

Diagnostyka zaburzeń poznawczych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce

Diagnosis of cognitive disorders in primary health care in Poland

Tomasz Chmiela¹, Paweł Dobrakowski², Beata Łabuz-Roszak³,
Agnieszka Gorzkowska⁴

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Katedra Neurologii

² Wyższa Szkoła Humanitas w Sosnowcu, Instytut Psychologii

³ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu,
Katedra i Zakład Podstawowych Nauk Medycznych

⁴ Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach,
Katedra Neurorehabilitacji

Summary

Aim. The aim of this study was to assess the knowledge, attitudes and the rules of proceeding concerning primary health care (PHC) doctors in the field of screening diagnostics for cognitive disorders in elderly people in Poland.

Material and methods. The study included 175 PHC doctors. A validated anonymous questionnaire was used. The survey was conducted using the PAPI (Paper and Pencil Interviews) and CAWI (Computer Assisted Web Interviews) methods.

Results. The vast majority of the respondents ($n = 159$; 91.4%) saw the advisability of screening for cognitive disorders in the age group >65 years of age, but only 53 subjects (30.29%) believed that these tests should be conducted by general practitioners (GPs). According to the surveyed doctors, the main obstacle in the diagnostics of cognitive functions is the lack of time – this was the opinion of 142 (81.14%) respondents. When dementia was suspected, the respondents usually ordered laboratory tests and referred patients to a neurologist ($n = 111$; 63.4%). The Mini Mental Status Examination (MMSE) and the Clock Drawing Test (CDT) were the most popular scales assessing cognitive functions, known by 120 doctors (68.57%), and 122 respondents (69.71%), respectively.

Conclusions. Polish GPs are aware of the necessity of screening for cognitive disorders in seniors. Currently, there are no mechanisms within the primary health care system that would enable proper early screening for dementia in people at high risk (i.e. >65 years of age). The development of standards for the early detection of cognitive disorders within the primary health care system in Poland seems to be an urgent need.

Słowa kluczowe: otępienie, podstawowa opieka zdrowotna, zdrowie społeczne

Key words: dementia, primary health care, social health

Wstęp

W związku z intensywnym rozwojem medycyny i poprawą warunków ekonomicznych, jak również szybko rosnącą świadomością zdrowotną, wydłuża się średnia długość życia ludności. Zjawisko starzenia się społeczeństwa przyczynia się do wzrostu liczby chorych z otępieniem. WHO przewiduje, że łączna liczba osób dotkniętych demencją w 2030 roku wyniesie 75,6 miliona i wzrośnie do 135,5 miliona w 2050 roku. Szacuje się, że w Polsce mieszka około pół miliona osób z otępieniem (brak ogólnokrajowych badań epidemiologicznych) [1–6]. Według raportu organizacji Alzheimer's Disease International wciąż rosną koszty związane z leczeniem tych chorych, ich opieką pielęgniarską, a także utratą produktywności zawodowej i społecznej. Koszty te osiągnęły poziom 817 miliardów dolarów w 2015 roku [4].

Zgodnie z raportem Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 2016 roku nie stworzono w Polsce w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej narzędzi do skutecznego i efektywnego rozwiązywania problemów osób z chorobą Alzheimera (chA) oraz ich rodzin. Najłabszą stroną obecnie funkcjonujących rozwiązań jest brak wypracowanego modelu leczenia i opieki nad osobami z chA. Brak jest nie tylko badań przesiewowych osób w wieku senioralnym, ale także rozwiązań systemowych dających możliwość szybkiej diagnozy otępienia i jego rodzaju w celu podjęcia odpowiedniego leczenia już na wczesnym etapie choroby. Zdaniem autorów raportu ta sytuacja może ulec poprawie poprzez zwrócenie uwagi personelu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) na znaczenie identyfikacji pierwszych objawów chorób neurodegeneracyjnych i ułatwienie na tym poziomie kierowania osób, u których dostrzeżono zaburzenia poznawcze, do wyspecjalizowanych ośrodków [7]. Aktualna wiedza na temat sposobu pracy lekarzy POZ w zakresie badań przesiewowych osób w wieku podeszłym jest niewystarczająca i nieusystematyzowana, brakuje również analizy przyczyn obecnej sytuacji.

Celem niniejszej pracy była więc ocena wiedzy i postaw oraz zasad postępowania lekarzy POZ w Polsce w zakresie przesiewowej diagnostyki zaburzeń funkcji poznawczych u osób w podeszłym wieku oraz identyfikacji problemów związanych z prowadzeniem tej diagnostyki w ramach POZ.

