

Alzheimer-világnap

szeptember 21.

A kezdeményezésről

A Nemzetközi Alzheimer Társaság kezdeményezte világnap alkalmából a tagszervezetek által több mint 25 éve megrendezett események célja javítani a betegségtudatosságot, felhívni a figyelmet a betegséggel kapcsolatos tévhitekre, illetve a betegek életkörülményeinek javítására. 2012-től a kampányt egész szeptemberre kiterjesztették (Alzheimer-világhónap; World Alzheimer's Month), ennek csúcspontja szeptember 21. A Társaság minden évben ezen a napon teszi közzé a demencia globális terjedésével, visszaszorításával, az aktuális tennivalókkal foglalkozó éves jelentését és ajánlásait.

Az idei évben a világszerte bevezetett járványügyi intézkedések miatt különös figyelem hárul a krónikus állapotok, így a demenciával járó megbetegedések és általában az idős emberek ellátásának hozzáférési korlátaira. Kiemelten fontos, hogy a szükséges orvos-beteg kontaktusok és a betegek támogatását szolgáló társas érintkezések a jelenlegi lehetőségekhez mérten továbbra is megvalósuljanak.

A betegségről

Az Alzheimer-kór a leggyakoribb demenciához vezető neurodegeneratív betegség, amely során az agy bizonyos területein plakkok és zárványok alakulnak ki, ami az agyi funkciók beszűküléséhez, a magatartás megváltozásához, végül a szigorúan monoton, folyamatos progresszió következtében biológiai leépüléshez, az önellátásra való teljes képtelenséghez vezet. A kór kialakulásának okai nem ismertek, de bizonyos rizikófaktorok (pl.: magas vérnyomás, fejtraumák, rosszul kezelt cukorbetegség, egyes nyugtatók, elhízás) növelik a megbetegedés kockázatát.

A betegség kezdetben enyhe formában, általában memóriazavarral jelentkezik: a beteg nem képes új ismereteket szerezni, a korábban tanultakra emlékezni, nehezen ismeri fel a környezetét, különösen idegen helyen könnyen eltéved, emellett elveszíti az időérzékét, nehezen találja a szavakat, nehezen érti az összetett vagy elvont fogalmakat. Magatartása inaktívvá, visszahúzódnóvá, esetleg agresszívvá válhat, néha depresszió, paranoia tünetei jelentkezhetnek. Középsúlyos, súlyos állapotban előbbiek további romlása mellett megszűnik a betegségtudat, csökken a testsúly, a végtagok merevvé válnak, járásképtelenség lép fel, így a mindennapi élet tevékenységei (pl. öltözködés) is egyre nagyobb nehézséget jelentenek. Végül beszédkézsége, beszédértése megszűnik, inkontinencia és epilepsziás rohamok jelentkezhetnek, a mindennapi élet tevékenységeire (öltözködés, fürdés, WC-használat, táplálkozás) képtelenné válik.

Az idős életkor és a halálozás nagyobb esélye miatt ugyanakkor a betegeknek csak egy része járja végig a betegség összes szakaszát. Társuló halálos betegségek nélkül a korai stádiumában megállapított Alzheimer betegség várható fennállási időtartama 5-8 (-10) évre tehető.

A Nemzetközi Alzheimer Társaság a világon 50 millió főre becsüli a demenciával élők számát, legnagyobb részük (külföldi adatok alapján 50-60%-uk) Alzheimer típusú primer demenciával küzd. Jelentős lehet azok száma, akiknek a betegsége (még) nem felismert, vagy az

állapotukra vonatkozóan nem rendelkeznek formális diagnózissal. Ez különösen a közepes és az alacsonyabb jövedelmű országok jellemzője, ugyanakkor a hazai adatok becslését is nehezíti.

A várható életkor növekedésével az Alzheimer okozta demencia előfordulása és az ellátási szükségletek is egyre inkább nőnek – azok minden társadalmi és gazdasági terhével.

