



Czas na Narodowy Plan Alzheimerowski w Polsce



Materiały Prasowe

Patronat Honorowy



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH



Warszawa, dnia 21 września 2011 r.

KOMUNIKAT PRASOWY

**„Czas na Narodowy Plan Alzheimerowski”
21 września —Światowy Dzień Choroby Alzheimera**

Więcej informacji:

D&D Communication
ul. Głogowska 18
01-743 Warszawa
tel.: 500 210 107
e-mail: renata.obuchowska@ddc.com.pl

NARODOWY PLAN ALZHEIMEROWSKI

Założenia

I. Geneza powstania i społeczne znaczenie choroby Alzheimera (zgodność planu z inicjatywami i dokumentami europejskimi)

Kraje członkowskie zostały wezwane do uznania otępienia jako zadania priorytetowego dla opracowania krajowych strategii walki z tą chorobą, poprawy upowszechnienia informacji o niej, koordynacji i współpracy w działaniach pomiędzy wszystkimi podmiotami zajmującymi się chorobami neurozwyrodnieniowymi, oceny procedur administracyjnych oraz zwiększenia kompetencji osób pracujących w systemie opieki zdrowotnej i społecznej w celu zapewnienia jak najlepszej jakości opieki nad chorym i jego opiekunami. Komisja Europejska została poproszona o podjęcie inicjatywy, w zakresie czterech obszarów, a mianowicie:

- badań naukowych;
- wymiany doświadczeń w zakresie diagnozowania i leczenia otępienia;
- poprawy jakości informacji epidemiologicznej;
- wymiany doświadczeń w sprawie ochrony praw pacjentów z otępieniem.

II. Edukacja

W ciągu ostatnich lat poziom wiedzy na temat choroby Alzheimera w polskim społeczeństwie wyraźnie się podniósł, ale nadal jest niewystarczający. Konieczne jest zaplanowanie i przeprowadzenie szerokiej akcji edukacyjnej skierowanej do:

- polityków i decydentów w celu uświadomienia społecznych wyzwań, jakie stwarza choroba Alzheimera i inne choroby mózgu oraz możliwości sprostania tym wyzwaniom;
- szerokiego kręgu ludzi, wśród których żyją i pracują chorzy na chorobę Alzheimera w celu przybliżenia problemów, z jakimi borykają się chorzy i co można zrobić by im pomóc;
- osób starszych potencjalnie zagrożonych chorobą w celu szybszego i bardziej kompetentnego podejrzenia pierwszych jej objawów;
- środowisk medycznych w celu szybszego i bardziej kompetentnego postępowania medycznego z chorymi.

III. Badania naukowe

Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie przedstawiło w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego na początku tego roku projekt Narodowego Programu Badań Chorób Mózgu Prowadzących do Otępienia, w ramach którego znalazło się m. in.:

- zaplanowanie i przeprowadzenie populacyjnego badania epidemiologicznego dotyczącego występowania zaburzeń funkcji poznawczych, otępienia i choroby Alzheimera w Polsce pozwalającego na uzyskanie wiarygodnych danych do planowania strategicznych działań w zakresie leczenia i opieki chorych na chorobę Alzheimera w Polsce;
- stworzenie krajowego banku materiału biologicznego (genetycznego, próbek płynów ustrojowych i mózgow uzyskanych pośmiertnie od osób z otępieniem wraz ze standaryzowanym opisem klinicznym), w oparciu o sieć istniejących ośrodków naukowych mających możliwość przechowywania w/w materiału w celu prowadzenia badań naukowych we współpracy z zagranicznymi ośrodkami naukowymi. \

IV. Organizacja pomocy medycznej (diagnostyka i leczenie)

1. Stworzenie w oparciu o istniejącą strukturę organizacyjną i kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w kilku jednostkach służby zdrowia w Polsce modelowych ośrodków pomocy medycznej dla chorych na chorobę Alzheimera. Ośrodki te powinny zatrudniać geriatrów, neurologów, psychiatrów i psychologów oraz mieć podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na porady w zakresie w/w specjalności oraz hospitalizacje dzienne. Zadaniem tych ośrodków jest również zidentyfikowanie potrzeb (np. w zakresie pomocy środowiskowej czy terapii nefarmakologicznej) i wypracowanie modelu pomocy medycznej chorym na chorobę Alzheimera. Pozwoli to także na zdefiniowanie trudności w udzielaniu tej pomocy.
2. Przyjęcie założeń i opracowanie programu terapeutycznego dla chorych na chorobę Alzheimera, który pozwoli na kompleksowe, wielospecjalistyczne leczenie chorych w oddziałach dziennych, poradniach i w domu, w tym w okresie końcowym (opieka paliatywna).
3. Wystąpienie poprzez Ministerstwo Zdrowia do Narodowego Funduszu Zdrowia o przyjęcie w/w programu terapeutycznego i rozpisanie konkursu na świadczenia w tym zakresie.

V. Opieka nad pacjentem

1. Opracowanie standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki paliatywnej również w warunkach domowych.
2. Stworzenie szerokiej sieci specjalistycznych placówek opieki instytucjonalnej dla chorych z otępieniem, takich jak:
 - placówki całodobowe (pobyt stacjonarny, pobyt czasowy i krótkoterminowy pełnopłatny);
 - placówki dzienne (terapia i rehabilitacja osób w lekkim i umiarkowanym stadium choroby);
 - grupy terapeutyczne dla osób we wczesnym stadium choroby.
3. Wprowadzenie standardu badania wszystkich pacjentów po 65 roku życia przesiewowymi testami pamięci przez pielęgniarki w ramach wizyty u lekarza POZ.
4. Zapewnienie chorym dostępu do nowoczesnych w pełni refundowanych leków.

5. Wsparcie finansowe opieki dla chorego przebywającego w domu, w postaci:

- zaliczenia opiekunowi czasu opieki w domu nad chorym do okresu składkowego dla celów emerytalno-rentowych w przypadku rezygnacji z pracy zawodowej;
- „bonów opiekuńczych” przyznawanych choremu na pokrycie kosztów płatnej opieki sprawowanej przez opiekuna zawodowego lub rodzinnego z uwzględnieniem kryterium dochodowości innego niż wynikającego z ustawy o pomocy społecznej.

6. Zapewnienie chorym i opiekunom możliwości udziału w specjalistycznych turnusach rehabilitacyjno-wypoczynkowych (dla chorego: opieka, terapia, rehabilitacja; dla opiekuna rehabilitacja, wsparcie psychologiczne).

7. Stworzenie w polskim prawie instytucji „testamentu za życia” zapewniającego skuteczne i ustawowo umocowane rozwiązania w dziedzinie wyrażania swej woli za życia przy zachowaniu odpowiednich zabezpieczeń prawnych.

8. Opracowanie programu i zapewnienie środków na działania edukacyjne:

- społeczeństwa;
- opiekunów domowych;
- kadry medycznej;
- pomocy społecznej.

9. Inicjowanie i prowadzenie badań społecznych i humanistycznych oceniających m.in. społeczne koszty choroby, obciążenia opieką, poziom życia chorych, opiekunów i rodzin.

10. Uznanie roli i miejsca organizacji alzheimerowskich w systemie wszechstronnej opieki nad chorymi na chorobę Alzheimera oraz finansowe wspieranie ich działań m.in. w formie powierzania zadań zleconych.

CHOROBA ALZHEIMERA – opracowanie członkowie Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego w składzie: prof. dr hab. med. Maria Barcikowska, prof. dr hab. med. Andrzej Szczudlik, prof. dr hab. med. Grzegorz Opala, prof. dr hab. med. Tadeusz Parnowski, prof. dr hab. Jacek Kuźnicki, dr hab. med. Tomasz Gabryelewicz

Na podstawie:

Choroba Alzheimera. Red.: Tadeusz Parnowski. PZWL Warszawa 2010

Rozpoznawanie i leczenie otępień. Czelej, Lublin 2006

Rozpoznawanie i leczenie otępień, wydanie 2, Warszawa 2011, w opracowaniu

Choroby mózgu jednym z priorytetów polskiej Prezydencji w Unii Europejskiej

W Polsce obecnie liczba osób powyżej 65 roku życia wynosi 4,85 miliona, co stanowi 13% populacji ogółem. Eksperci szacują, iż do 2030 roku grupa ta powiększy się o 3,61 miliona i będzie wynosiła 8,5 miliona. W tym czasie nastąpi również wzrost przeciętnego trwania życia. W przypadku mężczyzn o 7,2 lat do 77,6 lat życia oraz dla kobiet 4,5 roku do 83,3 lat życia. Według standardów demograficznych, populacja Polski już osiągnęła etap starości demograficznej.

Wraz z rosnącą średnią długością życia oraz malejącym przyrostem naturalnym ta różnica będzie się pogłębiać. Obecny poziom dzietności w Polsce wynosi 1,2, natomiast dla utrzymania populacji powinien być na poziomie 2,1. Mieszkańcy Europy są już starsi od jakiegokolwiek innego większego regionu na świecie.

Na choroby mózgu cierpi 127 milionów Europejczyków (27% populacji). Najnowsze badania *European Brain Council – 2005* pokazują, że choroby mózgu stanowią ponad jedną trzecią (35%) ogółu kosztów ochrony zdrowia w Europie. W 2004 roku koszty chorób mózgu w Europie sięgnęły 386 miliardów euro, co odpowiada 829 euro na mieszkańca. Obciążenia związane z chorobami mózgu są w przybliżeniu takie same, jak te spowodowane chorobami nowotworowymi i sercowo-naczyniowymi liczonymi razem.

