

SIMPOZIJI, POSVETI

GERONTOLOGIJA IN GERIATRIJA 2011

Melbourne, 23. do 27. oktober 2011

Zadnji teden v oktobru je bil v Melbournu 9. regionalni kongres gerontologije in geriatrije z naslovom Regionalni pogledi na možnosti lepega skupnega staranja. Udeležilo se ga je nad 900 strokovnjakov iz več kot 30 držav Azije, Oceanije, Evrope in Severne Amerike. Z Inštituta Antona Trstenjaka smo se ga udeležili predvsem zato, ker je bila ena izmed vodilnih tem preučevanje in evalvacija preventivne padcev. Raziskovanje pogostosti in vzrokov padcev se je začelo prav v Avstraliji, ki je še vedno ena izmed vodilnih držav na tem področju. Tudi na Inštitutu Antona Trstenjaka se zadnja tri leta ukvarjamo s preventivo padcev. Na kongresu smo predstavili referat o našem delu, ki so ga tuji strokovni sodelavci sprejeli z veliko zanimanja.

Stanje v regiji

Azijsko-oceanijska regija je področje največje svetovne socialne raznolikosti; tu se nahajajo najbogatejše in najrevnejše, največje in najmanjše, najmlajše in najstarejše države. Kljub temu, da niso vse države na isti stopnji demografskega prehoda v sistem z nizko rodnostjo in umrljivostjo, ki je značilen za ekonomsko razvite države, je vsem skupno naglo staranje prebivalstva. Na Kitajskem je npr. sedaj nad 100 milijonov starih ljudi, do leta 2050 pa pričakujejo, da se bo njihovo število potrojilo. Poleg tega v vseh državah upada sobivanje generacij. Tipičen primer je Japonska, kjer je v zadnjih 50 letih število starih, ki živijo skupaj z mlajšo generacijo, padlo iz 87 % na 57 %.

Po podatkih avstralskega demografa G. Huga je bila aktivna delovna populacija držav razvitega sveta največja lani, sedaj pa postopoma upada.

V nasprotju s tem delovna populacija držav v razvoju še vedno narašča, vendar imajo te države tudi hitreje starajoče se prebivalstvo, tako da se starejše prebivalstvo tam najhitreje povečuje. Poleg tega se tudi v državah v razvoju podaljšuje življenjska doba, medtem ko se manjša stopnja rodnosti (v nekaterih državah azijsko-oceanijske regije se je stopnja rodnosti v eni generaciji prepolovila). Kot povsod po svetu se večja delež prebivalstva, ki živi v mestih. Vse naštetu kaže na to, da so demografske razlike med državami vse manjše, hkrati pa prinaša mnoge nam znane in nekatere za Azijo ter Oceanijo specifične spremembe. Tako kot povsod po svetu se glede na daljšo življenjsko dobo žensk spreminja razmerje med ženskami in moškimi. Kot je bilo vidno iz prvega dela tega odstavka, se ruši razmerje med delovno in starejšo populacijo. Socialne spremembe v strukturi družine, odseljevanje mladih v mesta in manjše število otrok pomenijo, da se breme skrbi za starejše razdeli med manj ljudi; v večini držav azijsko-oceanijske regije namreč poteka oskrbovanje starih ljudi v veliki meri tradicionalno, v družini in soseski.

Demograf G. Hugo se zaveda, da ni čarobne rešitve za spremembe, ki se bližajo ali pa so že v teku. Vendar meni, da je mogoče naše družbene sisteme spremeniti tako, da bodo kos tem spremembam. Avstralija je leta 2010 objavila strategijo vzdržnega sistema. Njen cilj je najti praktične ekonomske, okoljske in socialne rešitve, ki bodo v času demografskih sprememb omogočile stabilnost na ekonomskem, okoljskem in socialnem področju. Pri tem opozarjajo, da je treba na vsakem izmed področij, predvsem pa v ekonomiji, biti pozoren na 3 P-je: populacijsko strukturo, produktivnost in participacijo.

Staranje populacije je dejstvo, pred katerega smo postavljeni. Ne pomeni nujno začetka

nestabilne populacije, zahteva pa pozornost in priprave na spremembe, ki prihajajo. Avstralija in mnoge države v razvoju imajo zahvaljujoč številčnejši mlajši populaciji nekaj več časa za priprave na večji delež starejšega prebivalstva. Nekateri odgovori na to, kako narediti naše družbe vzdržne in vsem generacijam prijazne v času prihajajočih sprememb, so poskušali najti strokovnjaki številnih področij, ki so se zbrali na Gerontološkem in geriatričnem kongresu v Melbournu. V nadaljevanju bomo predstavili nekaj utrinkov zanimivih tem in spoznanj s kongresa.

Razvoj geriatrije

Avstralija: Avstralijo lahko štejemo k tistim državam, ki imajo relativno integriran sistem med akutno bolnišnično obravnavo, domsko in domačo oskrbo. Velik vpliv na to je imela avstralska vlada, ki je precejšen del sredstev namenila domski oskrbi. Poleg tega avstralski sistem vključuje univerzalno kritje zdravstvene in domske oskrbe starejših. Oskrbo na domu plačujejo tudi iz Sklada za domačo in socialno oskrbo ter iz razširjenih vladnih paketov. Ena od prednosti avstralskega sistema so neodvisne multidisciplinarnе komisije, ki ocenjujejo potrebe in kakovost stacionarne in ambulantne oskrbe starih ljudi. Te komisije so praviloma tesno povezane z regionalnimi državnimi geriatričnimi centri. Država ponuja tudi subakutno oskrbo (tako bolnišnično kot zunajbolnišnično), iz katere ljudje po triažnem sistemu na podlagi zdravniške ocene nadaljujejo z rehabilitacijskim sistemom. Ker je trenutno subakutna oskrba veja zdravniške oskrbe, ki se najhitreje širi, so pred kratkim geriatričnemu modelu dodali še prehodno oskrbo.