Hozzáférés az ellátáshoz

Ha a kezdeti tünetek alapján felmerül a betegség gyanúja, és azok hosszabb ideje fennállnak (a fizikális eltérés hiánya és a normális laboratóriumi értékek miatt) kiemelt szerepe van a kognitív funkciók és az önellátási képesség mérésének, ezzel együtt egyéb betegségek (pl.: depresszió, agydaganat) kizárásának. Későbbi stádiumban a CT, MRI kimutatja az agyi területeken jelentkező atrophiát (sorvadást), illetve kiegészítő lehetőségként funkcionális idegrendszeri képalkotó vizsgálatok is végezhetőek (a SPECT segítségével az agyi véráramlás vizsgálható).

Demencia esetén fontos továbbá a szövődményként fellépő pszichés (pl. delirium, pszichózis, magatartászavarok, depresszió, felborult alvás-ébrenlét ciklus) és szomatikus (kiszáradás, traumák, infekciók) tünetek, valamint a gyakori komorbiditások (pl. hipertónia, ritmuszavarok, halláscsökkenés, vizeleti panaszok) kezelése. Ez optimális esetben interdiszciplináris feladat, amelyben házi orvosok, belgyógyászok, sebészek, traumatológusok, gerontológusok, neurológusok vesznek részt, illetve ha a viselkedési zavarok uralják a klinikai képet, a pszichiáter szakorvos véleménye elengedhetetlen. A beteg kezelőorvosának a feladata a komplex ellátás szervezése és összehangolása, aki kézenfekvően a házi orvos, de bármelyik érintett szakterület képviselője lehet.

A demens beteg egészségügyi ellátása, gondozása tehát alapvetően alapellátási kompetencia, szakorvosi ellátást csak a kóroki diagnózis felállításához, speciális ismereteket, tapasztalatokat igénylő helyzetek megoldásához, valamint a hospitalizációt igénylő állapotok ellátásához szükséges igénybe venni. A demencia alapvizsgálására, a gyógyszeres kezelés beállítására és a betegek gondozására elsősorban a neurológiai járóbeteg-ellátóhelyeken, illetve az ezek keretében működő demencia szakambulanciákon kerül sor, de az állapot kapcsán fekvőbeteg-szakellátás keretében (pl.: pszichiátriai aktív osztályon, gerontopszichiátriai krónikus osztályon, pszichiátriai rehabilitációs osztályon) is rendelkezésre állnak a speciális pszichodiagnosztika elvégzésének feltételei.

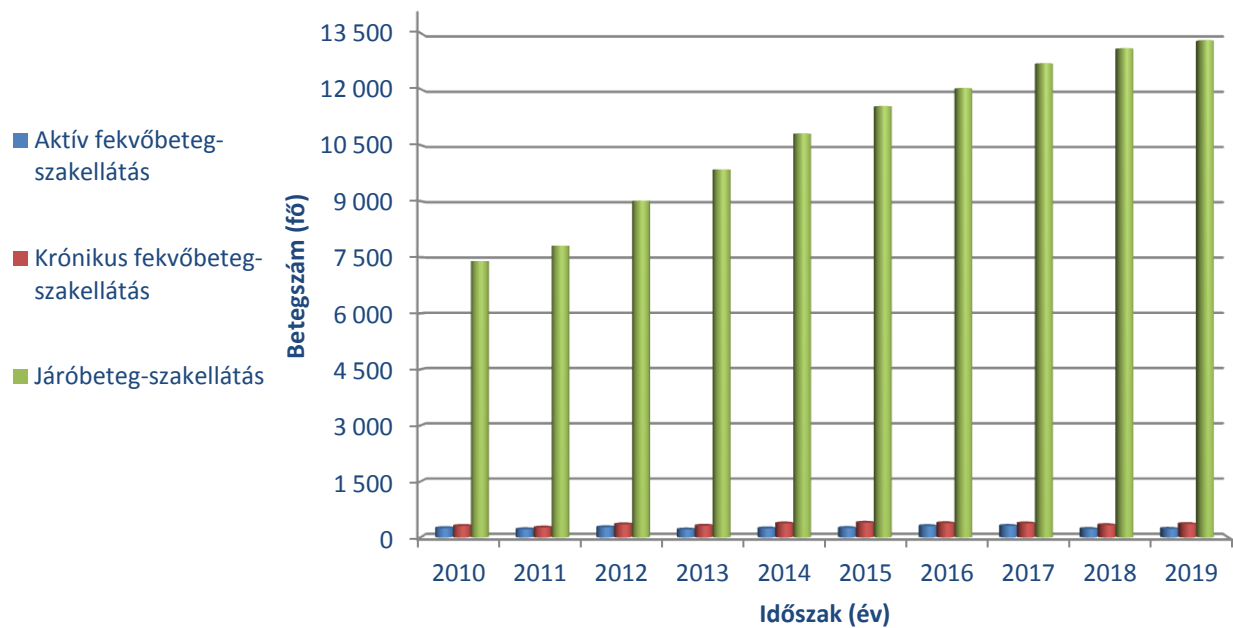
A betegség nem megelőzhető, nem gyógyítható. A gyógyszeres tüneti kezelés célja a funkcionális kapacitás megőrzése, és a kórházi kezelés szükségességének késleltetése. A terápiaválasztás szempontjából a betegség súlyossági fokozatának meghatározása indokolt.

