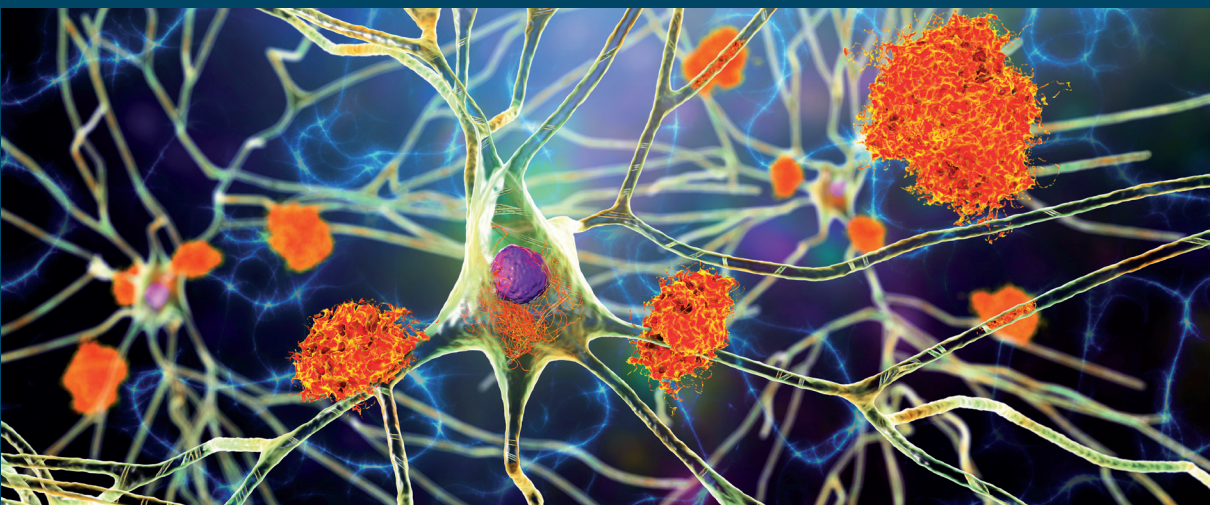


Robert Rusina, Hana Vaňková a kol.

# ALZHEIMEROVA NEMOC



a jiné kognitivní poruchy



NAPAN

MEZIOBOROVÁ DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

Hlavní autoři

Robert Rusina

Hana Vaňková

Spoluautoři

Aleš Bartoš

Svatopluk Býma

Vanda Franková

Klára Knápková

Astrid Matějková

Zuzana Šnajdrová

*a další přispěvatelé*

maxdorf jessenius

## **ALZHEIMEROVA NEMOC A JINÉ KOGNITIVNÍ PORUCHY**

# **SYSTÉM PÉČE: EXPERTNÍ DŮKAZY**

---

# KLINICKÁ OTÁZKA 1: ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

1. **Jaká je role praktického lékaře (VLP) v diagnostice, terapii a dispenzarizaci pacientů s Alzheimerovou nemocí a jinými kognitivními poruchami?**

## ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE (VPL) – KONSENZUÁLNÍ DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

### 1. Role praktického lékaře v diagnostice:

- 1.a. Panel doporučuje, aby praktičtí lékaři (VPL) aktivně vyhledávali pacienty s kognitivními poruchami v průběhu pravidelných preventivních vyšetření i v průběhu návštěvy pacienta z jiného důvodu (aktivní sledování chování pacienta, informace od doprovázející osoby, provádění screeningových kognitivních testů, hodnocení soběstačnosti pacienta) **(ED, 100% konsensus)**.
- 1.b. Panel doporučuje, aby praktičtí lékaři prováděli základní diferenciální diagnostiku a management terapie ovlivnitelných příčin u pacientů pozitivně screenovaných nebo vykazujících zjevné příznaky kognitivní poruchy (vyšetření klinické i laboratorní) **(ED, 100% konsensus)**.
- 1.c. Panel doporučuje, aby praktický lékař provedl pečlivou kontrolu pacientem reálně užívané medikace, revidoval ji s ohledem na ev. nežádoucí účinky léku a nastavil plán zajištění compliance medikace a léčebného postupu **(ED, 100% konsensus)**.
- 1.d. Panel doporučuje, aby při přetrvávajícím podezření na kognitivní poruchu i po nastavení léčby ovlivnitelných příčin a komorbidit odeslal praktický lékař pacienta k podrobnému vyšetření ke specialistovi.\* Je s výhodou, pokud již praktický lékař indikuje provedení zobrazovacího vyšetření mozku **(ED, 100% konsensus)**.
- 1.e. Panel navrhuje, aby v případech, kdy je diagnóza demence jasná (pokročilý kognitivní deficit, letitá anamnéza) a pacient a jeho blízcí preferují péči navrhovanou praktickým lékařem, další diagnostika probíhala v jeho kompetenci podle tohoto Doporučeného postupu\*\* **(ED, 100% konsensus)**.