Material i metoda

Badaniem objęto 175 lekarzy POZ w Polsce. Do badania rekrutowani byli lekarze przyjmujący pacjentów w ramach POZ. Rekrutację prowadzono przez strony internetowe dedykowane lekarzom pierwszego kontaktu oraz podczas osobistych wizyt w gabinetach. Wykorzystano autorską ankietę składającą się z 4 pytań otwartych i 1 pytania zamkniętego dotyczących charakterystyki badanych lekarzy (wiek, staż pracy, liczba przyjmowanych pacjentów > 65 r.ż., miejsce praktyki) i 12 pytań zamkniętych jedno- lub wielokrotnego wyboru oceniających wiedzę, postawy i zasa-

dy postępowania w zakresie przesiewowej diagnostyki w kierunku zaburzeń funkcji poznawczych u osób powyżej 65. r.ż. W pytaniach otwartych respondenci wpisywali właściwą odpowiedź, w pytaniach zamkniętych wybierali jedną lub wiele odpowiedzi spośród kilku podanych. Badanie przeprowadzono metodą PAPI (*Paper and Pencil Interviews*; bezpośredni wywiad z wykorzystaniem papierowej wersji kwestionariusza) oraz CAWI (*Computer Assisted Web Interviews*; wspomagany komputerowo wywiad za pomocą strony internetowej) – w tym drugim wypadku ankietowani wypełniali specjalnie przygotowany formularz w Microsoft Forms umieszczony na stronie internetowej. Obie wersje ankiety zawierały ten sam zestaw pytań i sposób udzielania odpowiedzi był identyczny. Badanie miało charakter anonimowy.

Uzyskane wyniki poddano ocenie statystycznej z wykorzystaniem programu SYSTAT 13. Dane zostały wyrażone jako średnia \pm odchylenie standardowe ($M \pm SD$) oraz wartość procentowa. Zgodność rozkładu zmiennych z rozkładem normalnym sprawdzono, wykorzystując test Shapiro–Wilka. Ze względu na brak zgodności rozkładów zmiennych z rozkładem normalnym w celu porównania dwóch grup zastosowano test *U* Manna–Whitneya, a do porównania trzech grup test Kruskala–Wallisa. Test chi-kwadrat posłużył do porównania wartości procentowych.

Wyniki

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy lekarzy

	Wszyscy badani lekarze POZ	Specjaliści medycyny rodzinnej (I)	Specjaliści w zakresie chorób wewnętrznych (II)	Lekarze bez specjalizacji (III)	P ¹			Lekarze w wieku ≤ 50. r.ż (A)	Lekarze w wieku > 50. r.ż (B)	P ² (A vs. B)
					p ³ I vs. II	p ³ II vs. III	p ³ I vs. III			
Wiek (lata)	46 ± 14	48 ± 13	51 ± 12	33 ± 13	0,010		37 ± 8	61 ± 8	<0,0001	
Staż w POZ (lata)	16 ± 13	16 ± 12	19 ± 12	4 ± 5	0,008		9 ± 7	28 ± 11	<0,0001	
Liczba pacjentów > 65. r.ż. pod opieką jednego lekarza	802 ± 637	810 ± 542	868 ± 505	382 ± 528	0,078		704 ± 637	950 ± 609	0,031	
Liczba pacjentów > 65. r.ż. przyjmowanych w ciągu tygodnia przez 1 lekarza	75 ± 100	68 ± 38	81 ± 71	81 ± 185	0,611		59 ± 39	97 ± 145	0,023	
Miejsce prowadzenia praktyki N (%)	Miasto > 500 tys.	38 (22,0%)	19 (19,8%)	5 (8,1%)	12 (30,6%)	0,019	30 (30,6%)	6 (7,1%)	0,01	
	Miasto 200–500 tys.	35 (20,2%)	17 (17,7%)	19 (30,7%)	4 (12,9%)	0,052	12 (12,2%)	21 (25,0%)	0,046	
	Miasto 50–200 tys.	37 (21,4%)	19 (19,8%)	12 (19,4%)	8 (25,8%)	0,674	25 (25,5%)	12 (14,3%)	0,097	
	Miasto < 50 tys.	43 (24,86%)	25 (26,0%)	16 (25,8%)	5 (16,1%)	0,726	23 (23,5%)	20 (23,8%)	0,794	
	Wieś	20 (11,6%)	16 (16,7%)	4 (6,5%)	3 (9,7%)	0,056	8 (8,2%)	12 (14,3%)	0,218	

Wyniki przedstawiono jako: średnia ± odchylenie standardowe. Wykorzystano test Kruskala–Wallisa¹, test U Manna–Whitneya² oraz test chi-kwadrat³