Az enyhe, a középsúlyos, és a súlyos Alzheimer-betegség kezelésére alkalmazható gyógyszerkészítmények árához az egészségbiztosító 50%-os támogatást nyújt. Ezeket neurológiai és pszichiátriai szakképesítéssel rendelkező orvosok írhatják fel.

Mennyibe kerül a betegek ellátása?

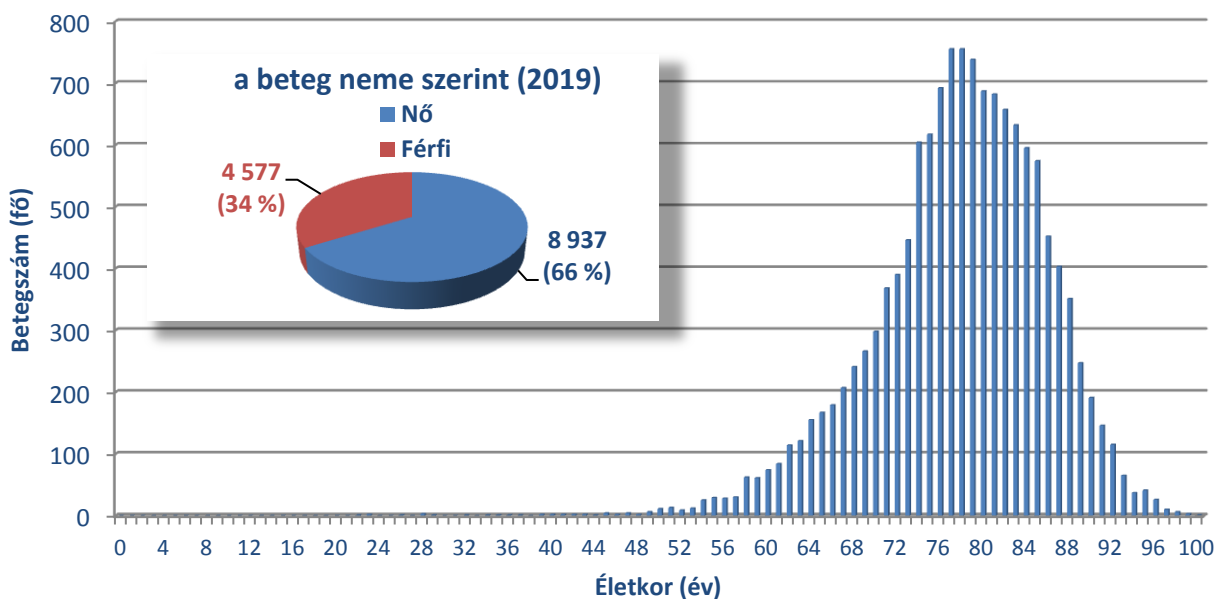
A 2019. finanszírozási év elszámolási adatai alapján összesen 13 514 beteg vett igénybe járó- illetve fekvőbeteg-szakellátást, ahol az ápolást indokoló fődiagnózis Alzheimer-betegség volt. A betegszám tekintetében az elmúlt 10 év során növekvő tendencia figyelhető meg, ami leginkább a járóbetegként ellátottak számának növekedéséből adódott.