## 2. Role praktického lékaře v terapii:

- 2.a. Panel doporučuje, aby praktický lékař předepisoval specialistou nasazená kognitiva podle doporučeného schématu např. v následujících situacích: po propuštění pacienta z hospitalizace v případech, kdy pacient dosud nemá ambulantního specialistu, v době nedostupnosti specialisty (např. dovolená), po domluvě se specialistou u nekomplikovaného stavu (**ED, 100% konsensus**).
- 2.b. Panel doporučuje, aby v případech, kdy je diagnóza demence jasná (pokročilý kognitivní deficit, letitá anamnéza, určena pravděpodobná etiologie) a pacient a jeho blízcí preferují péči navrhovanou praktickým lékařem, po dokončení diagnostiky probíhala i terapie v jeho kompetenci podle tohoto DP (**ED, 100% konsensus**).

## 3. Role praktického lékaře v dispenzarizaci:

- 3.a. Panel doporučuje u stabilizovaných pacientů diagnostikovaných a odeslaných zpět specialistou převzetí do dispenzarizace praktickými lékaři. Registrující praktický lékař se pak stává dispenzarizujícím lékařem pacienta s kognitivní poruchou, vede léčbu a provádí kontroly pacienta (a jeho komplexní postdiagnostickou podporu) každých 3–6 měsíců (**ED, 100% konsensus**).
- 3.b. Panel navrhuje, aby v případech, kdy je diagnóza demence jasná (pokročilý kognitivní deficit, letitá anamnéza, určena pravděpodobná etiologie) a pacient a jeho blízcí preferují péči navrhovanou praktickým lékařem, po dokončení diagnostiky probíhala i dispenzarizace v jeho kompetenci podle tohoto DP (**ED, 100% konsensus**).
- 3.c. Panel doporučuje, aby praktický lékař aktivně spolupracoval s rodinnými pečujícími, indikoval home care, prováděl v rámci svých standardních kompetencí posudkovou činnost a poskytoval pacientům i jejich příbuzným další potřebnou postdiagnostickou podporu (**ED, 100% konsensus**).

\* Odkaz na klinické otázky ED 2, 3, 4, (5) a jejich expertní důkazy.

\*\* Diagnostika podle tohoto Doporučeného postupu.

## SITUACE V ČR

V současné době provádí VPL výkon 01026 (provedení testu Mini-Cog) za účelem testování seniorské populace s cílem včasného zachytu demence. Provádí se u osob nad 65 let do 80 let jedenkrát za dva roky v souvislosti s preventivní prohlídkou. Přestože výskyt syndromu demence s věkem dále stoupá, u osob nad 80 let již nelze tento výkon vykázat.

Vyšetření pacienta se suspekci na syndrom demence – typické jsou dvě situace:

- pozitivní screening
- nebo klinická suspekce

---

Výhodou praktického lékaře je důvěra pacienta; lékař pacienta zná dlouhodobě, většinou funguje jako rodinný lékař a je pro něho snazší získat objektivní anamnézu nebo zachytit zmatky v užívání léků, v receptech, stav domácnosti při návštěvě atd.

Pro praktické lékaře existuje výkon 01210, jehož obsahem je standardizovaný test mentálních funkcí (MMSE).