Že med leti 1999 in 2001 se je v Avstraliji povečala potreba po dolgotrajni oskrbi starejših. Zato je bila leta 2002 narejena nacionalna državna raziskava med vsemi hospitaliziranimi starajočimi, starimi nad 65 let, ki je pokazala,

da precejšen delež ljudi želi drugačno obliko oskrbe, kot jo prejema. Poleg tega se je pokazala želja po večji vključenosti geriatrične medicine tako v akutni kot subakutni oskrbi starejših. Mesto geriatrične medicine v družinski medicini, predvsem pa premajhno število strokovnjakov z geriatričnega področja, še vedno ostajajo izzivi avstralske geriatrije.

Hong Kong: Hong Kong je mesto z naglo starajočo se populacijo, ki ga po deležu starega prebivalstva presega le Japonska. Potrebe starajoče populacije so bile zato prepoznane precej zgodaj. Za začetek razvoja geriatrije se namreč šteje leto 1974, ko je bil ustanovljen prvi geriatrični oddelek za akutno in subakutno oskrbo ter za potrebe dnevne geriatrične oskrbe, prav tako pa je služil kot izobraževalna ustanova za bodoče specialiste geriatrije. Z naglim porastom števila stare populacije so nato leta 1986 določili, da morajo imeti vse javne bolnišnice v Hong Kongu zaposlenega specialista geriatrije, ki bo deloval kot svetovalec na različnih oddelkih; podobno velja za bolnišnice, ki nudijo subakutno oskrbo. Danes geriatrijo v Hong Kongu sestavljajo: akutna in subakutna bolnišnična geriatrična oskrba, rehabilitacijske enote, geriatrične dnevne bolnišnice, dolgotrajna oskrba starejših, privatne službe za oskrbo na domu, skupine za ocenjevanje potreb in stanja, psihogeriatrja, geriatrična ortopedija, klinika za spomin, klinika za pomoč po padcih, klinika za zdravljenje inkontinence, klinika za zdravstveno krhke starejše, ki potrebujejo celostno obravnavo (*frail elderly clinic*), izobraževalna in nekatere druge geriatrične dejavnosti. Zadnja leta se trudijo predvsem za skrajševanje ležalne dobe starejših v bolnišnicah, kar dosegajo predvsem z izboljšavami oskrbe v domovih za starejše in posebno skrbjo za starejše po odpustu preko integriranega podpornega programa.

Kanada: Več kot 13 % Kanadčanov je starih nad 65 let. Preko milijona je takšnih, ki so stari 80 let ali več. In medtem ko se večina starejših stara zdravo, deležu zdravstveno šibkejših grozi

hospitalizacija, institucionalizacija in izguba samostojnosti. V Kanadi geriatrija sega na področje splošne medicine, zdravstvene nege in paliativne dejavnosti, na področje subspecializirane interne medicine ter kirurgije, na področje specialistične oskrbe (npr. psihiatrije). Geriatrična oskrba poteka tako v akutnih enotah, dnevnih ter drugih bolnišnicah, kakor tudi na domovih in v bivalnih skupnostih. Pri tem je živa raziskovalna in izobraževalna dejavnost; številne vodilne raziskave na področju demence, delirija, padcev, inkontinence, polifarmacije in mnogih drugih področij prinašajo v prakso nova znanja in postavljajo pod vprašaj stara. Za geriatrično oskrbo v državi so posebej zadolženi specialisti geriatrične medicine in zdravniki splošne medicine s posebnim dodatnim izobraževanjem iz skrbi za starejše. Prav ti tudi posredujejo znanje o posebnostih skrbi za starejše mlajšim generacijam dodiplomskih in podiplomskih študentov. Specializacija iz geriatrične medicine v Kanadi je nadaljevanje bodisi specializacije iz interne medicine, bodisi specializacije iz družinske medicine. Trenutno se Kanada sooča z vse manjšim zanimanjem za specializacijo geriatrije ter s tem z vse manjšim številom specialistov geriatrov. Problem je toliko večji, ker se, kljub vse večjemu znanju na področju promocije zdravja in preventive, večja število starejših in s tem tudi zdravstveno šibkejših starejših, ki potrebujejo specialistično pomoč. Zato je Kanadska geriatrična zveza – kanadska državna služba, ki se ukvarja z izobraževanjem in promocijo – izdelala strategijo. Z njo so povečali število ur geriatričnih tem v dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju študentov medicine; trudijo pa se tudi, da bi se izboljšala podoba skrbi za starejše ter da bi se povišalo financiranje geriatričnih služb in programov.

Malezija: V Maleziji do leta 1992 ni bilo govora o geriatriji, danes pa se le-ta hitro razvija. Zato navajamo razvoj geriatrije v tej mogoče malo manj znani azijski državi kot zgled in spodbudo naši državi, ki je trenutno na začetku

izziva vzpostavitve geriatričnega sistema. Ko se je v Maleziji pojavila ideja o geriatriji in z njo nejasna vizija, kaj bi želeli, je bilo potrebno poiskati ljudi in prostor za delo. Posledica tega je bila ustanovitev akutnega geriatričnega oddelka v sklopu Meleškega univerzitetnega medicinskega centra ter subakutnega in rehabilitacijskega oddelka v državni bolnišnici v Serembanu. Čeprav je bil odziv Ministrstva za zdravje in generalnih direktorjev dober, je bilo uvajanje geriatričnih oddelkov v bolnišnice po državi počasen in dolgotrajen proces. Veliko dejavnikov, predvsem pa premajhno zanimanje ter neosveženost med medicinskimi sestrami, zdravniki, študenti ter predstavniki univerzitetnih bolnic, je botrovalo počasnemu razvoju specializacije iz geriatrične medicine. Kljub temu jim je po letu 2000 uspelo odpreti nekaj novih geriatričnih oddelkov v državnih bolnišnicah, prav tako pa se število specializantov postopoma večja. Zaradi tega upajo, da se bo razumevanje potrebe po specializaciji in odnos do geriatrije nasploh postopoma izboljševal. Domska oskrba v državi je bila in je še vedno večinoma v rokah privatnega sektorja, ki sam določa nivo oskrbe. To je v zadnjih letih pripeljalo do velikih razlik v standardih med domovi. Ministrstvo za socialne zadeve zato skupaj z Ministrstvom za zdravje dela na poenotenju minimalnih standardov, ki morajo veljati v vseh domovih za starejše. Za oskrbo na domu so v veliki meri zadolženi splošni zdravniki, med katerimi je vse več takih, ki so bili deležni formalnega geriatričnega izobraževanja. Prednost Malezijskega zdravstvenega sistema je velika mreža zdravstvenih domov, enakomerno razporejenih po vsej državi. Mreža je bila postavljena v času angleškega kolonializma v skladu s skrbjo za dostopno materinsko in otroško zdravstveno oskrbo, danes pa predstavlja odlično možnost za dostopno geriatrično pomoč. Zadnji minister za zdravje se dobro zaveda nujnosti geriatrične oskrbe v državi in s tem potrebe po dobro izobraženem osebju, tako da je pred kratkim izdal