Fekvő- és járóbeteg-szakellátásban Alzheimer-betegség indikációban kezelt betegek számának megoszlása az ellátás típusa szerint (2010-2019)

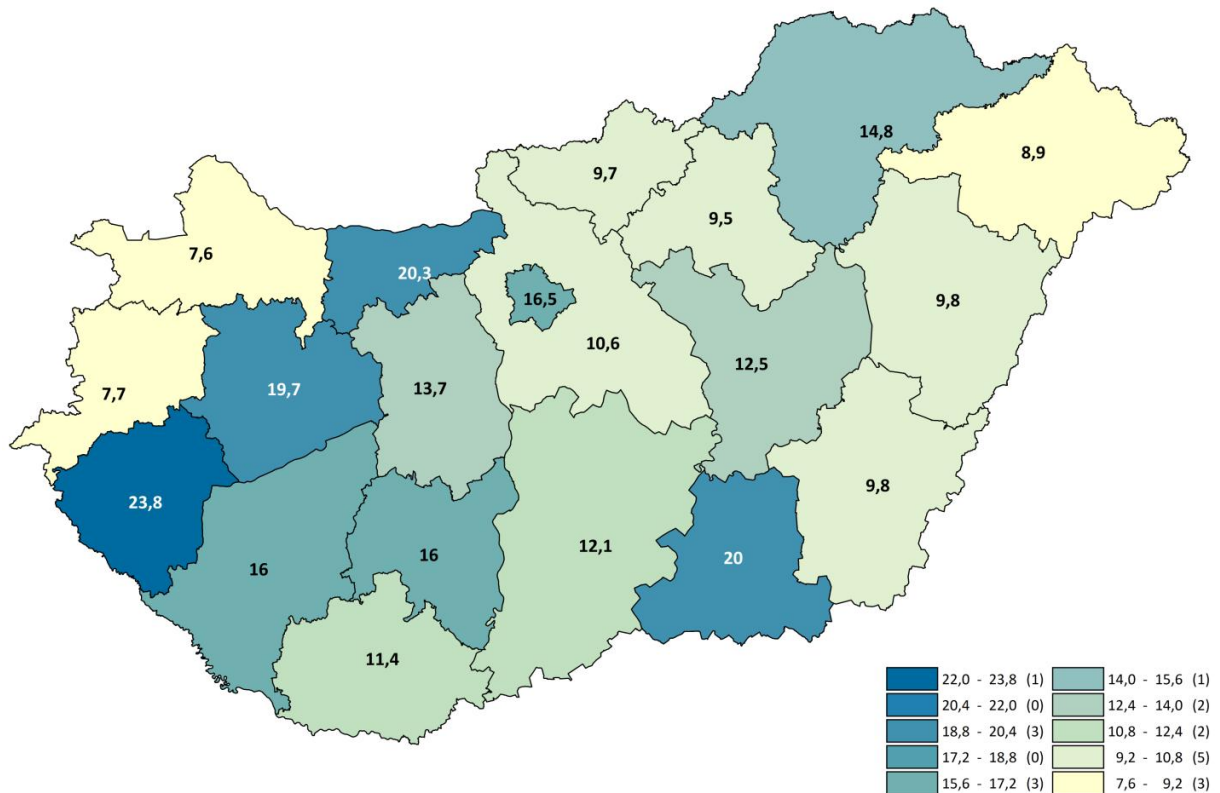


A vizsgált évben ellátottak átlagéletkora 78 év volt. A betegség idős korban való megjelenésének, illetve felismerésének, az életkorhoz és az Alzheimerhez köthető állapotoknak, illetve az idősek szociális státusának is betudható, hogy ők veszik igénybe leginkább az ellátórendszer szolgáltatásait. A nemek közti megoszlás a nemzetközi tapasztalatokhoz hasonlóan nőbetegek hangsúlyosabb arányát mutatja, ami leginkább az idős korú lakosság nemi összetételének tudható be (több nő ér meg magasabb életkort, mint férfi).