Tabela 2. Wyniki przeprowadzonej ankiety

	Wszyscy badani lekarze POZ	Specjaliści medycyny rodzinnej (I)	Specjaliści chorób wewnętrznych (II)	Lekarze bez specjalizacji (III)	p (I vs. II)	p (II vs. III)	p (I vs. III)	Lekarze w wieku ≤ 50. r.ż. (A)	Lekarze w wieku > 50. r.ż. (B)	P (A vs. B)
< 1	26 (14,9%)	15 (15,6%)	7 (11,3%)	6 (19,4%)	0,451	0,329	0,498	13 (13,3%)	13 (15,5%)	0,664
Od 1 do 2	90 (51,7%)	50 (52,1%)	30 (48,4%)	14 (42,2%)	0,730	0,555	0,621	47 (48,0%)	41 (48,8%)	0,559
Od 3 do 5	35 (20,1%)	20 (20,8%)	10 (16,1%)	6 (19,4%)	0,480	0,493	0,842	25 (25,5%)	8 (9,5%)	0,014
> 5	23 (13,2%)	11 (11,5%)	9 (14,5%)	5 (16,1%)	0,586	0,584	0,518	12 (12,2%)	11 (13,1%)	0,806
	Ilu tygodniowo Pani/Pana pacjentów nie zgłasza problemów z pamięcią, ale w Pani/Pana opinii takie problemy może mieć?									
< 1	26 (14,9%)	15 (15,6%)	10 (16,1%)	3 (9,7%)	0,745	0,428	0,439	11 (11,2%)	15 (17,9%)	0,240
Od 1 do 2	75 (43,1%)	40 (41,7%)	27 (43,5%)	12 (38,7%)	0,844	0,717	0,693	42 (42,9%)	33 (39,3%)	0,617
Od 3 do 5	46 (26,4%)	26 (27,1%)	12 (19,4%)	9 (29,0%)	0,282	0,269	0,738	27 (27,6%)	16 (19,0%)	0,188
> 5	27 (15,5%)	15 (15,6%)	7 (11,3%)	7 (22,6%)	0,406	0,190	0,310	17 (17,3%)	9 (10,7%)	0,230
	Czy Pani/Pana zdaniem po 65. roku życia należy regularnie wykonywać przesiewowe testy funkcji poznawczych?									
Nie	15 (8,6%)	11 (11,5%)	4 (6,5%)	0 (0,0%)	0,262	0,084	0,058	7 (7,1%)	8 (9,5%)	0,570
Tak, co 2 lata	22 (12,6%)	10 (10,4%)	8 (12,9%)	5 (16,1%)	0,549	0,573	0,414	15 (15,3%)	7 (8,3%)	0,182
Tak, co rok	83 (47,4%)	44 (45,8%)	25 (40,3%)	17 (54,8%)	0,399	0,313	0,522	47 (48,0%)	35 (41,7%)	0,441
Tak, raz na pół roku	54 (30,9%)	30 (31,3%)	18 (29,0%)	10 (32,3%)	0,789	0,769	0,876	29 (29,6%)	23 (27,4%)	0,538

Czy Pani/Pana zdaniem zaburzenia funkcji poznawczych mogą mieć związek z depresją?

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Tak	150 (87,5%)	87 (90,6%)	47 (75,8%)	28 (90,3%)	0,322	0,375	0,556	88 (89,8%)	58 (69,0%)	0,088
Nie	24 (13,7%)	9 (9,4%)	9 (14,5%)	4 (12,9%)	0,246	0,834	0,248	10 (10,2%)	14 (16,7%)	0,234
Które z poniższych narzędzi do przesiewowej oceny potrafiłaby Pani/potrafiłaby Pan wykorzystać?										
MMSE	120 (68,6%)	68 (70,8%)	33 (53,2%)	27 (87,1%)	0,138	0,055	0,203	81 (82,7%)	35 (41,7%)	0,001
CDT	122 (69,7%)	70 (72,9%)	41 (66,1%)	19 (61,3%)	0,613	0,512	0,499	65 (66,3%)	54 (64,3%)	0,472
MoCA	26 (14,9%)	13 (13,5%)	7 (11,3%)	6 (19,4%)	0,423	0,329	0,465	18 (18,4%)	8 (9,5%)	0,120
STMS	19 (10,9%)	6 (6,3%)	7 (11,3%)	4 (12,9%)	0,169	0,718	0,158	11 (11,2%)	8 (9,5%)	0,699
Inne	2 (1,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,2%)	0,179	0,170	0,132	2 (2,0%)	0 (0,0%)	0,324
Czy w Pani/Pana opinii istnieją przeszkody, żeby wykonywać powyższe testy w gabinecie?										
Tak, czasochłonność	142 (81,1%)	81 (84,4%)	49 (79,0%)	24 (77,4%)	0,691	0,768	0,674	80 (81,6%)	58 (69,0%)	0,218
Tak, niechęć pacjenta	34 (19,4%)	16 (16,7%)	13 (21,0%)	7 (22,6%)	0,501	0,628	0,464	18 (18,4%)	15 (17,9%)	0,686
Tak, brak pewności co do oceny niektórych testów	11 (6,3%)	10 (10,4%)	3 (4,8%)	0 (0,0%)	0,094	0,142	0,033	5 (5,1%)	5 (6,0%)	0,629
Inne	1 (0,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,342	0,466	0,394	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,308
Nie	22 (12,6%)	13 (13,5%)	3 (4,8%)	6 (19,4%)	0,082	0,043	0,272	14 (14,3%)	8 (9,5%)	0,357
Kto według opinii Pani/Pana powinien wykonywać przesiewową ocenę funkcji poznawczych?										
Pielęgniarka POZ	95 (54,3%)	61 (63,5%)	30 (48,4%)	10 (32,3%)	0,167	0,075	0,038	55 (56,1%)	38 (45,2%)	0,249
Lekarz POZ	53 (30,3%)	27 (28,1%)	5 (8,1%)	15 (48,4%)	0,001	< 0,0001	0,061	30 (30,6%)	21 (25,0%)	0,378
Psycholog	58 (33,1%)	27 (28,1%)	19 (30,6%)	11 (35,5%)	0,358	0,682	0,377	33 (33,7%)	25 (29,8%)	0,585
Lekarz neurolog	48 (27,4%)	26 (27,1%)	23 (37,1%)	3 (9,7%)	0,146	0,017	0,059	18 (18,4%)	29 (34,5%)	0,034
Lekarz psychiatra	38 (21,7%)	22 (22,9%)	18 (29,0%)	1 (3,2%)	0,207	0,011	0,026	14 (14,3%)	23 (27,4%)	0,053
Jakie działania podejmuje Pani/Pan, gdy podejrzewa u pacjenta zaburzenia funkcji poznawczych?										
Badanie morfologii	105 (68,6%)	54 (56,3%)	32 (51,6%)	22 (71,0%)	0,329	0,246	0,358	64 (65,3%)	37 (44,0%)	0,045

