszív, pl.: kiabál, sikítózik a beteg
  - fizikálisan nem agresszív, pl.: motoros nyugtalanság, fel-leállítás, kóborlás, gyűjtögetés

- fizikálisan agresszív, auto-, hetero-, indirekt, pl.: önkárosító magatartás, inkooperatív viselkedés, visszautasítja az ételt, italt, gyógyszert
- verbálisan agresszív, pl.: perszeveratív ismételtetések, kérdések.
- Agresszív viselkedés: egy nem véletlen káros hatás egy másik személy vagy objektum irányában. A demenciában előforduló agresszív viselkedés összefüggést mutat az affektív tünetekkel, néha testi sértés vagy életellenes bűncselekmények formájában manifesztálódik.
- Affektív tünetek: a depresszió, szorongás megjelenhet: síróság, bűntudat, reménytelenség.

A BPSD tünetek megjelenésének leggyakoribb okai: szomatikus betegségekhez köthető krónikus fájdalom, inkontinencia problémák, hipoxia, farmakoterápia mellékhatásai, additív, paradox, hatások, interakciók. Környezeti okok lehetnek az elfoglaltság hiánya, az unalom, a mozgástér beszűkülése, kielégítetlen érzelmi és fizikális szükségletek, a gondozók burn outja, látás és hallás csökkenés okozta érzékelési zavarok.(9.)

Terápiás intervenciók:

- non farmakológiai: nyugodt környezetű, békés, az emberi méltóságot megőrző orvos-beteg kommunikáció mellett teremtett vizsgálati helyzet. Együttműködési nehézségek esetén az elterelés, szemkontaktus, a megnyugtató jól használható eszközök. A demens beteg vizsgálatokor ezek mellett legfontosabb az idő. Otthoni vizitek esetén általában 40-60 percet kell szánni a vizsgálatra.

farmakológiai: BPSD tünetek gyógyszeres terápiája során első és második generációs antipszichotikumokat, benzodiazepineket, hangulatstabilizálókat, antidepresszívumokat és a demencia kognitív tüneteire ható acetilkolinészterázgátlókat, NMDAantagonistákat alkalmazhatók. Együttes alkalmazásuk az additív hatás elmaradása miatt nem volt sikeres. A magyarországi rendelkezések alapján az antipszichotikumok közül három molekula, a típusos antipszichotikum haloperidol, a tiaprid és az atípusos antipszichotikumnak minősülő risperidon használható a BPSD tünetek kezelésére.(9.) Ezen gyógyszerek közül a háziorvosi ellátásban normatív támogatás mellett, a haloperidol és a tiaprid rendelhető. A típusos antipszichotikumok alkalmazása során figyelni kell az extrapiramidális mellékhatásokra, melyek rontják az egyensúlyt, a járás képességet, nyálfolyást, nyelés zavart okozva növelik a balesetek számát és a félrenyelés kockázatát. Gyakori mellékhatás az ortosztatisztikus hypotonia, a testsúly gyarapodás, a szénhidrát háztartás zavara. Az antihisztamin hatás szedációt okoz, az



antikolinerg hatás rontja a mentális funkciókat. Alkalmazásuk esetén törekedni kell a legkisebb hatásos dózis használatára. Fokozott figyelmet igényel a háziorvos részéről a társbetegségek és a BPSD tünetek miatt szedett gyógyszerek összehangolása, az állapotváltozásokhoz igazodó dozírozás. Ezen esetekben a terápiás siker része a gondozó és háziorvos közötti kommunikáció. Az állapotról adott tájékoztatás, a terápiás hatás és mellékhatásokra vonatkozó felvilágosítás, a szükséges dózis redukcióra vagy éppen emelésre vonatkozó tájékoztatással számtalan kellemetlen helyzet, például a túl gyógyszerelés, terápiás sikertelenség, balesetek, hozzátartozói elvárásokból adódó csalódások elkerülhetőek. Affektív tüneteket mutató demens betegeken végzett vizsgálatok feltételelesen igazolták az antidepresszívumok placebónál erősebb hatásosságát a depressziós tünetek ellen, egy-két szelektív szerotonin visszavétel gátló hatóanyag vagy reverzibilis monoaminoxidáz gátló kipróbálása indokolt és javasolt lehet, háziorvosi kompetencia körben is. (9.)

## **Állapotváltozások és állapotromlások – megfelelő reakciók**

A demencia súlyossági fokai a kognitív tünetek deficitje és az önálló életvitel képessége alapján sorolódnak be. A stádiumokon belül az ismert krónikus betegségek romlása vagy új betegségek megjelenése okozta tünetek, vagy akut betegségek, például fertőzések, kiszáradás, vese- vagy epe kólika vagy új gyógyszer szedése miatt jelentkező mellékhatás vagy gyógyszerek közötti interakció a demencia tüneteinek súlyosbodását és/vagy új tünetek megjelenését idézi elő. Ezek az állapotváltozások figyelem felhívóak, mindig keresni kell a mögöttes okot. Kiemelt felelősséggel bír a háziorvos, mint a beteggel és a hozzátartozóval elsőként találkozó és a beteget ismerő egészségügyi ellátó. A szociális ellátásban dolgozó gondozók gyakran megelőzve az egészségügyet, hamarabb találkoznak a beteggel, a problémával, ezért kívánatos lenne az egészség és szociális alapellátás rendszer szintű összekapcsolása, új eljárásrendek kidolgozásával. A demencia előre haladásával, a kommunikáció romlásával a panaszokat a beteg már nem tudja elmondani, jellemzően viselkedés zavarral reagál a diszkomfort érzésre. A gondozás során, kiemelt jelentősége van a háziorvos adekvát viselkedésének, az alapos heteroanamnesis felvételének és a körültekintő betegvizsgálatnak. Ezek alapján és a gondozói háttér ismeretében kell dönteni a beteg beutalásáról fekvőbeteg intézménybe, s kell meghatározni a beutalás szakirányát.

A delíriumot, akár demenciához társul, akár más betegséghez, fekvő betegellátó intézményben kell kezelni, az azt előidéző kóroki tényező szerinti profilú osztályon!

A delírium oka lehet kiszáradás, láz, vérnyomás esés, gyógyszer mellékhatás, interakciók, alkohol. Az általános belgyógyászati status rendezés után is fennmaradó delíriumot általában óvatosan adagolt antipszichotikumokkal indokolt kezelni. A háziorvos feladata a helyszíni anamnézis és fizikális vizsgálat után a delírium felismerése, a fekvőbeteg intézményi beutalás mentéssel, a megfelelő profilú osztályra.(10.)

A delírium tünetei:

- Akut állapot – (hirtelen kezdet, időben körülírt)
- Tudatzavar (!)
- Globális kognitív érintettség (memória, figyelem, orientáció, gondolkodás stb.)
- Percepció zavarok (multimodális illúziók és hallucinációk)
- Viselkedési tünetek (agitáció)
- Hullámzó lefolyás

A mentális hanyatlás súlyos stádiumában jelentkező ellátási nehézséget okozó állapotváltozások, úgymint: az inkontinencia, a nyelészavar, az alvászavar, nyomási fekélyek, akut fertőzőes kórképek, akut sürgősségi kórképek kezelése megfelel a háziorvosi hatásköri listában előírt önálló betegellátási tevékenységben meghatározottaknak.

### **Elérhető szociális szolgáltatások, a szociális gondozás előnyei az egészségi állapot tükrében**

A szociális ellátó rendszer elemei tükrözik az ellátás progresszivitást, de kapacitás- és szakember hiánnyal küzd a rendszer. Jelenleg a szociális és egészségügyi ellátás a párhuzamosságok ellenére egymástól függetlenül működik. A gyakorlatban jól működő rendszerekben a területen a háziorvos által észlelt elesettséget, légzési elégtelenséget okozó tüdőgyulladást aktív tüdőgyógyászati osztályon a szakma ajánlásai alapján kezelik. Amikor a tüdőgyulladás radiológiai regressziója megtörtént, légzési elégtelenség nem áll fenn, segítséggel a beteg étkezik, éber, kommunikál, krónikus osztályra helyezése történik. Légzőszervi rehabilitáció keretében lábadozva életkora és társbetegségeihez képest az elérhető legjobb állapot elérését követően otthonába távozik. Az akut és krónikus egészségügyi ellátás hatékonyságát mutatja, hogy a beteg otthonában korábbi életvitelét, korábbi önellátási képesség mellett képes folytatni. Sajnos az ellátási rendszerben ez az ideális helyzet ritkán valósul meg. A probléma legnagyobb vesztesei a demenciával élők. Az egészségügyi ellátásuk aktív ellátás formájában megtörténik, de alapbetegségük miatt a rehabilitációs osztályokon jellemzően ellátásukat nem tudják

biztosítani. Az otthonápolás kapacitási szűkössége és a benne dolgozók demenciával kapcsolatos ismereteinek hiánya ebben az ellátási formában sem biztosít a rehabilitációra lehetőséget. Jelen esetet tovább gondolva a beteg akut ellátás után, korábbi önellátási képességéhez elmaradva, megnövekedett egészségügyi és szociális ellátási, gondozási igénnyel és kifejezetten rossz életkilátási állapotban kerül otthonába. Ez kihívás a gondozó családnak (ha van), az egészségügyi és a szociális alapellátásnak.

Általánosságban elmondható, hogy szervezett együttműködési forma a két ágazat között nincs. Alapellátási szinten jellemző bizonyos feladatok ellátása kapcsán (vények felírása) a személyes kapcsolat, a házi orvos, asszisztense és a gondozó között. Az együttműködés minőségében a házi orvosi attitűd a meghatározó. Belgyógyászati szemlélet, geriátriai beállítódás, személyes kapcsolódás, demencia érzékenység esetén a gondozási tevékenység kifejezettebb, aktív az együttműködés az ágazatok alapellátói között. A rendszer önmaga számára alakította ki a gyakorlatot, az általános szabályok kifejezetten lazák. A szociális alapellátás elemei közül falu- és tanyagondnoki szolgálat, étkeztetés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás és nappali ellátás formában van lehetőség a demenciával élők ellátására. Az ellátás formáját a gondozási szükséglet határozza meg. A szociális és az egészségügyi alapellátásban is jellemző a kapacitás hiány, a rossz területi eloszlás (a kapacitás nem szükséglet szerint oszlik el), a szakember hiány, a szakképzettség hiányosságai.

