

KOGNITÍV FUNKCIÓROMLÁS VIZSGÁLATA PRAXISKÖZÖSSÉGEKBEN – TANULSÁGOK

VAJER Péter, JANCSÓ Zoltán, CSENERI Orsolya, SZŐLLŐSI Gergő József, ANDRÉKA Péter

Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet, Budapest



Hungarian <https://doi.org/10.18071/isz.75.0185> www.elitmed.hu

Háttér és cél – A „Három generációval az egészségért program” praxisközösségeiben a háziorvosok feladata volt a demencia szűrése mini-COG és Mini Mental State vizsgálattal. Célul tűztük ki a bevontak szűrési eredményeinek, ezek orvos általi értékelésének és a betegek további sorának bemutatását.

Módszerek – A bevontaknál mini-COG teszt után, demenciagyánú esetén végezték el az MMSE tesztet. A vizsgáló a kapott eredményt kóros vagy nem kóros kategóriába sorolta, rögzítette a továbbküldés megtörténtét, az adatokat egy online felületen rögzítette. Vizsgálatunk keresztmetszeti vizsgálat, a célkitűzésekben leírt paraméterek alakulását, illetve megoszlását írjuk le nyers esetszámokkal és részarányokkal. A páciensek bevonása az 55 év felettek körében konszekutív módon történt. Csak azokat az eseteket (29 730) elemeztük, ahol rendelkezésre állt a mini-COG és az MMSE teszt eredménye, azok orvos általi értékelése, a szakellátásba való továbbküldés adatai.

Eredmények – A Mini-Cog teszt alapján a vizsgáltak 64%-ánál merült fel kognitív hanyatlás gyanúja. Misklasszifikáció 13 015 esetben fordult elő, a Mini-Cog teszt pontszámai alapján a kognitív hanyatlás és a háziorvosok által is kórosnak gondolt elváltozás 21%-ban egyezett. Az MMSE teszt a minta 34%-ánál (10 174 fő) vetett fel demenciagyánút, a részt vevő háziorvosok 4262 (42%) főnél ítélték kórosnak az eredményt. A Mini-Cog teszt pontszámok alapján kóros értékkel rendelkező személyek 11%-a (2095 fő), az MMSE teszt pontszámok alapján demenciagyánús személyek 17%-a (1709 fő) kapott beutalót szakellátásba.

Következtetés – Vizsgálatunk a kognitív hanyatlás detektálásának gyakorlatát mérte fel az egészségügyi alapellátásban. A praxisközösségek a demencia szűrése érdekében elfogadott eszközöket használták, a kapott eredmények értékelése és a demenciagyánús esetek szakellátásba

INVESTIGATING COGNITIVE IMPAIRMENT IN COMMUNITIES OF PRACTICE – LESSONS LEARNED

Vajer P, PhD; Jancsó Z, PhD; Csenteri O; Szöllősi GJ; Andréka P, PhD

Ideggogy Sz 2022;75(5–6):185–190.

Background and purpose – In the “Three Generations for Health” programme, general practitioners were responsible for screening for dementia in their practices using mini-COG and Mini Mental State Examination. The aim was to present the screening results of those included, their assessment by the doctor and the further fate of the patients.

Methods – After mini-COG test, MMSE test was performed in case of suspected dementia. The examiner categorized the result as abnormal or no abnormal, recorded the referral, and recorded the data in an online interface. Our study is a cross-sectional study; the evolution and distribution of the parameters described in the objectives are described with raw case numbers and proportions. Patients aged 55 years and over were recruited consecutively. Only those cases (29 730) where mini-COG and MMSE test results were available, their assessment by the physician, and referral data to specialist care were analyzed.

Results – The Mini-COG test revealed that 64% of the subjects were suspected of cognitive decline. Misclassification occurred in 13 015 cases, with 21% of the Mini-Cog test scores matching cognitive decline and 21% of lesions considered abnormal by GPs. The MMSE test raised the suspicion of dementia in 34% of the sample (10 174 people), with 4 262 (42%) of the participating GPs considering the result abnormal. 11% (2095 people) of people with abnormal Mini-Cog test scores and 17% (1709 people) of people with suspected dementia based on MMSE test scores were referred to specialist care.