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Badanie poziomu elektrolitów	103 (69,7%)	53 (55,2%)	28 (45,2%)	23 (74,2%)	0,139	0,073	0,228	65 (66,3%)	34 (40,5%)	0,016
Badanie poziomu glukozy	113 (64,6%)	58 (60,4%)	35 (56,5%)	23 (74,2%)	0,346	0,299	0,402	67 (68,4%)	42 (50,0%)	0,084
Badanie gospodarki lipidowej	95 (54,3%)	55 (55,2%)	34 (54,8%)	10 (32,3%)	0,686	0,096	0,087	48 (49,0%)	44 (52,4%)	0,452
Test przesiewowy funkcji poznawczych	104 (59,4%)	58 (60,4%)	31 (50,0%)	17 (54,8%)	0,331	0,308	0,723	62 (63,3%)	40 (47,6%)	0,137
Skierowanie do lekarza neurologa	111 (63,4%)	65 (67,7%)	40 (64,5%)	17 (54,8%)	0,591	0,542	0,424	60 (61,2%)	47 (56,0%)	0,367
Skierowanie do lekarza psychiatry	67 (38,3%)	36 (37,5%)	19 (30,6%)	12 (38,7%)	0,327	0,331	0,896	33 (33,7%)	32 (38,1%)	0,460
Skierowanie do psychologa	48 (27,4%)	22 (22,9%)	16 (25,8%)	9 (29,0%)	0,380	0,766	0,389	27 (27,6%)	19 (22,6%)	0,400
Ile czasu może maksymalnie Pani/Pan poświęcić na diagnostykę przesiewową pacjenta z podejrzeniem zaburzeń funkcji poznawczych?										
< 3 min	36 (20,6%)	23 (24,0%)	10 (16,1%)	6 (19,4%)	0,288	0,432	0,455	17 (17,3%)	19 (22,6%)	0,414
3–5 min	65 (37,1%)	36 (37,5%)	18 (29,0%)	12 (38,7%)	0,294	0,290	0,877	34 (34,7%)	27 (32,1%)	0,395
5–10 min	43 (24,6%)	26 (27,1%)	15 (24,2%)	5 (16,1%)	0,617	0,342	0,284	21 (21,4%)	22 (26,2%)	0,487
10–15 min	23 (13,1%)	8 (8,3%)	11 (17,7%)	6 (19,4%)	0,101	0,167	0,107	19 (19,4%)	4 (4,8%)	0,007
> 15 min	7 (4,0%)	3 (3,1%)	2 (3,2%)	2 (6,5%)	0,599	0,455	0,420	6 (6,1%)	1 (1,2%)	0,097
Którą formę przeprowadzania testu przesiewowego funkcji poznawczych Pani preferowałaby/Pan preferowałby?										
Test papierowy	128 (73,1%)	74 (77,1%)	35 (56,5%)	23 (74,2%)	0,109	0,124	0,648	65 (66,3%)	60 (71,4%)	0,418
Test na tablecie dostarczoną do ośrodka	30 (17,1%)	16 (16,7%)	15 (24,2%)	4 (12,9%)	0,178	0,145	0,561	21 (21,4%)	8 (9,5%)	0,048