odlok, po katerem so morali dekani vseh medicinskih fakultet v državi uvesti geriatrijo kot obvezen predmet učnega programa. Malažani tako upajo, da bo razvoj geriatrije v njihovi državi uspel slediti demografskim spremembam, ki se jim bližajo.

Beijing (Kitajska): Leta 2001 so v Beijingu izvedli raziskavo, v kateri so starejše med drugim vprašali o tem, na katerem nivoju zdravstvenega varstva iščejo zdravstveno pomoč, česa si v zdravstvu najbolj želijo in kakšno vrsto oskrbe bi v svoji starosti najraje prejeli. Pokazalo se je, da si ljudje poleg zgodnje diagnoze želijo predvsem možnosti oskrbe na domu.

Na geriatričnem področju do leta 2001 ni bilo specifične mreže, koordinacije, izobražene osebja in podatkov o starejši populaciji (to velja za splošno populacijo, za nekatere manjše skupine na Kitajskem je bilo namreč odlično poskrbljeno). Zato so v letih med 2001 in 2005 vzpostavili mrežo, ki je sestavljena iz administracijske enote, centralnega raziskovalnega inštituta, učnega centra ter terciarnih geriatričnih bolnišnic. Vendar so se pri delu kmalu srečali s prvimi težavami. Na hitro prirejene splošne bolnišnice niso bile primerno opremljene za specializirano geriatrično delo. Prav tako so kmalu ugotovili, da pravzaprav nimajo primernih modelov za oskrbo starejših in preventivno dejavnost v tem starostnem obdobju. V letih od 2006 do 2010 so se zato posvetili izdelovanju zdravstvenega modela za delo s starejšimi. Prevzeli so avstralsko-angleški sistem, v katerem je v vlogi vratarja družinski zdravnik z zaslombo izobražene klinične ekipe. Le-to sestavljajo socialni delavci in medicinske sestre, in šele na podlagi predloga takšne ekipe lahko bolnik pride do specialistične pomoči. Poleg tega so izdelali za vse uporabnike enoten računalniški sistem, ki se je z elektronskimi medicinskimi kartotekami izkazal za zelo uspešnega. Danes ima Beijing številne geriatrične bolnišnice, številne možnosti za oskrbo starejših na domu, povečalo pa se je tudi število rehabilitacijskih in

dnevni centrov. Vendar kot problem ostajata premajhna izobraženost osebja in nezaupanje starejše populacije.

Na kongresu so bili predstavljeni tudi najnovejši rezultati raziskav s področja oksidativnega stresa, celičnih teorij staranja, Alzheimerjeve bolezni, demence, diabetesa in druge zdravstvene patologije, značilne predvsem za starost. Tukaj bodo na kratko predstavljeni rezultati le ene izmed teh raziskav, nekatere izmed ostalih pa bodo v obliki preglednih člankov prikazane v naslednjih revijah.

Paradoks debelosti pri starejših

Dr. Kuo Chin Huang je eden izmed tajvanskih raziskovalcev, ki preučujejo posebnosti prekomerne telesne mase pri starejših. Znano je, da prevalenca debelosti z leti narašča. V ZDA je 73,9 % moških in 68,4 % žensk, starih 60 let ali več, prekomerno težkih ali debelih (definirano z ITM >25kg/m²). Na Kitajskem je prevalenca debelosti (ITM >25kg/m²) med ljudmi, stari med 20 in 29 let 21,3 %, vendar naraste na 46,2 % v starostni skupini med 60 in 69 let. V Tajvanu je prevalenca prekomerno prehranjenih in debelih (ITM >25kg/m²) 46,3 % pri moških in 53,7 % pri ženskah. Povečana prevalenca debelosti, posebej v povezavi s staranjem, pomeni velik zdravstveni problem. Debelejši starejši imajo namreč povečano tveganje za razvoj diabetesa, srčnožilnih bolezni, funkcijskih okvar itd. Čeprav je debelost povezana s povečano umrljivostjo pri odraslih, to v celoti ne velja za starejše. V veliki 10-letni kohortni študiji, so dr. K. C. Huang in sodelavci odkrili, da imajo ljudje, stari 65 let ali več, bolj strmo U krivuljo kakor mlajši sodelujoči, in to kljub temu, da je bilo tveganje za smrt v obeh skupinah najmanjša pri ITM od 24,0 do 24,9. V 12-letni korejski kohortni študiji pa se je za najbolj varno telesno maso izkazal ITM od 23,0 do 23,9, hkrati pa je relativno tveganje za smrt v povezavi z ITM z leti upadalo. V nekaterih

primerih je višji ITM paradokсно povezan z manjšo umrljivostjo. Pri bolnikih s končno odpovedjo ledvične funkcije in pri bolnikih z srčnožilnimi boleznimi, vključno s koronarno srčno boleznijo in srčnim popuščanjem, sta bili prekomerna telesna teža in debelost, v nasprotju s pričakovanji, povezani z nižjo stopnjo umrljivosti kakor nizek ali normalen ITM. Poleg tega se je ITM izkazal za negativen napovedni dejavnik za vse vrste umrljivosti v dolgotrajni oskrbi. Na tej stopnji raziskav še nimamo patofiziološke razlage paradoksa debelosti. Vendar so tajvanski raziskovalci predlagali nekaj možnih razlag. 1. ITM sam po sebi mogoče ni najboljšo merilo debelosti pri starejših; v 12-letni študiji, v kateri so sledili 125 starejšim s srčnim popuščanjem, so kot dolgoročni napovedni faktor umrljivosti uporabili obseg pasu namesto ITM. 2. V nasprotju s povečano maščobno maso na račun mišične mase je ohranjena ali povečana mišična masa pri prekomerno težkih in nekoliko debelejših mogoče zaščitni dejavnik. 3. Debeli bolniki morda prejemajo agresivnejšo terapijo od ostalih. 4. Debelejši ljudje, ki so bolj občutljivi na negativne vplive debelosti, so mogoče umrli mlajši. 5. Nenamerno hujšanje in s kroničnimi boleznimi povezana kaheksija mogoče vplivata na povezavo med ITM-jem in umrljivostjo. Očitno pa je, da bo treba mehanizme in vpliv paradoksa debelosti temeljiteje raziskati, preden bomo določili najbolj optimalno telesno težo ter mehanizem merjenja le-te pri starejših.