Choroby neurologiczne wieku podeszłego

Dynamiczny przyrost populacji ludzi w wieku podeszłym będzie jednym z największych wyzwań XXI wieku. Wśród licznych problemów związanych z procesem starzenia się społeczeństw istotną rolę odegrają problemy chorób wieku podeszłego. Jeśli nie zajdą istotne zmiany, to w zakresie ochrony zdrowia największym i ciągle niedocenianym problemem będzie sytuacja chorych z chorobami neurodegeneracyjnymi i naczyniowymi układu nerwowego i ich opiekunów.

Świadomość skutków chorób mózgu powinna systematycznie w społeczeństwie rosnać, ale przede wszystkim wśród tych, którzy dysponują leczenie i badania naukowe i kreują politykę europejską, w tym politykę w zakresie ochrony zdrowia. W Europie na prace badawcze nad mózgiem w 2005 roku wydano 9 euro na mieszkańca. W tym samym roku USA wydały na badania nad mózgiem 48 euro na mieszkańca. Europa tym samym i Polska powinny zwiększyć nakłady na badania nad chorobami mózgu.

Zdrowie w podeszłym wieku jest jednym z największych wyzwań, jakie stoją przed starzejącą się Europą. Aktywne zdrowe starzenie jest szeroko rozumianym priorytetem strategicznym, w którym choroby mózgu stanowią istotny element. Niezmiernie ważne jest zatem, aby Polska dostrzegła to wyzwanie i umieściła problemy chorób mózgu wśród priorytetów swojej Prezydencji.

Choroba Alzheimera

Choroba Alzheimera jest chorobą zwyrodnieniową mózgu (nie pojawia się na skutek narastania zmian miażdżycowych naczyń mózgowych!). Polega ona na zaniku komórek nerwowych i ich połączeń, który jest spowodowany odkładaniem się w tkance mózgowej białek o patologicznej strukturze (beta-amyloidu, białka tau i alfa-synukleiny). Przejawia się otępieniem – chory przestaje interesować się otoczeniem, traci pamięć, poczucie czasu i miejsca. Występują zaburzenia zachowania i niemożność prawidłowego funkcjonowania w codziennym życiu.

Liczbę osób z chorobą Alzheimera na świecie ocenia się na 15-21 milionów. Ekstrapolując wyniki różnych badań epidemiologicznych, w tym polskich, szacuje się, że w naszym kraju różne postacie otępienia dotyczą około 500 tys. osób, w tym połowę tej liczby zajmuje otępienie typu Alzheimera. Przewiduje się, że liczba osób z otępieniem, w wybranych 29 rozwiniętych krajach, wzrośnie w roku 2025, w porównaniu z rokiem 1980, o kilkadziesiąt do kilkuset procent. Ogólna zasada mówi, że zachorowalność na AD podwaja się mniej więcej w okresach co 5 lat u osób pomiędzy 65 a 85 rokiem życia (Ritchie 2002). Dla ludzi, którzy przekroczyli 85 rok życia zasada ta już nie obowiązuje.

Nie jest możliwe, pewne, przyżyciowe rozpoznanie tej choroby, ponieważ jak dotąd nie znaleziono substancji lub czynnika biologicznego (markera) choroby Alzheimera. Pewne rozpoznanie można postawić wyłącznie na podstawie badania sekcyjnego. Ogólne kryteria rozpoznawcze choroby Alzheimera zawarte są w czterech punktach:

- spełnione kryteria zespołu otępiennego (zespół psychopatologiczny spowodowany chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe czynności korowe, jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena; świadomość przeważnie nie jest zaburzona; wymagane jest utrzymywanie się tych objawów co najmniej przez 6 miesięcy;
- podstępny początek z powolnym pogarszaniem się stanu pacjenta;
- brak objawów klinicznych i wyników innych badań, które wskazywałyby na możliwość wystąpienia otępienia, jako rezultatu innych chorób układowych lub chorób mózgu;
- brak nagłego, udarowego początku lub objawów uszkodzenia ogniskowego ośrodkowego układu nerwowego.

Do tej pory nie udało się określić w pełni wiarygodnego swoistego markera lub wypracować testu pozwalającego na rozpoznanie choroby Alzheimera w stadium bezobjawowym oraz różnicowanie jej z objawami fizjologicznego starzenia. Prowadzone są liczne badania naukowe, w tym genetyczne, celem opracowania takiego markera.

Każdy pacjent z zespołem otępiennym powinien mieć wykonane podstawowe badania biochemiczne krwi, w tym m.in. oznaczenie stężenia witaminy B12, kwasu foliowego, hormonów tarczycy. Służy to wykluczeniu lub potwierdzeniu czynników etiologicznych innych niż proces pierwotnie zwyrodnieniowy. Stwierdzenie w badaniach obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) zaniku mózgu nie wystarczy do rozpoznania choroby Alzheimera. Badania te są jednak niezbędne w pierwszym okresie diagnozowania do wykluczenia guza mózgu, przewlekłego krwaka, wodogłowia normotensyjnego i innych chorób ośrodkowego układu nerwowego. Wiadomo, że najwcześniejsze zmiany patologiczne w chorobie Alzheimera zlokalizowane są w płacie skroniowym. Zanik struktur płata skroniowego dotyczy zwłaszcza jego powierzchni przyśrodkowej: hipokampu, ciała migdałowatego i zakrętu przyhipokampowego.

Obecnie uważa się, że tylko badanie rezonansem magnetycznym może być przydatne, w pewnym stopniu, w ocenie objętości układu hipokampalnego. Służy ono także ocenie zaników płatów czołowych, a przede wszystkim – zmian naczyniopochodnych w strukturach podkorowych, istocie białej i korze nowej.

Badania neuroobrazowe czynnościowe, takie jak funkcjonalny rezonans magnetyczny, SPECT i PET, wydają się być użyteczne w różnicowaniu wczesnych faz otępienia. Za pomocą SPECT oznacza się szybkość przepływu przez naczynia mózgowie w różnych obszarach mózgu, a PET pozwala na obrazowanie zużycia glukozy przez mózg. Typową lokalizacją najwcześniejszych deficytów przepływu dla choroby Alzheimera jest okolica ciemieniowo-skroniowa.

Spektroskopia rezonansu magnetycznego odgrywa pewną rolę w diagnostyce wczesnych form otępienia. Pozwala ona określić stopień zaniku neuronów i szybkość narastania glejozy mózgu na podstawie przesunięć w zawartości metabolitów, przekaźników i enzymów mózgowych.

Obecnie prowadzone są liczne badania nad metodami określania przyżyciowo liczby patologicznych złogów beta-amyloidu i neuronów z cechami zwyrodnienia neurofibrylarnego.

Czynniki ryzyka choroby Alzheimera

Żaden z czynników ryzyka, zarówno pewnych, czy prawdopodobnych, nie inicjuje choroby samodzielnie. Wydaje się jednak, że ich skojarzenie lub nakładanie się zwiększa możliwość zachorowania. Do tej pory bezspornym i jedynym czynnikiem ryzyka zachorowania na chorobę Alzheimera jest wiek. Oczywiście jest także, że nosicielstwo mutacji odpowiednich genów powoduje zachorowanie nawet ze stuprocentową pewnością.

Pamiętać jednak należy, że grupa chorych o znanym dziedziczeniu dotyczy nie więcej niż 1,5% do 5% wszystkich przypadków choroby Alzheimera. Wiadomo także, że polimorfizm genu APOE jest jedynym potwierdzonym, wielokrotnie uznanym czynnikiem ryzyka i zwiększa ryzyko zachorowania nawet kilkunastokrotnie. Określona mutacja dotycząca tego genu jest obecna w 16% w populacji tzw. kaukaskiej i u 35-40% osób z chorobą Alzheimera.

Wieloletnie badania naukowe potwierdzają istotny wpływ stanu naczyń mózgowych pacjentów na czas pojawienia się choroby i nasilenie objawów otępiennych. Innym dyskutowanym środowiskowym czynnikiem ryzyka jest poziom wykształcenia. Na podstawie badań czynników ochronnych w chorobie Alzheimera

ustalono, że im więcej lat nauki, tym objawy kliniczne rozwijają się później, a przebieg choroby bywa łagodniejszy.

Samotne życie oraz brak kontaktów towarzyskich i rodzinnych wydają się także sprzyjać rozwojowi choroby Alzheimera. Dyskusyjny i ciągle nieudowodniony naukowo jest ochronny wpływ hormonalnej terapii zastępczej. Innym sugerowanym i niepotwierdzonym czynnikiem ochronnym było przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych lub antyoksydantów w okresie przed pojawieniem się klinicznych objawów choroby.

Obraz kliniczny choroby Alzheimera

Czas trwania choroby Alzheimera od rozpoznania do zgonu może wynosić od 2 do 12 lat. Przebieg i nasilenie poszczególnych objawów jest indywidualnie zmienny. Im bardziej zaawansowana jest choroba, tym zaburzenia są silniejsze. Chorobę Alzheimera charakteryzuje stopniowe narastanie objawów otępienia. Przypuszcza się, że choroba rozwija się dłużej, niż dotąd sądzono, a okres bezobjawowy trwa od kilku do kilkunastu lat. W chorobie Alzheimera wyróżnia się trzy stadia z charakterystycznymi dla nich objawami. Granice pomiędzy poszczególnymi etapami rozwoju choroby są płynne:

- I. okres utajenia (bezobjawowy) – gdy nie ma uchwytnych zmian w stanie psychicznym;
- II. okres prodromalny – gdy występują niewielkie objawy psychopatologiczne nie należące do obrazu klinicznego zespołu otępiennego;
- III. okres rozwiniętej choroby (otępienia) – w którym stwierdza się obecność mniej lub bardziej nasilonych objawów klinicznych spełniających przyjęte na świecie kryteria rozpoznawcze otępienia typu Alzheimera.