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Test na telefonie komórkowym dostarczonym do ośrodka	3 (1,7%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	2 (6,5%)	0,251	0,024	0,038	2 (2,0%)	1 (1,2%)	0,658
Test wgrany na telefon lekarza	11 (6,3%)	4 (4,2%)	5 (8,1%)	2 (6,5%)	0,318	0,576	0,407	8 (8,2%)	3 (3,6%)	0,215
Jaką formę krótkiego szkolenia z przesiewowej oceny funkcji poznawczych Pani preferowałaby/Pan preferowałby?										
Przesłana broszura	36 (20,6%)	27 (28,1%)	7 (11,3%)	4 (12,9%)	0,022	0,062	0,060	13 (13,3%)	21 (25,0%)	0,067
Szkolenie w formie filmu dostępnego w internecie	49 (28,0%)	23 (24,0%)	14 (24,0%)	6 (19,4%)	0,271	0,224	0,239	23 (23,5%)	26 (31,0%)	0,322
Szkolenie przez internet umożliwiający połączenie z trenerem	12 (6,9%)	5 (5,2%)	7 (11,3%)	2 (6,5%)	0,142	0,182	0,533	9 (9,2%)	3 (3,6%)	0,148
Wizyta trenera w gabinecie	25 (14,3%)	12 (12,5%)	5 (8,1%)	10 (32,3%)	0,169	0,003	0,007	17 (17,3%)	8 (9,5%)	0,160
Szkolenie w sali szkoleniowej w formie warsztatowej	50 (28,6%)	27 (28,1%)	23 (37,1%)	9 (29,0%)	0,208	0,209	0,924	35 (35,7%)	13 (15,5%)	0,009
Czy chciałaby Pani/chciałby Pan wziąć udział w programie wsparcia badania funkcji poznawczych u swoich pacjentów?										
Tak	72 (41,1%)	30 (31,3%)	39 (62,9%)	18 (58,1%)	0,002	0,002	0,035	60 (61,2%)	12 (14,3%)	0,000
Nie	103 (58,9%)	66 (68,8%)	17 (27,4%)	13 (41,9%)	0,001	0,001	0,078	37 (37,8%)	62 (73,8%)	0,001

Wyniki przedstawiono jako N (%). Wykorzystano test chi-kwadrat.

MMSE – Mini Mental State Examination; CDT – Test rysowania zegara; MoCA – Montrealska skala oceny funkcji poznawczych; STMS – Short Test of Mental Status

W badaniu wzięło udział 129 kobiet i 46 mężczyzn w średnim wieku $46,44 \pm 14,1$ roku. Większość badanych lekarzy posiadała specjalizację z medycyny rodzinnej ($n = 96$; 54,86%), 56 osób (32,00%) było specjalistami z zakresu chorób wewnętrznych, 20 badanych (18,29%) posiadało inną specjalizację (8 pediatrów, 4 specjalistów medycyny pracy, 4 diabetologów, 2 otolaryngologów, 1 ginekolog, 1 endokrynolog, 1 kardiolog, 1 anestezjolog), natomiast 32 osoby (18,29%) nie miały tytułu specjalisty. Charakterystykę badanej grupy lekarzy i liczbę przyjmowanych pacjentów powyżej 65. r.ż. przedstawiono w tabeli 1.

Zdecydowana większość badanych ($n = 159$; 91,4%) widziała celowość prowadzenia badań przesiewowych w kierunku zaburzeń poznawczych w grupie wiekowej > 65 . r.ż., jednak tylko 53 osoby (30,29%) uważały, że badania te powinny być prowadzone przez lekarzy POZ. Jako przeszkodę w prowadzeniu tego typu diagnostyki ankietowani najczęściej wymieniali jej czasochłonność ($n = 142$; 81,1%); większość deklarowała, że może poświęcić temu zadaniu mniej niż 10 minut. Najbardziej rozpowszechnionymi skalami oceniającymi funkcje poznawcze były *Krótką skalą oceny stanu psychicznego (Mini Mental Status Examination – MMSE)*, którą znało 120 lekarzy (68,57%), oraz *Test rysowania zegara (Clock Drawing Test – CDT)*, znany 122 ankietowanym (69,71%).

Ankietowani lekarze najczęściej przyjmowali w ciągu tygodnia 1–2 osoby, które osobiście zgłaszały problemy z pamięcią lub których opiekun podejrzewał zaburzenia poznawcze ($n = 90$; 51,7%). Respondenci najczęściej wskazywali na test papierowy ($n = 128$; 73,1%) jako obiektywną przesiewową metodę oceny zaburzeń poznawczych. Test na tablicie dostarczonym do ośrodka istotnie statystycznie częściej wybierali lekarze poniżej 50. r.ż. W sytuacji podejrzenia otępienia badani zwykle zlecali badania laboratoryjne oraz kierowali pacjentów do specjalisty neurologa ($n = 111$; 63,4%).

