

7. Goldman DA. Nosocomial infection control in the United States of America. *J Hosp Infect* 1986; 8: 116-6.
8. Erjavec F, Budihna MV, Est M. Medsebojno delovanje zdravil. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1981: 1-71.

## PROBLEMI OB MEDICINSKO-SOCIALNI OSKRBI STAREJŠIH

Urška Lunder

Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Vegova 8, 1000 Ljubljana

**Izvleček** – Izhodišča. *Delež starejših v slovenski populaciji narašča in vzorec bolezni se s tem v družbi močno spreminja, saj je vedno več bolnikov, ki živijo s posledicami rakavih in drugih kroničnih bolezni. Potrebe starejših bolnikov so bolj kompleksne, saj imajo pogosto več bolezni hkrati, njihovo kumulativni učinek pa močno vpliva tudi na njihovo psihofizično stanje in avtonomnost v vsakodnevni oskrbi. Komuniciranje v času kronične in neozdravljive bolezni postane s starejšimi bolniki še posebej zahtevno in je vir mnogih težav pri pravilni oceni potreb bolnika in pri oskrbi, oziroma je vir težav za boljše sodelovanje pri skupnem odločanju glede oblike oskrbe. Najpogostejše bolezni v starosti (rak, odpoved srca ali dihal ter demenca) imajo nekatere skupne značilnosti in posebnosti v svojem poteku, ki jih lahko predvidimo v načrtovanju oskrbe. Med najpogostejšimi slabo obravnavanimi problemi so predvsem bolečina in drugi moteči klinični simptomi, slabo komuniciranje in informiranje bolnikov in njihovih svojcev ter pomanjkljiva mreža oskrbe in koordinacija v prehajanju med zdravstvenimi institucijami in domom.*

Zaključki. *Potrebe starejših bodo v prihodnosti v veliko večji meri vplivale na oblikovanje zdravstvenega sistema kot v preteklosti. V razvitejših zdravstvenih sistemih dobiva paliativna oskrba eno od prednostnih mest v načrtovanju zdravstvene službe in postaja javno-zdravstveni problem sedanjosti in prihodnosti. Paliativna oskrba mora biti vključena v načrtovanje nacionalnega zdravstvenega sistema. Načrtovanje na tem področju mora biti povezano ne le z onkološko problematiko, temveč tudi s specifičnimi boleznimi v kardiologiji, pulmologiji, neurologiji in psihiatriji ter še drugih. Tudi v Sloveniji bo potrebno novo izobraževanje, organizirane spremembe prakse in predvsem spremembe stališč in vrednot do staranja, umiranja in smrti v medicini in vseh družbi.*

### Uvod

V Sloveniji se tako kot v vsem razvitem svetu število starejših ljudi v celotni populaciji zelo povečuje. Pri starejših se vzorci obolenja spreminjajo in vedno več je kroničnih in rakavih bolezni, predvsem pa kombinacij večjega števila bolezni hkrati. Ljudje vse pogosteje umirajo zaradi kroničnih bolezni in ne več zaradi večinoma akutnih bolezni kot v preteklosti. Vedno več ljudi že danes in še posebej v prihodnosti potrebuje podporo različnih služb in sistemov v javnem zdravstvu za doseganje boljše kakovosti življenja ob novo nastalih okoliščinah. S tem se v družbi pojavljajo nova javnozdravstvena, etična in tudi ekonomska vprašanja (1).

Starejši imajo pogosteje poleg zapletenih zdravstvenih problemov kronične in multiple etiologije še probleme psihosocialne in duhovne narave. Spremembe v načinu delovanja družin prinašajo starejšim še večjo ranljivost in močno vplivajo na njihov občutek pripadnosti družbi. Pogosto potrebe starejših v stiski – obravnava hude kronične bolečine, udeležba

v odločanju o njihovi prihodnosti, avtonomija, ki bi glede zdravstvenih razmer bila možna – niso zadovoljene. Starejši vse prevečkrat trpijo nepotrebne hude kronične bolečine, trpijo osamo in občutek, da jih družba ne upošteva (2). Bolečina, simptomi telesnega trpljenja, nemoč, slabo komuniciranje, osamljenost in potisnjenost na rob družbe so pogoste izkušnje starejših v zadnjih letih življenja. Zato je potrebno bolj učinkovito sodelovanje geriatrične veje medicine in paliativne oskrbe v bolnišnicah, skupaj z mrežo podpore oskrbe na domu in vodene kontinuitete ob premeščanjih.