W okresie otępienia choroby Alzheimera można wyróżnić trzy etapy:

Etap I – otępienie o nasileniu niewielkim, charakteryzujące się zmianami w zakresie sprawności intelektualnej, funkcjonowania, zmian zachowania (częściej zauważanych przez opiekuna niż przez chorego), wymagających okresowego opiekania się chorym;

Etap II – w którym występują wyraźne zaburzenia pamięci i innych procesów poznawczych (np. zaburzenia językowe, charakteryzujące się brakiem słów), znaczne zaburzenia zachowania, rytmów biologicznych (np. zaburzenia snu, nadmierne lub brak łaknienia) i występowaniem objawów psychotycznych (omamy, urojenia). Na tym etapie konieczna jest stała opieka;

Etap III – otępienie o nasileniu znacznym, w którym kontakt werbalny ulega bardzo znacznemu ograniczeniu lub zanika. Pozostaje kontakt emocjonalny. Występują zachowania agresywne, nasilone zaburzenia snu, łaknienia, stopniowa utrata możliwości ruchowych, aż do całkowitego unieruchomienia. Na tym etapie konieczna jest opieka i pielęgnacja.

Etap I

Początek choroby często bywa niezauważony. Zaobserwowanie występowania zaburzeń pamięci jest najczęściej traktowane w starszym wieku jako fizjologia. Jednak obraz kliniczny choroby Alzheimera poza

tym, że cechuje się różnorodnością stwierdzanych objawów, przede wszystkim wykazuje wyraźną dynamiką – stopniowym narastaniem objawów. Do najwcześniejszych objawów należą zaburzenia pamięci, głównie semantycznej (zdolność nazywania przedmiotów, tworzenie pojęć, wiedza o otaczającym świecie).

Wczesne objawy choroby dotyczą również upośledzenia innych procesów poznawczych (zaburzenia w skupieniu uwagi, w percepcji, myśleniu, planowaniu, komunikowaniu się z ludźmi i ze środowiskiem); staje się to przyczyną obniżenia nastroju, utraty witalności, narastania chwiejności uczuciowej, deterioracji osobowości i trudności w wykonywaniu codziennych zadań. Zaburzenia procesów poznawczych we wczesnych stadiach choroby charakteryzują się:

- pozostawianiem rzeczy w niewłaściwych miejscach, niemożnością znalezienia podstawowych przedmiotów w domu, w samochodzie, w środkach komunikacji miejskiej;
- wzrastającą potrzebą sprawdzania wykonania różnych czynności i korzystania z pomocy innych;
- wielokrotnym powtarzaniem uwag i pytań;
- jedynie krótkotrwałym zapamiętywaniem informacji i wyuczonych czynności;
- niezdolnością do dokończenia rozpoczętego opowiadania (pacjentowi trudno opowiedzieć książkę, film, itp.);
- trudnościami w nauczeniu się nowych lokalizacji (chory jest zagubiony, np. w czasie zmiany miejsca pobytu, w czasie wakacji itd.);
- wielokrotnym powtarzaniem czynności, np. spożywaniem posiłków, zażywaniem leków, karmieniem zwierząt, dokonywaniem zakupów, wykonywaniem czynności związanych z higieną ciała itp.

Zaburzenia te mogą być mylone z prostym zapominaniem, które często zdarzają się u ludzi, szczególnie starszych. Przykładowe różnice w tym zakresie między osobami zdrowymi i z chorobą Alzheimera przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Objawy występujące u osób zdrowych i w wczesnym etapie choroby Alzheimera

Objawy prawidłowe	Wczesne objawy choroby Alzheimera
trudności ze znalezieniem kluczy	częste chowanie rzeczy w dziwnych miejscach
zapominanie słów i nazwisk	zapominanie nazwisk członków rodziny i nazw rzeczy
zapominanie o szczegółach rozmowy	często zapominanie o odbytej rozmowie
trudności ze zrozumieniem instrukcji	trudności z wykonaniem zadania zgodnie z instrukcją
zapominanie o zapłaceniu rachunków	trudności z płaceniem rachunków i procedurami bankowymi
zapominanie o potrzebie odwołania spotkania	wycofywanie się z dotychczasowych aktywności
sporadyczne skręcanie w nieprawidłową stronę	gubienie się w znajomych miejscach

W pierwszym etapie choroby podstawowym objawem są specyficzne zaburzenia pamięci operacyjnej. Polegają one na trudnościach w zapamiętywaniu nowych informacji. Już na tym etapie zaburzenia zapamiętywania mogą wpływać na czynności codzienne. Nietrwałość śladu pamięciowego przyspiesza zapominanie oraz powoduje trudności w przypomnieniu informacji. Zaburzenia aktywności poznawczej w chorobie Alzheimera pojawiają się często w sposób podstępny i zdradliwy. Specyfika obrazu klinicznego w pierwszym etapie choroby zależy w dużym stopniu od potencjału intelektualnego pacjenta i wykształcenia, od mechanizmów kompensacyjnych danej osoby, a więc od plastyczności mózgu i możliwości radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Zaburzenia pamięci początkowo przejawiają się trudnościami w przypomnieniu tego, co zdarzyło się niedawno – przed minutą, godziną, dobą. Stopniowo narasta ich częstotliwość – początkowo mogą pojawiać się raz w tygodniu, potem codziennie, a w końcu prawie bezustannie. Trudności w przypomnieniu sobie nazw rzeczy lub imion ludzi stają się widoczne dla najbliższych. Współpracownicy zaczynają dostrzegać mniejszą sprawność chorego. Bardzo irytujące dla otoczenia stają się nieustannie powtarzane przez pacjenta pytania. Dzieje się tak wtedy, gdy chory nie pamięta o co pytał i nie pamięta, że uzyskał odpowiedź. To nasilanie zapominania wynika z patologicznej nietrwałości śladu pamięciowego. Wzmożona podatność śladu pamięciowego na interferencje uniemożliwia trwałe zapamiętanie. To, co nie zostało utrwalone, bądź jest utrwalone w sposób niedostateczny, nie może być odzyskane lub jest przypomniane w sposób nieprecyzyjny i niepełny. Łatwa rozpraszalność uwagi powoduje, że chory bezustannie czegoś szuka. Znajdując schowane przedmioty, ponownie je chowa w znacznie bezpieczniejsze miejsce i znowu ponawia szukanie. Rzeczy najbardziej osobiste i ważne dla chorego jak portfel, okulary, dokumenty zaczynają mieć nadzwyczajne znaczenie – będzie zatem nosił je przy sobie np. w torbie lub reklamówce. W efekcie może znaleźć klucze w piekarniku, a okulary w koszu na bieliznę. Chory nie pamięta, że sam te przedmioty tam schował i oskarża bliskich o robienie mu przykrości, reaguje podejrzliwością. W późniejszych etapach choroby szukanie może przybrać postać obsesji. Skutkiem tego są gwałtowne i bezustanne poszukiwania. Nierzadko niektóre codzienne czynności są wykonywane wielokrotnie, jak np. przyjmowania leków, karmienie zwierząt.

Często chory odczuwa, że jego aktywność poznawcza zmniejsza się, potrzebuje więcej czasu na wykonanie swoich codziennych czynności oraz tych zawodowych. Jednocześnie efekty pracy, mimo często podwojonego wysiłku, stają się niezadowolające. Ogólny spadek aktywności w pierwszym okresie dotyczy bardziej gromadzenia nowych informacji niż korzystania z nabytych umiejętności. Mogą więc pojawić się kłopoty z odtworzeniem treści obejrzanego filmu czy przeczytanego artykułu w gazecie, natomiast prowadzenie auta lub gotowanie może przebiegać prawidłowo.

Najwcześniej chory zauważa kłopoty w zakresie czynności wykonywanych najczęściej. I tak np. aktor ma coraz większe kłopoty w nauczeniu się nowej roli, księgowa gubi się w liczbach i operacjach, taksówkarz ma problemy w orientacji w mieście. W tym stadium choroby dostrzegają występowanie tych zmian. Często próbują je maskować lub się ich wypierać. Unikają także sytuacji, w których może dojść do ujawnienia objawów. Na uświadomienie sobie objawów reagują niekiedy lękiem, złością, przygnębieniem.