Jej dobro in živi dobro – prehrana za zdravo staranje možganov

Dr. Tze Pin, profesor in raziskovalec na oddelku za Fiziološko in gerontološko medicino Univerze v Singapurju, med drugim raziskuje vpliv različnih hranil na delovanje možganov. Številne raziskave v zadnjih desetletjih potrjujejo vpliv prehrane na delovanje možganov starejših ljudi. Z laboratorijskimi študijami so odkrili številna hranila in hranilne delce, ki delujejo na živčevje

bodisi zaščitno bodisi spodbujevalno, včasih pa celo na oba načina hkrati. Vendar imamo omejeno količino podatkov iz raziskav na ljudeh. Kljub temu lahko iz vse večjega števila kliničnih in epidemioloških študij sklepamo, da obstajajo mikrohranila in fitokemikalije – predvsem taki, ki delujejo protivnetno in antioksidativno –, ki imajo pozitiven vpliv na razpoloženje in kognitivne funkcije. Dr. T. Pin je v svojem predavanju pripravil kratek pregled do sedaj pridobljenega znanja na tem področju. Povedal je, da je zdrava in uravnotežena prehrana, za kakršno velja npr. mediteranska prehrana, nedvomno povezana z manjšim tveganjem za kognitivni upad v starosti. Nadalje je iz študij možno povzeti, da je pri starejših z nižjo ravni albuminov in hemoglobina večja verjetnost kognitivnih okvar in kognitivnega upada. Folat je ključen člen metilacijske reakcije v možganih, v kateri nastajajo monoaminski nevrotansmitorji in fosfolipidi. Klinične študije kažejo, da antidepresivi slabše delujejo pri bolnikih z nizkimi vrednostmi folata in da terapija, kateri dodamo folno kislino, okrepi delovanje antidepresivov. V singapurski longitudinalni študiji staranja (SLAS) so imeli starejši udeleženci z višjim nivojem folata v krvi manj znakov depresije in boljše rezultate na področju kognitivnih funkcij (predvsem spominskih in jezikovnih). Nivo vitamina B₁₂ ima prav tako neodvisen vpliv na kognitivne funkcije (predvsem na spomin in pozornost), kar je najbolj razvidno pri posameznikih z APOE-e4 genotipom. Omega-3 poli-nenasičene maščobne kisline (PUFA), predvsem DHA, se nahajajo v velikih količinah v fosfolipidih v membranah možganskih celic in imajo močno protivnetno vlogo. Vse več podatkov kaže na to, da povečan vnos omega-3 PUFA (EPA in DHA) zmanjša tveganje za razvoj unipolarnih in bipolarnih razpoloženskih motenj, za kognitivni upad in razvoj demence. Čeprav so ribe hrana z največjo vsebnostjo omega-3 PUFA, zmanjšanje tveganja za kognitivni upad in prehrana z ribami nista

tako enoznačno povezana. Populacijske študije so pokazale, da so velike razlike glede na izvor, vrsto in pripravo ribe. V nasprotju s tem je iz podatkov SLAS razvidno, da je pri starejših, ki redno jemljejo dodatke omega-3 PUFA, manjša verjetnost kognitivnega upada. Eksperimentalne študije zelenega čaja so že pred časom pokazale nevroprotektiven potencial polifenolov (katehinov in derivatov), ki se nahajajo v njem. Šele pred kratkim pa se je na podlagi populacijskih študij japonske in singapurske starejše populacije izkazalo, da je redno pitje zelenega čaja povezano z nižjim tveganjem razvoja depresivnih simptomov, manjšim tveganjem za kognitivni upad ter boljšimi rezultati pri preiskovanju splošnih kognitivnih funkcij, spomina, izvršnih funkcij in procesiranju informacij. Kurkumini, ki jih najdemo v začimbi kari, so dolgo časa poznani po svojih protivnetnih in antioksidativnih lastnostih. Zadnje eksperimentalne študije pa kažejo, da karkumini v prehrani zmanjšujejo število plakov v možganih transgensko spremenjenih mišk z Alzheimerjevo boleznijo. V SLAS študiji je bilo možno povezati redno prehrano s karijem z boljšimi rezultati pri preiskovanju splošnih kognitivnih funkcij. Dr. T. Pin je zaključil svoje predavanje z mislijo, da ima že samo izboljšanje prehrane potencial za izboljšanje mentalnega in kognitivnega zdravja v starosti. Za konec pa nam je malo za šalo malo zares dal še praktičen, azijski recept za dolgo delujoče zdrave možgane: sveže ribe s karijem in vsak dan skodelica zelenega čaja.

Telegerontologija in telegeriatrija

Telegerontologija in telegeriatrija sta mladi vеди, ki preučujeta možnosti uporabe telekomunikacijskih pripomočkov v starosti. Na kongresu so bile predstavljene tri vrste uporabe pripomočkov skupaj z raziskavami o njihovi uporabnosti, dostopnosti in primernosti.