Fekvő- és járóbeteg-szakellátásban Alzheimer-betegség indikációban kezelt betegek számának megoszlása a beteg életkora szerint (2019)

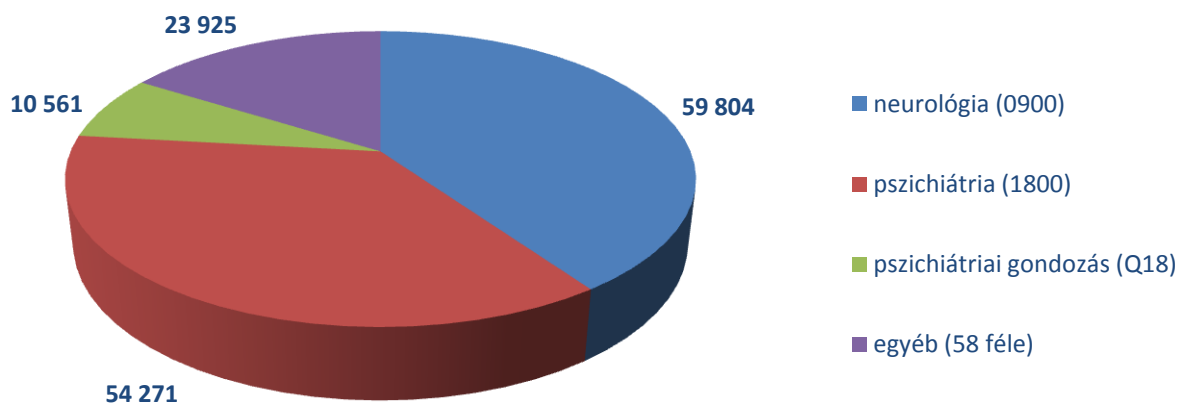


A részletes ellátási adatok alapján megállapítható, hogy a betegek a legtöbbször lakóhelyük megyéjében vették igénybe a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatásokat. Eszerint a szükséges (jellemzően járóbeteg-) ellátások megyei szinten hozzáférhetők, és jellegükből adódóan nem indokolták magasabb progresszivitási szintű, illetve országos centrumok kialakítását. A megyei lakóhellyel rendelkező betegek 10 ezer lakosra jutó száma mutathatja az adott megyében gyakoribb előfordulást, illetve azt is, hogy az ott élő betegek nagyobb hányadának ismerik fel és diagnosztizálják a betegségét.



A szakellátásra, gondozásra jellemzően tehát a járóbeteg-szakellátás keretében kerül sor, amelyben a betegek aktuális állapota, tünetei, panaszai alapján több szakma is részt vehet, 2019. évben jellemzően neurológia, pszichiátria, orvosi laboratóriumi diagnosztika szakmakódon jelentették az ellátásokat. Kifizetés szempontjából első kettő költségaránya volt hangsúlyos, a további kifizetéseken 58 különböző szakma, köztük a diagnosztikai szakterületek osztoznak.