Večina smrti v Sloveniji se dogodi po starosti 65 let. Zelo malo je na voljo informacij in strategij, kako uspešno je zadovoljevanje potreb starejših v zadnjem obdobju življenja. Na razpolago so nam povečini posredni kazalci, ki z opisovanjem posledic oskrbe prikazujejo stanje oskrbe starejših v javnozdravstvenem sistemu (3). V prispevku je podan pregled novo nastajajoče problematike ob staranju populacije in možne poti za krepitev načinov boljše oskrbe v javnozdravstvenem sistemu v zadnjih letih življenja.

### Potrebe starejših: zakaj mora postati oskrba starejših javnozdravstvena prioriteta

Starejši imajo drugačne potrebe kot mladi in njihove potrebe so bolj kompleksne:

- pogosto imajo več zdravstvenih problemov istočasno;
- kumulativni učinek več bolezni hkrati ima veliko večje posledice za posameznika, kot vsaka bolezen posebej, kar vodi v večjo prizadetost starejših bolnikov in večjo potrebo po oskrbi s podporo večjega števila ljudi: strokovnjakov in laičnih oskrbovalcev;
- starejši so bolj dovzetni za stranske učinke zdravil in za iatrogene bolezni;
- že manjši zdravstveni problemi vplivajo na duševnost;
- zdravstveni problemi pri starejših hitreje vodijo do osamitve in mentalnega nazadovanja;
- pogosto ob nastopu posamezne bolezni druge neodvisne telesne funkcije lahko hitreje nazadujejo, kot npr.: kontrola vode in blata, sluh, vid, zmedenost, mobilnost;
- napoved izida bolezni starejših je ravno zaradi kompleksnosti in več bolezni hkrati in kumulativnega učinka le-teh težje predvidljiva.

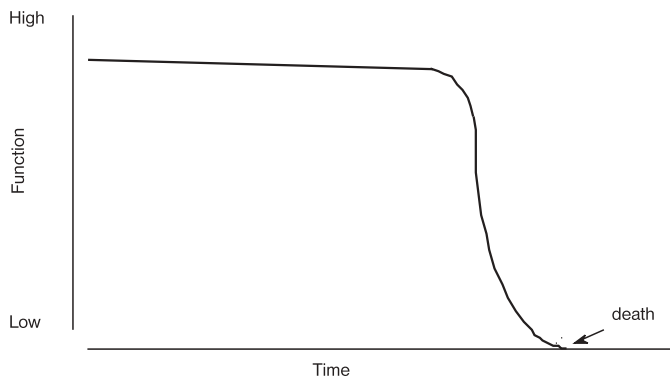
Zato se morajo za dobro oskrbo starejših s kompleksnimi problemi povezati poleg družinske medicine tudi geriatrija, rehabilitacija in paliativna oskrba. Potrebna je usmeritev k bolnikovim potrebam in ne k prognozi, kot je običajna usmeritev v kurativni medicini.