Conclusion – Our study assessed the practice of detecting cognitive decline in primary health care. The tools adopted for screening for dementia were used by practices, but the assessment of results and referral of suspected cases of dementia to specialist care were below the expected level.

Levelező szerző (correspondent): Dr. VAJER Péter, Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet; 1096 Budapest, Haller u. 29. Telefon: 06306788806, e-mail: peter.vajer@gokvi.hu <https://orcid.org/0000-0002-3393-135X>

Érkezett: 2022. április 12. Elfogadva: 2022. április 26.

irányítása az elvárt szint alatt maradt. Az alapellátók demetiadetektálással, -kezeléssel kapcsolatos ismereteinek fejlesztése, illetve a szakellátással való kapcsolatának erősítése szükséges.

Kulcsszavak: háziorvos, demencia, szűrés

A demencia növekvő gyakoriságú problémát jelent nagymértékű egészségügyi, szociális és gazdasági hatásokkal. A betegség világszerte egyre nagyobb terhet jelent mind az egyének, mind a társadalom számára. A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) országaiban 2017-ben a betegek száma megközelítette a 19 milliót, a róluk gondoskodó családtagok, barátok száma ennek többszöröse lehet. A társadalom öregedésével, különösen a 80 év felettek arányának emelkedése okán, illetve hatékony terápia hiányában 2050-re a demens betegek számának 41 millióra növekedését várja az OECD¹.

A demencia magyarországi prevalenciájáról nincsenek pontos adataink, mivel nem készültek olyan hazai felmérések, amelyek célja konkrétan a demencia prevalenciájának, illetve betegségterhének felmérése lett volna², csak becslésekre lehet hagyatkozni, hiszen szisztematikus adatgyűjtés sem folyik. A demencia prevalenciáját világszerte vizsgáló tanulmány Európa esetében 65 éves életkor felett 6,4%-ra teszi azt, az Alzheimer típusú demencia előfordulási gyakoriságát 4,4%-nak, míg a vascularis típusút 1,6%-nak jelöli. Egy olasz vizsgálat jóval magasabb (12,4%) prevalenciaadatokat talált ugyanebben a korcsoportban³. A nemzetközi adatokból kiindulva Magyarországon 250-300 000 demens beteg lehet.

A fel nem ismert demencia aránya a világ legtöbb országában meghaladja a 60%-ot, a diagnózis elmaradásának ismert kockázatai a férfi nem, a 70 év feletti életkor, a háziorvos által felállított diagnózis, ugyanakkor a Mini-Mental State Exam (MMSE) használata javítja a diagnózis esélyét⁴.

A háziorvosok fontos szerepet játszanak a demencia felismerésében és gondozásában. Kognitív károsodás okozta panaszokkal, tünetekkel jellemzően a családorvosi rendelőben jelentkeznek először a betegek, itt kellene megtörténnie a diagnózis-gyanú felvetésének. A korai felismerés lehetővé teszi a kognitív hanyatlás módosítható okainak befolyásolását, illetve a társbetegségek – például a

There is a need to improve primary care providers' knowledge of dementia detection and treatment and to strengthen links with specialist care.

Keywords: general practitioner, dementia, screening

depresszió – kezelését⁵. A korai diagnózis lehetőséget ad a betegedukáció megkezdésére, a támogatás megszervezésére, és azzal az előnnyel is járhat, hogy a korai stádiumban kezdett terápia javíthatja a tüneteket, illetve a funkcionalitást⁶. A korai diagnózis gondoskodást nyújtók számára is időt és lehetőséget ad a „gondoskodói szerephez” való hozzájárásra, ami segíti a demencia okozta változások elfogadását, illetve a pszichés problémák előfordulási gyakoriságának csökkenésével jár. Az enyhe, illetve közepesen súlyos demencia kapcsán nyújtott kompetens gondoskodás késleltetheti az intézeti elhelyezés idejét, és javítja a gondoskodást nyújtó pszichés jóllétét⁷.

A korai diagnózis mindazonáltal, ha a beteg segítség nélkül, egyedül marad, pszichés zavarokat, az önállóság, adott esetben a munka vagy jogosítvány elvesztésétől való félelmeket okozhat⁸.