Prva skupina pripomočkov so telekomunikacijski sistemi, prilagojeni za delo v bolnišnicah in domovih za ostarele. V manjšem, neprofitnem

domu za starejše v Melbournu so po tem, ko so ocenili stanje ter potrebe doma, vzpostavili integriran prostoročen komunikacijski sistem. Sistem, ki deluje na podlagi Cisco komunikacijske infrastrukture, omogoča pogovor med osebjem doma in pogovor oskrbovancev z osebjem doma. Poleg tega omogoča lokacijo osebja in oskrbovancev ter je povezan z požarnim alarmom v domu. Brezžične, z glasom aktivirane komunikacijske priprave v obliki značke so premikajočemu osebju omogočile pogovor s komerkoli, kadarkoli in ne da bi morali zaradi tega prekiniti delo, ki so ga opravljali. Rezultati študije so pokazali, da je osebje prihranilo ure, ki so jih lahko posvetili temeljitejši negi, izboljšala se je kvaliteta dokumentacije dela, zmanjšala se je nejevolja osebja zaradi iskanja in čakanja na pomoč; povečala se je zadovoljnost stanovalcev, ki so se lahko med čakanjem na osebje pogovarjali z njimi po telefonu; prav tako se je povečala varnost v domu. Dolgoročno pričakujejo, da bo sistem v pomoč osebju, ki bo zato raje ostalo na delavnem mestu, in da se bo z redno uporabo sčasoma povečala produktivnost osebja. Trenutno sistem priporočajo za manjše domove z oskrbovanci, ki ostanejo v njem dalj časa.

Druga vrsta pripomočkov, ki je bila predstavljena na kongresu, so pripomočki za video konzultacijo. Video konzultacija je posvet s specialistom na daljavo, preko video konferenčnega sistema. Pri tem govori specialist neposredno z bolnikom, podatke pa posreduje tudi napotnemu zdravniku – kakor pri običajnem specialističnem pregledu. Prva študija je preučevala uporabnost takega sistema pri oceni upada kognitivnih funkcij. Upad kognitivnih funkcij je lahko eden prvih pokazateljev demence, z diagnostiko katere se v Avstraliji ukvarjajo specializirane Klinike za spomin. 205 udeležencev velike randomizirane kohortne študije, ki jih je osebni zdravnik napotil na oceno upada kognitivnih funkcij na Kliniko za spomin, je najprej pregledal specialist Klinike preko video konference, nato pa drug specialist

v živo. Specialiste so pri tem naključno menjali med seboj. Rezultati so pokazali, da je ocena upada kognitivnih funkcij preko video konference enako zanesljiva kot ocena kognitivnih funkcij v živo. Dobri so bili tudi rezultati raziskave, s katero so preučevali uspešnost video konzultacije bolnikov krajevne bolnišnice brez geriatričnega oddelka s specialistom geriatrom večje geriatrične bolnišnice. Pokazala se je predvsem finančna prednost (saj bolnišnici tako ni bilo potrebno plačevati potnih stroškov) in povečana razpoložljivost specialistov (ki niso več potrebovali dodatnega časa za pot in so si tako lahko vzeli čas kadarkoli med svojim delavnikom). Za finančno in časovno ugodnejšo se je pokazala tudi video konferenca z ljudmi, ki živijo na odročnih mestih. Specialistični pregled je pri njih potekal preko televizije z vgrajeno kamero. Pacient z napotnico se tako kot pri običajnem specialističnem pregledu preko telefona naroči za pregled, le da v tem primeru dobi datum in uro, ob kateri mora imeti prižgan televizor. Podatke o bolniku skupaj z laboratorijskimi vrednostmi specialistu posreduje napotni zdravnik. Specialist se nato pogovori s pacientom, opravi specialistični pregled in poda oceno. Sistem se je izkazal za uspešnega in zanesljivega za pregledovanje bolnikovega stanja pri kroničnih boleznih ali po težjih posegih ter za pridobitev osnovne specialistične ocene. Če pa zdravnik geriatr meni, da bi moral pacienta natančneje pregledati ali da je potrebno opraviti dodatne teste, ga lahko naroči v bolnišnico kjer le-to opravi.

Nazadnje so bile predstavljene raziskave o pripomočkih za osebno uporabo. Tele-zdravje, pripomoček za daljinsko merjenje in spremljanje določenih konstant srčno-pljučnih funkcij, in rdeči gumb za pomoč v sili poznamo tudi pri nas. V prvi izmed predstavljenih raziskav so zdravstveno krhkim starejšim po odpustu iz bolnišnice za določen čas (12 ali 24 tednov) namestili monitor za merjenje njihovih vitalnih funkcij (krvnega tlaka, srčnega ritma, zasičenosti

krvi s kisikom) in telesne mase. Nadzor je bil uporaben, vendar ne za vse skupine ljudi, ki so zapustile bolnišnico. Izkazalo se je namreč, da je primeren predvsem za spremljanje bolnikov z diabetesom in tiste s srčnožilnimi boleznimi, ne pa za bolnike, hospitalizirane zaradi padca. Spremljanje ljudi s KOPB (kronična obstruktivna pljučna bolezen) v zimskih mesecih z daljinskim monitorjem za merjenje dihalnih funkcij ima finančne prednosti, vendar raziskovalci niso mogli dokazati statistično pomembne razlike v številu hospitalizacij, številu ležalnih dni ali obiskov reševalcev na domu. Raziskava, v kateri preučujejo uporabo rdečega gumba, je še v fazi zbiranja in obdelovanja podatkov. Predstavljeni pa so bili drobci rezultatov in ugotovitev, med katerimi je mogoče najbolj zanimiva ta, da veliko ljudi v Avstraliji moti oblika rdečega gumba. Predlagali so, da bi verižico, ki jo je potrebno nositi okoli vratu, zamenjali z zapestnico, ki je manj moteča in jo lahko nosiš pod tušem ter med počitkom.