Az ellátásban várólisták vannak. Informális gondozó hiányában mindez jelentősen megnehezíti a házi orvosi ellátást, a középsúlyos és súlyos demenciával élők esetében az alábbi okok miatt:

- jellemző a betegség tudat hiánya, az orvosi és a szociális segítség elutasítása,
- rendszertelenné válik a gyógyszerszedés,
- gyakoribbá válnak az akut rosszulletek,
- megnő az ügyelei időben történő ellátások száma,
- megnő a háztartási balesetek száma,
- nő a kórházi ápolások száma.

A házi orvosi tevékenység alapja a humanisztikus szemléletű folyamatos egészségügyi ellátás biztosítása, ahol a gondozási feladatok kiemelték, ennek szerves része demens betegek esetén a kieső funkciók, mint az önellátási és önfenntartási tevékenységek pótlása. Ezeket a feladatokat kell gondozó

család hiányában, vagy azzal együttműködve az egészségügyi és a szociális ellátórendszernek megoldania.

A házi orvos szociális ellátást, szükség esetén sem kérhet. Minden szociális ellátási forma kérelmezője az igénybe vevő, vagy gondnoka. A házi orvos az egészségi állapotra vonatkozó részt és gondozási szükségletet felmérő táblázat bizonyos pontjait tölti ki.

Itt szeretném kiemelni az egészségügyi és a szociális alapellátás jó együttműködésének előnyeit, a demens betegek egészségügyi állapotára vonatkozóan:

- ellenőrzött rendszeres gyógyszeresedés, lassul a demencia progressziója, a társbetegségek szövődményeinek kialakulása, hosszabb jó életminőséget biztosítva.
- Az állapot rosszabbodások idejében történő felismerése lehetővé teszi a házi orvos számára terápiás módosításokat, lassítva a progressziót, megakadályozva súlyos kórképek kialakulását, csökkentve a kórházi beutalások számát.
- Akut esetben (lázos betegségek, hypertóniás krízis, stb.) megfelelő terápiás intervencióval elkerülhetők a kórházi ápolások.
- Az ellátás során adott mentálhigiénés támogatás lassíthatja a demencia tüneteinek progresszióját, hangulat zavarok kialakulását.
- Az informális gondozók hatékony elméleti és gyakorlati oktatása, mentális támogatása jelentős ellátási segítséget jelent az ellátó és a beteg oldalon is.
- A demencia barát környezet kialakításával a balesetek száma csökkenthető.
- A megtartott személyi és környezeti higiénia egészségre gyakorolt pozitív hatása mellett az akut rosszabbodások megelőzhetőek.

## Mikor és milyen szintű gondozás szükséges a demencia súlyossági stádiumaiban?

A demencia súlyossági stádiumai és a kísérő betegségek határozzák meg a beteg ellátási igényét, az ellátás szereplőit, a szereplők szakmai képzettségét (egészségügyi, szociális). A fejezet a Magyarországon elérhető szociális ellátási formákat sorolja a beteg klinikai és életviteli képességi állapotához:

- **enyhe demencia:** az önellátási képesség megtartott, memória zavar igazolt.

Eset leírás: Cs.I. 78 éves nőbeteg. Alapbetegsége COPD, hypertonia, ISZB. 2018. 06. hóban MMSE 22/30. Egyedül él. Gyógyszereit lánya írta. Otthonában gyógyszeres dobozba hozzátartozó gyógyszerrel. A gyógyszer bevétele előtt lánya telefonál, hogy most kell bevennie. A szekrényen cetlik, melyik polcon mit talál. Nagybetűvel kiírva hol van a kulcsok helye, a szemüveg helye. Heteroanamnézis alapján együttműködő, tisztálkodással, étkezéssel, öltözködéssel nincs probléma.

Ellátási formák:

- Informális gondozó: szociális segítség és/vagy professzionális gondozó szociális segítség
- Étkeztetés
- Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

- **középsúlyos demencia:** segítséggel önellátásra képes, memória zavar mellett a kognitív funkciók romlása jellemző. Rendszeres segítségre szorul.

Eset leírás: H.B. 83 éves nőbeteg. Évtizedek óta hypertonia és mozgásszervi panaszok miatt gondozott. Egyedül él. Elmaradt a rendelőlől, gyógyszereit nem írta fel, hónapok óta. Zavart viselkedése miatt fia jelentkezett a rendelőben. 2019.01. MMSE 12/30. Sokat fogyott, ápolatlan, mogorva, a lakásban is rendetlenség. Papírok minden felé, fiókok kihúzgálva. feszült, ideges, fiát gyanúsítja, hogy elvette a nyugdiját. Hozzátartozó segítségével kivizsgálása megtörtént: Alzheimer típusú demencia, középsúlyos stádium. Szociális ellátással szemben elutasító, kérelmet nem írt alá. Barátnője vállalta a gondozását. Háziorkosként feladatom segíteni a barátnő informális gondozóvá válását. Jelenleg sikeres az együttműködés.

Ellátási formák:

- Informális gondozó szociális segítség napi rendszerességgel és legalább hetente 3x, később naponta személyes gondozás
- Professzionális gondozó házi segítségnyújtásban szociális segítség és személyes gondozás, heti 3x vagy naponta.
- Étkeztetés
- Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás
- Nappali demens ellátás

- **súlyos demencia:** a beteg önellátásra nem képes, napi 24 órában felügyeletet és ellátást igényel.

Eset leírás:

M.J. 94 éves. Távoli előzményben hypertonia. MMSE teszt nem vehető fel jelenleg, utolsó 2017.02.MMSE 6/30. Jelenleg önállóan járóképtelen, ülése instabil, kommunikációja ritkán egy szavas válaszokban merül ki. Inkontinens. Korábbi trauma miatt jobb karja flexiós kontraktúrában. Szilárd ételeket nyelés zavar miatt nem tud fogyasztani. A mosoly, az ijedtség és a düh arcán megjelenik, hozzátartozóit nem azonosítja.

Ellátási formák:

- Informális gondozó családtag 24 órában
- Gondozó családtag 24 órában, kiegészülve házi segítségnyújtás professzionális segítőjével és otthoni szakápolási szolgálattal
- Szakosított ellátásban 24 órás professzionális gondozás.

## Gyógyszerelés és gyógyszerészi gondozás, mint új lehetőség

A gyógyszeres terápia célja a demencia tüneteinek enyhítése, a deméntálódás folyamatának lassítása. A demencia kezelésével kapcsolatos nihilizmus nem elfogadható. A reverzibilis, ill. megállítható demenciák kezelése alapvető cél, melynek alapja a szakorvosi vizsgálat. Szakszerű ápolással, hatékony szociális munkával, és palliatív orvosi beavatkozásokkal mindenfajta demencia célszerűen kezelhető. Ezért a demens beteget akkor is kezelni szükséges, ha az alkalmazott kezelési módszerek a betegség kimenetelét nem fordítják meg. Magyarországon a gyógyszerészi gondozás, a demencia barát gyógyszerterek nehezen induló folyamatok.

A jelenlegi keretek között a demenciával érintettek, a betegek vagy hozzátartozóik gyógyszerészhez fordulása, mint gyakorlat nem gyakorlata nem honosodott meg. Segítséget jellemzően egyszerűbb, akut esetekben kérnek a betegek. Az újságokban és televízióban reklámozott Ginko Biloba tartalmú szerek forgalma egy jó kampány után fokozódik, de nem marad tartós.

Jellemzően nem a gyógyszerként törzskönyvezett hatóanyag tartalommal bíróké, hanem az olcsóbb érend kiegészítők forgalma magasabb. A készítmények rendszeres szedése nem jellemző, a gyógyszerészi felvilágosítás ellenére. Ennek oka az általános ismeretek hiánya, bagatellizálás és a korral együtt járó változásként vélelmezés lehet.

## **Összefoglalás**

A demenciával kapcsolatos tudás felelevenítésére és bővítésére a házi orvosok, a házi orvosi team és a pályázati projektben részt vevő minden szakember számára lehetőség és kötelesség, melyet a praxis betegei javára fordíthat. A szakmailag megalapozott tájékoztatás, a beteg és családjának felkészítése a betegséggel való együttélésre, ugyanúgy része a gyógyításnak, mint a gyakorlati gyógyító munka.

A házi orvosok demenciával kapcsolatos szerepe összetett.

Kapuőr funkciójuk során elsőként találkoznak a demenciával érintett betegekkel és családtagjaikkal, szerepük kiemelkedő a korai észlelés, a kivizsgálás terén. Ellátási tevékenységükben meghatározó a beteg és a család gondozás.

Szakmai ismeretük, azoknak gyakorlatban történő alkalmazása meghatározó a demens beteg életminősége, életkilátása megtartásában. Kiemelt szerepük van a segítő családtag gondozási kompetenciájának növelésében, mentális gondozásában.

A házi orvosi tevékenység hatékonyságának fokozására területi tapasztalataim alapján az alábbi javaslatokat teszem:

1. Az orvos – beteg - hozzátartozó kommunikációs tengelyt javítani, fejleszteni kell.
2. A házi orvosok demenciával kapcsolatos ismereteit bővíteni szükséges.
3. A demenciával kapcsolatos attitűd váltást el kell érni a házi orvosok körében.
4. Alkalmazni kell a házi orvosi hatásköri listában előírt, önálló betegellátási tevékenységet.
5. Jártasságot kell szerezni a listában elvégezhető kategóriába sorolt szűrő tesztek elvégzésében.