A „Három generációval az egészségért program” (2019–2022) elsődleges célja a szív- és érrendszeri betegségek kockázati tényezőinek és a kockázat szintjének felmérése a lakosság minél szélesebb körében a háziorvosok bevonásával, egyénre szabott beavatkozások indítása, továbbá a szívinfarktuson vagy stroke-on átesett betegek gondozása során a beteg-együttműködés javítása. A cardiovascularis fókuszon túl az érintett korcsoportokban csonttörési kockázat-, demencia- és pitvarfibrilláció-szűrés is a program része. A cél eléréséhez a program során ezen tevékenységek monitorozására, a rendszerszintű informatikai háttér megteremtésére és a Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet szervezésében a praxisközösségekben dolgozók szakmai képzésére és folyamatos támogatására is sor került.

A programban való részvételre projektmegvalósítóként háziorvosi praxisközösségek pályázhattak. Az első körben, 2019. első félévében 453 háziorvosi és házi gyermekorvosi praxis kezdte meg szakmai programja megvalósítását 79 konzorcium keretében. Végeredményben összesen 143 konzorciumban országsszerte 806 praxis vett részt a program megvalósításában.

Vizsgálati célkitűzések és módszerek

Célul tűztük ki, hogy a program során a kognitív hanyatlás szűrésébe bevont 55 év feletti populáció esetében leírást adjunk a mini-COG és az MMSE tesztekkel történt szűrés eredményeiről, illetve bemutassuk a szűrési eredmények orvos által történő értékelését és a betegek további sorsának alakulását.

A vizsgálati mintát a háziiorvosi praxisközösségek által a programba bevont azon páciensek alkották, akikről az adatszolgáltatás elektronikusan megtörtént. A páciensek bevonására az 55 év feletti célcsoportból került sor a háziiorvosi praxisokban, a praxisközösségi pályázatukban vállalt keretszám eléréséig. A bevonás konzekutív módon történt – a bármely okból történő rendelésen való megjelenés, illetve adminisztratív okból történő esetkezelés kapcsán – azok körében, akik a megjelölt korosztályba tartoztak, és beleegyeztek a programban való részvételbe. A praxisközösségekben a program ajánlásának megfelelően beleegyező nyilatkozat aláírását követően először mini-COG tesztet végeztek, majd dementia gyanú esetén sor került az MMSE teszt elvégzésére, ugyanakkor az orvos dönthetett úgy is, hogy negatív mini-COG esetén is elvégzi az MMSE tesztet. Kórosnak ítéltük a mini-COG-eredményt, amennyiben: 1. a szóemlékezet 1-2 pont az órateszt eredményétől függetlenül; 2. az órateszt 0 pont; 3. az órateszt negatív, de csak 2 szó ismétlése volt sikeres. A szóemlékezet és az órateszt megfelelése esetén a kognitív károsodás gyanúját elvetettük. MMSE teszt esetén dementia gyanút a 24 pont vagy az alatti érték jelentett. A vizsgálónak a szűrés során kapott eredményt kóros vagy nem kóros kategóriába kellett sorolnia, illetve rögzítenie kellett a továbbküldés megtörténtét is.

Az adatszolgáltatást a részt vevő praxisok központilag biztosított online felületen (Icardio) végezték, ahonnan az adatokat az elemzéshez már személyazonosításra alkalmatlan módon kaptuk meg, ugyanakkor minden egyedi adatsor egy bevont pácienshez kapcsolható maradt, akinek személyazonosságát – szükség esetén – csak a saját háziiorvosa tudta visszafejteni.

Vizsgálatunk keresztmetszeti vizsgálat, melynek során a vizsgálati célkitűzésekben leírt paraméterek alakulását, illetve megoszlását írjuk le. Adataink bemutatása elsődlegesen nyers esetszámokkal és részarányokkal történik. A vizsgálat 2019. január elsején indult, és a jelen elemzéshez szolgáló adatokat 2022. január 30-ig gyűjtöttük. A kiindulási mintaelemszám 89 665 volt, az adattisztítás során törlésre kerültek a duplikált rekordok, az 55 év alatti személyek; így összességében a praxisközösségekben 79 827 páciens esetében végezték el a mini-

COG tesztet, az eredmény 41 582 esetben (52%) nem bizonyult kórosnak. A vizsgálat célkitűzéseinek megfelelően csak azokat az eseteket elemeztük, amelyeknél rendelkezésre állt a mini-COG és az MMSE teszt eredménye, azok orvos általi értékelése, továbbá adatok a szakellátásba való továbbküldést illetően, így a teljes körű adattisztítást követően 29 730 fő adatainak elemzésére került sor.

