

bi. Njena zahtevnost in časovni obseg se z leti in nadaljnjim staranjem običajno povečujeta in v bistvu (ob določenih izjemah) trajata do konca življenja. Dolgotrajna nega pa ni področje, ki bi ga lahko uspešno obvladovalo le zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje. Že opis potreb starostnikov po oblikah pomoči v gospodinjstvu, pri gibanju, vzdrževanju telesne higiene in stikov z okoljem pove, da gre za kombinacijo socialnovarstvenih in zdravstvenih dejavnosti in storitev, ki morajo biti specifično prilagojene posamezniku. V bistvu gre za novo vejo socialne varnosti, ki je mejno področje med socialnim varstvom, pokojninsko-invalidskim ter zdravstvenim zavarovanjem z nekimi svojimi posebnostmi.

Ker je to novo in pri nas še slabo poznano področje, je Zavod za zdravstveno zavarovanje pripravil poseben projekt, ki je razčlenil teoretične in praktične možnosti uvedbe posebne javnega zavarovanja za dolgotrajno nego. Šlo naj bi za obvezno, neprofitno zavarovanje, ki bi zagotavljalo vsakemu zavarovancu dostopnost storitev socialne oskrbe in zdravstvene nege, ko iz bolezenskih ali drugih razlogov ne more več poskrbeti zase in potrebuje zaradi tega tujo pomoč. Ta pomoč bi vključevala različne storitve, kot so pomoč pri gospodinjstvih opravilih, pri vzdrževanju osebne oziroma telesne higiene, pri gibanju v stanovanju in okolici in tudi potrebe storitev zdravljenja ter zdravstvene nege in pripomočke za nego in oskrbo na domu. Zavarovanje bi bilo usmerjeno tako, da bi dajalo prednost oskrbi in negi na zavarovančevem domu, šele ko bi bile izčrpane možnosti za to, bi prišla v poštev oskrba v socialnem zavodu oziroma v domu za starejše občane. Izvajalci dolgotrajne nege bi bili za to usposobljeni delavci s področja socialnega varstva (zavodi za oskrbo na domu, centri za socialno delo, socialno varstveni zavodi, zasebniki) in s področja zdravstvenega varstva (predvsem patronažna služba, lahko pa tudi druge dejavnosti).

Samo po sebi je umevno, da ne morejo biti vse navedene storitve socialne oskrbe predmet absolutne solidarnosti v okviru predlaganega zavarovanja. Še vedno si bo moral posameznik ali njegovi svojci kriti izdatke za hrano, za pomoč pri gospodinjstvih opravilih in še za nekatere druge storitve. Takšne storitve bi lahko bile pokrite le za zavarovance brez dohodkov in premoženja.

Zamisel je lahko zanimiva, vedno pa se ob njej postavlja vprašanje, koliko bi to stalo. Za storitve socialne oskrbe in nege se iz različnih virov (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, Zavod za zdravstveno zavarovanje, občine, posamezniki in njihovi svojci) že zdaj zbere nekaj več kot 45 milijard Sit. Ob predpostavkah, da bi v času treh do štirih let lahko zagotovili oskrbo in nego okrog 40.000 varovancem (3-krat več kot sedaj) bi po ocenah zato potrebovali še dodatnih 50 milijard Sit. Gre sicer za precejšnja sredstva, toda prej ali slej bomo morali v Sloveniji pristopiti k sistemskemu urejanju tega področja. Zavedati se moramo, da gre za pomemben poseg v področje socialne politike države, ki bo sprožil resne polemike in nasprotujoča si stališča. Vendar je problem potreb starostnikov, zlasti pa njihove socialne oskrbe in zdravstvene nege tako pereč, da se mu ne bo mogoče izogniti. Lahko se bomo rešitvi nekaj časa izmikali, vendar bo odlašanje prineslo še večje pritiske in še večje probleme, kot jih poznamo sedaj.