Výkon se vykazuje u *a)* a *b)* 1× ročně, u *c)* 1× za 2 roky:

- a)* u bezpříznakových pacientů v rámci časného záchytu demence v případě pozitivního výsledku testu Mini-Cog
- b)* u pacientů s nově zachycenými příznaky poruchy mentálních funkcí
- c)* u dispenzarizovaných pacientů s demencí (vykazován výkon č. 01211) v ordinaci praktického lékaře, kteří při předchozích vyšetřeních dosáhli vyššího skóre než 6, a to s periodicitou 1× za 2 roky (ke zhodnocení vývoje mentálních funkcí a ověření efektu léčby) s tím, že testování se ukončuje ve chvíli, kdy pacient dosáhne skóre 6 a méně.

Výkon č. 01211 – vyšetření pacienta s Alzheimerovou nemocí nebo demencí, který je dispenzarizován u praktického lékaře. Zásadní podmínkou ale je, že pacient musí být před předáním do péče VPL vyšetřen specialistou a mít potvrzenou diagnózu demence. Pokud tuto podmínku pacient splňuje, sazebník počítá s dispenzární prohlídkou hodnocenou 253 body v délce 20 min 2× ročně.

Frekvence vyšetření tedy neodpovídá ani potřebám pacientů ani aktuálním preskripčním omezením léčby.

Praktičtí lékaři v rámci kapacity provádějí základní diferenciální diagnostiku komorbidit a jsou koordinátory nastavené péče včetně základní kontroly racionální farmakoterapie. Vyšetření etiologie nejasných kognitivních deficitů je však často mimo časové kapacity praktických lékařů, podobně jako systematická intervence funkčního stavu a geriatrických syndromů. Podle vyhodnocení pořádaných seminářů by praktičtí lékaři uvítali více vzdělávacích kurzů, jako vysoce potřebnou ocenili realizaci stručné verze „praktického návodu“ k diagnostice a terapii demencí. Podle zpětné vazby pociťují nedostatečnou kapacitu specializovaných ambulancí pro pacienty s kognitivním deficitem, jako výhodnou zmiňovali možnost pacienta se specialistou konzultovat telefonicky. Ve shodě byly semináře pro VPL i pro specialisty v potřebě zajistit průchodnost pacienta oběma směry – tedy od VPL ke specialistům i zpět.

---

## KLINICKÁ OTÁZKA 2: ROLE A DOSTUPNOST GERIATRA

- a) **Jaká je role geriatra v diagnostice, terapii a dispenzarizaci o pacienty s Alzheimerovou nemocí a obdobnými onemocněními?**
- b) **Jaká má být optimální dostupnost geriatrických ambulancí a dalších geriatrických pracovišť?**

### ROLE GERIATRA – KONSENZUÁLNÍ DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

#### Geriatrické vyšetření a zvážení dispenzární péče v geriatrické ambulanci:

1. Panel doporučuje u pacientů vyššího věku\* s kognitivním deficitem a polymorbiditou a/nebo polyfarmakoterapií (**ED, 100% konsensus**).
2. Panel doporučuje u pacientů s podezřením na některý ze specifických geriatrických syndromů (např. syndrom geriatrické křehkosti ve všech jeho souvislostech, syndrom instability ve vysokém riziku pádu\*\*, syndrom sarkopenie a suboptimální výživy, poruchy chování u syndromu demence potenciálně spojené s komorbiditami) a ke specifickému hodnocení zhoršující se soběstačnosti pacienta (**ED, 100% konsensus**).
3. Panel doporučuje při potřebě cíleného case managementu pacienta, překračující možnosti a kapacitu VPL (**ED, 100% konsensus**).
4. Panel doporučuje při potřebě podrobnějšího vyšetření a podpory funkčního stavu a soběstačnosti (**ED, 100% konsensus**).

\* Vyšší věk nad 65 let.

\*\* Podle World Guidelines for Falls Prevention 2022 (viz literatura, osobní anamnéza pádu v posledním roce, pád s úrazem,  $\geq 2$  pády/rok).

## DOSTUPNOST GERIATRA – KONSENZUÁLNÍ DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

1. Panel doporučuje zajistit, aby geriatrická ambulance byla optimálně dostupná na úrovni každého okresu (resp. jemu příslušných obcí s rozšířenou působností a městské části Hl. m. Praha) v souladu s NAPAN 2020–2030 (opatření 1.1.6). Je potřeba, aby každý praktický lékař měl reálnou možnost odeslat i hůře pohyblivého křehkého seniora do geriatrické ambulance v regionu (**ED, 100% konsensus**).
2. Panel doporučuje zajistit dostupnost geriatrické akutní lůžkové péče, geriatra konziliáře a geriatrického stacionáře i lůžkové následné (postakutní) péče v souladu s koncepcí geriatrické péče v ČR, resp. Národním plánem rozvoje geriatrie (pracovní skupiny MZČR) (**ED, 100% konsensus**).
3. Panel navrhuje dostupnost konzultace ambulantního geriatra též pro uživatele služeb domovů se zvláštním režimem a domovů pro seniory ve spolupráci s praktickým lékařem (**ED, 100% konsensus**).