Eredmények

Jelen keresztmetszeti vizsgálatunkban a dementia szűrésbe bevontak közül 10 973 (37%) férfi és 18 757 (63%) nő adatait elemeztük. Az 55–64 éves korcsoportból 9356 fő (31%), a 65–74 éves korcsoportból 11 879 fő (40%), 75 éves kor és a felett 8495 fő (29%) szerepelt a vizsgálatban.

A Mini-Cog teszten 0 pontszámot ért el 3515 fő (12%), 1 pontot ért el 5112 fő, ami a minta 17%-át jelentette. Kettő pontot ért el 4266 fő (14%) és három pontot 6255 fő (21%), ami azt jelenti, hogy a vizsgálati minta 64%-ának legalább egy pontnyi vesztesége volt, azaz körükben merült fel kognitív hanyatlás gyanúja. Korcsoportos bontásban az 55–64 évesek körében a Mini-Cog teszten elért pontszámok alapján a kognitív hanyatlás gyanújának prevalenciája 56% volt (5206 fő). A 65–74 éves korcsoportban 7602 főt érintett a betegség, a korcsoportban a betegség előfordulási gyakorisága 64% volt. A 75 éves és idősebb páciensek körében négy alatti pontszámot az érintett korcsoport 75%-a (6340 fő) kapott.

Összesen 13 015 esetben fordult elő miszklasszifikáció, amelyből 12 946 (az összes eset 44%-a) esetben a háziiorvos nem ítélte kórosnak azt az eredményt, ami a teszten elért pontszám alapján már dementia gyanúját mutatta, továbbá 69 esetben volt látható, hogy kóros elváltozásként regisztrálták az amúgy normális, maximális pontszámmal rendelkező személyt (**1. táblázat**). A Mini-Cog teszt pontszámai alapján kognitív hanyatlást jelző eredmény és a háziiorvosok által is kórosnak gondolt elváltozás 6202 esetben volt azonos, ami a minta 21%-át jelentette. A teszten maximális pontszámot ért el 10 513 (35%) fő úgy, hogy az eredményt a háziiorvos is a normális tartományba sorolta.

Az MMSE kapcsán 19 556 fő került a normális besorolásba (a minta 66%-a). Enyhe dementia volt megfigyelhető 3260 főnél (11%), mérsékelt dementia 1056 főnél (4%). Súlyos dementia 5858 főt érintett (a vizsgált populáció 20%-a). A teszten elért pontszámok alapján 3725 férfinél és 6449 nőnél merült fel dementia gyanúja, ami mindkét esetben az adott nem belülről 34%-os prevalenciát jelentett.

1. táblázat. A Mini-Cog teszt leíró elemzése

		Mini-Cog 0–3		4		Összesen
		n	(%)	n	(%)	
Nem	férfi	6921	63%	4052	37%	10973
	nő	12227	65%	6530	35%	18757
Korcsoport	55–64	5206	56%	4150	44%	9356
	65–74	7602	64%	4277	36%	11879
	75–X	6340	75%	2155	25%	8495
Az orvos véleménye	kóros	6202	99%	69	1%	6271
	nem kóros	12946	55%	10513	45%	23459
Összesen		19148	64%	10582	36%	29730

2. táblázat. Az MMSE teszt leíró elemzése

		MMSE 0–24		25–30		Összesen
		n	(%)	n	(%)	
Nem	férfi	3725	34%	7248	66%	10973
	nő	6449	34%	12308	66%	18757
Korcsoport	55–64	2469	26%	6887	74%	9356
	65–74	3769	32%	8110	68%	11879
	75–X	3936	46%	4559	54%	8495
Az orvos véleménye	kóros	3221	76%	1041	24%	4262
	nem kóros	6953	27%	18515	73%	25468
Összesen		10174	34%	19556	66%	29730

A korcsoportos bontás szerint az 55–64 évesek körében 2469 főt érintett a betegség, ami a korcsoporton belül 26%-os előfordulási gyakoriságot jelent, a 65–74 évesek körében pedig 32%-ra emelkedett a betegséggyanú előfordulása (3769 fő). A 75 éves és a feletti korcsoportban a páciensek 46%-ánál merült fel – a teszten elért pontszámok alapján – a dementia gyanúja (3936 fő).