Zaobserwowano istotne różnice wśród ankietowanych posiadających różne specjalizacje. Lekarze bez specjalizacji znacznie rzadziej uważali, że przesiewowa diagnostyka zaburzeń poznawczych powinna odbywać się w ramach poradni neurologicznej lub psychiatrycznej. Lekarze rodzinni rzadziej deklarowali chęć dalszej współpracy (31,3% vs. 62,9% – specjaliści chorób wewnętrznych, vs. 58,1% – lekarze bez specjalizacji). Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy między tymi grupami lekarzy co do rodzaju zleczanych badań laboratoryjnych, sposobu dalszego kierowania pacjentów ani czasu, jaki mogą poświęcić na diagnostykę funkcji poznawczych. Specjaliści chorób wewnętrznych rzadziej deklarowali znajomość skali MMSE (53,2%) vs. 70,8% – lekarze specjaliści medycyny rodzinnej, vs. 87,1% – lekarze bez specjalizacji (różnica na granicy istotności statystycznej); nie stwierdzono innych istotnych różnic dotyczących znajomości pozostałych skal ani identyfikacji trudności w ich zastosowaniu. Starsi ankietowani (> 50 . r.ż.) istotnie częściej uważali, że diagnostyka funkcji poznawczych powinna odbywać się w poradni neurologicznej, deklarowali generalnie krótszy czas, jaki mogliby przeznaczyć na tę diagnostykę i zdecydowanie rzadziej byli zainteresowani dalszą współpracą w porównaniu z młodszymi respondentami (14,3% vs. 61,2%).

Ocena własnych umiejętności w zakresie diagnostyki zaburzeń poznawczych w skali od 1 do 10 wynosiła w badanej grupie $5,6 \pm 2,2$ pkt. Nie stwierdzono istotnych

statystycznie różnic w tej ocenie między lekarzami różnych specjalności ani lekarzami w różnym wieku.

Mimo krytycznej oceny swoich umiejętności jedynie 72 osoby (41,4%) wyraziły chęć wzięcia udziału w programie wsparcia badania funkcji poznawczych u swoich pacjentów. Istotnie statystycznie najmniej zainteresowani tego typu programem byli lekarze rodzinni i/lub lekarze powyżej 50. r.ż. Preferowaną metodą szkolenia były warsztaty ($n = 50$; 28,6%) oraz filmy dostępne w internecie ($n = 49$; 28%).

Szczegółowe odpowiedzi na wszystkie pytania ankiety oraz analizy statystyczne przedstawiono w tabeli 2.

Omówienie wyników

Jak wykazał raport NIK z 2016 roku, lekarze POZ rzadko oceniali stan funkcji poznawczych pacjentów w wieku senioralnym [7]. Ustalenia NIK wskazują, że zaledwie 3% Polaków po 60. r.ż. było badanych w kierunku zaburzeń pamięci przez lekarza POZ z jego własnej inicjatywy, nie umieszczano także zapisów dotyczących zaburzeń funkcji poznawczych w dokumentacji medycznej. Informacje w tym zakresie pozyskiwano jedynie w sytuacji, gdy zgłaszali je sami podopieczni lub członkowie ich rodzin. W kontrolowanych jednostkach POZ żaden pacjent nie został objęty badaniem z użyciem dostępnych standaryzowanych skal oceniających funkcje poznawcze. Jako wyjaśnienie lekarze podawali najczęściej brak odpowiednich przepisów i standardów postępowania nakładających na lekarzy obowiązek pozyskiwania tych informacji od pacjentów z grupy wiekowej powyżej 60. r.ż., a także brak czasu (w związku z dużą liczbą przyjmowanych pacjentów). NIK w swoim raporcie zwracała uwagę na konieczność zbierania wiarygodnych danych w celu oceny skali zjawiska oraz opracowania i wdrożenia standardów dotyczących wczesnego wykrywania symptomów chA, a także standardów postępowania leczniczego i opiekuńczego wobec osób chorych [7].

Jak wynika z danych pochodzących z piśmiennictwa z tego zakresu, to właśnie do lekarzy POZ najczęściej zgłaszają się pacjenci z zaburzeniami pamięci [8, 9]. Również i w niniejszym badaniu zdecydowana większość respondentów każdego tygodnia stykała się z chorymi zgłaszającymi lub podejrzanymi o zaburzenia funkcji poznawczych. Nie bez przyczyny zatem obecnie zwraca się coraz większą uwagę na kluczową rolę lekarzy POZ w opiece nad osobami w wieku podeszłym [10, 11]. Większość ankietowanych w naszym badaniu widziała celowość przesiewowego badania funkcji poznawczych i uważała, że istnieje możliwość przeprowadzenia takiej diagnostyki w POZ. Najczęściej jako przeszkodę w takim postępowaniu badani wskazywali jego czasochłonność – około $\frac{3}{4}$ respondentów deklarowało, że może poświęcić na przeprowadzenie diagnostyki w kierunku zaburzeń poznawczych nie więcej niż 10 minut.