Dosyć charakterystycznym objawem wczesnego etapu otępienia są zmiany osobowości. Zaobserwowano, że chorzy ci gorzej nawiązują kontakt, są mniej pewni siebie, mniej uczuciowi i mniej uprzejmi, często drażliwi. Ponadto rodziny pacjentów nierzadko opisują u swoich podopiecznych utratę energii i entuzjazmu, zachowania grubiańskie, zaburzenia koncentracji uwagi, spadek liczby zainteresowań, pogorszenie

kontaktów personalnych; chorzy są mniej pewni siebie, obniża się ich aktywność, są drażliwi, smutni. Nierzadko spotyka się osłabienie kontroli emocjonalnej, utratę empatii czy nadmierną wesołość w nieodpowiednich sytuacjach. Zaburzenia osobowości, występują u ok. 80% pacjentów z chorobą Alzheimera. Nasilają się one w miarę narastania otępienia. Opiekunowie informują o pojawiających się zachowaniach nieadekwatnych do sytuacji, przekornych, o wypowiedaniu gróźb popełnienia samobójstwa. U przeszło połowy chorych pojawiają się urojenia lub urojeniowa ocena intencji otoczenia. Chorzy najczęściej uskarżają się, że są okradani, że rodzina dybie na ich mienie, mieszkanie itd. Wyzwała to agresywność wobec otoczenia i jest źródłem konfliktów

Zaburzenia życia emocjonalnego należą także do częstych objawów. U około 25% osób z chorobą Alzheimera występuje depresja, zwłaszcza we wczesnych stadiach choroby. Często bywa ona wczesnym objawem otępienia. W początkowym okresie choroby u wielu chorych występują zmiany nastroju i afektu charakteryzujące się drażliwością, dysforią, labilnością emocjonalną. Nierzadko pojawiają się zaburzenia nastroju – często jest to obniżony nastrój, rzadziej zespół depresyjny. Objawy depresji najczęściej występują w zespołach otępiennych o nasileniu nieznacznym. Częstość występowania objawów depresji w zespołach otępiennych określa się na 20-40%. Bywa, że ze względu na podobieństwo objawów występująca u chorego depresja może być fałszywie rozpoznawana jako otępienie. Z drugiej strony, objawy depresji mogą dominować w obrazie wczesnego otępienia lub nawet poprzedzać wystąpienie ewidentnych zaburzeń funkcji poznawczych. Obecność depresji występującej zarówno w wczesnym etapie otępienia, jak i w otępieniu o nasileniu umiarkowanym jest czynnikiem pogarszającym funkcjonowanie chorego. Nasileniu ulegają zaburzenia snu, brak aktywności i zainteresowań, pogorszenie łaknienia, spowolnienie ruchowe. Depresja może być reakcją na narastające zaburzenia językowe, możliwość rozumienia sytuacji społecznych, poczucie dyskomfortu związanego z zapominaniem i uczuciem „końca życia”. Jest to stan powodujący dodatkowe cierpienie chorego i zwiększające niepokój opiekuna o jego stan zdrowia.

Depresję można podejrzewać u chorego, gdy:

- występowały stany depresyjne w przeszłości;
- był leczony z powodu depresji;
- znacznie pogorszył się apetyt;
- mówi o końcu życia wprost lub wypowiada myśli rezygnacyjne;
- pojawiają się zaburzenia snu, nieadekwatnie do nasilenia zaburzeń pamięci;
- pojawia się zmniejszenie zainteresowań, nieadekwatne do zaburzeń pamięci.

Etap II

Początkowy okres choroby, w którym dominują zaburzenia pamięci i dyskretne zmiany w zachowaniu, może trwać wiele lat. W miarę upływu czasu, w drugim etapie choroby, zaburzenia pamięci wpływają destrukcyjnie na inne procesy poznawcze. I tak oprócz zaburzeń pamięci, u niektórych chorych mogą wystąpić trudności językowe w postaci obniżenia gotowości słowa. Mogą występować trudności w dopasowywaniu słów, chory stosuje skomplikowane wyrazy w budowaniu często długich zdań. Pacjent relacjonuje np., że wie co chce

powiedzieć, ale brakuje mu słowa lub ma to "to na końcu języka". Jednocześnie przy zachowanej początkowo płynności wypowiedzi i braku zniekształceń artykulacyjnych, wypowiedzi stają się coraz bardziej ubogie, pozbawione treści. Czasem, gdy chory chce opowiedzieć dłuższą historyjkę, wprowadza masę dygresji i zapominając o tzw. myśli przewodniej, w efekcie zbacza na inny temat, najczęściej nie doprowadzając wypowiedzi do końca. U innych pacjentów mogą dominować trudności w orientacji w terenie. Chory może nie trafiać początkowo do miejsc mniej znanych, a w końcu do własnego mieszkania. Może wielokrotnie okrążyć swój blok, nie rozpoznając klatki wejściowej. Zdarzać się może błądzenie po ulicach miasta. Nierzadko musi być poszukiwany przez policję. Objawami zaburzeń przestrzennych mogą być trudności z ubieraniem się – chory wkłada ręce do nogawek spodni, w posługiwaniu się sztućcami lub w rozpoznawaniu przedmiotów lub twarzy. Niektórzy pacjenci potrafią demonstrować bardzo pogodny nastrój, popełniają gafy towarzyskie.

W drugim etapie, w miarę postępu choroby najbardziej dotkliwa dla pacjenta i dla osób bliskich staje się niemożność zapamiętywania tego, co zdarza się z godziny na godzinę. Mimo stosowania różnych sposobów pomocy, chory nie uczy się, nie rejestruje w pamięci nowych informacji, faktów, próśb i poleceń. Dochodzi do zaburzeń pamięci operacyjnej – dołączają się zaburzenia pamięci zdarzeń odległych. Coraz większą trudność sprawia pacjentowi przypominanie tego, co zdarzyło się w przeszłości, początkowo najbliższej, a potem coraz dalszej. Zdarza się, że pacjent wykonuje czynności narażające go na niebezpieczeństwo, jak na przykład zostawia odkręcone kurki od gazu, zapomina o zapalonym papierosie, co może prowadzić do powstania pożaru. Oznacza to, że chory musi pozostawać pod kontrolą 24 godziny na dobę.

Dość często spotykanym problemem na tym etapie otępienia są zaburzenia zachowania oraz objawy psychotyczne. Zaburzenia zachowania ulegają nasileniu: we wczesnych etapach dominują zmiany osobowości takie jak drażliwość, gniewliwość, impulsywność, apatia, upór, zmiana nawyków, ale potem dołączyć się mogą: agresja słowna i fizyczna, niepokój ruchowy, krzyk. Częstość pojawiania się nagłych wybuchów złości i zachowań agresywnych występuje może nawet u 50% chorych. Nierzadko mają one charakter agresji fizycznej w postaci popychania, szczypania, ściskania i uderzeń. Często także dochodzi do odwrócenia rytmu sen-czuwanie, w godzinach wieczornych i nocnych występuje znaczne nasilenie niepokoju, pogorszenie kontaktu z chorym, zachowania agresywne (zespół zachodzącego słońca).

Do objawów psychotycznych zalicza się omamy wzrokowe i słuchowe, urojenia np. prześladowcze lub niewiary małżeńskiej, zespół błędnego rozpoznawania – rozmawianie z lustrem, z TV, poczucie obecności w domu nieistniejących osób i mylenie domowników. Zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne często wymagają hospitalizacji psychiatrycznej chorego.

Etap III

W trzecim etapie choroby chory nie jest już zdolny do samodzielnego życia. Pacjent nie tylko nie przypomina sobie tego, czego nauczył się w szkole czy na studiach, ale z czasem nie może przypomnieć sobie faktów ze swego życia, imion bliskich mu osób. W ten sposób żona, córka i matka stają się jedną osobą. Chory zachowuje jedynie poczucie, że jest to ktoś bliski, ważny, dający poczucie bezpieczeństwa, natomiast traci znaczenie kim jest ta osoba. Reaguje natomiast pozytywnie na dotyk i znane głosy. Następuje brak orientacji w czasie – bez znaczenia zaczyna być dla chorego pora dnia, pora roku, dzień tygodnia, rok.

W tym etapie choroby następuje rozpad procesu mówienia, rozumienia mowy, która zostaje ograniczona do kilku zdań a następnie kilku słów. Niektórzy chorzy mają 'ulubione" słowo, które stale powtarzają. Wtedy gesty i wyraz twarzy mogą stać się formą przekazu niezbędnych informacji. Następuje także pełna utrata wszelkich umiejętności takich jak samodzielne podróżowanie, przygotowywanie mniej lub bardziej złożonych posiłków, umiejętność stosownego ubierania się, posługiwanie się sztuccami, używanie sprzętu AGD i RTV, pielęgnowanie własnego ciała, dbanie o higienę. Większość chorych reaguje opryskliwie, gdy opiekun chce zadbać o ich higienę osobistą. Najprawdopodobniej odbierają to jako naruszenie ich intymności. Może się zdarzyć, że chorzy nie znajdują w porę lub wcale toalety, bądź nie zdążą z niej skorzystać. Narastają także trudności w umiejętności poruszania się – elastycznego chodu, zręcznego siadania na krześle, utrzymania pionowej postawy ciała. Często chorzy chodzą w przodopochyleniu, są bardzo narażeni na upadki. Chory nie dostrzega własnych zaburzeń, przestaje sygnalizować potrzeby, zaczyna zachowywać się niestosownie do sytuacji – wybiera się na spacer w nocy, gdy wszyscy śpią, kładzie się do łóżka w pełnym ubraniu, zostawia otwarte drzwi, spaceruje zimą po ulicy w bieliźnie, zaczyna jeść rękami, nie utrzymuje pionowej postawy ciała, zaczyna opadać mu głowa, a twarz staje się coraz bardziej maskowata, pozbawiona uśmiechu. Zaczyna słabnąć utożsamianie się chorego z własną osobą, ztraca się jego związek z rzeczywistością. Dzień i noc często mieszają się ze sobą, na czym cierpi sen chorego, który często śpi w ciągu dnia a w nocy chodzi niespokojnie po mieszkaniu bez celu tam i z powrotem. Wiele chorych chudnie w miarę rozwoju choroby, niekiedy w znacznym stopniu. Przyczyną jest często niedostateczny nadzór w zakresie regularnego przyjmowania posiłków. Przełykanie sprawia mu trudności, pogarsza się kontrola zwieraczy i chory przestaje panować nad czynnościami fizjologicznymi – pojawia się nietrzymanie moczu i stolca. W ostatnim etapie choroby chory nie wykonuje już żadnych czynności, choroba prowadzi do całkowitego wyniszczenia. Większość czasu spędza w łóżku, co jest przyczyną powstawania odleżyn oraz infekcji dróg oddechowych oraz zakażeń dróg moczowych, które są najczęstszą przyczyną śmierci.