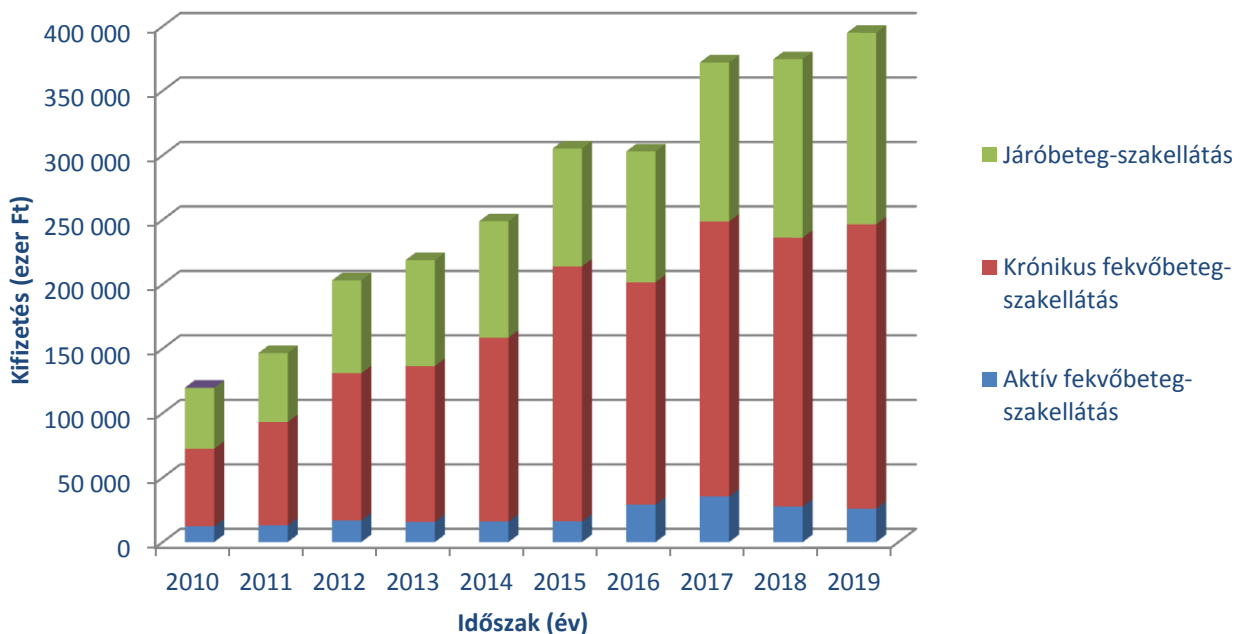
Alzheimer-betegség indikációban végzett járóbeteg-szakellátások finanszírozási értéke szakterület szerint (ezer Ft, 2019)



Legnagyobb esetszámmal kontrollvizsgálatokat és egyéb, célirányos vizsgálatokat, többek közt a koordináció, az agyidegek, a tudatállapot, az alvás/ébrenlét vezérlésének és a perifériás idegrendszer vizsgálatát jelentettek az ellátók (ezekből egy betegre 2019-ben nagyságrendileg két vizsgálat jutott). Az Egészségbiztosítási Alapból a legnagyobb kifizetésre a betegek pszichiátriai vizsgálatai (kognitív folyamatok térképezése, viselkedéstérképezés), az extrapyramidális mozgásszabályozás vizsgálata és a nagy esetszám miatt a kontrollvizsgálatok kapcsán került sor.