Jak wynika z literatury przedmiotu, często zwraca się uwagę na niską skuteczność lekarzy POZ w rozpoznawaniu zespołów otępiennych [12], późno stawianą diagnozę [12, 13], a także ogólną niechęć do poruszania tematu zaburzeń poznawczych zarówno przez lekarza POZ, jak i pacjenta [14]. Podnosi się również, że lekarze pierwszego kontaktu często nie uwzględniają poziomu edukacji pacjenta, niejednokrotnie błędnie rozpoznają zaburzenia poznawcze wśród pacjentów z niepełnosprawnością i starszych,

nie obiektywizują badania o wywiad z rodziną czy znajomymi pacjenta oraz nie wykorzystują standaryzowanych skal oceniających funkcje poznawcze [12].

W niniejszym badaniu szeroko znane wśród lekarzy POZ były takie skale oceniające funkcje poznawczych jak *Krótką skalą oceny stanu psychicznego* (MMSE) i *Test rysowania zegara* (CDT). Skala MMSE, mimo że jest najczęściej wykorzystywana w diagnostyce zaburzeń poznawczych, ma swoje ograniczenia – jest stosunkowo mało czuła w wypadku łagodnego otępienia oraz niepraktyczna z punktu widzenia lekarza rodzinnego ze względu na długi czas przeprowadzania badania (>10 min) [15–17]. W naszym badaniu dodatkowo zaobserwowano, że znajomość MMSE nie jest powszechna wśród lekarzy po 50. r.ż. (41,5% vs. 82,7% wśród lekarzy młodszych), wśród których jedynym szeroko znanym testem jest CDT (64,3%). CDT, mimo krótkiego czasu wykonania, jako pojedyncze narzędzie diagnostyczne nie pozwala jednak na przesiewową ocenę funkcji poznawczych [18]. Należy pamiętać, że istnieją krótkie testy diagnostyczne (np. *General Practitioner Assessment of Cognition* – GPCOG, *Mini-Cog* czy *Memory Impairment Screen* – MIS) o podobnej czułości i swoistości jak MMSE, ale nie były one w zasadzie znane lekarzom biorącym udział w naszym badaniu [14].

Zdecydowana większość badanych (87,5%) dostrzegła związek zaburzeń poznawczych z depresją. Choć depresja uważana jest za zaburzenie przede wszystkim afektywne, coraz większe znaczenie przypisuje się obecnym w jej przebiegu zaburzeniom poznawczym. Może to prowadzić do błędnego rozpoznania otępienia, ale z drugiej strony wystąpienie takich objawów może świadczyć o procesie neuropatologicznym leżącym u podłoża depresji. Leczenie tych objawów jest istotne, gdyż wpływa na jakość życia pacjentów oraz pośrednio może informować o endofenotypie depresji [19].

Wprawdzie wczesne ustalenie diagnozy dotąd nie wpływało znacząco na przebieg choroby [20], dawało i daje jednakże czas na edukację chorego i opiekuna, przez co pozytywnie wpływa na ich jakość życia [21]. Wczesne rozpoznanie pozwala m.in. na wdrożenie stymulacji funkcji poznawczych, która może poprawiać jakość życia pacjentów szczególnie w początkowej fazie choroby, oraz włączenie potencjalnie prewencyjnych strategii ograniczania dynamiki choroby [22]. Chory i rodzina pacjenta często nie zdają sobie sprawy z możliwości takiego wsparcia, a mogliby być o niej informowani przez lekarza pierwszego kontaktu. Dodatkowo weryfikacja negatywna zespołu otępiennego skłania do poszukiwania alternatywnych przyczyn doświadczanych przez pacjentów zaburzeń.

Nowym wyzwaniem jest globalne rozprzestrzenianie się SARS-CoV-2 i jego nieproporcjonalny wpływ na osoby starsze, co może skutkować dalszym narastaniem nierówności w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej oraz systemu wsparcia społecznego. Sytuacja ta wymaga zastosowania rozwiązań uwzględniających zarówno szczególne problemy, jak i możliwości adaptacji do nowych warunków w tej grupie pacjentów. W Polsce dysponujemy rekomendacjami przygotowanymi pod patronatem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, których celem jest zahamowanie niekorzystnych zjawisk związanych z tą sytuacją [23]. Nadal istnieje potrzeba opracowania standardów rozpoznawania otępienia z uwzględnieniem roli lekarzy POZ oraz oceny skuteczności

i możliwości stosowania dostępnych narzędzi diagnostycznych w ramach POZ. Takie badania są prowadzone także w innych krajach [24].

Podsumowanie

Lekarze POZ mają świadomość konieczności prowadzenia badań przesiewowych w kierunku zaburzeń poznawczych u seniorów. Obecnie nie funkcjonują w ramach POZ mechanizmy umożliwiające właściwy wczesny screening w kierunku otępienia u osób z grupy ryzyka (tj. > 65. r.ż.). Opracowanie standardów wczesnego wykrywania zaburzeń poznawczych w ramach POZ w Polsce wydaje się pilną potrzebą.