Rozpoznanie otępienia

Otępienie można podejrzewać, jeśli bliska (dobrze znana) nam osoba:

1. gorzej radzi sobie z codziennymi obowiązkami;
2. częściej zapomina o różnych sprawach, np. o wizycie u lekarza, numeru telefonu do dzieci;
3. bardzo łatwo się rozprasza, np. gdy podczas gotowania obiadu zadzwoni telefon – zapomina o obiedzie;
4. podczas rozmowy zacina się, zapomina słów i zastępuje je innymi – czasem zupełnie nie pasującymi do treści wypowiedzi;
5. traci orientację w terenie – gubi się w znanych miejscach;
6. w dość krótkim odstępie czasu zmieniło się jej zachowanie – np. stała się drażliwa, podejrzliwa, wulgarna;
7. stała się smutna, zaczęła unikać towarzystwa.

Osoba, u której podejrzewa się otępienie powinna być zbadana przez lekarza, a jeśli w jego ocenie podejrzenie otępienia jest zasadne, powinna być skierowana na badanie specjalistyczne. Rozpoznawaniem choroby Alzheimera powinna zajmować się grupa specjalistów. Ponieważ początkowe objawy choroby są

zmienne i zależne od wielu czynników, jak np. osobowość chorego przed wystąpieniem choroby, współwystępowanie zaburzeń psychicznych (depresja, lęk), choroby somatyczne i choroby mózgu, obecność specjalistów mogących rozpoznać przyczyny choroby jest bardzo ważna. W postępowaniu rozpoznawczym bierze udział neuropsycholog, psychiatra, neurolog i radiolog, a w późniejszym okresie choroby, gdy występuje nasilona niesprawność chorego – asystent socjalny. Neuropsycholog może okazać się niezwykle pomocny podczas wstępnej diagnozy choroby Alzheimera. Wiedza jaką posiada, pozwala na wczesne wykrycie zmian zachodzących w funkcjonowaniu poznawczym i emocjonalnym osoby u której podejrzewa się rozwój otępienia. Celem badania jest ocena ogólnego poziomu sprawności intelektualnej oraz szczegółowa charakterystyka przebiegu poszczególnych procesów poznawczych. Wyniki badania neuropsychologicznego w połączeniu z wynikami pozostałych badań diagnostycznych dają podstawę do rozpoznania bądź wykluczenia otępienia. Psycholog wypowiada się nie tylko na temat zaburzonych funkcji, ale również na temat funkcji zachowanych. Będą one stanowić podstawę do planowania oddziaływań terapeutycznych w postaci rehabilitacji neuropsychologicznej chorego i terapii nastawionej na budowanie poprawnych relacji chorego z opiekunem. Jest to również informacja niezmiernie istotna dla opiekunów osoby chorej, ponieważ daje wiedzę na temat czynności, które chory nadal może wykonywać samodzielnie na takim poziomie, jak przed chorobą.

Kryteria diagnostyczne otępienia

Współczesne rozpoznawanie otępienia opiera się na kryteriach diagnostycznych. Dwa najczęściej obecnie stosowane kryteria diagnostyczne otępienia, to:

- kryteria Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, w wersji 10, zwane w skrócie ICD-10;
- kryteria Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrów, w wersji IV opublikowane w 1994 roku, zwane w skrócie DSM-IV (różniące się nieznacznie w stosunku do wersji poprzedniej, opublikowanej w 1987 roku, zwanej DSM-III-R).

Według autorów ICD-10 otępienie „jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe funkcje korowe (funkcje poznawcze), jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena” [WHO, 1997]. Rozpoznanie otępienia może być postawione, jeśli spełnione są następujące warunki [WHO, 1998]:

1. Stwierdza się występowanie zarówno:

- zaburzeń pamięci („najwyraźniejsze w zakresie uczenia się nowych informacji”), jak i
- zaburzeń innych funkcji poznawczych (osądu, myślenia, planowania, organizowania, ogólnego przetwarzania informacji),

które uległy pogorszeniu w stosunku do wcześniejszego wyższego poziomu, w obu przypadkach w stopniu powodującym zaburzenia funkcjonowania w zakresie codziennego życia. Istnienie tych zaburzeń jest udokumentowane rzetelnym wywiadem od osób z najbliższego otoczenia chorego i, w miarę możliwości, wynikami badania neuropsychologicznego lub „ilościowymi metodami oceny procesów poznawczych”.

2. Zachowana jest „świadomość otoczenia, tj. brak przymglenia świadomości” (definiowanego, jako „zmniejszona jasność rozpoznawania otoczenia z mniejszą zdolnością koncentracji, podtrzymywania i przemieszczania uwagi”) przynajmniej przez czas niezbędny dla stwierdzenia występowania zaburzeń funkcji poznawczych. „W przypadku nawarstwienia się epizodów zaburzeń świadomości (delirium) rozpoznanie otępienia należy odroczyć”.
3. Występuje „spadek emocjonalnej kontroli nad motywacją albo zmiana zachowań społecznych przejawiająca się co najmniej jednym z następujących:
 - a. chwiejność emocjonalna;
 - b. drażliwość;
 - c. apatia;
 - d. prymitywizacja zachowań społecznych.”
4. Objawy zaburzeń pamięci jak i innych funkcji poznawczych występują od co najmniej 6 miesięcy.

W komentarzu autorzy tych kryteriów stwierdzają również, że „przesłankami wzmacniającymi rozpoznanie jest potwierdzenie zaburzenia innych wyższych czynności korowych, w postaci: afazji, agnozji, apraksji”.

Kryteria diagnostyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przedstawione w ostatniej, 4 edycji podręcznika klasyfikacji diagnostycznej i statystycznej chorób psychicznych (*Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders – DSM-IV*) nie wyodrębniają osobnej kategorii diagnostycznej „otępienie”, ale kryteria jego rozpoznania są zawarte w kryteriach różnych rodzajów otępienia, tzn. otępienia typu Alzheimera, otępienia naczyniowego (naczyniopochodnego, poprzednio definiowanego jako otępienie wielozawałowe), otępienia w przebiegu innych chorób (somatycznych), itd.

Według tych kryteriów dla postawienia rozpoznania otępienia konieczne jest stwierdzenie:

1. Obecności licznych deficytów poznawczych manifestujących się jako:
 - a. upośledzenie pamięci (zaburzona zdolność przyswojenia nowych informacji lub przypomnienia wcześniej nabytych informacji);
 - b. jeden (lub więcej) z następujących objawów:
 - I. afazja (zaburzenia mowy);
 - II. apraksja (zaburzona zdolność do wykonywania czynności ruchowych mimo zachowanych czynności ruchowych, tzn. braku niedowładu);
 - III. agnozja (niezdolność do rozpoznawania przedmiotów mimo braku zaburzeń czucia, w tym zmysłów: wzroku, słuchu, itd.);
 - IV. zaburzenia funkcji wykonawczych, tzn. planowania, organizacji, porządkowania, abstrakcyjnego myślenia, itd.
2. Oba wyżej wymienione grupy objawów (tj. zaburzenia pamięci i inne zaburzenia poznawcze) powodują istotne zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym oraz istotne pogorszenie (spadek) dotychczasowego poziomu funkcjonowania.

3. Objawy te nie występują wyłącznie w przebiegu majaczenia.
4. Obecność tych objawów nie może być lepiej wyjaśniana inną chorobą psychiczną (I osi), taką jak duża depresja czy schizofrenia.

Obie powyższe definicje zgodnie wskazują na ważne znaczenie dla rozpoznania następujących cech otępienia:

1. Powodem otępienia jest „organiczna” choroba (uszkodzenie) mózgu, najczęściej przewlekła i postępująca. Jest to więc zaburzenie nabyte i nie obejmuje upośledzenia umysłowego, który jest stanem zahamowania lub niepełnego rozwoju umysłu.
2. Istotą otępienia są zaburzenia funkcji poznawczych, ale dla zespołu (obrazu klinicznego) otępienia typowe są również zaburzenia zachowania i emocji, wyrażające się m.in. zmianami w osobowości.
3. Otępienie jest zespołem objawów, tzn., że rozpoznanie otępienia nie może być postawione na podstawie stwierdzenia tylko jednego objawu, np. zaburzeń pamięci. W obu systemach klasyfikacyjnych występują odrębne kryteria diagnostyczne dla zaburzeń amnestycznych.
4. Rozpoznanie otępienia wymaga stwierdzenia ciągłości występowania zaburzeń funkcji poznawczych; kryteria ICD-10 definiują nawet minimalny czas występowania (6 miesięcy).
5. Postawienie rozpoznania otępienia wymaga wykluczenia innych zaburzeń psychicznych (zespołów psychopatologicznych) mogących powodować zaburzenia funkcji poznawczych, przede wszystkim zaburzeń świadomości (zespołu majaczeniowego) i depresji. W niektórych przypadkach otępień (chorobach prowadzących do otępienia, np. w otępieniu z ciałami Lewy’ego) zaburzenia świadomości mogą towarzyszyć zaburzeniom funkcji poznawczych, ale rozpoznanie wyłącznie otępienia wymaga obecności jego objawów także przy braku jakichkolwiek zaburzeń świadomości.
6. Nasilenie zaburzeń funkcji poznawczych i innych objawów w otępieniu musi być na tyle duże by powodować trudności w codziennych czynnościach, zdolności do pracy zawodowej lub w kontaktach międzyludzkich.