### Najpogostejše težavne bolezni v starosti

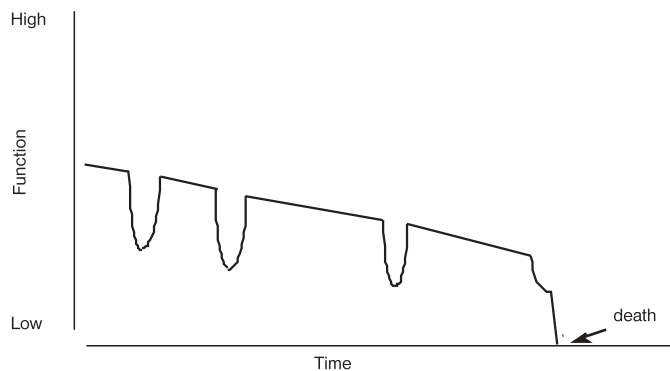
Primeri najpogostejših bolezni pri starejših ilustrirajo kompleksnost poteka bolezni: onkološke bolezni, srčno-žilne bolezni in demenca (Sl. 1, Sl. 2 in Sl. 3).

75% vseh smrti zaradi onkološke bolezni se dogodi bolnikom nad 65 let starosti. Ženske najpogosteje obolevajo za rakom dojke in pljuč, moški pa za rakom na pljučih in prostati ter na debelem črevesu. Mnogi bolniki niso hudo prizadeti v svoji aktivnosti vse do zadnjega stadija, ki pa lahko vključuje kirurške posege, radioterapijo in/ali kemoterapijo. Šele v obdobju, ko se bolezen več ne odziva na aktivno zdravljenje, postajajo bolniki vedno bolj prizadeti tako telesno kot tudi psihološko in potrebujejo mnogo več informacij in podpore. Raziskave kažejo, da bi bolniki v tem obdobju želeli več informacij, želeli bi biti bolj udeleženi v procese odločanja o nadaljnjih postopkih in predvsem potrebujejo boljšo psihološko oporo.

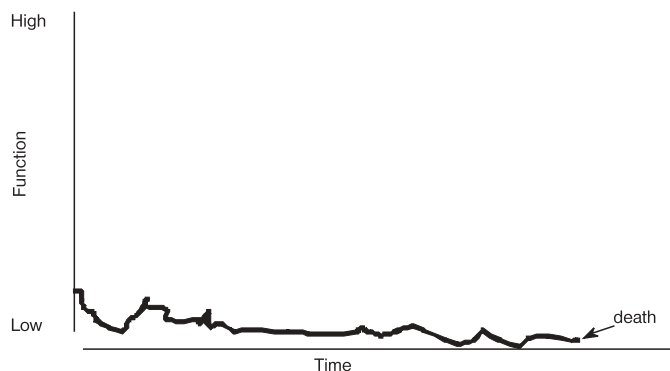
Odpoved srca prizadene več kot desetino starejših po 70. letu starosti. Petletna umrljivost je 80%, kar je več kot pri večini onkoloških bolezni. Potek bolezni je pogosto poslabšan z intermitentnimi odpovedmi, ki jim sledijo postopna izboljšanja



Sl. 1. Model običajnega poteka bolezni pri bolnikih z onkološko boleznijo (4).



Sl. 2. Model poteka bolezni pri bolnikih z odpovedjo enega od vitalnih organov (srce, pljuča,...) (4).



Sl. 3. Model poteka bolezni pri dementskih bolnikih (4).

do nekaj nižje ravni kakovosti življenja od prejšnjega. Smrt lahko nastopi ob postopnih vedno večjih poslabšanjih ali nenadno ob novi krizi (5). Čeprav imamo na razpolago že veliko izboljšav na področju obravnave npr. odpovedi srca, pa bolnikom in njihovim svojcem še vedno predstavlja zelo veliko težavo ravno sodelovanje v kompleksnem zdravljenju in razumevanju kombinacije zdravil in potrebnih postopkov za preprečevanje novih zapletov (6). Bolniki z odpovedjo srca imajo manj laičnega znanja o svoji bolezni in njeni prognozi kot povprečna javnost, ob tem pa se zdravstveni delavci pogosto ne pogovorijo dovolj temeljito z bolnikom in njegovimi svojci (7). Družine starejših z odpovedjo srca pogosto priznavajo težave pri vzpostavljanju odnosa z odgovornim zdravnikom. Te ugotovitve kažejo na še slabše stanje starejših z odpovedjo srca kot pri starejših bolnikih z onkološko boleznijo.