Predlagana novost ne bo mogla zaživeti brez ustrezne zakonske spremembe. Na zdravnikih in zdravstvenih delavcih pa je odgovornost, da reševanje navedenega problema starejše populacije pravilno predstavimo javnosti in tistim, ki bodo sprejemali odločitve. Ob tem moramo biti tudi realni in vedeti, da za tak projekt v tem trenutku nimamo na voljo dovolj usposobljenega kadra in ne vzpostavljene organizacije dolgotrajne nege na domu. Zato bo potrebno računati s postopnostjo in prioritarnim reševanjem največjih potreb in stisk in zajetjem vseh nege potrebnih v 3 do 4 letih po sprejemu zakona. Ob tem ne bi smeli dopustiti pojavov »stanovskega ljubosumja«, ki ga je slišati iz nekaterih koncev, ko posamezniki meni-

jo, da je dolgotrajna socialna oskrba in zdravstvena nega domena zdravstvene dejavnosti. Gotovo, da igra pri tem zelo vidno vlogo, vendar že iz bežnega opisa storitev (predvsem socialne oskrbe) lahko razberemo, da gre za področje, ki ne more biti le skrb in odgovornost zdravstvene službe, ampak celotne družbe in zdravstvu sorodnih in mejnih področij.

ZNAČILNOSTI ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE STAROSTNIKOV

Pavel Poredoš

Klinični oddelek za žilne bolezni, Interna klinika, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Izvleček – *Staranje je fiziološki proces, za katerega je značilno zmanjševanje funkcije nekaterih organskih sistemov. Zato se zmanjša funkcijska sposobnost in odpornost organizma. Bolezni, ki se kopičijo v starosti, pa lahko procese staranja pospešijo. Za starost pa je tudi značilno, da se v tem življenjskem obdobju kopičijo kronične bolezni, pogosto gre za hkratno pojavljanje več bolezni – polimorbidnost. Pri starostnikih se bolezni pogosto pojavljajo v neznačilni obliki, zato jih je težje prepoznati in so potrebni zahtevnejši diagnostični postopki. Zdravljenje boleznih starostnikov je običajno dolgotrajnejše, okrevanje počasno, pogostejše hospitalizacije pa so neredko združene z invazivnimi posegi. Zaradi polimorbidnosti, ki pogojuje polifarmakoterapijo, je pri starejših zahtevno tudi zdravljenje z zdravili. Stranskim učinkom posameznih zdravil se neredko pridružijo neželeni učinki zaradi medsebojnega delovanja zdravil, ki so lahko različnim iatrogenim zapletom. Spričo spremenjene narave bolezni obravnavanja starostnika zahteva posebno znanje iz geriatrije, ki ga pa naši zdravniki niso deležni ne v okviru dodiplomskega in tudi ne podiplomskega izobraževanja.*

Uvod

Tudi v Sloveniji se delež starostnikov nenehno zvečuje, s čimer se spreminja razmerje med aktivno populacijo in populacijo, za katero je država dolžna skrbeti. Staranje populacije ima za posledico spremembo družbenih, socialnih in ekonomskih razmerij. Zvečevanje deleža starejše populacije predstavlja tudi za zdravstvene organizacije, ki so zadolžene za izvajanje zdravstvenega varstva, izzive in zahteve, ki jih doslej nismo poznali. Že sedaj se do 30% javnih sredstev za zdravstveno varstvo porabi za zdravstveno oskrbo oseb, ki so starejše od 65 let, z višanjem starosti pa se bo ta delež še povečal (1). S starostjo se biološke lastnosti organizma spreminjajo, spreminja se sestava in delovanje večine organov človeškega telesa. Zato se tudi bolezenske spremembe pogosto kažejo na drugačen način kot pri mlajših osebah. Brez poznavanja teh procesov in značilnosti bolezenskih sprememb v starosti ni možno zagotoviti kakovostnega zdravstvenega varstva starostnikov. Pri starejših osebah so pogosto spremenjene pojavne oblike bolezni in njihov potek, zato je pri starejši osebi potrebno prilagoditi način odkrivanja in zdravljenja bolezni, potrebno je dodatno znanje. Obstajajo torej prepričljivi razlogi za uvedbo in krepitev geriatrije kot samostojne medicinske vede (2).

Značilnosti fizioloških procesov staranja

Pri obravnavi starostnika se moramo zavedati, da starost in staranje ni bolezen, temveč le z genskim zapisom programi-