## SITUACE V ČR

Muži v ČR měli v období 2020–2021 střední délku života při narození 74,7 roku a ženy o 6 let více, tj. 80,9 let. Nejvyšší střední délka života při narození u mužů i žen byla za roky 2020–2021 zjištěna v Praze (muži 77,1 roku, ženy 82,3 roku). Naopak nejnižší střední délku života při narození se vyznačoval v případě mužů Ústecký kraj (72,7) a v případě žen Karlovarský kraj (78,8). Rozdíl mezi krajem s nejvyšší a nejnižší střední délkou života tak činí až 4,4 roku v případě mužů a 3,5 roku v případě žen. V roce 2021 byl v celé ČR průměrný podíl osob starších 65 let 20,6 %.

Přestože komplexní péče o geriatrické nemocné má potenciál redukce nemoci, a zvláště oddálení disability a udržení pacientů v domácím prostředí, je geriatrických ambulancí a lůžkové geriatrické péče zatím nedostatek.

Proto je zvýšení dostupnosti geriatrických ambulancí v regionech jedním z opatření Národního plánu pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030, Opatření 1.1.6: – tj. navýšení počtu geriatrických ambulancí nejméně tak, aby byl geriatr v každém okrese. To je ve shodě s dlouhodobou koncepcí geriatrie v ČR a jednou z priorit připravovaného Národního akčního plánu pro rozvoj geriatrie.

Konsenzuální doporučení dostupnosti geriatrické ambulantní péče, geriatrické akutní lůžkové péče, stacionáře, geriatra konziliáře a geriatrické lůžkové následné péče jsou doporučením pro zdravotní politiku.



## ZDROJE

1. Úmrtnostní tabulky za ČR, regiony soudržnosti a kraje 2020–2021 | ČSÚ (czso.cz)
2. Český statistický úřad
3. NAPAN 2020–2030
4. Zákon č. 51/2020 Sb. Zákon o územně správním členění státu a o změně souvisejících zákonů (zákon o územně správním členění státu).

---

## KLINICKÁ OTÁZKA 3: ROLE A DOSTUPNOST NEUROLOGA

- a) **Jaká je role neurologa v diagnostice, terapii a dispenzarizaci o pacienty s Alzheimerovou nemocí a obdobnými onemocněními?**
- b) **Jaká má být optimální dostupnost neurologických ambulancí a dalších neurologických pracovišť?**

### ROLE NEUROLOGA – KONSENZUÁLNÍ DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

#### Neurologické vyšetření a zvážení dispenzarizace:

1. Panel doporučuje u pacientů s doprovodnými neurologickými příznaky při syndromu demence, zejména u nemocných s poruchami řeči, s parkinsonskými příznaky (rigidita, akineze, tremor), s příznaky onemocnění motorického neuronu (**ED, 100% konsensus**).
2. Panel doporučuje u pacientů s obrazem normotenzního hydrocefalu (**ED, 100% konsensus**).
3. Panel navrhuje u pacientů po neuroinfekcích a neurochirurgických operacích mozku (**ED, 86% konsensus**).
4. Panel doporučuje u pacientů se syndromem demence a epileptickými záchvaty (**ED 100% konsensus**).
5. Panel doporučuje u pacientů s progredujícím poklesem kognitivních schopností v mladším věku pod 65 let a/nebo při podezření na možnou genetickou formu neurodegenerativního onemocnění mozku (**ED, 100% konsensus**).
6. Panel doporučuje u pacientů s rychlou progresí\* kognitivního deficitu po vyloučení sekundární etiologie (např. delirium, somatické komorbidity) (**ED, 100% konsensus**).
7. Panel doporučuje v rámci diferenciální diagnostiky u pacientů, u kterých zůstává etiologie syndromu demence nejasná a/nebo je klinické podezření na některé vzácnější neurodegenerativní onemocnění (**ED, 100% konsensus**).