Demenca prizadene približno 4% ljudi po 70. letu starosti in tja do 13% ljudi, starejših od 80 let (8). Srednja dolžina preživetja po postavljeni diagnozi je 8 let in medtem se dogaja postopno poslabšanje sposobnosti avtonomnega življenja in zavedanja. Glavni simptomi so mentalna zmedenost, inkontinenca vode, kronična bolečina, slabo razpoloženje, zaprtje in izguba apetita. Fizični in čustveni napor družinskih članov ob bolniku je dobro dokumentiran, kot tudi žalovanje, ki nastopi ob izgubi bližnjega ob počasnem poslabševanju bolezni, prav tako pa je odprtih mnogo etičnih vprašanj, ko bolnik več ne more sodelovati niti v izražanju svojih potreb in želja (9).

### Bližnji ob starejšem bolniku

Oskrba na domu težko obolelega starejšega z več kroničnimi boleznimi je še posebej zahtevna naloga njegovih bližnjih. Potrebe bližnjih, ki oskrbujejo starejšega bolnika na domu, in so večinoma ženske, so malo raziskane in slabo spoštovane. To delo je neplačano in brez prave organizirane podpore za psihološke potrebe ob spreminjajoči se osebnosti bolnika in obnašanjih ter omejitvah, ki lahko svojce izčrpajo do izgube njihovega zdravja. Oskrba bolnika na domu pa lahko privede tudi do finančne izčrpanosti družine (10).

### Dokazi o neurejenosti zdravljenja bolečine in drugih simptomov

Zelo pomemben vzrok trpljenja ob napredovali kronični bolezni in ob zadnjem stadiju mnogih bolezni je bolečina. Raziskave v tujini prikazujejo, da kar ena tretjina starejših trpi hudo bolečino (11). Ena petina starejših občuti bolečino, ki jim omejuje dnevne dejavnosti (12). Velika ameriška študija, ki je zajemala preko 4000 onkoloških bolnikov v domovih za starejše občane, ki so poročali o vsakodnevni bolečini, dokazuje, da četrtnina bolnikov ni prejela nikakršnih zdravil za blaženje bolečine. Bolj kot se je starost povečevala, večji je bil odstotek bolnikov, ki ni prejela nikakršnih zdravil za lajšanje bolečine. Bolniki nad 85 let so dobili najmanj morfinov (13).

Sistematični pregledi literature navajajo, da npr. starejši bolniki z rakom potrebujejo več informacij in da imajo zdravniki ter medicinske sestre premalo sposobnosti zaznati bolnikove prave potrebe (14). Tudi v Sloveniji raziskave kažejo na pomanjkljivo znanje zdravnikov v sporazumevanju v paliativni oskrbi (15). Mnoge študije prikazujejo pomembnost sporazumevanja za zadovoljstvo bolnikov tudi v soodločanju tako bolnika kot njegovih družinskih članov v paliativni oskrbi (16, 17).

Pereči problemi ostajajo: dobra komunikacija in izobraževanje bolnikov, koordinacija oskrbe, spoštovanje bolnikovih potreb in želja ter kontinuirani prehodi med institucijami in domom (18).

### Kako naprej

Raznolikost potreb za organizirano paliativno oskrbo v populaciji z naraščajočim deležem starejših narekuje novo politiko v javnozdravstvenem načrtovanju. To pomeni dobro oceno potreb, predvidenje trendov v prihodnosti in učinkovito ukrepanje s strokovnim izobraževanjem, uveljavljanjem ozaveščenosti in izobraževanja javnosti in najpomembnejše: uveljavitev novega sistema podpore v zdravstvenih institucijah in v skupnosti za uvajanje sprememb vrednot in obnašanja. Dokazov o učinkovitosti organizirane paliativne oskrbe je mnogo (19–21) in vključevanje starejših v oblikovanje politike v javnem zdravstvu za obravnavo problemov ob kroničnih in smrtnih boleznih je nujno potrebno, da bo ta oblikovana po meri bolnikov (22, 23).