Duhovna oskrba starejših

E. MacKinlay, profesorica na Charles Sturt univerzi v New Welsu, diplomirana medicinska sestra in pastorka Anglikanske cerkve je predstavila raziskavo, iz katere je razvidno, da je duhovna oskrba nujen del celovite oskrbe starejšega človeka. Raziskovalna skupina je za dementne in depresivne starejše ljudi izdelala posebej prilagojene programe s področja umetnosti, glasbe, pastoralne oskrbe, molitve in meditacije. Program so izvajali vsak teden, in sicer 30 tednov, teme pa so se med seboj prepletale, vendar so bile v vsaki skupini malo drugačne. Rezultati kvalitativne študije so pokazali, da se je izboljšalo vzdušje v vseh skupinah, razen v kontrolni. Prav tako se je izboljšalo zdravstveno stanje starejših, ki so trpeli za depresijo. Na nujnost duhovne oskrbe starejših z demenco je opozorila tudi dr. R. Hudsonova. Skozi življenjsko zgodbo starega dementnega človeka je pokazala, da je tudi njihov krik krik na pomoč, krik človeka, ki nekaj potrebuje, in tega

ne smemo obravnavati kot vedenjski problem. V paliativni oskrbi je znano, da je duhovna pomoč enakovredna fizični; zakaj torej to ne bi moglo veljati tudi za druge oblike oskrbe? Skrbeti za drugega pomeni poznati ga; poznati njegovo zgodbo, stvari, ki jih ima rad in ki jih ne mara. Gre za odnos. In duhovna oskrba je po besedah dr. Hudsonove v osnovi prav to: topel, prijazen odnos do človeka, za katerega skrbimo, dotik, lepa beseda. Duhovna oskrba je delno že oblika odnosa, ki ga imamo do človeka (beseda, dotik, prijaznost).

Dr. Ying Tsun Hung, tajvanski profesor na področju duhovnosti in gerontologije, je predstavil raziskavo holističnega modela duhovnega zdravja starejših. Duhovno zdravje definira kot harmonično povezavo s seboj, drugimi, naravo in vsemogočnim presežnim. Duhovna dimenzija zdravja temelji na naslednjih štirih vidikih: polnih povezavah z okoljem in drugimi, ponotrzanju, smislu življenja in transcendenci. Cilj raziskave je bil preučiti ta model in potek duhovnega zdravja starejših. Raziskava je pokazala pomembnost doživljanja časa in medsebojnih odnosov. Starejši bi morali biti sposobni sprejeti stvari, ki so jih naredili v preteklosti, in jih integrirati v sedanost ter prihodnost. In prav to jim, glede na raziskavo dr. Y. T. Hunga, omogoča duhovnost; narediti sporazum s preteklostjo, sprejeti sedanost in ohraniti pozitiven pogled na prihodnost. Za zadovoljno in srečno staranje je pomembno tudi ohranjanje dobrih odnosov s sabo, drugimi, okoljem in vsemogočnim presežnim. Dr. Y. T. Hung je zaključil z mislijo, da duhovno zdravje v nobenem obdobju človeškega razvoja ni ves čas stabilno, vendar ga lahko dosežemo v dinamičnem procesu duhovne rasti.

Starosti prijazna okolja

Starosti prijazno okolje je ime projekta Svetovne zdravstvene organizacije, v katerem sodeluje tudi nekaj slovenskih mest. Pobudnik te ideje je bil Dr. Alexandre Kalache, nekdanji

vodja Oddelka za staranje in življenjsko usmeritev Svetovne zdravstvene organizacije. Sedaj deluje predvsem kot vladni svetovalec v Južni Avstraliji. Tam razvija strategije, ki omogočajo večjemu številu starejših ohranitev samostojnosti in aktivno ter povezano sodelovanje s skupnostjo. V svojem predavanju je na kratko predstavil začetek razvoja mreže Starosti prijaznih mest, idejo starosti prijaznega okolja in delo, ki ga sedaj opravlja v Avstraliji. Ideja o razvoju starosti prijaznega mesta se je rodila leta 2005 v Braziliji, kjer je bila tudi predstavljena na XVIII. svetovnem gerontološkem kongresu istega leta. Od tam se je razširila kot požar, in danes v mreži Starosti prijaznih mest sodeluje več kot 22 držav po svetu. A ideja ostaja ista; mestna okolja je potrebno izboljšati tako, da bodo starejšim prijaznejša, s čimer bodo postala prijaznejša tudi za vse ostale generacije. Pri tem se mesta lahko veliko naučijo iz modelov dobrih praks drugih mest. Nobeno mesto namreč ni idealno, a vsako ima pozitivne zametke, na katerih lahko gradi. Tudi v Južni Avstraliji so začeli z majhnimi koraki. Mesta so med seboj povezali in vključili v mrežo Starosti prijaznih mest. Starejše spodbujajo, da postanejo protagonisti pri izdelovanju novih načrtov, hkrati pa pripravljajo javni sektor na spremembe. Sedaj npr. voznike avtobusov mestnega prometa izobražujejo o starosti, starih in težavah starejših ter istočasno avtobuse prilagajajo starejšim. Ko je avtobus prilagojen in voznik izobražen, dobi avtobus oznako starosti prijaznega avtobusa. Dr. Alexandre Kalache je svoje predavanje zaključil z mislijo, da če želimo vzdržan svet, mora biti 21. stoletje starejšim prijazno, predvsem pa mora biti obdobje solidarnosti med bogatimi in revnimi, razvitimi državami in državami v razvoju ter med mladimi in starimi.

O starosti prijaznih mestih je govoril tudi dr. John Beard, sedanji vodja Oddelka za staranje in življenjsko usmeritev pri Svetovni zdravstveni organizaciji. Opozoril je, da demografske spremembe poleg staranja prebivalstva pomenijo

tudi urbanizacijo. Pričakujejo, da bo četrtnina mestnega prebivalstva držav v razvoju do leta 2050 starega 60 let ali več. V razvitih državah pa 80 % starejšega prebivalstva že živi v mestnih okoljih. Mestno okolje prinaša starejšim nekatere prednosti (dostopnost specializirane zdravstvene oskrbe, večja trgovska ponudba, itd.), a hkrati so starejši v njem bolj ranljivi. Poleg tega starejši v mestih pogosto nimajo socialnih mrež, ki so značilne za podeželska okolja. Z globalizacijo se spreminja ekonomija in družba nasploh. Ženske ne ostajajo več doma, ampak se zaposlujejo. Mladi se selijo iz mesta v mesto glede na delo, ki se jim ponuja, in tako je otrok, da bi lahko skrbeli za svoje starajoče starše, vse manj. Starosti prijazna okolja morajo biti zato takšna, ki spodbujajo razvoj novih socialnih mrež. Poleg tega morajo biti varna, stvari morajo biti dostopne, razdalje ne prevelike, povezave prilagojene starejšim; spodbujati morajo možnosti hoje, spoštovanje sočloveka in vseživljenjsko učenje. Biti morajo ekološko ter ekonomsko vzdržna in imeti socialne vire, ki blažijo dnevne stresorje. Svet se spreminja in model starega para, ki živi skupaj, odrezan od drugih, na stara leta ne vzdrži več. Svetovna zdravstvena organizacija želi s projektom Starosti prijaznega okolja približati mesta starejšim. V mreži Starosti prijaznih mest sodeluje in si izmenjuje ideje že preko 500 mest in krajevnih skupnosti.