rani fiziološki proces. Temeljna značilnost staranja je upočasnitev različnih procesov, ki vzdržujejo integriteto delovanja človeškega telesa. Posledično pride do zmanjševanja funkcij različnih organskih sistemov. S staranjem se zmanjša funkcijska sposobnost ledvic, pljuč, nekaterih žlez z notranjim izločanjem in do neke mere tudi obtočil. Tako pri osebi, ki je starejša od 70 let, glomerularna filtracija ledvic znaša le še slabo polovico vrednosti kot pri mlajši osebi. To pa ni odraz bolezni, saj tudi ta fiziološko zmanjšana glomerularna filtracija vzdržuje povsem normalne vrednosti dušičnih retentov (sečnine, kreatinina). Toda zaradi zmanjšane funkcijske rezerve se organizem težje prilagodi na večjo obremenitev in po drugi strani okvara funkcije organa zaradi različnih bolezenskih stanj prej pripelje do kliničnih znakov bolezni kot pri mlajših osebah. Enako velja tudi za pljučni in srčno-žilni sistem. Z zmanjševanjem funkcijske sposobnosti se povečuje sprejemljivost za različne bolezni. To je tudi eden od razlogov, da se v starosti kopičijo bolezni dihal in obtočil. Starejši organizem pa je veliko bolj dovzeten tudi za različne okužbe, predvsem okužbe dihal. Raziskave kažejo, da sta pri starejši osebi zmanjšani tako celična kot humoralna imunost, predvsem je zmanjšano število limfocitov B. Nadalje so tudi funkcije kože, ki ima izjemno pomembno obrambno vlogo, spremenjene in večina obrambnih mehanizmov kože s starostjo usiha. Spremeni se sestava kože, funkcijsko tkivo zamenjuje vezivo, zmanjšuje se delovanje žlez znojnic, baktericidne površine kože in sluznic lahko povsem izginejo (2, 3).

Vrste bolezni v starosti

Le malo je bolezni, ki bi se pojavljale zgolj v starosti, pač pa imajo v starosti bolezni, ki jih sicer poznamo tudi v mlajših življenjskih obdobjih, drugačno pojavno obliko. Za starostnike je značilno, da se pri njih pogosto pojavljajo različne kronične bolezni, kot so srčno-žilne bolezni, bolezni dihal, gibal in rakave bolezni, in da se te bolezni pri posameznikih kopičijo. Zato imamo neredko opravka s polimorbidnostjo. Vse to lahko pripelje do neznačilnega kliničnega izražanja bolezni, diagnostični postopki so zahtevnejši in tudi zdravljenje je bolj zapleteno in pogosto manj učinkovito kot pri mlajših osebah (2).

Za okužbe starostnikov je značilno, da se lahko pojavijo infektivne bolezni, ki so značilne za osebe z zmanjšano odpornostjo in za otroke. Tako se pri starejši osebi lahko ponovno pojavijo kužne bolezni, ki praviloma zapuščajo trajno odpornost, če jih je oseba prebolela v otroštvu. Nadalje so značilne okužbe z manj patogenimi mikrobi, kot so glivice, drugi znotrajcelični kužni dejavniki in z bakterijami, ki jih sicer najdemo na površini telesa in ki praviloma ne povzročajo bolezenskih sprememb (4).

Pri starejših osebah so pogoste tudi motnje v presnovi vode in elektrolitov. Starejše osebe imajo večkrat prizadet občutek žeje, zato je uživanje tekočine pomanjkljivo in lahko pripelje do izsušitve, ki prizadene funkcijo različnih organskih sistemov, predvsem dihal in ledvic. Izsušitvi so zlasti podvrženi starostniki, ki prebolejajo vročinske bolezni, in osebe, ki nekontrolirano jemljejo diuretike. Pri tem so lahko zlasti usodne spremljajoče elektrolitske motnje. Po drugi strani pa se pri starostnikih (zaradi pogostega pojavljanja srčnega popuščanja) srečujemo s kopičenjem vode v organizmu, ki jih prav tako kot pri izsušitvi neredko spremljajo motnje v presnovi elektrolitov. Motnje v presnovi vode pa so lahko tudi iatrogene, kar je posledica nezadostnega poznavanja značilnosti starostnikovega organizma.

Kopičenje kroničnih bolezni v starosti in polimorbidnost sta vzrok za pogoste hospitalizacije. Bolnišnična obravnava starostnikov je praviloma dolgotrajnejša, okrevanje pa počasnejše, potek bolezni je pogosto zapleten, potrebni so različni, tudi invazivni postopki, kar dodatno poveča možnost zaple-

tov in zmanjšuje uspešnost zdravljenja starostnikov. Več epidemioloških raziskav je potrdilo, da se v starosti kopičijo dejavniki tveganja. Tako se s starostjo zvečujeta LDL in celotni holesterol, s čimer se zvečuje incidenca hiperholesterolemije. S starostjo se zvečuje tudi krvni tlak, zlasti sistolni, ki je neodvisni dejavnik tveganja za srčno-žilne zaplete. Zaradi kopičenja dejavnikov tveganja se s starostjo povečuje incidenca koronarne, periferne in možganske aterosklerotične bolezni (5).