Poznane so nam že številne uspešne strategije boljše oskrbe starejših v javnem zdravstvu v mnogih evropskih državah (24) in čas je, da to novo znanje vključimo v vsakodnevno prakso tudi v Sloveniji. Gre za oblikovanje paliativnih timov, kjer so zdravnik, medicinska sestra, socialni delavec in psiholog ter drugi, vključeni po potrebi, specializirana skupina strokovnjakov, ki oskrbuje bolnika in njegove bližnje v hitro spreminjajočih se bolnikovih potrebah. Timi naj oskrbujejo tako bolnike in njihove bližnje neposredno oziroma nudijo svetovanje drugim zdravstvenim delavcem na svojem regionalnem področju. Z večjim razvojem paliativne oskrbe paliativni specializirani timi v bolnišnicah in domovih starejših občanov prerastejo v paliativne oddelke, v primarnem zdravstvu pa lahko v sodelovanju s hospicij postanejo dnevni centri za podporo bolnikom in njihovim družinam pri premagovanju kratkotrajnih in manj zapletenih problemov v oskrbi bolnikov s kroničnimi napredovalimi oziroma smrtnimi boleznimi.

Uvedba organizirane paliativne oskrbe je zapletena in vključuje počasen proces v spreminjanju ne le znanj in praks, ki sledijo znanstvenim dokazom učinkovitosti, temveč še posebej sprememb v stališčih in vrednotah tako zdravstvenih delavcev kot tudi vse javnosti (25). Zato je uvedba paliativne oskrbe kot organiziran sistem v nacionalnem javnem zdravstvu proces, ki mora slediti tudi kulturi vrednot in obnašanj v celotni družbi.

## Zaključki

S staranjem populacije v družbi nastajajo nove potrebe za bolj učinkovito javno zdravstvo. Zdravstveni sistem bo moral pokazati prožne spremembe iz velike usmerjenosti k akutnim boleznim tudi k odgovoru za organizirano paliativno oskrbo v celotnem nacionalnem zdravstvenem sistemu. Običajno razmišljanje predvideva paliativno oskrbo predvsem za bolnike z onkološkimi boleznimi v zadnjem napredovalnem obdobju. Verjetno tudi zato, ker je potek bolj predvidljiv in lažje prepoznaven glede potreb bolnika in njegovih bližnjih kot pri drugih kroničnih boleznih. Iz tega je v preteklosti izhajalo stališče, da je paliativna oskrba potrebna le v nekaj zadnjih tednih življenja in še to le v posebnih specializiranih ustanovah: hospicij. V resnici pa starejši bolniki s kroničnimi boleznimi doživljajo številne probleme skozi daljše obdobje več let in ne le ob enostavno določljivi točki ob koncu življenja. Raziskave dokazujejo trenutno zelo slabo stanje na področju oskrbe starejših z napredovalo kronično oziroma smrtno boleznijo. Ideja, da naj se paliativna oskrba omogoči vzporedno s kurativnim zdravljenjem, se zdi revolucionarna, a je edina učinkovita (26). Ob cilju, da paliativna oskrba omogoča boljše kakovost življenja bolnikom s smrtno boleznijo, mora biti v zdravstvenem sistemu tudi jasno opredeljena podpora bolnikom z napredovalo kronično boleznijo oziroma bolnikom z multiplimi kroničnimi problemi skozi več let ob pripravljajni na nenadejani čas smrti (27).

## Literatura

- Lunder U. Paliativna oskrba v Sloveniji in izzivi za prihodnost. Zdrav Vestn 2003; 72: 643-7.
- Davies E, Higinson I eds. Better palliative care for older people. A WHO Collaboration Project, 2004.
- Lunder U, Červ B. Status of palliative care and pain relief in Slovenia. J Pain Symptom Manage 2002; 24 (2): 233-5.
- Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. RAND Corporation. Rand Health White Paper WP 137, 2003.
- McCarthy M, Lay M, Addington-Hall JM. Dying from heart disease. J Roy Soc Med 1997; 90: 128-31.
- McCarthy M, Addington-Hall JM, Lay M. Communication and choice in dying from heart disease. J Roy Soc Med 1997; 90: 128-31.
- Murray SA et al. Dying of lung cancer and cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and carers in the community. BMJ, 2002; 325: 929-34.