Na kongresu so se dotaknili tudi številnih socialnih tem. Prestavljene so bile raziskave in dobre prakse s področja dolgotrajne oskrbe ter medgeneracijskega sožitja. Med oblikami dolgotrajne oskrbe se je največ govorilo o prehodni oskrbi. Prehodna oskrba je oskrba med odpustom iz bolnišnice in pred sprejetjem v dom za starejše. V Avstraliji sedaj potekajo številne raziskave te oskrbe, saj si država prizadeva narediti nov, boljši model dolgotrajne oskrbe. Vendar bomo o dolgotrajni oskrbi več poročali v kateri izmed naslednjih številkih revije, sedaj pa

bomo nadaljevali s predstavitvijo enega izmed primerov dobre prakse na področju medgeneracijskega sožitja.

Tudi ogledalo

E. Kennett-Smith je predstavila medgeneracijski projekt, v katerem je gledališka skupina mladih v starosti med 5 in 25 let sodelovala s starejšimi dementnimi ljudmi. Na podlagi njihove dokumentacije in po pogovorih z njimi ter njihovimi svojci so naredili gledališko predstavo, v kateri so predstavili njihove zgodbe. Gre za 70-minutno predstavo, v kateri sledimo štirim zgodbam; trije pari igrajo resnične življenjske zgodbe, zgodba enega para pa je sestavljena iz številnih zgodb dementnih ljudi, s katerimi so se mladi pogovarjali. Zgodbe povezuje pripovedovalec, oblečen v nevpadljivo črno barvo. Predstava nas na koncu pripelje v sedanost, v kateri so ljudje, ki smo jim preko zgodb sledili iz preteklosti, ostareli, dementni ljudje v domu za ostarele. Mladi so se tekom priprav na predstavo povezali s starejšimi, katerih zgodbe so igrali. Od njih so se učili, predvsem pa so preko druženja spoznavali starost in demenco. E. Kennett-Smithova meni, da sta obe strani veliko pridobili; oskrbovalci ter oskrbovanci so začutili spoštovanje mladih in vrnilo se jim je upanje v mlade, ki so zmožni tolikšne skrbi, zavzetosti in spoštovanja. Mladi pa so začeli doživljati starejše in starost ter spoznavati, kako izguba spomina ne prizadene samo človeka, ampak tudi njegovo okolico. Začeli so se družiti s starejšimi in naučili so se učiti se iz njihovih življenjskih zgodb.

Padci in mobilnost v starosti

Med najpogostejšimi razlogi za smrti in zmanjšano kakovost življenja med starimi ljudmi so padci. V Sloveniji na problem padcev med starejšimi opozarjajo posamezne organizacije in posamezniki. Na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje smo se začeli sistematično ukvarjati s padci pred tremi

leti, ko smo začeli razvijati širiteljski model preventive padcev. V letu 2011 smo usposobili 59 prostovoljcev, ki so na novo pridobljeno znanje in veščine za zmanjševanje padcev širili med 295 člani skupin v svojem okolju. Vsebina programa je skozi 10 tedenskih srečanj sestavljena tako, da spodbuja člane k redni telesni vadbi za moč in večanje ravnotežja, člani skupine v svojem okolju in stanovanju ocenjujejo nevarnosti za padce, jih odstranjujejo in po svojih močeh izboljšujejo varnost bivalnega okolja. Širiteljski program preventive padcev sistematično vrednotimo in dopolnjujemo s pomočjo domačih in tujih izkušenj. Prav to pa je bil glavni razlog, da smo se udeležili delavnic, forumov in simpozijev, ki so potekali v okviru kongresa o gerontologiji in geriatrici v Melbournu in na univerzi v Sydneyju. Avstralija je namreč ena izmed vodilnih držav na področju preventive padcev. Že leta 1999 je sprejela nacionalni program preventive padcev, ki je spodbudil politična in strokovna partnerstva med zveznimi državami pri pripravi ter izvajanju akcijskih načrtov. Razvili so številne dobre prakse, njihovo učinkovitost merijo z notranjimi in zunanji evalvacijami po določenih kazalnikih. Avstralija je za polovico zmanjšala število padcev med starejšimi in na zvezni ravni do sedaj porabljenih osemnajst milijonov dolarjev se ji je več kot povrnilo. Slovenija si v sedanjem položaju lahko privoščiti le učinkovito in poceni preventivo padcev pri starejših ljudeh, zato smo naš program na kongresu predstavili, o njem diskutirali s priznanimi tujimi strokovnjaki ter ga primerjali z drugimi programi dobrih praks. V nadaljevanju bomo povzeli nekaj zanimivih podatkov in programov.