Niewielkie różnice między tymi kryteriami (np. wymóg 6 miesięcy obserwacji w ICD-10 i brak tego wymogu w DSM-IV) powodują, że stosując różne kryteria można otępienie rozpoznać lub nie. Dotyczy to szczególnie przypadków wczesnych. Zgodność rozpoznań stawianych wg tych samych kryteriów przez różnych lekarzy (badaczy) była wielokrotnie oceniana w przypadku DSM-IV i wcześniejszych DSM-III-R a tylko raz w przypadku ICD-10. Wskaźniki zgodności były stosunkowo wysokie (0,7-0,8), jeśli oceniającymi byli lekarze specjaliści w tym zakresie, a znacznie gorsze, często nawet poniżej 0,3, jeśli byli to lekarze rodzinni (niespecjaliści). Rozbieżność dotyczyła głównie przypadków wczesnego otępienia.

Oba kryteria diagnostyczne zostały stworzone pod kątem wykrywania otępienia w chorobie Alzheimera, co powoduje, że ich czułość w rozpoznawaniu otępień w przebiegu innych chorób jest znacznie niższa. Konieczność stwierdzenia zaburzeń pamięci (według DSM-IV muszą one, niezależnie od upośledzenia innych funkcji poznawczych, powodować istotne zaburzenia funkcjonowania społecznego lub zawodowego), nieodwracalności zaburzeń funkcji poznawczych i postępującego przebiegu stwarza trudności diagnostyczne, szczególnie wczesnych przypadków otępienia czołowo-skroniowego, otępienia

naczyniopochodnego czy otępienia z ciałami Lewy'ego. W tych rodzajach otępienia zaburzenia pamięci nie są objawem wiodącym, tak jak w chorobie Alzheimera, mogą wystąpić późno a ich nasilenie może być niewielkie. Na plan pierwszy mogą wysuwać się inne objawy, takie jak zaburzenia funkcji wykonawczych i zaburzenia zachowania w otępieniu czołowo-skroniowym czy zaburzenia funkcji wykonawczych i spowolnienie w naczyniopochodnym otępieniu podkorowym. Duża zmienność nasilenia zaburzeń funkcji poznawczych i obecność, nietypowych dla innych rodzajów otępień, zaburzeń świadomości jest charakterystyczna dla otępienia z ciałami Lewy'ego.

W obu kryteriach diagnostycznych warunkiem koniecznym dla rozpoznania otępienia jest istnienie znaczących zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym, a nawet (ICD-10) w codziennych aktywnościach życiowych, takich jak jedzenie, mycie i ubieranie się. Należy jednak zaznaczyć, że w wielu wczesnych przypadkach otępienia, w których jego rozpoznanie nie budzi wątpliwości, chorzy nie mają widocznych trudności w wymienionych wyżej codziennych aktywnościach życiowych, a nawet mogą nadal pełnić określone role życiowe i wykonywać określone czynności zawodowe (patrz dalej – nasilenie otępienia).

Według klasycznego schematu diagnostycznego rozpoznanie otępienia jest koniecznym, pierwszym etapem (stopniem) rozpoznania choroby powodującej otępienie. Trudności z wczesnym rozpoznanie otępień niealzheimerowskich za pomocą istniejących kryteriów diagnostycznych są powodem propozycji zaniechania posługiwania się terminem „otępienie” i zastąpienie go terminem „upośledzenie funkcji poznawczych” (ang. *cognitive impairment*) poprzedzonym określeniem rodzaju (przyczyną) zaburzeń, np. naczyniopochodne upośledzenie funkcji poznawczych (ang. *vascular cognitive impairment*) czy czołowo-skroniowe upośledzenie funkcji poznawczych (ang. *fronto-temporal cognitive impairment*).

Leczenie choroby Alzheimera

Nie ma jeszcze leczenia przyczynowego choroby Alzheimera (chA), lecz wypracowano już szereg strategii pomagających choremu i zmniejszających obciążenie opiekuna.

Cele leczenia otępienia:

- okresowa poprawa funkcji poznawczych;
- spowolnienie deterioracji poznawczej;
- poprawa funkcjonowania;
- zmniejszenie zaburzeń zachowania;
- zmniejszenie obciążenia opiekuna;
- poprawa jakości życia.

Przedstawionym celom odpowiadają współczesne strategie terapeutyczne:

1. Leczenie przyczynowe – wpływ na nieprawidłową przemianę b-amyloidu (b-A) poprzez oddziaływanie na sekretazy tnące białko prekursorowe b-amyloidu (b-APP) lub stymulacja b-APP przywracająca

tworzenie rozpuszczalnego b-A, blokowanie tworzenia b-amyloidu przez zastosowanie szczepionki, zmniejszanie czynników ryzyka.

2. Leczenie stabilizujące – stosowanie czynników ochraniających komórkę nerwową poprzez przywracanie jej prawidłowego działania – stosowanie leków zwiększających elastyczność błon komórkowych, prawidłowe funkcjonowanie pomp elektrolitowych i czynników neurotroficznych oraz wzrostu nerwów, zmniejszenie kaskady zapalnej wywołanej przez b-amyloid, zmniejszenie liczby wolnych rodników.
3. Leczenie objawowe – stosowanie leków wpływających na niedobór neuroprzekaźników, przywracających prawidłową transmisję synaptyczną. Działania te dotyczą wszystkich układów przekaźnikowych, a szczególnie układu cholinergicznego, serotonergicznego, dopaminergicznego i aminokwasów pobudzających (Nordberg, 1995):
 - objawowe leczenie zaburzonych funkcji poznawczych;
 - farmakologiczne leczenie objawów psychopatologicznych;
 - formy pomocy nefarmakologicznej.

Ad 1. Leczenie przyczynowe związane jest z wpływem na etiologię choroby lub podstawowy mechanizm patogenetyczny. Jak dotychczas są to raczej eksperymenty terapeutyczne niepotwierdzone w praktyce klinicznej. Należy do nich stosowanie czynników neurotroficznych (np. NGF w chorobie Alzheimera) szczepionki (np. przeciw b-amyloidowi w chA), próby stosowania leków wpływających na przywrócenie prawidłowej aktywacji komórek gleju (propentofilina w chA i otępieniu naczyniopochodnym).

Ad. 2. Bardziej zaawansowana jest koncepcja leczenia wpływającego na przebieg otępienia. Zmniejszenie ryzyka występowania otępienia stwierdzono u osób stosujących przewlekłe niesterydowe leki przeciwzapalne (np. inhibitory COX-2, indometacyna) i leki z innych grup (np. cytostatyki, leki przeciwtrądowe, glikokortykoidy). Odnotowano także pozytywny wpływ leków działających immunomodulacyjnie (np. na cytokiny IL-1 i IL-6), zmniejszających ilość wolnych rodników (np. wit. E, C), obniżającym stężenia monoaminoooksydazy B (np. selegilina), stabilizujących gospodarkę lipidową (np. statyny) i ochraniających układ cholinergiczny (np. estrogeny).

Wyniki badań są jednak bardzo niespójne, często przeciwstawne. Substancje wykazujące istotny wpływ na parametry biochemiczne często nie są efektywne w działaniu klinicznym. Wystąpienie objawów choroby oznacza, że nie udaje się, jak dotychczas, spowolnić lub zatrzymać progresji. Negatywny efekt licznych usiłowań świadczy o złożoności mechanizmów choroby.

Ad. 3. Praktycznym wyrazem efektywności leczenia jest potwierdzony objawowy wpływ leków cholinergicznym na zaburzenia procesów poznawczych, leków serotonergicznym na często występującą w otępieniu depresję i leków o wpływie na neuroprzekaźnictwo serotoninowe i dopaminowe, na objawy psychotyczne. Zaburzenia neuroprzekaźnictwa cholinergicznego najlepiej udokumentowane są w chA, ale występują w każdej zwyrodnieniowej chorobie ośrodkowego układu nerwowego i otępieniu naczyniopochodnym. Największą utratę neuronów cholinergicznym stwierdza się w jądrach podstawy, zwłaszcza w jądrze Meynerta, części ośrodku Broca, przegrodzie środkowej,

a więc strukturach wysyłających włókna projekcyjne do okolic czołowych i skroniowych kory (hipokamp, jądro migdałowe), które związane są z pamięcią i uczeniem się.

Na podstawie tych obserwacji, a także wyników badań farmakologicznych (pogarszania procesów poznawczych po stosowaniu leków antycholinergicznym np. skopolaminy) sformułowano główną, tłumaczącą przyczynę zaburzeń funkcji poznawczych – „hipotezę cholinergiczną” (Perry i wsp. 1986; Francis i wsp. 1999).