\* Rychlá progresie = v řádu měsíců.

## DOSTUPNOST NEUROLOGA – KONSENZUÁLNÍ DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

1. Panel doporučuje zajistit, aby každý praktický lékař měl reálnou možnost odeslat pacienta s kognitivním deficitem do neurologické ambulance v daném regionu (*ED, 100% konsensus*).
2. Panel navrhuje: Je s benefitem, aby neurologické ambulance mohly odeslat diagnostikované a stabilizované pacienty zpět do péče praktického lékaře a tak uvolňovat svou kapacitu pro nové pacienty (*ED, 100% konsensus*).
3. Panel doporučuje, aby neurologické pracoviště s kompetencí pro specializovanou diagnostiku kognitivních poruch bylo nejméně jedno na úrovni kraje (*ED, 100% konsensus*).

### SITUACE V ČR

Dostupnost všeobecných neurologických ambulancí se jeví spíše jako dostatečná. Je třeba zohlednit reálnou prostorovou i časovou dostupnost neurologického vyšetření pro pacienty s kognitivním deficitem a současnou neurologickou symptomatologií. Je potřeba, aby každý praktický lékař měl reálnou možnost odeslat pacienta s kognitivním deficitem do neurologické ambulance v regionu.

Péče o pacienty s kognitivními poruchami musí být vždy komplexní, obtíže nelze řešit izolovaně od jiných neurologických poruch ani bez ohledu na další komorbidity a vývoj funkčního stavu. Časově náročná je i péče o compliance pacienta s léčbou. Péče o tyto pacienti může být pro svou časovou náročnost nepopulární v ambulancích vytížených jinými neurologickými diagnózami. Mimo ambulance, které se na kognitivní poruchy přímo specializují, je neurologická péče pro tyto nemocné hůře dostupná a/nebo u nich řeší jen izolovaně jinou problematiku (např epilepsii, vertebrogenní obtíže), ale nikoliv současně přítomný kognitivní deficit.

---

## KLINICKÁ OTÁZKA 4: ROLE A DOSTUPNOST PSYCHIATRA/GERONTOPSYCHIATRA

- a) **Jaká je role psychiatra a gerontopsychiatra v péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí a obdobnými onemocněními?**
- b) **Jaká má být optimální dostupnost psychiatrických ambulancí a dalších psychiatrických pracovišť zaměřených na péči o starší pacienty?**

### ROLE PSYCHIATRA/GERONTOPSYCHIATRA – KONSENZUÁLNÍ DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

1. Psychiatrické/gerontopsychiatrické vyšetření a zvážení dispenzarizace, případně hospitalizace na gerontopsychiatrickém/psychiatrickém oddělení u nemocných se syndromem demence:
  - 1.a. Panel doporučuje u pacientů s rizikem sebevražedného jednání a/nebo s agresivními nebo psychotickými\* příznaky (**ED, 100% konsensus**).
  - 1.b. Panel doporučuje u nemocných s anamnézou závažných duševních onemocnění (zejm. schizofrenie, bipolární afektivní porucha, periodická depresivní porucha aj.) (**ED, 100% konsensus**).
  - 1.c. Panel doporučuje u pacientů s dominující problematikou závislosti a/nebo škodlivého užívání psychotropních látek (alkohol a jiné návykové látky, léky) (**ED, 100% konsensus**).
2. Panel navrhuje, aby psychiatrické vyšetření bylo zváženo u nemocných s kognitivní poruchou a s psychiatrickými symptomy, které jsou závažné nebo nereagují na běžné terapeutické postupy ani na zajištění komfortu pacienta (**ED, 100% konsensus**).
3. Panel doporučuje hospitalizaci na gerontopsychiatrickém/psychiatrickém oddělení, pokud pacient s kognitivní poruchou a BPSD ohrožuje sebe nebo své okolí (vyjma případů, kdy je indikována intenzivní somatická péče) (**ED, 100% konsensus**).
4. Panel doporučuje, aby pacienti vyššího věku\*\* s kognitivním postižením a psychiatrickými obtížemi byli přednostně vyšetřeni gerontopsychiatrem spíše než všeobecným psychiatrem (**ED, 100% konsensus**).