Összességében elmondható, hogy az MMSE teszt segítségével a minta 34%-ánál (10 174 fő) a pontszámok alapján dementia gyanúja volt felvethető. Ennek ellenére mindössze 4262 (42%) fő esetén állították a programban részt vevő háziorvosok azt, hogy a vizsgálati eredmény kórosnak tekinthető, és 58%-ban (25 468 fő) válaszolták azt, hogy nem kóros az eredmény. A teszten 24 vagy az alatti pontot elérő, kognitív hanyatlásra gyanús személyek közül 3221 fő (az összes dementiagyánúval rendelkező vizsgálatban szereplő személy 32%-a) esetében ítélték a kapott eredményt kórosnak a háziorvosok, míg a pontszám alapján dementiagyánúval rendelkező 10 174 esetből 6953 (a dementiagyánúval rendelkezők 68%-a) személyt nem kórosként jelölték meg. Nem kóros értékűnek ítélték 25 468 fő pontszámait, azonban az orvosok által

4262 gyanúsnak minősített személy közül a pontszámok alapján 1041 főnél (24%) kóros elváltozás gyanúja nem merülhetett volna fel (**2. táblázat**).

A program során 2233 főt irányítottak a szakellátásba, ami az összes résztvevő 8%-át jelenti. Nemenkénti bontásban a férfiak 6%-át (703 főt) és a nők 8%-át (1530 főt) küldték tovább a szakellátó felé. Korcsoportok szerint az 55–64 évesek 3%-a (316 fő), a 65–74 évesek 6%-a (714 fő) és a 75 éves és a feletti személyek 14%-a (1203 fő) került továbbküldésre. A Mini-Cog teszten elért pontszámok alapján kóros értékkel rendelkező személyek 11%-a (2095 fő), a Mini-Mental teszten elért pontszámok alapján kóros értékkel rendelkező személyek 17%-a (1709 fő) kapott beutalót szakellátásba. Az eredmények háziorvosok általi értékelése alapján történt továbbküldéseket vizsgálva az látszik, hogy a háziorvosok által a Mini-Cog teszt alapján kóros tartományba sorolt 6271 fő közül 1816 főt irányítottak a szakellátás felé, ami az általuk kórosnak ítélt személyek 29%-át jelentette. Az MMSE teszt alapján összesen 4262 főnél állt fent dementia gyanúja az orvosok szerint, közülük 1921 főt küldtek a szakellátás felé, ami 45%-os arányt jelent (**3. táblázat**).

3. táblázat. A szakellátásba való továbbküldés nem, korcsoport, tesztek és az orvos véleménye alapján

		Szakellátásba való továbbküldés				Összesen
		igen n	(%)	nem n	(%)	
Nem	férfi	703	6%	10270	94%	10973
	nő	1530	8%	17227	92%	18757
Korcsoport	55–64	316	3%	9040	97%	9356
	65–74	714	6%	11165	94%	11879
	75–X	1203	14%	7292	86%	8495
Mini-Cog-pontszám	0–24	2095	11%	17053	89%	19148
	25–30	138	1%	10444	99%	10582
Mini-Cog: az orvos véleménye	kóros	1816	29%	4455	71%	6271
	nem kóros	417	2%	23042	98%	23459
MMSE-pontszám	kóros	1709	17%	8465	83%	10174
	nem kóros	524	3%	19032	97%	19556
MMSE: az orvos véleménye	kóros	1921	45%	2341	55%	4262
	nem kóros	312	1%	25156	99%	25468
Összesen		2233	8%	27497	92%	29730

Megbeszélés

A dementia számos, nagymértékű egészségügyi, szociális és gazdasági hatással járó, növekvő gyakoriságú problémát jelent a fejlett országokban, így Magyarországon is¹. A 2019-ben publikált „Dementia in Europe Yearbook” becslése szerint 2050-ig a demenciával élők aránya – elsősorban a 70 év feletti populáció megduplázódása miatt – Magyarországon másfélszeresére nő⁹.