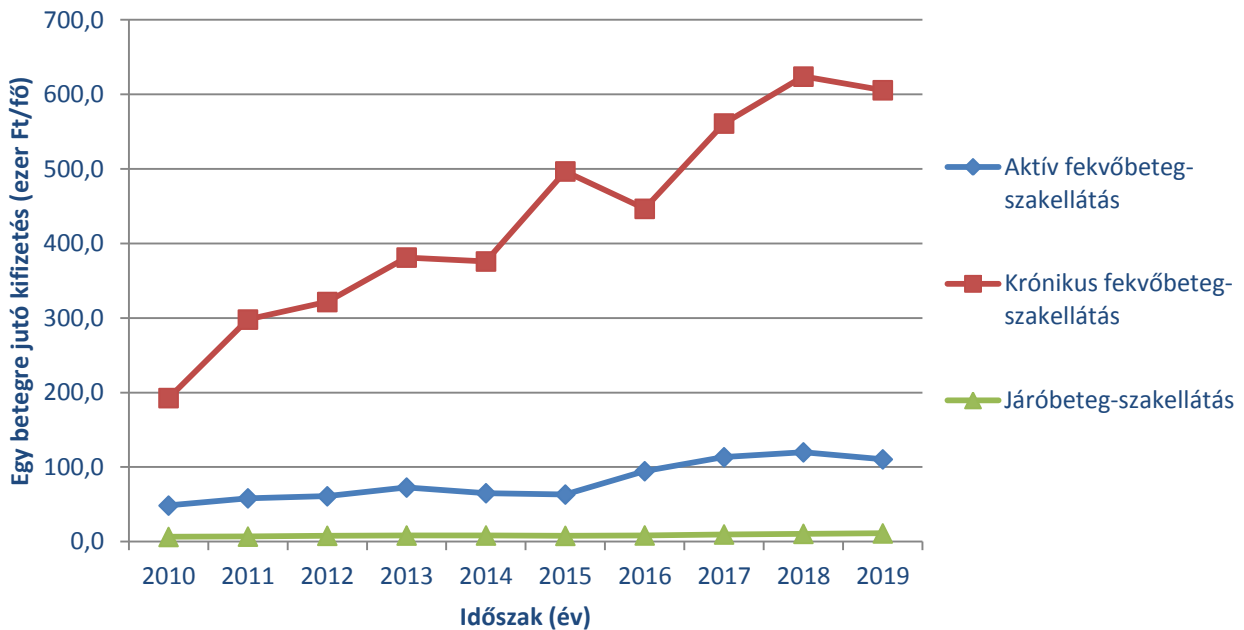
Az Alzheimer-betegség ellátásához kapcsolódó szakellátásokra 2019. évben az Egészségbiztosítási Alapból közel 400 millió forint kifizetés történt. Bár a közfinanszírozott szolgáltatók legnagyobb részben járóbetegek részére nyújtottak ellátást, a kifizetések évről-évre leginkább a krónikus-fekvőbetegek kezeléséből adódnak.

Alzheimer-betegség indikációban végzett szakellátások finanszírozási értéke az ellátás típusa szerint (ezer Ft, 2010-2019)



Az egy betegre vetített kifizetések tekintetében szintén a krónikus-fekvőbetegek ellátása a legkölségesebb, és az elmúlt 10 évben növekvő tendenciát mutatott. Az adatok alapján a krónikus betegek aránya ezen időszak alatt érdemben nem nőtt, így a hosszabb idejű ellátások mögött álló okok keresendők (pl.: súlyosabb, hosszabb idejű ellátást igénylő betegek kerülnek ide, a beteg állapota, családi és szociális helyzete miatt az intézetek kívüli ellátásra nincs lehetőség).

Alzheimer-betegség indikációban végzett szakellátások egy betegre jutó finanszírozási értéke az ellátás típusa szerint (ezer Ft/fő, 2010-2019)



Az Alzheimer kór gyógyszeres kezelése

Jelenleg nem áll rendelkezésünkre az Alzheimer-kór előrehaladását visszafordító vagy azt jelentősen lassító gyógyszer, a kór egyes tüneteit viszont lehet kezelni.

A kezelés tehát elsősorban az Alzheimer-kór tüneteinek csökkentésére irányul, ide értve az álmatlanságot, a szorongást, az ingerlékenységet és a hangulatzavart. Jelenleg két olyan gyógyszercsoport van továbbá forgalomban, amely a szellemi képességek romlásának lassítására alkalmazható: a kolinszteráz-gátlók és a memantine.

Az Alzheimer-gyógyszerekkel kezelt betegek számát és a társadalombiztosítási támogatás összegét az alábbi ábra mutatja be. A donepezil és memantin szabadalma lejárt az elmúlt 10 év során, ennek köszönhető, hogy ugyanakkora TB támogatás összeggel jelentősen több beteg részére biztosítható a kezelés.