6. A gondozásban ismeret fejlesztésre van szükség a non-farmakológiai és a farmakológiai terápiák vonatkozásában.
7. A szociális alapellátással együttműködésre kell törekedni a házi segítségnyújtásban.
8. Ismeret bővítésre van szükség a gondozó családoknak nyújtható segítség vonatkozásaiban, mint az ápolási díj, gondnokság alá helyezés.



## Irodalom:

1. A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja A Háziorvosi Hatásköri Listáról (1. módosított változat) Készítette: a Háziorvostani Szakmai Kollégium és az Országos Alapellátási Intézet 2013.12.31.
2. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokoll A demencia kórismézése, kezelése és gondozása Készítette: A Pszichiátriai Szakmai Kollégium
3. A családorvoslás európai kompetencia elemeinek összevetése a hazai Háziorvos Hatásköri Listával Prof. Dr. Varga Albert, Prof. Dr. Hajnal Ferenc, Dr. Nagyvári Péter, Dr. Ágoston Gergely SZTE ÁOK Családorvosi Intézet
4. Az alapellátás jellemzői Európában Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály Budapest, 2014. szeptember
5. A háziorvosok szerepe és lehetőségei az időskori demenciák ellátásában dr. Heim Szilvia, oktató családorvos PTE ÁOK, Családorvostani Intézet, Kutatásvezető: Vajda Norbert, Készült az Interprofesszionális Demencia Alaprogram keretében TÁMOP 5.4.12-14/1-2015-0007 (3-4.)
6. Dr. Leel-Óssy L, Józsa I, Szűcs I, Kindler M. Szűrővizsgálatok a demencia korai felderítésére MedUniv.2005.157-159
7. Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai – Szabó Lajos, Akadémiai Kiadó, 2011.
8. Kovács Tibor (2016): Demencia a mindennapi gyakorlatban – Összefoglaló közlemény. Korszerű Kaleidoszkóp (2), 2, 3–8.
9. Demenciákhoz társuló viselkedési és pszichés zavarok felismerése és kezelése antipszichotikumokkal: A CATIE-AD vizsgálat tanulságai Kálmán János, Kálmán Sára, Pákáski Magdolna Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátriai Klinika, Alzheimer-kór Kutatócsoport, Szeged Neuropsychopharmacologia Hungarica 2008, X/4. 233-245
10. Organikus és geriátriai, pszichiátriai kórképek Hidasi Zoltán

## Interprofesszionális –Egervári Ágnes

### Hatékony együttműködés az egészségügyi és szociális szolgáltatások között

A modern társadalmak jelentős közegészségügyi és szociális kihívás előtt állnak, amely megköveteli a hatékony együttműködést az egészségügyi és szociális szolgáltatások között, ideértve az alapellátást és a szakellátást, a közösségi és otthoni szolgáltatásokat, az intézményi ellátást, illetve az egyes intézmények esetében a szakmaközi, vagyis az interprofesszionális együttműködést.

A hazai alapellátás területén új lehetőségeket kínál erre az egészségügyi alapellátásról szóló jogszabály 2015-ös módosítása, hiszen az már tartalmazza a praxisközösségek és a csoportpraxis kialakításának lehetőségét, illetve külön rendelkezik az otthoni szakápolásról és az otthoni hospice ellátásról, elsősorban az intézményi ellátás tehermentesítése céljából. A jogszabály nem tartalmaz külön rendelkezést a demens betegekre vonatkozóan, ugyanakkor megteremti azokat a keretfeltételeket, amelyek a közösségi ellátást fejleszthetik, illetve tehermentesíthetik a gondozó családokat is.

### Az interprofesszionális előzményei

Ha visszatekintünk az egyes szakmák kialakulásának, például az egyes orvosi szakterületek szétválásának, a specializációnak a folyamatára, ennek felgyorsulását tapasztalhattuk a 19-20. században. A belgyógyászat és a sebészet mellett életkorok szerint is elváltak egymástól a szakmák, önálló diszciplína lett a gyermekgyógyászat, napjainkra pedig az idősekkel foglalkozó geriátria.

A szakmák alulról jövő, szerves fejlődésén túl (több humán szakma képviselőiben érlelődött az együtt működés igénye) idővel a politikusok is meglátták e tevékenység társadalmi-gazdasági hasznosságát, és kezdtek nyomást gyakorolni a szakmai hierarchia csúcsán lévő szakemberekre (jogászokra, orvosokra stb.), s buzdították az IP tevékenység folytatására (Leathard 1994).

Túl kell lépni a szakmai-ágazati határokon., biztos szakmai tudáson (bizonyítékokon) alapuló (evidence-based) gyakorlatra van szükség. Mindehhez a szociális és egészségügyi szakembereknek alapvetően kell változtatni attitűdjeiken, szerepeiken és tevékenységük módján.

A szakmaköziség szemléletének előzményei már az 1960-as évektől megjelentek a különböző szakmák együtt működésében, leginkább az egészségügyi és a szociális ellátásokban.

„Szükségessé válik együttesen összehozni az elkülönült, de egymással kapcsolatban lévő készségeket, amelyek megerősítik az egészségügyi és szociális ellátások komplex tudásának expanzióját...”  
(Marshall és társai, 1979).

### **Szociális munka**

A szociális munka lényege, hogy a szociális szakember különböző társadalmi csoportokkal, közösségekkel vállaljon több szerepet a közvélemény formálásában, érvényesítésében, a társadalmi feltételek alakításában, befolyásolásában. Ez pedig a különböző reflektív, tényalapú (evidence-based), és konstruktív praxis (szociális munka) modellek határozottabb elterjesztésével, a szakmai innovációk, kutatások és a képzések, gyakorlatok integrációival és az ezekben megnyilvánuló minőségi szakmai kompetens együttműködésekkel valósítható meg (Budai 2013, Kozma 2011).

A Szociális Munkások Nemzetközi Szövetsége konszenzussal meghatározott szociális munka definícióját alapul véve:

- A professzionális szociális munka elősegíti a társadalmi változásokat, a problémamegoldásokat az emberi kapcsolatokban, valamint segíti az »empowerment«-et. (A kifejezés magyarul leginkább az emberi képességek felszabadítását jelenti, azt a folyamatot, amikor képessé teszünk valakit arra, hogy saját jóléte érdekében cselekedhessen.)
- Az emberi jogok és a szociális igazságosság alapvető fontosságúak a szociális munkában.
- Az emberi viselkedésről és a társadalmi rendszerekről elméletek és tapasztalatok ismeretében és felhasználásával a szociális munka azokon a pontokon avatkozik be, ahol az emberek egymással és társadalmi környezetükkel kerülnek kapcsolatba. (Global Standards for Social Work Education and Training, Sewpaul – Jones 2004, p. 494., A szociális munkás-képzés globális alapelvei 2006, 5.)

### **Közös nyelv**

Még egyes szakmai csoportokon belül is különböző módon értelmeznek azonos fogalmakat a szakemberek, hát még a különböző szakmák! Mást értünk „probléma”, a „kommunikáció”, az „értékelés”, „diagnózis” stb. alatt. Az egészségügyben betegről beszélünk, krónikus állapotok esetén is. korszerű szociális munka fogalomhasználatában létezik a „szolgáltatást igénybe vevő” kifejezés,

valamint a hazai gyakorlatban előfordul a „kliens” és a „felhasználó” fogalom – de nagyon gyakran a kissé pejoratív színezetű rászoruló terjedt el.

Idővel az egészségügyi és szociális ellátásokban különböző IP kezdeményezések, tervek, projektek és képzések születtek. Például az egészség elősegítéséért, a különböző ellátások közösség által történő szervezéséért, a különböző települések, szervezetek egészségügyi-szociális állapotának javításáért, a különböző szervezetek közötti együttműködésért. Szakmaközi ellátási team-eket hoztak létre az idősök saját ott onukban való ellátására és több szakma részvételével integrált közösségi mentálhigiénés csoportokat a tartósan mentális betegségben szenvedők ellátására. A hagyományos szociális munkás szerepek pedig elmosódtak, mivel más egyéb szakemberekkel (ápolók, orvosok, pszichiáterek, pedagógusok) és dolgoztak együtt (Taylor – Vatcher 2005).

**Az IP tevékenység alapvetően a különböző szakmák reprezentánsainak folyamatos együtt működését jelenti,** amelynek minőségét emeli, ha nemcsak az szakemberek stábjai dolgoznak együtt, hanem bevonják a team tevékenységébe különböző érintett civil szervezetek, reprezentánsait is a teambe -a szektorok között i együtt működéshez (Nárai 2008).

Az IP kollaboráció során tehát megsokszorozódik a szakértelem, lehetővé válik közös döntések, egy magasabb rendű minőség (eredmény) elérése, közös szakmai nyelv, újabb, rugalmas és sokrétű közös tudás, készségek és értékek (együttesen kompetenciák) kialakítása és fejlesztése, a különböző szakmai kultúrák találkozása. (Kersting 2001, Korazim-Kőrös és társai 2007)

Az IP tevékenységhez komplex tudások és készségek szükségesek, a szerepeket nem mindig lehet egyértelműen definiálni, azok szükségszerűen változnak a kliens szükségletei alapján.

Ha a team szakembereinek tudása magabiztos, ha világosak kompetencia határok, akkor a különböző szakemberek nyitott szemlélettel, komplex módon tudnak együttműködni.

## **Az IP együttműködés feltételei**

### **Az IP együttműködésre vonatkozóan szükség van különböző**

- ✓ szociális (pozitív kapcsolatok, nyílt-őszinte kommunikáció, a különbségek ösztönző ereje, a hibák, mérföldkövek a javításhoz),
- ✓ funkcionális (célokkal való azonosulás, moderátor jellegű vezetés, világos munkamegosztás)

- ✓ szakmai (tudás, készség a szakmai határok bővítésére) kompetenciák meglétére. (Kersting (2001))
- ✓ Sokféleképpen építkezhet az IP tevékenység, lehet hivatalos, vagy nem hivatalos, különböző stábokban-team-ekben folytatható, több szakmát-szakterületet magában foglaló, egyének, családok, közösségek érdekében kifejtett, jól megtervezett együtt működés, amelyeknek fontos közös vonása, hogy **a mindennapi gyakorlat megváltozik** és fejlődik. Így tehát a különféle körülmények között folytatott IP munkát célszerű kontinuumként értelmezni.