A kognitív hanyatlás időben történő felismerése számos előnnyel jár mind a betegek, mind az őket ápolók, gondozók számára^{6,7}. A nem jól szervezett, szakmailag nem megfelelően lebonyolított és kiértékelt szűrés – elsősorban pszichés – hátrányokkal járhat⁸.

Bár a kognitív hanyatlás szűrésére alkalmas eszközök rendelkezésre állnak, az érintett betegek azonosítása sokszor elmarad. Populációsintű kötelező szűrés helyett a memória- vagy egyéb kognitív zavarra panaszkodó, háziorvosi rendelőben megjelenő betegek célzott vizsgálatának gyakorlata terjedt el^{10,11}, ugyanis egyelőre nem áll rendelkezésre kellő bizonyíték sem a szűrés hasznossága, sem annak esetleges hátrányai mellett. A praxisközösségekben a mini-COG és MMSE teszteket használták a demenciagyánú igazolására. Vizsgálatunkban – bár az irodalomban 65 év feletti életkorban javasolt – az 55 év feletti korosztályban történtek meg a mérések. Már az 55–60 éves korcsoportban is a vizsgált esetek negyedében felmerült a kognitív hanyatlás gyanúja, ez az arány az idősebb korcsoportokban emelkedő tendenciát mutat, rendre jelentősen meghaladva az ismert prevalenciaadatokat.

Így például a 80–84 éves korosztályban az európai adatok alapján várt 15%-os prevalenciával szemben a mintánkban az esetek 50%-ában mutattak ki kóros eredményt. A jelentős különbség fakadhat abból, hogy a mintavétel a rendelőben történt, és igazodva az ajánlásokhoz, elsősorban olyan személyek bevonására került sor, akiknél tünet vagy panasz indokolta azt.

Miközben a mini-COG és az MMSE tesztek használatával nagy arányban születtek kóros eredmények, ezek adekvát interpretációja az esetek túlnyomó többségében elmaradt, sőt megfelelő értékelést követően is csupán az esetek egyharmadában került sor a szakmailag javasolt lépésre: a neurológushoz történő továbbküldésre. *Strohmaier* és munkatársai – 485 fős mintán – alapellátásban felállított dementia diagnózis esetén kevesebb mint 20%-os szakellátásba irányuló beutalási arányt találtak¹². *Villars* és munkatársai hívják fel a figyelmet arra az alapellátásban megfigyelt jelenségre, hogy egyszerre fordul elő az alapellátásban az Alzheimer-betegség aluldiagnosztizálása és a diagnózis vagy annak gyanúja közlésének elmaradása; egyes adatok szerint a háziorvosok fele folytat ilyen gyakorlatot⁵. A diagnózis gyanújának felvetése természetesen nem könnyű, hiszen mind a betegben, mind a hozzátartozókban aggodalmakat kelt, jogi természetű kérdések, gépjárművezetői engedély visszavonásának szükségessége merülhet fel. *Bernstein* és munkatársai azt találták, hogy az alapellátó orvosok mindössze 21%-a érzi magát biztosnak abban, hogy képes a kognitív hanyatlás diagnózisának felállítására¹³. A kapott eredmények nem megfelelő értékelése az ismeretek hiányából is fakadhatott; *Heim* és

munkatársai magyarországi házi orvosok körében folytatott vizsgálatukban rámutattak arra, hogy a házi orvosok 80%-a semmilyen oktatásban nem részesült a dementia tárgykörében, és tehetetlennek érzi magát a betegek kezelését illetően¹⁴. Ismert a házi orvosok gyakorlatában az úgynevezett „watchful waiting” is: ahelyett, hogy időben szakellátásba irányítanak a dementiagyánús beteget, inkább csak megfigyelik egy darabig, ezzel elmulasztva a korai kezelés lehetőségét¹⁵.