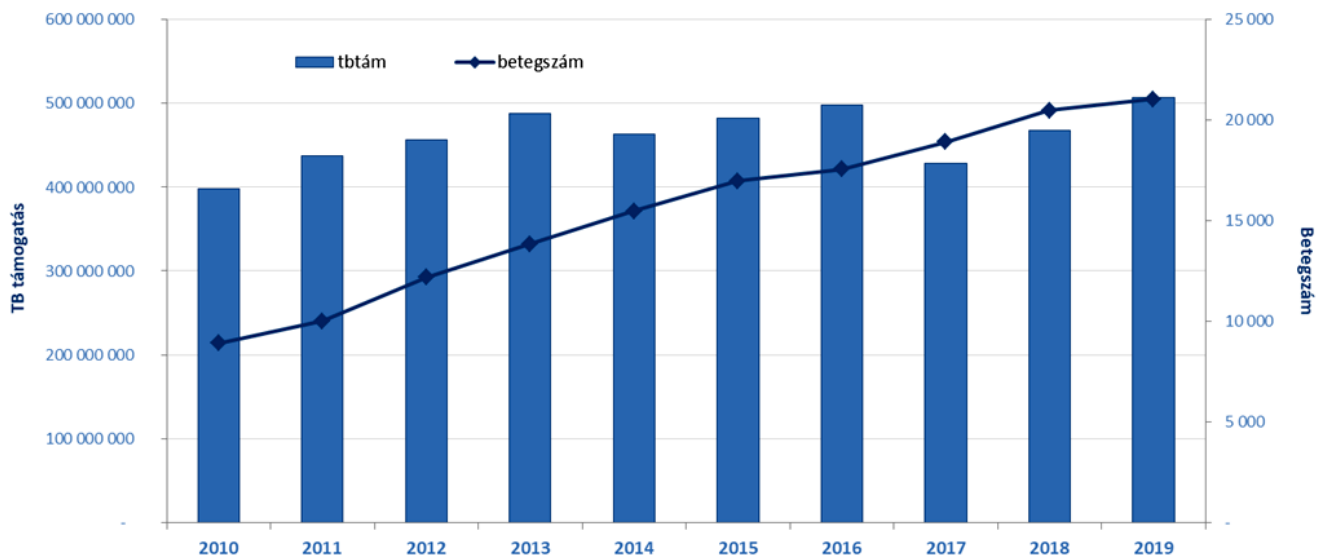
Kolinszteráz-gátlók

Ez a gyógyszercsoport (amibe a donepezil, a rivastigmine és a galantamine tartozik) növeli az agyban a leginkább csökkenő neurotranszmitter (az információt közvetítő kémiai anyag) szintjét. A donepezil, úgy tűnik, korai stádiumú (feledékeny, de még nem demens) betegeknek egy évvel késleltetni tudja az Alzheimer-kór előrehaladását.

Ezek azonban nem mindenkinél jótékony hatásúak. A betegek felénél semmiféle javulás nem észlelhető, ugyanakkor számos mellékhatás jellemzi, ideértve a hasmenést, az émelygést és a hányást.

Memantine

Ez az első olyan készítmény, ami a közepesen súlyos és a súlyos Alzheimer-kór kezelésére is alkalmas, gátolja az agysejtek károsodását, amit egy glutamát nevű neurotranszmitter okoz, ha túl nagy mennyiségben termelődik. Időnként kolinszteráz gátlókkal kombinálják. Leggyakoribb mellékhatása a szédülés, egyes betegeknek fokozhatja a nyugtalanságot és néha zavartságot is okoz.



Kitekintés

Fontos tudatosítani mind a lakosság, mind az ellátók irányába, hogy az Alzheimer, illetve a vele járó állapotok, úgymint a memóriazavarok, a demencia nem feltétlenül az idősödés természetes velejárói. Szükség van tehát ezek megfelelő evidenciákon alapuló, minden beteg számára hozzáférhető egészségügyi ellátására, a krónikus betegségek esetében elvárható hosszú távú szakmai támogatásra és a jól strukturált szociális hálóra, amely érdemben képes hozzájárulni a beteg gondozásához, az egyéni félelmek és a társadalmi megbélyegzés megfelelő kezeléséhez és a betegért felelős személyek, gondozók munkájának edukációs, jogi, mentális és anyagi támogatásához is.