Piśmiennictwo

1. GBD 2016 Collaborators. *Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. *Lancet Neurology* 2019; 18(1): 88–106.
2. Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2016*. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2016/> (dostęp: 1.08.2021).
3. Bonin-Guillemé S, Zekry D, Giacobini E, Gold G, Michel J. *The economical impact of dementia*. *Press. Med.* 2005; 34(1): 35–41.
4. Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2015*. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2015/> (dostęp: 1.08.2021).
5. Bermejo-Pareja F, Benito-Leon J, Medrano J, Roman GC. *Incidence and subtypes of dementia in three populations of central Spain*. *J. Neurol. Sci.* 2008; 264(1–2): 63–72.
6. Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L, Lepore V, Bracco L, Maggi S i wsp. *Incidence of dementia, Alzheimer's disease, and vascular dementia in Italy. The ILSA Study*. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2002; 50(1): 41–48.
7. Raport NIK z 2016 r. *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,13694,vp,16130.pdf> (dostęp: 1.08.2021).
8. Werner P. *Knowledge about symptoms of Alzheimer's disease: Correlates and relationship to help-seeking behaviour*. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2003, 18(11): 1029–1036.
9. Werner P. *Beliefs about memory problems and help seeking in elderly persons*. *Clin. Gerontol.* 2004; 27(4): 19–30.
10. Linden M, Horgas AL, Gilberg R, Steinhagen-Thiessen E. *Predicting health care utilization in the very old. The role of physical health, mental health, attitudinal and social factors*. *J. Aging. Health* 1997; 9(1): 3–27.
11. Schers HJ, Hoogen van den H, Bor H, Grol R, Bosch van den R. *Familiarity with a GP and patients' evaluations of care. A cross-sectional study*. *Fam. Pract.* 2005; 22(1): 15–19.
12. Pentzek M, Wollny A, Wiese B, Jessen F, Haller F, Maier W i wsp.; AgeCoDe Study Group. *Apart from nihilism and stigma: What influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia?* *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2009; 17(11): 965–975.
13. Khanassov V, Vedel I. *Family physician-case manager collaboration and needs of patients with dementia and their caregivers: A systematic mixed studies review*. *Ann. Fam. Med.* 2016; 14(2): 166–177.

14. Kaduszkiewicz H, Bachmann C, Bussche van den H. *Telling "the truth" in dementia – do attitude and approach of general practitioners and specialists differ?* Patient Educ. Couns. 2008; 70(2): 220–226.
15. Brodaty H, Low LF, Gibson L, Burns K. *What is the best dementia screening instrument for general practitioners to use?* Am. J. Geriatr. Psychiatry 2006; 14(5): 391–400.
16. Flocke SA, Frank SH, Wenger DA. *Addressing multiple problems in the family practice office visit.* J. Fam. Pract. 2001 50(3); 211–216.
17. Deveugele M, Derese A, Brink-Muinen van den A, De Maeseneer J, Bensing J. *Consultation length in general practice: Cross sectional study in six European countries.* BMJ 2002; 325(7362): 472–447.
18. Mast B, Gerstenecker A. *Screening instruments and brief batteries for dementia.* W: Lichtenberg P. red. *Handbook of assessment in clinical gerontology*, wyd. 2. Academic Press; 2010. S. 503–530.
19. Czerwińska A, Pawłowski T. *Cognitive dysfunctions in depression – Significance, description and treatment prospects.* Psychiatr. Pol. 2020; 54(3): 453–466.
20. Larson EB, Shadlen MF, Wang L, McCormick WC, Bowen JD, Teri L i wsp. *Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease.* Ann. Intern. Med. 2004; 140(7): 501–509.
21. Covinsky KE, Yaffe K. *Dementia, prognosis, and the needs of patients and caregivers.* Ann. Intern. Med. 2004; 140(7): 573–574.
22. Coen R, Flynn B, Rigney E, O'Connor E, Fitzgerald L, Murray C i wsp. *Efficacy of a cognitive stimulation therapy programme for people with dementia.* Ir. J. Psychol. Med. 2011; 28(3): 145–147.
23. Łuc M, Szcześniak D, Tryпка E, Mazurek J, Rymaszewska J. *SARS-CoV-2 pandemic and the population with dementia. Recommendations under the auspices of the Polish Psychiatric Association.* Psychiatr. Pol. 2020; 54(3): 421–436.
24. Creavin ST, Cullum SJ, Haworth J, Wye L, Bayer A, Fish M i wsp. *Towards improving diagnosis of memory loss in general practice: TIMeLi diagnostic test accuracy study protocol.* BMC Fam. Pract. 2016; 17: 79.

Adres: Tomasz Chmiela
 Śląski Uniwersytet Medyczny
 Wydział Nauk Medycznych w Katowicach
 Katedra Neurologii
 40-752 Katowice ul. Medyków 14
 e-mail: tchmiela@sum.edu.pl

Otrzymano: 13.12.2020
 Zrecenzowano: 1.04.2021
 Otrzymano po poprawie: 27.04.2021
 Przyjęto do druku: 11.06.2021