1. táblázat Az IP együttműködés néhány alapfeltétele

Kérdések	A mérlegelés alternatívái
Ki határozza meg a problémát?	Mindenki részt vesz a probléma meghatározásában vagy ez kizárólag egy szakma képviselőjének hatáskörébe tartozik?
Kinek a szakkifejezéseit használják?	Minden résztvevő képes-e kommunikálni egy közösen meghatározott és mindenki által megértett szakszókincs és fogalom használat alapján, vagy pedig csak egy szakma nyelve dominál?
Kinek az irányítása alá tartozik a terület?	Megállapodnak-e közösen az irányításban, változik-e az irányítás aszerint, hogy melyik szakma képviselőjének tudása és szakismerete szolgálja legjobban a szolgáltatás alanyainak szükségleteit egy adott időpontban és helyzetben, vagy pedig az irányítás főképpen csak egy szakma képviselőjének kezében van?
Ki dönti el azt, hogy milyen erőforrásokra van szükség, és hogyan juttatják el ezeket a felhasználókhoz?	Megvitatják-e közösen az erőforrások kérdéseit, közösen határozzák-e meg az erőforrásokat a különféle szakmai hozzájárulások mértékének megfelelően, vagy pedig azt csak egy szakma képviselője(i) diktálja(k) azt?
Ki kit von felelősségre?	Egyetlen szakma képviselőjére hárul a teljes felelősség, vagy pedig elismerik mindenki elszámolási kötelezettségét?
Ki írja elő a többiek teendőit?	Van-e közös megegyezés a közreműködők tevékenységeit illetően, vagy pedig csak egy szakma képviselője(i) írja elő a teendőket?
Ki tud befolyást gyakorolni a politika alakítóira?	Valamelyik szakma erősebb befolyással bír-e a többiekénél a politika alakítóinál való lobbizás terén?

*Forrás: Budai, Esély 2009/5 alapján*

**Az alábbi kihívásokkal kell szembe nézni az IP munka során**

- Relevánsak-e a szolgáltatások?
- Kielégíthetők-e a szükségletek?

- Elegendő-e az információ?
- Jól működik-e a beutalási rendszer?
- Jól oszlanak-e meg szektorálisan a szolgáltató szervezetek?
- Érthető-e más szakmák képviselői számára a szakmai zsargon?
- Átjárhatók-e a szakmai határok? Rugalmasak-e a szervezetek? Harmonizálhatók-e a tájékoztató rendszerek? Miképpen kell élni a titoktartással?
- Mit lehet kezdeni a szolgáltatókra nehezedő, egyre nagyobb nyomással?

Az IP együttműködést vállaló szakemberekben sokszor kérdés, hogy mikortól és mitől tekinthető együttműködésük szakmaközinek, és ha még nem az, akkor mikor válik(hat) azzá, mikor történik meg a minőségi változás? Ezért lényeges az IP tevékenységben a folyamatos elemzés és értékelés.

Az IP **együttműködés minőségének** azonosításához Thomas az alábbi elemző lista alapján ad kiváló fogódzókat:

Először át kell gondolni azt a kontextust, amiben dolgozunk, valamint az IP együtt működés előnyeit és korlátait ebben a helyzetben.

**26. táblázat Az IP együttműködés előnyei és nehézségei**

<b>Előnyök</b>	<b>Nehézségek</b>
Partneri alapokon folyó hatékony stábteam munka	Különböző szakmai képzettség, identitás
Motivált közreműködők	Nem mindig egyértelmű és meghatározható távlatok
Szélesebb dimenziókat is figyelembe vevő, folyamatos konstruktív kooperáció	Eltérő szakmai értékek, érdekek
Áttekinthető felelősség megosztás	Egymásnak ellentmondó, vagy párhuzamos tevékenységek veszélye
Gyakorlatias, hatékony, minőségre törekvő, összehangolt szolgáltatás	Különböző képzettség és kompetenciák
Elégedett szolgáltatást felhasználók, környezet és munkáltatók	Különböző szakmai nyelv, stílus
Erőteljes hatás a szűkebb-tágabb társadalmi környezetre	Időigényesség
A rendelkezésre álló és újként feltárt források gazdaságos és sikeres használata	Az eredeti szakma iránti lojalitás, identitás elvesztésétől való félelem
A problémák, rizikók, veszélyek csökkentése	Az értékelés nehézsége
A merev szakmai keretek oldása	–

**Elemzésre-értékelésre érdemes kérdések:**

- Mik voltak az IP együtt működésről alkotott első benyomásai?
- Miben volt hatékony az a módszer, ahogyan a különböző szakmák képviselői együtt dolgoztak?
- Mi hátráltatta az IP munkát?
- Hol történt mindez? (a szoba/terem, környezet pontos, részletes leírása)
- Mit vett észre abból, ahogyan a szakemberek egymással kommunikálnak?
- Mindenki részt vett -e a párbeszédben és vitában azok közül, aki akart volna?
- Kizártak-e, vagy figyelmen kívül hagytak-e valakit?
- Dominált-e valaki? Ha igen, miért?
- Mit vett észre a nem verbális kommunikációból?
- Mit vett észre a nyelvhasználatból – használtak-e szakzsargont?
- Hiányzott -e bármely szakma vagy annak képviselője, akinek a hozzájárulása fontos lett volna?



**Az IP kétségtelenül egy új, a humán szakmák fejlődését – így a szociális munkáét is – elősegítő, esélyes paradigma.**

A különböző szolgáltatások felhasználói és a segítők számára egyaránt lényeges a szolgáltatások javítása, ez az IP munka hajtóereje. Az IP munkával járó nehézségek sokszor egy-egy szakember szakmai, bizonytalanságaira, félelmeire, tapasztalati hiányosságaira vezethetők vissza. A **szakmapolitikai környezet** is fontos. hiába kívánatos az integrált szolgáltatás, ennek bevezetését hiábavaló erőltetni, ha arra nincs helyi fogadókészség.

A szociális munka és az egészségügyi alapellátás IP együttműködése az egyéb humán szakmákkal hozzájárulhat magának a szociális szakmának a megújulásához, a szociális szolgáltatások újradefiniálásához, és ezzel más humán szakmák is eljuthatnak az IP kollaboráció szükségleteinek felismeréséhez, gyümölcsöző hatásainak felfedezéséhez, megértéséhez.



## **Az IP együttműködés relevanciája a demenciával élők gondozásában**

Az orvoslás hagyományosan a hierarchikusan felépülő, a társadalomban nagy presztízzsel bíró szakmák közé tartozik; a fehér köpeny és a fonendoszkóp tekintélyt ad viselőjének.

Változik az egészségügy szereplőinek feladatköre is, az orvos, legyen bármilyen magasan képzett szakember, egyre ritkábban viszi végig egyedül a beteg kezelését, más specialisták konziliumát kéri. AZ utóbbi évtizedekben a team alapú döntéshozatal meghonosodott, lásd pl. az onko-team példáját. Nehezebb, ha más ágazatok szakembereivel kell szót érteni és közösen döntéseket hozni.

A harmadik kritikus pont pedig maga az érintett bevonásának szükségessége: hiszen egy beteg élettervéről, egy család következő 10 esztendejéről, egyéni élethelyzetéről beszélünk akkor, amikor az Alzheimer kór diagnózisa megszületik.

Képesse tudjuk-e tenni ezeket a laikus szereplőket arra, hogy a konkrét döntéshozatalba fajsúlyos szereplőként bevonódjanak?

Az együttműködő szakemberek vonatkozásában a(z):

- holisztikus szemlélet
- partnerek együttműködése
- partnerek közötti egyenlőség
- partnerek kölcsönös elfogadása
- új megközelítésű együttműködés
- világról való gondolkodás új útja: „mit is nem tudunk még?”
- egyértelmű, eredményes kommunikáció
- kritikus vizsgálódások és elemzési kultúra
- egymás szerepeinek megértése és elfogadása
- eredményesebb megállapodások, tartósabb megoldások
- érvényesíthető tudás – jövőbeni felhasználhatóság
- tevékenység során közösen megtanultak egymás közötti megosztása
- kölcsönös elkötelezettség
- bizalom megtanulása és a bizalom tudásával való élés
- hálózatépítés, információcsere
- ihletettség
- kreativitás
- költséghatékony szolgáltatások és minőségi kollegiális kultúra építése
- közös és a különböző értékek elismerése
- szakmák közötti hierarchia és feszültségek csökkenése.

A szolgáltatásokat felhasználók vonatkozásában a(z):

- felhasználók kerülnek a szolgáltatások középpontjába
- eredményesebb kommunikáció
- hatékony szolgáltatások megtervezése, megszervezése, megvalósítása
- evidencia (bizonyított -, biztos tudáson) alapon működő szolgáltatások
- szolgáltatások fejlesztése – a szolgáltatást felhasználó élet minőségének javulása stb. (EIPEN 2008).

Pl. Nagy-Britanniában az IP kollaborációkban részt vesznek a szolgáltatások felhasználói és a laikus gondozók, még akkor is, ha nem „szakmabeliek”. Az önkéntes munkatársak és szervezetek nagyfokú elkötelezettségük mellett kiváló szakmai és gyakorlati háttérrel bírnak országos hálózatuk révén. A szakképzett dolgozók; a szociális munkások és terapeuták, az egészségügyiek, a segédápolók a szakmai team-ek nélkülözhetetlen elemei.

A sikeres IP együttműködés kliens-centrikus, és az idős és demenciával élő emberek változó szükségletei mentén folyamatosan igazodik. A jó IP gyakorlat alapelemei közé tartozik a gondozó stáb lehetőség szerinti állandósága és a jó kommunikációs készség.