- Hofman A et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990. Intern J Epidem 1991; 20: 736-48.
- Albinsson L, Strang P. Existential concerns of families of late-stage dementia patients: questions of freedom, choices, isolation, death, and meaning. J Palliat Medicine 2003; 6: 225-35.
- Koffman J, Snow P. Informal carers of dependants with advanced disease. In: Addington-Hall J, Higginson IJ eds. *Palliative care for non-cancer patients*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. J Am Ger Soc 2002; 50: S205-24.
- Allard P et al. Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review. J Pall Med 2001; 4: 1991-203.
- Bernabei R et al. Management of pain in elderly persons with cancer. JAMA 1998; 279: 1877-82.
- NHS Center for Reviews and Dissemination. Informing, communicating and sharing decisions with people who have cancer. Effective Health Care Bulletin 2000; 6: 6-6.
- Lunder U. Medicinsko-etične napake pri sporočanju slabe novice. In: Keršnik J, editor. Zdravstvene napake. 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, 2002, Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002; 79-86.
- Lynn J et al. Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. Ann Int Med 1997; 126: 97-106.
- Baker R et al. Family satisfaction with end-of-life care in seriously ill hospitalized adults. J Am Ger Soc 2000; 48 (5S): 61-9.
- Coulter A, Cleary PD. Patients' experiences with hospital care in five countries. Health Affairs 2001; 20: 244-52.
- Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review of evidence. Palliat Med 1998; 12: 317-32.
- Lunder U. Nekateri uspešni modeli paliativne oskrbe v svetu. In: Krčevski-Skvarč N ed. Zbornik predavanj 6. seminar o bolečini; 7.-8. junij 2002, Maribor. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, 2002; 185-93.
- Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK et al. The impact of different models of specialist palliative care on patients' quality of life: a systematic review. Palliat Med 1999; 13: 3-17.
- Council of Europe. Recommendation of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. Article 15 b and article 11. Strasbourg: Council of Europe, 2002.
- Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: The World Health Organization's Global Perspective. J Pain Symptom Manage 2002; 24 (2): 91-6.
- Lunder U. Paliativna oskrba - njena vloga v zdravstvenih sistemih. Zdrav Vestn 2003; 72: 639-42.
- Lunder U, Sauter S, Furst CJ. Evidence based palliative care - beliefs and evidence for changing practice. Palliat Medicine, 2004; 18: 265-6.
- Davies E, Higginson I eds. Better palliative care for older people. A World Health Organization Collaboration Project. Geneva: WHO, 2004.
- Lunney JR et al. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA 2003; 289: 2387-92.

## Razprava

### PRISPEVEK K RAZPRAVI NA POSVETU »O PROBLEMATIKI STAROSTI IN STARANJA«

*Meta Mencej,*

nekdanja predsednica Gerontološkega društva Slovenije

Gerontologija je po svoji vsebini in delovnem področju izrazito medpodročna veda oziroma dejavnost. Morda se strokovnjaki posameznih strok prav zato tako težko odločajo, da ji bodo posvetili svoje strokovno delo in znanje, morda je prav zato tako težko prodreti s predlogi in pobudami, ki jih med drugimi že dolgo daje tudi Gerontološko društvo Slovenije. Vsi pa vemo, da na kakovost življenja v poznejših letih vplivajo številni dejavniki, ki jih moramo upoštevati v celoti in z vseh vidikov, če želimo danes in v prihodnje uspešno obvladovati gerontološka vprašanja.

Eden od teh vidikov, ki ga je leta 1997 poslalo v svet tudi Svetovno gerontološko združenje z *Adelaidsko deklaracijo o staranju*, zadeva splošno vzgojnoizobraževalno področje. Po-