Zgodnie z tą hipotezą leki stymulujące układ cholinergiczny powinny efektywnie poprawiać funkcje poznawcze w chA. Stwierdzono, że najbardziej obiecujące jest stosowanie inhibitorów cholinesterazy (donepezyl, riwastygmina, galantamina) w niektórych otępieniach pierwotnie zwyrodnieniowych (chA, otępienie z ciałami Lewy’ego), ale także w otępieniu naczyniopochodnym. Na podstawie badań i praktyki klinicznej stwierdzono także, że niedobór acetylocholino jest także odpowiedzialny za występujące u ponad 50% pacjentów z chA objawy psychotyczne i zaburzenia zachowania. Stosowane od roku 1993 inhibitory cholinesteraz częściowo potwierdziły hipotezę cholinergiczną, a efekty ich działania spowodowały, że po raz pierwszy uzyskano możliwość wpływu na obraz kliniczny i przebieg choroby. W Polsce aktualnie zarejestrowane są 2 inhibitory cholinesteraz (riwastygmina i donepezyl) oraz antagonisty aminokwasów pobudzających – memantyna. Leki te są stosowane na całym świecie. Efektywność działania inhibitorów obserwuje się u znacznego odsetka chorych (do 60%), najsilniej w ciągu pierwszych 2 lat stosowania w otępieniu o nasileniu lekkim i umiarkowanym. Dużą przeszkodą w prowadzeniu badań nad wpływem inhibitorów cholinesteraz na przebieg choroby Alzheimera jest nadal brak rejestracji leków do stosowania w otępieniu nasileniu znacznym (MMSE poniżej 10 p.), chociaż obecnych jest już wiele badań wskazujących, że leki te działają niezależnie od nasilenia chA. Wyniki metaanaliz zawartych w przeglądzie bazy Cochrane, wskazuje iż nie ma dowodów aby inhibitory cholinesteraz działały w otępieniu o nasileniu znacznym słabiej niż w otępieniu o nasileniu lekkim/umiarkowanym. Aby potwierdzić tę tezę istnieje pilna potrzeba większej ilości badań (Birks, Cochrane Review, 2006). Ostatnie badania sugerują nie tylko objawowy, lecz także neuroprotektoryjny wpływ tych leków na mechanizmy chA.

Wprowadzenie w ostatni okresie postaci transdermalnej riwastygminy (riwastygmina TTS) zostało przyjęte w świecie lekarskim i przez opiekunów z bardzo dużym aplauzem. Autorzy badań opisywali ten fakt jako „znaczący postęp w leczeniu choroby Alzheimera”. Możliwość zastąpienia kapsułek, niejednokrotnie niechętnie przyjmowanych przez chorego, jedną dawką dziennie leku zamiast dwóch – zyskały akceptację opiekunów. W badaniu IDEAL (Winblad i wsp. 2007) podkreślano zmniejszenie częstości i nasilenia objawów niepożądanych oraz zwiększenie efektywności działania leku. Opiekunowie chwalili łatwość stosowania, możliwości radzenia sobie z podaniem leku i dobrą tolerancją. System transdermalny upowszechnił się nie tylko w domach chorych, lecz także w instytucjach (DPSy, szpitale). Potwierdzeniem znaczącego postępu w leczeniu chA są wyniki ostatnio przeprowadzonego w Polsce badania (EXE-SWITCH). Aż 91% opiekunów uznało, że stosowanie systemu transdermalnego poprawiło współpracę z chorym (czyli zwiększyło możliwości radzenia sobie).

Poza działaniem poprawiającym funkcje poznawcze odnotowano także znaczącą efektywność w leczeniu objawów psychotycznych występujących w otępieniu (leki przeciwpsychotyczne II generacji), leczeniu

zaburzeń zachowania (leki uspokajające, przeciwpadaczkowe, β -blokery adrenergiczne) oraz depresji (leki przeciwdepresyjne).

We wpływie na zaburzenia zachowania najbardziej efektywne jest stosowanie oddziaływań niefarmakologicznych (treningi orientacji w rzeczywistości, terapia reminescencyjna, walidacyjna, terapia zajęciowa).

Tabela 2. Związek pomiędzy głębokością otępienia i rodzajem opieki

otępienie o nasileniu lekkim i umiarkowanym bez dodatkowych objawów psychopatologicznych	leczenie w środowisku (np. dom, Dom Dziennego Pobytu)
otępienie o nasileniu lekkim lub umiarkowanym z dodatkowymi objawami psychopatologicznymi	leczenie w środowisku lub hospitalizacja
otępienie o nasileniu umiarkowanie ciężkim lub ciężkim bez objawów dodatkowych	Zakład Leczniczo-Opiekuńczy lub Dom Opieki Społecznej
otępienie o nasileniu ciężkim z zaburzeniami zachowania	krótka hospitalizacja, potem opieka środowiskowa, Zakład Leczniczo-Opiekuńczy lub Dom Pomocy Społecznej
otępienie o nasileniu lekkim i umiarkowanym bez dodatkowych objawów psychopatologicznych	leczenie w środowisku (np. dom, Dom Dziennego Pobytu)

Bardzo ważnym elementem leczenia chorych jest pomoc ich opiekunom. Duże znaczenie ma uczenie opiekuna sposobu kontaktowania się z chorym i radzenia sobie z zaburzeniami zachowania. Informacje o kolejnych etapach choroby pogłębiające wiedzę zmniejszają u opiekunów lęk przed nieznanym, pozwalają fizycznie i psychicznie przygotować siebie i otoczenie do opieki. Obecność w grupach wsparcia zmniejsza poczucie izolacji społecznej, a organizowanie miejsc pobytu odciąża opiekuna (domy dziennego, okresowego i stałego pobytu). Z drugiej strony poprzez wspólne, wyjazdy weekendowe, wakacje opiekun uczy się nowych technik radzenia sobie z chorym. W wczesnym etapie choroby celowe jest stosowanie różnych technik wspomagania pamięci, metod rehabilitacji ruchowej i fizykoterapii. W otępieniu o nasileniu niewielkim i lekkim istotne są ćwiczenia pamięci. Ostatnio ukazują się coraz liczniejsze prace o korzystnym wpływie fototerapii na zaburzenia snu i zachowania, która jest bezpieczną metodą do zastosowania zarówno w szpitalu jak i w domu.

Chory z otępieniem alzheimerowskim wymaga szczególnej opieki i szczególnego miejsca pobytu. Umieszczanie go w oddziale szpitalnym powoduje jego większe zagubienie, lęk i zaburzenia zachowania. Należy pamiętać, że nie jest on w stanie nauczyć się i zrozumieć nowych rzeczy, powinno się więc utrzymać go w środowisku najdłużej jak to jest możliwe. Hospitalizacja jest zawsze złem koniecznym.

SYTUACJA CHORYCH NA CHOROBE ALZHEIMERA W POLSCE – opracowanie Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera

Organizacja opieki

Choroba Alzheimera jest najczęstszą postacią otępienia, odpowiedzialną za 60% wszystkich otępień u osób powyżej 65 roku życia. Szacuje się, iż w Polsce dotyczy 250 tysięcy osób. Rozpoznawana jest na ogół późno, gdy stan chorego jest już dość zaawansowany. Chorzy w naszym kraju najczęściej (80%) przebywają do końca życia pod opieką najbliższej rodziny w domu. Pobyt we własnym domu pomaga choremu jak najdłużej utrzymać i zachować umiejętność codziennego funkcjonowania, pod warunkiem, że jego opiekun będzie miał wsparcie innych osób i instytucji, a jakość usług opiekuńczych, z których będzie korzystał odpowiadać będzie specyficznym potrzebom i wymaganiom chorego. Chorzy przebywający od początku choroby do końca we własnym domu rodzinnym pozbawieni są możliwości uczestniczenia w zajęciach terapeutycznych. Nie ma placówek, gdzie mogliby kilka godzin dziennie przebywać w celu doskonalenia swoich funkcji poznawczych.

Najczęściej opiekę nad chorym sprawuje współmałżonek, często sam chory lub niepełnosprawny, a w około 25-30% przypadków dorosłe dziecko chorego.

Bardzo skromna jest sieć domów dziennego pobytu dla chorych, gdzie mogliby przebywać w czasie, gdy opiekun pracuje zawodowo. Istniejące około 12 domów dziennego pobytu w Polsce dla chorych z chorobą Alzheimera (w Warszawie – 1 dom dla 12 pacjentów), prowadzone przez organizacje alzheimerowskie lub ośrodki pomocy społecznej, borykają się z kłopotami finansowymi i lokalowymi. Zorganizowanie opieki nad chorym, którego opiekun jest czynny zawodowo jest zadaniem szczególnie trudnym i drogim. Najwięcej rodzin korzysta z płatnych opiekunek, wynajmowanych w agencjach opiekuńczych lub funkcjonujących na „czarnym rynku” opiekunek – kobiet zza wschodniej granicy. Opieka taka to koszt od 2000 złotych miesięcznie dla opiekunek mieszkających z chorym 24 godziny na dobę, do około 15 złotych za godzinę opieki dla przychodzących na kilka godzin dziennie.

W sytuacji, gdy rodzina nie jest w stanie zapewnić choremu prawidłowej opieki i decyduje się na umieszczenie go w domu opieki – okazuje się to także niełatwym zadaniem.