**Az IP kétségtelenül egy új, a humán szakmák fejlődését – így a szociális munkáét is – elősegítő, esélyes paradigma.**

**A szakmapolitikai környezet jelenleg különböző pályázati programok mentén kedvez ennek a szemléletnek – ugyanakkor az integrált szolgáltatások bevezetését és az IP együtt működést helyi fogadókészség hiányában nem érdemes erőltetni.**

**A szakemberek IP együttműködése hozzájárulhat a különböző szakmaterületek fejlődéséhez/megújulásához, a szolgáltatások újradefiniálásához és ezzel más humán szakmák is eljuthatnak az IP kollaboráció szükségleteinek felismeréséhez, gyümölcsöző hatásainak felfedezéséhez, megértéséhez.**

## Irodalom

Budai István (2009): Az interprofesszionális együttműködés és a szociális munka. Esély 2009/5.  
[http://www.esely.org/kiadvanyok/2009\\_5/05budai.pdf](http://www.esely.org/kiadvanyok/2009_5/05budai.pdf)

Budai István-Puli Edit (2015): Együttműködés a szociális szolgáltatásokban. Esély 2015/1.  
[http://www.esely.org/kiadvanyok/2015\\_1/2015-1\\_1-2\\_budaipuli\\_egyuttmukodes\\_szocszolgan.pdf](http://www.esely.org/kiadvanyok/2015_1/2015-1_1-2_budaipuli_egyuttmukodes_szocszolgan.pdf)

New Global Definition of Social Work Profession. By agreement: Melbourne 10 July 2014.  
<http://vircamp.net/wp-content/uploads/2014/08/NEW-GLOBAL-DEFINITIONOF-THE-SOCIAL-WORK-PROFESSION-2014.docx> (letöltés:2019.09.10.)

## Az egészségfejlesztés fontossága

Az ENSZ Egészségügyi Világszervezete (WHO) 1986. novemberében Ottawában tartott I. nemzetközi egészségfejlesztési konferenciájának záródokumentumaként elfogadták el az „Ottawai Chartát”.

A Charta az alábbiakban határozta meg az egészségfejlesztés fogalmát:

*"Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek, egészségük fokozottabb kézben tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcélként kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettségé."*

Az „Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia ehhez kapcsolódóan az alábbi specifikus célokat fogalmazza meg:

- A népegészségügyi szolgáltatások megújítása, középpontban az egészség megőrzését előmozdító ismeretek és készségek megismertetése.
- Egészségünk megőrzése érdekében önmagunk, környezetünk felelősségének tudatában az egészséges környezet kialakításában érintett résztvevők bevonásával törekedni kell az egészségben eltöltött évek meghosszabbításán.

A hazai lakosság egészségi állapotáért, kedvezőtlen halálozási adatainkért jórészt olyan, az egészségtelen életmódhoz köthető betegségek a felelősek, amelyek tekintetében döntő fordulatot lehet és kell elérni. Az egészségi állapot kedvező változtatásához fejleszteni kell az egyének és a közösségek egészségtudatosságát, az egészségüghöz való általános viszonyulását, az egészségkultúrát. Szükségesek a megkezdett preventív célú népegészségügyi programok, amelyek legfontosabb eleme a testmozgás, az egészséges táplálkozás és életmód.

Alapvetően szükséges annak tudatosítása, hogy az egészség érték.

### ***Stratégiai célok***

- ✓ A születéskor várható, egészségben eltöltött életévek növelése 2 évvel 2020-ra, az EU átlagának elérése 2022-re
- ✓ A fizikai és mentális egészség egyéni és társadalmi értékének növelése
- ✓ Egészségtudatos magatartás elősegítése, egyéni felelősségvállalás érvényesítése
- ✓ A területi egészség-egyenlőtlenségek, illetve a születéskor várható élettartamban mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése

### **A megjelölt 4 stratégiai cél eléréséhez 5 fő prioritást fogalmaz meg a Stratégia:**

- I. Keringési betegségek, cukorbetegség megelőzése és gondozása
- II. Daganatos betegségek kockázatának csökkentése, korai felismerése és kezelése
- III. Lelki egészség fejlesztése, fenntartása, helyreállítása, a mentális zavarok kezelése
- IV. Környezet-egészségügy fejlesztése
- V. Egyéb népegészségügyi prioritást jelentő beavatkozások

A demenciára fókuszálva, témánk szempontjából az első és a harmadik pontok azok, amelyek fontossága a demencia prevenciója okán is aláhúzható.

### **Az Egészségfejlesztési Irodák (EFI)**

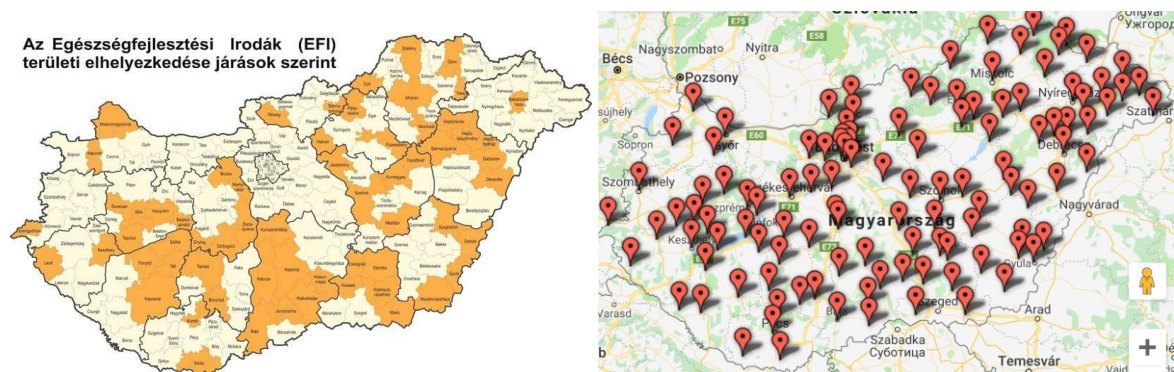
Az Egészségfejlesztési Irodák (továbbiakban: EFI) hálózatának kiépítése 2012-2013-ban, az Európai Unió és Magyarország társfinanszírozásával megvalósuló TÁMOP (Társadalmi Megújulás Operatív

Program) pályázatból kezdődött meg, amely azóta több ütemben tovább folytatódott, 2019-ben EFOP és VEKOP források bevonásának eredményeként országosan összesen 116 EFI működik.

### *Az EFI küldetése*

*Az irodák feladata olyan komplex szolgáltatást nyújtani az embereknek, ami a megelőzésre, az egészségtudatos életmódra helyezi a hangsúlyt.*

Az EFI egy olyan új szolgáltatási forma a hazai egészségügyi struktúrában, amely az alapellátással párhuzamosan, azzal szorosan együttműködve működik. Célja a lakosság egészségértésének, egészségtudatosságának növelése, az egészséges életforma megismertetése, egészségmegőrző és életmódváltó programok, szűrőprogramok szervezése, szükség esetén a szűrési eredmények ismeretében az egyének irányítása megfelelő egészségügyi szolgáltatóhoz. A szolgáltatások igénybevételéhez nem szükséges beutaló, minden rendezvény, szűrés és tanácsadás ingyenes.



31.ábra Az EFI-k területi elhelyezkedése (Forrás NEAK; Bezzegh Péter ea, 2017. június 15. és 2019-ben <http://www.egeszseg.hu/oldal/egeszsegfejlesztési-irodak> letöltés 2019.06.20.)

### **Legfontosabb tevékenységek**

- partnerségi munkacsoport létrehozása a járásban érintett intézmények, szervezetek, szolgáltatók, döntéshozók bevonásával;
- helyi adatbázis folyamatos vezetése és frissítése az egészségfejlesztéssel foglalkozó intézmények, civil szervezetek egészségfejlesztési tevékenységeiről, zajló programjairól
- betegklubok működtetése cukorbeteg és szív- és érrendszeri betegek számára,
- a beteg-adherencia fejlesztését támogató tevékenységek megvalósítása;

- a háziorvosok által végzendő szűrővizsgálatokon való lakossági részvételt ösztönző, motiváló programok szervezése, koordinálása;

Az EFI módszertani, szakmai támogatást nyújt a járás/kistérség egészségügyi alapellátói számára. Kapcsolatot tart az iroda a területen működő népegészségügyi szakigazgatási szervekkel, más egészségfejlesztési irodákkal, valamint aktívan részt vesz az egészséggel kapcsolatos helyi döntések előkészítésében

Rendkívül fontos tevékenységi terület a helyi lakossági egészségnapok, sportnapok és egyéb egészségtudatosságot javító kampányrendezvények megvalósítása.

Az EFI munkatársai egészségügyi, népegészségügyi szakemberek, dietetikusok, mentálhigiénés szakemberek, akik

- A fogadóórák, tanácsadási időpontok keretében kockázatbecslést, állapotfelmérést végeznek, életmód tanácsadást nyújtanak.
- A kiszűrt, a vizsgált betegségek tekintetében a magas kockázatú kliensek részben életmódváltó programokba, részben a háziorvosokhoz és a szakorvosokhoz való irányítása
- Életmódváltó programok szervezésében, megvalósításában való közreműködés.
- A járás településein megvalósuló programokon kockázatbecslés, szűrések végzése (pl. Egészségnap).
- Szakmai, fejlesztési és együttműködési kapcsolat ápolása az egészségfejlesztéssel foglalkozó, kijelölt szervezetekkel.
- egészségfejlesztéssel, egészségmegőrzéssel foglalkozó intézmények, programok összegyűjtése, adatbázis és dokumentációs rendszer vezetése, folyamatos frissítése

*Az EFI sikerének záloga, hogy a munkatársak mennyire elkötelezett és hiteles közvetítők a megfogalmazott céloknak, az egészséges életmód terjesztésének.*

Az egészségfejlesztés, a prevenció erősítése több beavatkozáson keresztül megvalósulhat.