Stephen Lord, vodilni raziskovalec v TIE (*Neuroscience Research Australia*) na področju raziskovanja dejavnikov tveganja za padce med starejšimi in evalvacije preventivnih strategij za padce, je predstavil primerjalno študijo o učinkovitosti programov za preprečevanje padcev. Redna tedenska telesna vadba v skupinah ali

skupnostih, ki jo starostniki vsak dan izvajajo tudi doma, zmanjša padce v starosti nad 70 let za 35 %. Učinkoviti so programi, ki se izvajajo najmanj pol leta. Nameščanje varovalnih predmetov in pripomočkov za večjo stabilnost starejših (ročaji v kopalnicah, nederseča tla, primerni stoli, itd.) in odstranjevanje nevarnih predmetov sta tudi dva od učinkovitejših varovalnih dejavnikov pred padci. Redni obroki hrane, kvalitetni pripomočki za oslABLJENA čutila (vid, sluh) ter preverjena zdravila pomembno vplivajo na zmanjšano pogostost padcev. Največ padcev pri starejših ljudeh se zgodi prvih šest mesecev po odpustu iz bolnišnic. Ugotovljeno je tudi, da fizioterapija pri starejših bolnikih v času bolnišničnega zdravljenja ne daje prepoznavnih rezultatov, saj ni razlik v telesni razgibanosti po šestih mesecih po odpustu iz bolnišnice med starejšimi ljudmi, ki so bili deležni fizioterapije v bolnišnicah, in med tistimi, ki je niso bili deležni. Očitno boljša gibljivost in samostojnost pa je bila izmerjena pri ljudeh, ki so bili poleg fizioterapije v bolnišnici vsaj še šest mesecev deležni nadzorovane vadbe v domačem okolju (*Third National Care Forum*, 23. 10. 2011).

Susan Kurrle je predstavila zanimiv prispevek o tem, kako redna domača vadba vpliva na zmanjševanje krhkosti starih ljudi. Ugotovila je, da kratkotrajni programi, npr. deset tednov, nimajo trajnejšega učinka na zmanjševanje padcev. Dobre rezultate daje 30-minutna vadba, ki poteka petkrat na teden, vsaj pol leta. Učinkovitost vaj za ravnotežje in moč, ki sta ključna varovalna dejavnika pred padci, se meri po letu dni od začetka izvajanja vaj. Meritve ravnotežja se izvajajo s standardnimi elektronskimi deskami ali trakovi za merjenje ravnotežja, še vedno pa so v klinični praksi in za samoocenjevanje primerni nekateri klasični testi ravnotežja (*The George Institute of Global Health*, Melbourne, 24. 10. 2011).

Hutton Francisca je skupaj s sodelavci (*AbstractBook*, str. 56, *Gerontology and geriatrics*, Melbourne, 2011) prikazala evalvacijo širjenja

nizozemskega programa za zmanjševanje padcev med ranljive skupine starejših ljudi v avstralski zvezni državi Queensland. V okviru 10-urnih delavnic so simulirali nevarnosti za padce v vsakdanjem življenju v bivalnem okolju, tečajniki pa so ob tem izvajali določene vaje za ravnotežje in moč. Poleg krepitve kognicije, motorike in slušno-vidnih sposobnosti, je velik poudarek na individualnih omejitvah, ki so povezane s strahom pred padci. Po zaključenem tečaju so meritve pokazale bistveno manjši strah pred padci, pa tudi boljše ravnotežje pri udeležencih tečaja.

Padci povzročajo veliko ekonomsko škodo in močno vplivajo na kakovost življenja starih ljudi. Razvitejše države po svetu, na čelu z Avstralijo in Kanado, so že pred več kot desetletjem začele sprejemati in izvajati nacionalno politiko preventive padcev v starosti in si zadale naslednje osnovne cilje: 1. razširitev baze podatkov spremljanja padcev in preventivnih programov s pomočjo raziskav, 2. razvijanje in širjenje z dokazi podprtih najboljših praks preventive padcev, 3. dostopnost informacij o preprečevanju padcev, 4. strategije in dejavnosti za zainteresirane skupine, in sicer: izobraževanje ter usposabljanje delovne sile, ki se poklicno srečuje s starimi ljudmi, partnerstva med deležniki, zainteresirani za preprečevanje padcev pri starejših ljudeh, vključevanje vsebin o preprečevanju padcev v širok spekter zdravstvenih in socialnih politik.

Slovenija zaenkrat še nima strateških dokumentov za preprečevanje padcev med starejšimi, niti še ni začela resneje obravnavati te tematike. Kljub temu se zadnja leta stvari vendarle premikajo. S tem se ukvarjajo tudi nekatere organizacije. Gerontološko društvo Slovenije je npr. pred letom dni organiziralo posvet na temo padcev v starosti, nekatera društva in ustanove načrtno izvajajo programe telesne vadbe za moč in ravnotežje starejših ljudi, redke univerzitetne in klinične ustanove izvajajo meritve ravnotežja. Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje je izvedel raziskavo

na reprezentativnem vzorcu o padcih (*Potrebe, stališča in zmožnosti 50+*), poteka pa tudi več manjših raziskav. Skupen namen vseh pa je ugotavljanje varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja za padce pri nas in načrtovanje ter izboljševanje preventive padcev. Kot smo že omenili, Inštitut razvija uspešen primer uvajanja modela za preprečevanje padcev v starosti s pomočjo mreže multiplikatorjev (širiteljev). Na podlagi analiz in evalvacij so se pokazali naslednji rezultati: 1. da je to nizkocenovni program, ki je za množično krajevno preventivo v času gospodarske recesije zelo primeren; 2. da gre za metodično učinkovitost skupinskega socialnega učenja za prevzemanje zdravega življenjskega sloga; 3. da omogoča izrabo potencialov številnih mladih upokojujencev za družbeno koristne dejavnosti.

Ana Ramovš in Ksenija Ramovš

SHIZOFRENIIJA VII: SODELOVANJE PRI ZDRAVLJENJU

Ljubljana, 14. in 15. oktober 2011

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje je v sodelovanju s Psihatrijo Kocmur Marga pripravil **VII. mednarodni simpozij o shizofreniji, z naslovom Sodelovanje pri zdravljenju**. Simpozij je potekal 14. in 15. oktobra na Brdu v Ljubljani. **Namenjen je bil** psihiatrom, družinskim zdravnikom, psihiatričnim medicinskim sestram in socialnim delavcem ter vsem, ki so vključeni v trajno skrb za ljudi s kronično psihotično duševno motnjo.

V dosedanjih srečanjih so poskušali osvetliti probleme prepoznavanja in zdravljenja bolezni v različnih obdobjih njenega razvoja in v njenih različnih pojavnih oblikah. Tokratno srečanje pa je bilo namenjeno sodelovanju bolnikov pri zdravljenju, kar je eden ključnih problemov obvladovanja vsake bolezni in še posebej duševnih motenj.