Az idősebb populáció tagjait nagyobb arányban irányították szakellátásba, ami fakadhat abból, hogy a dementiával kapcsolatos orvosi percepcióban a dementia időseket érintő betegség¹⁶. A referálás elmaradása ismerethiányból, szakmai bizonytalanságból, illetve nem megfelelő attitűdből, helytelen gyakorlatból fakadhat.

A dementia populációsztintű szűrésének egyik ellenérve, hogy a nem kellően megalapozott diag-

nózisfelvetés felesleges szorongást, félelmet kelt, ebben a családorvosok gyakorlata vizsgálatunkban megfelelő volt, hiszen a negatív eredményeket jól interpretálták, és nem irányították szakellátásba ezeket a betegeket.

Következtetések

Vizsgálatunk az első olyan vizsgálat, ami széles körben mérte fel a kognitív hanyatlás detektálásának gyakorlatát az egészségügyi alapellátás területén hazánkban. A praxisközösségek a dementia szűrésére elfogadott eszközöket használták, ugyanakkor az eredmények értékelése és a dementiagyánús esetek szakellátásba irányítása az elvárt szint alatt maradt. Az alapellátók dementiadetektálással, -kezeléssel kapcsolatos ismereteinek fejlesztése, illetve a szakellátással való kapcsolatának erősítése szükséges.

IRODALOM

1. *OECD. Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia*, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2018.
2. *Érsek K, Kárpáti K, Kovács T, Csillik G, Gulácsi ÁL, Gulácsi L. A dementia epidemiológiája Magyarországon. Ideggyogy Sz 2010;63(05-06):175-82.*
3. *Rizzi L, Rosset I, Roriz-Cruz M. Global epidemiology of dementia: Alzheimer's and vascular types. BioMed Research International 2014;908915. https://doi.org/10.1155/2014/908915*
4. *Lang L, Clifford A, Wei L, et al. Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis. BMJ Open 2017;7(2):e011146. Published 2017 Feb 3. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011146*
5. *Villars H, Oustric S, Andrieu S, et al. The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper. J Nutr Health Aging 2010;14(2):110-20. https://doi.org/10.1007/s12603-010-0022-0*
6. *Murphy K, O'Connor DA, Browning CJ, et al. Understanding diagnosis and management of dementia and guideline implementation in general practice: a qualitative study using the theoretical domains framework. Implementation Sci 2014;9:31. https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-31*
7. *de Vugt ME, Verhey FR. The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers. Prog Neurobiol 2013;110:54-62. https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2013.04.005*
8. *Boustani M. Dementia screening in primary care: not too fast!. J Am Geriatr Soc 2013;61(7):1205-7. https://doi.org/10.1111/jgs.12319_2*
9. *Dementia in Europe Yearbook 2019 Estimating the prevalence of dementia in Europe https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf letöltve: 2022.04.02.*
10. *US Preventive Services Task Force. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2020;323(8):757-63. https://doi.org/10.1001/jama.2020.0435*
11. *Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018. PMID: 30011160.*
12. *Strohmaier U, Keller F, Kilimann I, Michalowsky B, Wucherer D, Zwingmann I, et al. Patients with dementia in primary care: Who is referred to a neurologist/psychiatrist and what patient-oriented factors are associated with the visit? J Alzheimers Dis 2018;64(3):925-32. https://doi.org/10.3233/JAD-180196*
13. *Bernstein A, Rogers KM, Possin KL, Steele NZR, Ritchie CS, Kramer JH, et al. Dementia assessment and management in primary care settings: a survey of current provider practices in the United States. BMC Health Serv Res 2019 29;19(1):919. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4603-2*
14. *Heim S, Busa C, Pozsgai É, Csikós Á, Papp E, Pákáski M, et al. Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care. Primary Health Care Research & Development 2019;20(e92):1-6. https://doi.org/10.1017/S1463423619000203*
15. *Bamford C, Eccles M, Steen N, Robinson L. Can primary care record review facilitate earlier diagnosis of dementia? Fam Pract 2007;24(2):108-16. https://doi.org/10.1093/fampra/cml068*
16. *Vernooji-Dassen M.J, et al. Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. International Journal of Geriatric Psychiatry 2005;20(4):377-86. https://doi.org/10.1002/gps.1302*