Életmódváltó programok valósulhatnak meg pl. a dohányzás visszaszorítása, a rászokás megelőzése, az egészséges táplálkozás elősegítése érdekében; de ide tartozik a „mozgásgyógyszer” bemutatása és az ehhez kapcsolódó, különböző korosztályoknak szóló összehangolt programok.



### **Alzheimer Café**

2015 óta lassan hazánkban is meghonosodik a demenciával élők és hozzátartozóik számára világszerte létező speciális, támogatott önszervező csoportok hálózata. (ld. INDA program, vonatkozó fejezet).

Részen önszerveződő, részben szakemberek támogatása mentén megalakuló közösségekről beszélünk, amelyek ismeretbővítésre és érdekérvényesítésre is teret adhatnak. Az EFI –LEK munkatársak szakmai segítői, facilitátorai lehetnek ennek a tevékenységnek.

### **Lelki Egészség Központok fejlesztése**

Az egészségfejlesztési irodák hálózatához (EFI) hasonlóan a járási rendszerre épülve alakulnak meg a Lelki Egészség Központok (LEK). A központokat - felállításukat 2014-re tervezték eredetileg - az EFI-khez csatoltan hozzák létre, feladatuk a lelki higiéne támogatása, egyik kiemelt témájuk az öngyilkosság megelőzés

Céljuk az egyén, a család, a közösség és a társadalom lelki egészségének és jól-létének javítása. Szakpolitikai elvárás a társadalom egészére jellemző, a lelkiállapottal szorosan összefüggő mutatók szignifikáns, legalább 10%-os javulása.

Különösen ideértve az alábbi elvárásokat:

- a depresszió megelőzése és gondozása javuljon,
- az öngyilkosságok száma 10%-kal csökkenjen a teljes lakosság körében;
- az iskolai- és a kapcsolati erőszak csökkenjen; a vágyott és tervezett gyermekek nagyobb száma szülessen meg és nőjön fel szeretetteljes családban;

A központok céljai között szerepel a közösségfejlesztés; a háziiorvosi rendelőkhöz kapcsolódó alacsonyküszöbű, preventív jellegű pszichológiai ellátás, és pszichoterápia hozzáférhetőségének biztosítása; a mentális zavarban szenvedő betegek, köztük a depressziós, szorongásos betegek közösségi ellátásának fejlesztése.

Nagy jelentősége lehet ennek a hálózatnak, hiszen az alapellátásban találkozhatunk a legtöbb mentális beteggel: a háziiorvosi rendelőkben megfordulók 40 százaléka rendelkezik valamilyen mentális problémával, 25 százaléka csak azzal. A pácienseket azonban sok esetben nem ezzel a betegséggel, hanem más (fizikai) problémával kezelik.



Más hozzáállás szükséges az addiktológiai és pszichiátriai betegek ellátásában. A pszichoterápia ugyanúgy indikációs terület, mint a gyógyszeres terápia, a dózisa és eredményessége adott.

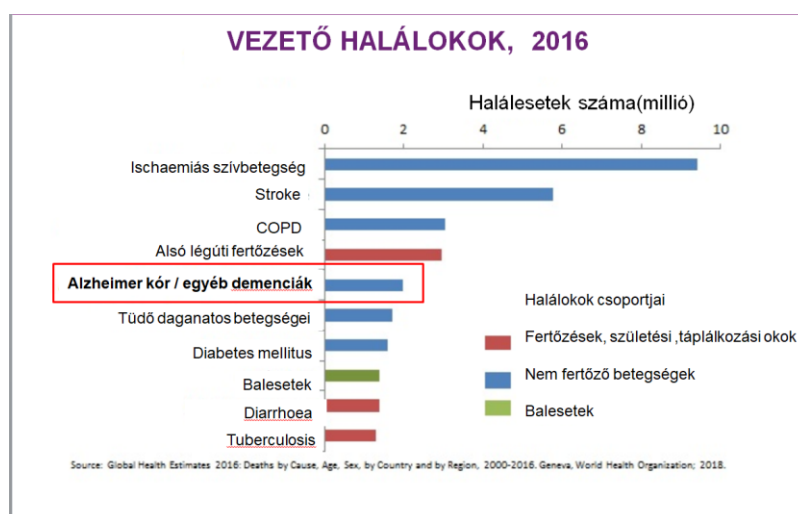
Bár összességében csökken az öngyilkosságok száma, a 65 éven felüliek esetében nem tapasztalható ez a pozitív tendencia –ez is az időskori ellátás hiátusaira utal, és ebben jelentős szerepe lehet a demencia és a depresszió kórképek diagnózisával és gondozásával kapcsolatos problémáknak.

Ezekben a Központokban pszichiáter – pszichológus, mentálhigiénés munkatársak dolgoznak. Ők azok a szakemberek, akik a demencia korai diagnózisában és a demencia gondozással kapcsolatos szemléletformálásban is kulcsszereplők lehetnek.

### A krónikus megbetegedések és az EFI kapcsolódási pontjai

Összevetve az EU tagországok születéskor várható élettartamát és figyelembe véve az egyes országok gazdasági teljesítményét is megállapítható, hogy Magyarország a várható élettartamot tekintve a gazdaságilag elmaradottabb országok közepmezőnyében helyezkedik el. Hazai adataink a várható élettartam tekintetében mind a nők, mind a férfiak esetében rosszabbak az OECD-átlagnál. (ld. a vonatkozó fejezetet.)

A megromlott egészségben leélt éveket és az „idő előtti” halálozást összegző egészséges életévvesztés (DALY) tekintve kiemelkedő jelentőségű a szív- és érrendszeri betegségek (27%), a rosszindulatú daganatok (18%) valamint a mozgásszervi betegségek (11%) szerepe.



32.ábra - Vezető halálokok, 2016 (Forrás:WHO, letöltés 2118.dec.)

A kirívóan rossz egészségi állapotáért nagymértékben felelős az egészségkárosító életmód, különösen a túlzott alkoholfogyasztás és a dohányzás. A magyarországi egészséges életévvesztés legjelentősebb kockázatai közül 1990-ben és 2010-ben is az egészségtelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód, a magas vérnyomás, a dohányzás, a magas testtömeg index és az alkoholfogyasztás képviselte a legnagyobb részarányt.

A lakosság megbetegedési viszonyainak ismerete – a halandósági elemzések mellett – elengedhetetlen a hatékony egészségügyi ellátórendszer, a sikeres egészség-fejlesztési és szűrési programok tervezéséhez. Különösen olyan betegségek esetében, amelyek hosszú időn keresztül, jelentős terheket rónak az egyénre, családjára és természetesen a társadalomra is, amilyen pl. a demencia .

## **Hatékony együttműködések, egészségkommunikáció**

A népegészségügyi ellátórendszer helyi kapacitás fejlesztésére irányuló projektek hozzájárulnak a lakosság egészségi állapotának és egészségtudatosságának növeléséhez, az ellátó rendszer terheinek csökkentéséhez.

Az egészségkultúra fejlesztése a hatékony egészségkommunikáción keresztül valósulhat meg. A Olyan egészségfejlesztési, betegség megelőzési programok működtetésére van szükség, amelyek az „egészséges választást” mozdítják elő, népegészségügyi kommunikációra, elsősorban központi és helyi eseményeken való megjelenésekkel. támogatásával.

A Nemzeti Egészségfejlesztési Program célja a megelőzés, melynek legfontosabb szinterei a dohányzás visszaszorítása; az alkohol- és drogprevenció; az egészséges táplálkozási szokások elterjesztése és az ételmiszerbiztonság fejlesztése; az aktív testmozgás.

A népegészségügyi szolgáltatások és az alapellátások célzott fejlesztése az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának fokozását valósíthatja meg. A fő fejlesztési irányok: az ellátórendszer preventív fókuszú áthangolása és a gondozási - krónikus betegségmenedzsment programok megvalósítása a nagy betegségterhet jelentő krónikus nem fertőző betegségek területén.

Ezen célok eléréséhez szükséges az alapellátók, szociális ellátók, járási hivatalok népegészségügyi szakemberei, helyi média, civil szervezetek együttműködése.

Az ellátórendszer fejlesztése során az alapellátás fejlesztése, különösen az ott folyó preventív munkára koncentrált erőforrás fejlesztés kap figyelmet. A meglévő népegészségügyi szűrések folytatása mellett be kell vezetni a többi, népegészségügyi szempontból fontos szűrést - ide tartozik a kognitív hanyatlás , a demencia koai felismerése is.

A szív- és érrendszeri betegségek világszerte népegészségügyi problémát jelentenek, Magyarországon is a leggyakrabban előforduló krónikus betegségek egyikéről beszélünk. Ide tartozik egyebek mellett a magasvérnyomás betegség, a szívkoszorúér betegség, az érelmeszesedés, és az agyi érbetegség (stroke) is.

A keringési betegségek kialakulása az esetek egy részében helyes életmóddal megelőzhető. A szövődmények kialakulása, a már kialakult betegségek súlyosbodása tekintetében az időben elvégzett szűrővizsgálatoknak, a másodlagos prevenciónak a jelentősége óriási. Különösen ajánlott a prevenció férfiak, mozgásszegény, stresszes életmódot élők, elhízottak, dohányosok, egyes társbetegségekben szenvedők (cukorbetegség, magas vérsírszint, magasvérnyomás betegség) számára, illetve mindazoknak, akiknek családjában előfordult már valamilyen kardiovaszkuláris megbetegedés.

Az egészségfejlesztési irodák egyik fő cél a lakosság részvételi arányának növelése a szűrővizsgálatokon. A egészségnapokon, szervezett szűrőkampányokban vérnyomás-, vércukor- és koleszterinszint mérés, testsúly és testmagasság mérés alapján BMI meghatározás, testzsírmérés, EKG történik. Ugyancsak fontos érzékszerveink rendszeres vizsgálata. A látásélesség (visus) vizsgálata, valamint a színtévesztés szűrése a háziorvosi praxisban is megtörténhet, a szűrőnapok alkalmával, illetve a szemészeti szakrendelésen.