\* *Psychotické příznaky: nejčastěji halucinace (falešný vjem, o jehož realnosti je nemocný nevyvratně přesvědčen a vzniká bez reálného podnětu) a blud (nereálné přesvědčení, vzniklé na chorobném podkladě, které je logickými argumenty nevyvratitelné a ovlivňuje chování)*

\*\* *Nad 65 let*

## DOSTUPNOST PSYCHIATRA/GERONTOPSYCHIATRA – KONSENZUÁLNÍ DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

1. Panel doporučuje navýšení počtu psychiatrických ambulancí zaměřených na gerontopsychiatrickou péči tak, aby každý praktický lékař měl reálnou možnost konzultovat s gerontopsychiatrem či psychiatrem se zkušeností v oboru gerontopsychiatrie u pacienta vyššího věku s psychiatrickou symptomatologií (*ED, 100% konsensus, doporučení pro zdravotní politiku*).
2. Panel navrhuje podporu v prohlubování vzdělávání psychiatrů v gerontopsychiatrické problematice (delší praxe v gerontopsychiatrii v rámci specializační přípravy oboru psychiatrie), včetně zvyšování jejich kvalifikace v oboru gerontopsychiatrie (*ED, 100% konsensus, doporučení pro zdravotní politiku*).
3. Panel navrhuje zajistit dostupnost gerontopsychiatrických lůžek alespoň ve stávajícím rozsahu, optimálně v každém kraji (*ED, 100% konsensus*).
4. Panel navrhuje zajistit konziliární péči na nepsychiatrických odděleních gerontopsychiatrem nebo psychiatrem se zkušeností v oboru gerontopsychiatrie (*ED, 100% konsensus*).
5. Panel navrhuje zajistit dostupnost konzultace ambulantního gerontopsychiatra nebo psychiatra se zkušeností v oboru gerontopsychiatrie pro uživatele služeb domovů se zvláštním režimem a domovů pro seniory ve spolupráci s praktickým lékařem (*ED, 100% konsensus*).
6. Panel navrhuje vznik ambulancí s rozšířenou působností se zaměřením na gerontopsychiatrické pacienty a Center duševního zdraví pro seniory s primární působností ve vlastním sociálním prostředí pacienta (NAPAN, opatření 1.1.9) (*ED, 86% konsensus*).

## SITUACE V ČR

Dle ÚZIS bylo v ČR k roku 2021 evidováno 785 poskytovatelů ambulantních psychiatrických zdravotních služeb v odbornosti 305 – psychiatrie a 1 v odbornosti 307 – gerontopsychiatrie, z čehož vyplývá, že je s ohledem na demografická data (setrvalý nárůst podílu seniorů na populaci), ale i rostoucí incidenci organických duševních poruch potřeba posílit odbornost 307, motivovat zdravotníky ve vzdělávání v gerontopsychiatrické oblasti.

Zároveň je odůvodněné zaměřit se i na rozvoj psychiatrických ambulancí směrem ke gerontopsychiatrické péči a nabídnout např. finanční bonifikaci za péči o pacienty s demencí, neboť s ohledem na časovou náročnost této péče může být v psychiatrických ambulancích preferované jiné zaměření (zejm. na úzkostné a depresivní onemocnění, u nichž incidence také narůstá) než na péči o pacienty s demencí a může pak být obtížné zajistit adekvátní dostupnost péče mimo ambulance specializující se na gerontopsychiatrickou problematiku, kterých už nyní je nedostatek.

---

V rámci nemocničního segmentu péče o tyto pacienty je více než vhodné podporovat lůžková gerontopsychiatrická (či psychiatrická) oddělení, kde bude zajištěna součinnost gerontopsychiatra/psychiatra, geriatra, neurologa, psychologa, sociálního pracovníka a dalšího odborného personálu. Jako žádoucí se jeví možnost konzultace klinického farmaceuta a paliatra.

Podporu v rozvoji sítě je s výhodou cílit i na CDZ pro seniory a ambulance s rozšířenou péčí se zaměřením na gerontopsychiatrické pacienty a na dostupnost ambulantního gerontopsychiatra nebo psychiatra se zkušeností v oboru gerontopsychiatrie v zařízeních pobytových sociálních služeb.