Możliwości umieszczenia chorego w specjalistycznym domu opieki są niezwykle ograniczone. W Polsce są cztery takie domy, pozostałe to państwowe domy pomocy społecznej, gdzie chory na chorobę Alzheimera będzie jednym z wielu pacjentów – osób starszych i samotnych, lub cierpiących z innych niż choroba otępienna przyczyn. Dom taki nie zapewni choremu tego co niezbędne dla poprawy jakości jego życia, a więc terapii usprawniającej, lub chociażby podtrzymującej poziom jego funkcji poznawczych, ćwiczeń rehabilitacyjnych dostosowanych do jego ograniczonych możliwości itp. Ponadto, nawet do takiego domu, czas oczekiwania na przyjęcie wynosi około 1,5 roku. Personel domów pomocy społecznej jest najczęściej nieprzygotowany do pracy z takim, jak chory na chorobę Alzheimera pacjentem.

Istnieje jeszcze sieć prywatnych domów opieki, ale pobyt w nich jest bardzo kosztowny. Kadra często zmieniająca się i nieprzygotowana do opieki nad tak wymagającym chorym.

Dostępność diagnozowania i leczenia

Sytuacja dostępności chorego do lekarza specjalisty nie przedstawia się lepiej. W wielu miejscowościach (szczególnie zlokalizowanych poza ośrodkami akademickimi) brak jest lekarzy neurologów i bazy diagnostycznej. Czas jaki mija od pojawienia się pierwszych objawów do otrzymania rozpoznania w Polsce wynosi 23 miesiące. W Niemczech jest to 10 miesięcy, a we Włoszech – 14. (Źródło: Wilkinson D. et. al., *Inequalities in dementia care across Europe: An Agenda for Change, Int. J Clin Pract, March 2005, 59, Suppl. 146*).

Choć stosunek lekarzy pierwszego kontaktu do zgłaszanych przez pacjentów zaburzeń pamięci poprawia się stale, ciągle jeszcze wielu z nich bagatelizuje te problemy. Uspakaja, że kłopoty ich to efekt naturalnego procesu starzenia się. Takie „uspokojenie” skutkuje często tym, iż pacjenci trafiają ponownie do lekarza wtedy, gdy proces choroby jest już bardzo zaawansowany.

Dostępność leków stosowanych w chorobie Alzheimera uległa poprawie, ale ciągle jeszcze jest niezadawalająca. Rywastigmina w postaci plastra, a więc w postaci pozajelitowej, szczególnie poszukiwanej dla pacjentów w rozbudowanym zespole zaburzeń zachowania – nie jest stosowana w placówkach opiekuńczych.

Wpływ choroby na rodzinę

Opieka nad chorym jest poważnym obciążeniem psychicznym, fizycznym i ekonomicznym. Choroba może trwać wiele lat, a opiekun chorego z każdym miesiącem poświęcać mu musi coraz więcej czasu, uwagi i energii. Opieka wymaga cierpliwości, wyrozumiałości, wiedzy o chorobie i sposobach radzenia sobie z nią. Stanowi dla opiekunów ogromne wyzwanie. Doświadczają oni wielu negatywnych emocji, a bez profesjonalnej pomocy często wypalają się psychicznie. Większość z nich uważa opiekę za męczącą, wymagającą i często prowadzącą do depresji. Opiekunowie czują się izolowani społecznie, nie są w stanie prowadzić życia towarzyskiego, czy w przypadku dorosłych dzieci chorego – życia zawodowego. Z powodu braku czasu i obciążenia finansowego nie mogą pozwolić sobie na wyjazd na wakacje, aby odpocząć i oderwać się choćby na parę dni od obowiązków związanych z 24-godzinną opieką.

Zazwyczaj jeden opiekun nie jest w stanie pełnić tej roli przez cały okres choroby. Potrzebuje wsparcia i pomocy zarówno od innych członków rodziny, jak i od wyspecjalizowanych instytucji opiekuńczych. Ogromnie ważną rolę we wspieraniu opiekunów pełnią tworzące się w Polsce stowarzyszenia alzheimerowskie. Obecnie jest ich 34 (adresy organizacji lokalnych dostępne na stronie www.alzheimer.pl). Znaleźć w nich można informacje, wiedzę, wsparcie, pomoc psychologiczną, prawną, kontakt z innymi ludźmi w podobnej sytuacji (grupy wsparcia i samopomocy). Wszystkie organizacje alzheimerowskie łączy Ogólnopolskie Porozumienie Organizacji Alzheimerowskich, którego koordynatorem jest istniejące już 19 lat Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera w Warszawie.

Skutki ekonomiczne

W porównaniu z udarem mózgu, chorobami serca i chorobami nowotworowymi, choroba Alzheimera stanowi w krajach europejskich równie wysokie i stale rosnące obciążenie ekonomiczne. Na przykład w Wielkiej Brytanii całkowity bezpośredni koszt tej choroby szacuje się na kwotę od 7,06 do 14,93 miliarda funtów rocznie. Według Raportu Alzheimer's Disease International światowe koszty choroby Alzheimera w 2010 roku wyniosły 604 miliardy dolarów. W Polsce brak jest badań farmako-ekonomicznych dotyczących tej choroby.

Istotnym problemem związanym z oszacowaniem kosztów choroby Alzheimera jest obliczenie kosztów pośrednich (głównie stratę czasu aktywności pacjentów i ich opiekunów oraz tzw. utraconą wartość związaną z przedwczesnym zgonem). Często trudno jest opiekunom dokładnie określić, ile czasu zajmuje im opieka nad bliską osobą, z dala od własnych zajęć, więc przypisanie określonej wartości pieniężnej tym szacunkom jest problematyczne.

To co można określić to rosnące koszty opieki wraz z postępem choroby, gdzie poza wydatkami na leki, zwiększeniu ulegają koszty środków pielęgnacji i higieny, płatnej pomocy opiekuńczej i pielęgniarstwa. Często też prywatnych wizyt, w domu chorego leżącego, lekarzy specjalistów (dermatologa, laryngologa, chirurga).

Wyniki badań polskich opiekunów

Obciążenie opiekunów badane było wielokrotnie. Najnowsze badanie tego zagadnienia prowadzone w 2006 roku w ramach projektu Alzheimer Europe objęło 1181 opiekunów z pięciu krajów europejskich: Francji, Niemiec, Polski, Szkocji i Hiszpanii (George J, Jansen S, Jackson J, Meyrieux A, Sadowska A., Selmes M. *Alzheimer's Disease in real life – the dementia carer's survey*. International Journal of Geriatric Psychiatry 2008; 23: 1-6).

W ramach omawianego projektu uzyskano interesujące wyniki dla grupy polskich opiekunów. Badaniem objęto 201 opiekunów w 9-ci miastach Polski. 89% chorych w badanych rodzinach to osoby powyżej 65 roku życia, w średnim i zaawansowanym stadium choroby.

Charakterystyka badanych opiekunów:

- 70% z nich to kobiety;
- blisko połowa badanych to współmałżonek chorego, a 43% jego dorosłe dziecko;
- 97% chorych mieszka we własnym domu, a 76% badanych mieszka wspólnie z chorym;
- 61% opiekunów to osoby niepracujące, w tym 51% stanowią emeryci lub renciści, a 30% pracuje w pełnym wymiarze godzin (dorosłe dzieci chorych);
- 61% opiekunów zajmujących się chorym w zaawansowanym stadium choroby poświęca opiece ponad 10 godzin dziennie.

Podczas badań diagnostycznych opiekunowie nie otrzymali oczekiwanej, wyczerpującej informacji:

ponad 35% opiekunów skarżyło się na brak informacji o chorobie;

- 49% jak będzie postępował rozwój choroby;
- 26% nie otrzymało informacji o leczeniu choroby Alzheimera;
- tylko 10% badanych było wyczerpująco poinformowanych o pomocy na jaką mogą liczyć chorzy i o przysługujących im uprawnieniach i dostępnych usługach;
- tylko 33% opiekunów zostało poinformowanych o istnieniu organizacji alzheimerowskich pomagających choremu i jego opiekunowi.

Opiekunowie podkreślali potrzebę uzyskania pełniejszej informacji o wszystkich istotnych aspektach choroby, w tym także o uprawnieniach jakie przysługują ich choremu oraz o tym jak planować opiekę na wiele lat. W rezultacie 80% badanych chciałoby uzyskać więcej informacji praktycznych, a 41% informacji medycznych.

Ocena uciążliwości opieki:

- Największy problem w opiece stanowią dla opiekuna trudności związane z codziennym funkcjonowaniem chorego, takie jak: niekontrolowanie potrzeb fizjologicznych, utrzymanie higieny i toalety, błądzenie, pozostawienie chorego samego w domu oraz podróżowanie z nim. Problemy takie wskazało 81% badanych.
- Zaburzenia zachowania chorego stanowią poważny problem w opiece i są najczęściej powodem podjęcia decyzji o umieszczeniu go w domu opieki. Najbardziej kłopotliwe dla 62% badanych polskich opiekunów są napady złości i agresji chorego, zaburzenia snu i zmiany osobowości.

Ocena udziału Państwa w opiece:

- 56% jest zdania, że koszty opieki nad chorym powinny być pokrywane;
- 54% badanych uważa, że opieka nad osobami starszymi jest zadaniem Państwa;
- 13% ocenia, że dostępne dla chorych usługi i pomoc są wystarczające;
- tylko 6% badanych określa poziom opieki nad osobami starszymi w Polsce jako dobry.

Jednocześnie z własnej kieszeni:

- 87% badanych opiekunów pokrywa koszty opieki dochodzącej;
- 86% koszty pobytu chorego w domu opieki stacjonarnej;
- 78% koszty pobytu chorego w dziennym domu opieki.