A kognitív képességek szűrővizsgálata a háziorvosi praxisokban ugyancsak elvárható és elvégezhető, és a demencia korai diagnózisához elengedhetetlen.

## **Egészségtudatosság**

**Jelenleg még – évtizedes egészségfejlesztési programok dacára - kevesen kezelik egészségüket valódi értéként, amelynek megőrzése, karbantartása érdekében aktívan tenniük kell. Az egészséges életmód elterjesztéséhez nélkülözhetetlen az egészségkultúra fejlesztést, a hatékony egészségkommunikációt, a megelőzési programok elterjesztését. Az egészséges választást előmozdító népegészségügyi kommunikációs tartalmakat megvalósító és a kapcsolódó események támogatását végző intézmények, mint az **EFI és LEK hálózatok, a háziorvosi és szociális alapellátásokkal való összehangolt működéssel a lakossági szemléletformálásban kulcsfontosságúak.****

## **Az INDA© program**

### **Demenciához kapcsolódó interprofesszionális szolgáltatások megalapozása –**

**TÁMOP-5.4.12-14/1-2015-0007**

---

**A Szociális Klaszter Egyesület dolgozta ki 2014-ben az © Interprofesszionális Demencia Alapprogramot, amely új elemei mellett a már létező, többnyire elszigetelt kezdeményezéseket összekapcsolva és rendszerbe állítva; a hazai demencia stratégiát megalapozza.**

Meghatározó eleme a programnak, hogy nemcsak a betegséggel közvetlenül érintett, döntően időskorú igénybevevőkre fókuszál, hanem az ő hozzátartozóikra, a gondozó családokra, hiszen a betegség jellegéből és lefolyásából adódóan elképzelhetetlen a hatékony ellátás biztosítás az ő bevonásuk nélkül. A hozzátartozók tudásának bővítése, a gondozással kapcsolatos gyakorlati ismereteik növelése az alapja annak, hogy ne passzív szenvedői legyenek maguk is a betegségnek, hanem aktív, cselekvő részesei lehessenek az érintett betegről való gondoskodásnak.

Ez a megközelítés lehetővé teszi, hogy az idős személy a jelenlegi gyakorlatnál lényegesen hosszabb ideig saját otthonában maradjon, valamint elkerülhetővé tesz felesleges betegutakat.

Míndez javítja az idősek életminőségét, és az informal care rendszerének megerősítésével költséghatékony megoldást jelent a szolgáltatás szervezés szempontjából is.

Fontos, hogy a lakosság általánosan tájékozott legyen a betegséggel kapcsolatosan, hiszen elsősorban a beteg közvetlen környezete képes a tünetek korai észlelésére, és ennek megfelelően cselekvésre. A lakosság körében minél többen legyenek tisztában azzal, hogy a demencia egyre több idős embert érint, közvetve pedig az egész társadalom problémája, amelyet csak társadalmi összefogással lehet hatékonyan kezelni.

**Fontos tudni – és ez a tervezett stratégia alapja – hogy a demencia esetek harmada életmódi változásokkal, prevencióss szemléletű intézkedésekkel megelőzhető!**



33. ábra: Az INDA program, 2015 (saját szerkesztés)

Európai uniós forrásból 2015-ben az INDA program egyes részei részben megvalósulhattak<sup>31</sup>. Így például felhívtuk a hazai társadalom figyelmét a demenciával élő személyekre, a demencia korai felismerésének lehetőségeire és jelentőségére valamint a komplex gondozás fontosságára.

### Az INDA program pillérei

A projekt négy szakmai pillérre támaszkodott.

**Az első a KUTATÁS**, amelyben áttekintettük a demenciáról és a demenciával élő személyekről a szociális és egészségügyi ellátásban pillanatnyilag rendelkezésre álló ismereteket. Ezt követően három egymástól független kutatás keretében olyan adatokhoz jutottunk, amelyekből az eddigieknél jóval pontosabb képet alkothatunk a betegség hazai előfordulásáról.

Csatlakozva Magyarország átfogó egészségvédelmi programjához, a szűrőkamion 50 helyszínén valósult meg az ötven év felettiak **szűrővizsgálata** – standard körülmények között, Mini - Cog teszt felhasználásával. Háziiorvosi praxisokban 16 helyszínén 3 városban történtek szűrővizsgálatok a 65 év

<sup>31</sup> A TÁMOP-5.4.12-14/1-2015-0007 azonosítójú projekt az Európai Unió és a magyar állam 185.922.875 forintos támogatásával valósult meg. a Katolikus Szeretetszolgálat vezetésével. [www.inda.info.hu](http://www.inda.info.hu)

feletti korosztálynál – önkéntes részvétellel; valamint egy korábban már validált kérdőíves vizsgálat is lezajlott idősök nappali és tartós bentlakásos intézményeiben. Az így kapott eredményekkel az érintett magyarországi népességre vonatkozó helyzetképet nyertünk.

### **A második a pillér a TÁJÉKOZTATÁS.**

A korai felismerésre, a szűrővizsgálatok fontosságára való figyelemfelhívástól kezdve a mélyebb szakmai tudás közvetítéséig terjedően számos kommunikációs program valósult meg. Ezek közös célja, hogy minél többen megismerjék a demencia fogalmát, kórlefordítását és tisztában legyenek azzal, honnan kérhetnek segítséget.

A nemzetközi gyakorlatnak megfelelően olyan *hozzátartozói önsegítő csoportok* megalakulását katalizáltuk szakembereinkkel, ahol a résztvevők egy csésze kávé vagy tea elfogyasztása közben rövid ismeretterjesztő előadást követően kötetlen beszélgetések során oszthatják meg egymással tapasztalataikat, valamint a témához kapcsolódó kérdéseikre is választ kaphatnak az előadótól. **A program során 67 Alzheimer Café valósult meg, azóta pedig egyre több településen működik, további pályázati programok, szakemberek segítségével országos hálózat alakulhat ki.**

Kávéházban – cukrászdában - zajlanak ezek az ún. World-café típusú események: céljuk és hasznuk többszörös. Nemcsak lehetőséget nyújtanak az érintetteknek és hozzátartozóiknak a találkozásra, a problémák megosztására és a „nem vagyok egyedül” érzésének megtapasztalására, hanem információt is közvetítenek.

Fontos ennek a rendezvénynek a nyilvánosság számára szóló üzenete: nincs mit szégyellni a betegségen! Ehhez az alapelvhez illeszkedik, hogy célszerű nyilvános helyen és nem pedig egészségügyi vagy szociális intézményben tartani a rendezvényeket.

Hozzártartozóknak és szakembereknek készülő kiadványok mellett óriásplakát, plakátok, filmek készültek, ezek a program honlapján keresztül is elérhetőek. ([www.inda.info.hu](http://www.inda.info.hu)) Az egész társadalom tájékoztatása fontos: hiszen a betegek köztünk élnek – a korai és középsúlyos állapotban a mindennapi élet számos területén támogatásra szorulva.

### **A harmadik pillér a KÉPZÉS.**

Az egészségügyben és a szociális ellátórendszerben dolgozó szakemberek ismeretei is bővítésre szorulnak a betegségről.

Akkreditált tanfolyami szintű, gyakorlat-orientált képzés során 350, főként a szociális és az egészségügyi ellátórendszerben dolgozó szakembert készítettünk fel arra, hogy képesek legyenek

felvilágosítást adni és szakszerű támogatást nyújtani, megalapozott tudásuk legyen a demenciával járó fizikai, pszichés és szociális változásokról. Ennek köszönhetően 350 magas szinten képzett munkatárs segítheti a demens személyeket és az érintett családokat. Ráadásul ezek a szakemberek szert tettek közös szakmai nyelvre, fogalomrendszerre, amely nagyban megkönnyíti az egyes területek közötti átjárást és egymás megértését.

Ez az *interprofesszionális szemlélet* a meghatározója annak az **interaktív tananyag**nak, amelyből egy **új, ráépített OKJ szakma** curriculumuma lett: **a szociális intézményekben a demencia szakgondozó képesítést megszerzett kollégák száma megközelíti a 800 főt.**

A projektben ehhez kapcsolódóan készültek olyan **MÓDSZERTANI AJÁNLÁSOK**, amelyek a jelenlegi szolgáltatástartalmak korszerű elemekkel történő bővítésére fogalmaznak meg javaslatokat-, a szociális és egészségügyi ellátás területén dolgozó szakemberek számára.

Szakmai programunk kiemelt célja, hogy kialakuljon a különböző fenntartású szociális szolgáltatások és az egészségügyi ellátások szereplői közötti együttműködés a demens beteg ellátására fókuszálva. Mindezzel az a célunk, hogy **a demenciával élők és a gondozó családok számára könnyen elérhető tanácsadói, támogatói hálózat alakuljon ki, ahol az adott egyéni szükségletekre leginkább megfelelő és költséghatékony megoldást kínálják fel.**

A betegeknek joguk van ahhoz, hogy ha szükséges, jól képzett gondozók lássák el őket, valamint joguk van ahhoz is, hogy életük végén is tiszteletben tartsák emberi méltóságukat.

A projekt eredményeinek köszönhetően a demenciával élő idősök hosszabb időn át élhetnek saját otthonaikban gondoskodó, szeretetteljes környezetben. A betegség során az eddigieknél korábban történhet beavatkozás, az idősök - és a gondozó családok - életminősége javulhat. **Nappali ellátásokkal pedig hatékonyan segíthetjük a demens személyt ellátó család munkaerőpiaci szerepvállalását.**

A projekt megkezdett programjai országsszerte folytatódnak – a **demencia-barát társadalmi hozzáállás** megalapozása érdekében. Ehhez azonban a szolgáltatások széles palettája mellett a társadalom toleráns, elfogadó magatartására van szükség, valamint a jelenleg tapasztalt stigmatizáció csökkenésére.

## **Kapaszkodók - Mérőkövek**

Hozzá tartozók, gondozók számára készült hiánypótló **Kapaszkodók című kiadványunk** a közvetlen lakossági tájékoztatás kategóriában 2016-ban **Egészségértés díjban részesült.**

A gyógyszerészek és betegek közötti találkozások száma meghaladja az orvos-beteg találkozások számát és ez a kapcsolat gyakran „egyensúlyosabb”.



A **gyógyszerészi gondozás** olyan önálló, fejlődő szakmai terület, amelyet a demencia területén is van létjogosultsága. A Hungaropharma átfogó társadalmi felelősségvállalási projektjének részeként jött létre a Mérföldkövek edukációs program.

Országsszerte több mint 300 gyógyszerész és szakasszisztens vett részt azon az edukációs workshop - sorozaton, amelynek legfőbb célkitűzése volt felhívni a figyelmet arra, hogy a gyógyszerészek a mindennapi munkájuk során aktívan tehetnek a magyar lakosság egészségtudatosságának és egészségértésének fejlesztéséért.

A demencia teljesen átszervezi a családon belüli szerepeket - a hozzátartozókat nem csak anyagilag és fizikailag, hanem lelkileg és szellemileg is megterheli a folyamatos gondoskodás és felügyelet, ezért fokozottan igénylik a szakemberek támogatását.

Az INDA keretében létrehozott Kapaszkodók című kiadvány a programban résztvevő gyógyszertárakon keresztül további 20 000 példányban jutott el az érintettekhez 2017-ben – 2018-ban pedig új, „*Elfelejtetem?*” című tájékoztató füzetünk 45 000 példányban került a patikákba.

## **INTERREG INDEED program (2018-2021)**

( [www.szocialisklaszter.hu](http://www.szocialisklaszter.hu) )

Az **INTERREG INDEED program**<sup>32</sup> **10 európai ország részvételével** a demencia kérdéskörét elsősorban az ellátásszervezés, a gondozási kihívások és a szakemberek oktatása felől vizsgálja. Szakemberek együttműködéseit és képzését támogató CAMPUS CONNECT és COACH blended learning anyagok készülnek, és ezek adaptációja valósul meg.

A projektben a Szociális Klaszter a szakmapolitikai – policy kérdések programelem vezetésére kapott felkérést a német programvezetőtől.

## **Az INDA© 2 program**

**Demenciához kapcsolódó interprofesszionális szolgáltatások adaptációja: tudásbővítés és érzékenyítés helyi közösségeken keresztül (EFOP-5.2.4-17-2017-00002)**

---

<sup>32</sup> <http://www.interreg-danube.eu/approved-projects/indeed>  
<http://www.interreg-danube.eu/approved-projects/indeed/section/indeed-facebook-page>



A megvalósítás során az INDA© projekt egyes elemei ill. eredményei kerülnek továbbfejlesztésre és különböző településeken helyszíni adaptálásra<sup>33</sup>. A Katolikus Szeretetszolgálat által vezetett konzorciumban a győri Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény, valamint a hajdúböszörményi Fazekas Gábor Idősek Otthona vesz részt.

Az INDA© projekt abszolút innovációt teremtett Magyarországon, mivel soha ezelőtt nem fordult elő, hogy a demencia és annak társadalmi hatásai helyi és országos csatornákon keresztül (nyomtatott és online sajtó, rádió és televízió megjelenések, óriásplakátok, szakmai beszámolók és kiadványok, módszertani ajánlások formájában) több esemény láncolatán keresztül huzamosabb ideig középpontban lettek volna. A projekt elemei voltak többek között: Kapaszkodó(k) hozzátartozóknak szóló információs kiadvány; Ismeretterjesztő kisfilmek; INDA logo; Demencia barát társadalom koncepciója; Alzheimer /Memória Cafe hálózat; A demenciával élő idősök számára szervezett szolgáltatási formák; Interprofesszionális együttműködések a szociális és egészségügyi ellátásokban.

A jelenleg zajló projekt célja, hogy az alprogramokban megjelenített tevékenységeken keresztül a helyi társadalom, a nem professzionális gondozó családok életében fennálló problémák feltárásával a helyi szükségletekre reagáljon. Egy kistérség közössége vagy egy megyeszékhely társadalma bizonyosan mutathat hasonlóságokat ebben a kérdésben, de jó eséllyel feltételezhetjük, hogy számottevő különbségeket is tapasztalhatunk. A konzorciumi partnerek települései kiválóan reprezentálják ezeket a különbségeket, így az összegző szakmai dokumentumok, és ajánlások a projekt tapasztalatokra támaszkodva ezek megjelenítését is lehetővé teszik.

**A projekt elsődleges célcsoportja ennek megfelelően tehát: a demenciával élők, az őket gondozók családtagok, azaz a segítők, az un. informal care köre.**

A projekt szakmai tevékenysége **három alprogramon** keresztül valósul meg: Társadalmi érzékenyítés; Család és társadalom; Szakmacsoportok alprogram.

### **Társadalmi érzékenyítés alprogram**

Az előző program kampánytapasztalatainak az alkalmazásával és új szereplők bevonásával kiemelt célunk az ismeretterjesztés és figyelemfelhívás – elsősorban az egészségtudatosság erősítése és a prevenció lehetőségeire fókuszálva országosan, valamint különösen a konvergencia régió 6 (hat)

---

<sup>33</sup> [www.demencia.hu](http://www.demencia.hu); [www.inda.info.hu](http://www.inda.info.hu),

városában, kiemelten pedig Székesfehérváron, Győrött és Hajdúböszörményben. Ezen alprogramban a demenciával kapcsolatos stigmatizáció és rejtőzés csökkentése érdekében is a minél szélesebb társadalmi csoportok megszólítására törekszünk.

### A kiválasztott adaptációs programtevékenységek

- Arculattervezés és stratégiaalkotás (INDA logó, marketingstratégia);
- Demencia barát közösségek kialakítása (kampány tevékenységek);
- Ismeretterjesztő kézikönyv (5000 példányszámban, rövid, informatív, több korosztálynak készülő, részben un. foglalkoztató füzet);
- Ismeretterjesztő és tudásbővítő rövidfilmek (30 másodperces kisfilmek, valamint a projekt főbb területeit bemutató szakértői/projekt film);
- Kutatás – a projekt eredményhatásainak mérése (kétlépcsős, primer kutatás az érintett településeken 100-100 fő bevonása mellett)

### Család és társadalom alprogram

Az érintett családok életminősége a hosszú kórlefolyás során a fizikai- lelki és pénzügyi betegségteher hatására egyaránt romlik. A napi gondozási formák, az informális gondozók ismereteinek bővítése enyhíti a gondozási terheket – mindezt kutatásokkal alapozzuk meg.

Kiemelt fontosságú és a háziorvosok számára is jelentős programelem a **DIÓ - Demencia Információs Órák**- néven évente legalább 12 alkalommal egységes tematika szerint tartandó fórumok elnevezése. A demens családtagjukat otthonukban ápolók többnyire nem, vagy csupán csekély mértékben rendelkeznek ismeretekkel a kór felismerése, lefolyása, ápolási szükséglete, vagy akár a felmerülő jogi kérdések terén, és maga az ápolás nagy lelki terhet jelent, fizikai erőfeszítést kíván a gondozótól.

Az **Informális demencia gondozók megszólításának lehetőségei** című feltáró kutatásra a tervezett Hozzáértő Felkészítő Fórum/Demencia Információs Órák előkészítéseként került sor amelynek négy célkitűzése volt: meghatározni, hogy

1. milyen módszerrel,
2. milyen körből származó információkkal,
3. milyen települési specifikumokkal

lehet megtudni az informális gondozók körének nagyságát, illetve milyen módon lehet megszólítani őket. A kutatás elérhető a [www.demencia.hu](http://www.demencia.hu) oldalon

A kutatás eredményeit beépítve a tematikába, hat településen kezdődik el a program 2019 őszén: Székesfehérvár, Győr, Hajdúböszörmény, Tiszaalpár, Jászberény, Csákvár, informális gondozóinak 15-20 fős csoportjaival

#### **Az un. Hozzá tartozói Felkészítő Fórumok alap üzenete: Van segítség!**

Minőségi családi élet és a demenciával élők nappali ellátásának kritériumai (összegző mű készül a fókusz csoportos interjúk eredménye szerint kialakított hozzá tartozói válaszadói kör alapján)

### **Szakmacsoportok alprogram**

Főként az egyes szakmák helyi erősségeire alapozva, az interprofesszionális (szakmaközi) együttműködések helyi megvalósulását célozza a szakmai terv.

#### **A kiválasztott adaptációs programtevékenységek:**

- **Lokális Interprofesszionális protokollok (LIP)** kialakításához tematika alapján minimum 6 alkalmas műhelymunka csoportok zajlanak; összegző füzetek készülnek
- az Együttműködéshez az Egészségfejlesztési Irodákkal (EFI) bevonása alapvetően szükséges, a tanácsadói szerepkörvállalás a demencia-prevenció; egészségtudatosság, figyelemfelhívás terén; Konferencia, részvétel a lakosság részére rendezett rendezvénysorozaton
- Gyógyszertárakkal való kiemelt együttműködés (információátadás és konferencia szervezés, támogató/ tanácsadói szerepkörvállalás; részvétel a lakosság részére rendezett rendezvénysorozaton az EFI mellett)
- Fontos az oktatás szereplőinek, a rendvédelem munkatársainak megszólítása

A projekt keretében a megvalósult adaptációs kísérletek kiértékelése folyamatos, a szélesebb körű elterjesztéshez gyakorlatban hasznosítható javaslatok megfogalmazásra kerülnek.

**A tervezett tevékenységek innovatív, újszerű, a korábbi megoldási módoknál hatékonyabb megközelítést alkalmaznak a településszintű helyi problémák megoldása érdekében.**

**Olyan beavatkozási módok kerülnek kidolgozásra, amelyek fenntarthatósága is biztosított lehet.**