Med najpogostejše bolnišnične zaplete pri starostnikih sodijo bolnišnične okužbe, zlasti so pogoste v enotah za intenzivno zdravljenje, kjer vsak četrty do peti starostnik zboli za eno od bolnišničnih okužb. Zelo pomemben dejavnik, ki podaljšuje bolnišnično obravnavo starejših oseb in pomembno prispeva k najrazličnejšim zapletom, je zmanjšana pomicnost, ki se veliko pogosteje pojavlja pri starejših kot pri mlajših. Zmanjšana pomicnost med hospitalizacijo se lahko sprevrže v popolno nepomicnost s trajno odvisnostjo od okolice.

Klinične značilnosti bolezni v starosti

Temeljna klinična značilnost bolezni v starosti je njihovo pojavljanje v neznačilni klinični obliki. Temeljna značilnost bolezni starostnikov je njihovo pojavljanje v manj značilni in zato težje prepoznavni klinični sliki. Tako se neredko zgodi, da pri starejši osebi, ki prebolela npr. akutno okužbo dihal ali sečil, značilni klinični znaki okužbe (visoka telesna temperatura) povsem izostanejo, prav tako pa so lahko tudi laboratorijski izvidi povsem neznačilni. Tako se starostniku akutne bolezni neredko kažejo z neznačilnimi splošnimi spremembami, kot so: izguba teka, zmedenost, nepomicnost, depresija in apatija. Zaradi neznačilnosti kliničnih znakov in simptomov so za potrditev diagnoze pogosto potrebni zahtevni in zapleteni diagnostični postopki. Pri starostnikih je neredko tudi potek bolezni zapleten, dolgotrajnejši in združen z dolgo rekonvalescenco. Podaljšan potek bolezni večkrat preide v kronično obliko s posledično trajno prizadetostjo in invalidnostjo (2, 6).

Posebnosti zdravljenja bolezni starostnikov

Invazivni posegi. Starostniki pogosteje potrebujejo invazivne posege, žal pa so le-ti zaradi spremljajočih bolezni za starejše osebe manj primerni. Za starejše osebe so operativni posegi veliko bolj tvegani in jih spremlja najmanj 2- do 3-krat večja operativna umrljivost kot pri mlajših osebah. Operativni posegi starostnikov so povezani zlasti s srčno-žilnimi zapleti, s tromboemboličnimi boleznimi in z okvarami, ki puščajo trajno invalidnost.

Zdravljenje starostnikov z zdravili - pri starostnikih je spreminjena presnova zdravil, zato načela farmakoterapije, ki veljajo za osebe v srednjem življenjskem obdobju, ne moremo brez pridržkov prenesti na starostnike. Zaradi sprememb v delovanju prebavil se spremeni resorpcija nekaterih zdravil, zlasti zmanjšana funkcijska sposobnost nekaterih organov, zlasti ledvic, pa lahko upočasnijo izločanje zdravila iz telesa. Zato se že ob običajnih odmerkih zdravilo kopiči v telesu in lahko pride do škodljivih, celo do usodnih učinkov. Zato je pri starejših osebah potrebno odmerke zdravil, ki se pretežno izločajo skozi ledvica, prilagoditi. To velja zlasti za zdravila, ki imajo ozko terapevtsko širino. Odmerek zdravila je potrebno zmanjšati skladno z zmanjšano funkcijo ledvic in to tako, da se zmanjša posamezni odmerek predpisane zdravila ali pa se povečajo časovni presledki med posameznimi odmerki (4, 7).

Pri starejši osebi se spremeni tudi sestava telesa, predvsem se zmanjša mišična masa in zveča količina maščevja. Spremenjena je tudi količina zunajcelične tekočine, to vse pa vpliva na volumen porazdelitve zdravila, ki je zaradi navedenih de-

javnikov zmanjšan, zato morejo običajni odmerki privedi do zvečanih koncentracij zdravila v telesu, ki lahko imajo škodljive učinke.

Večja pogostost neželenih učinkov zdravil je pri starostnikih pogojena tudi s povečano občutljivostjo različnih organskih sistemov na določena zdravila. Nadalje polimorbidnost starostnikov pogojuje polifarmakoterapijo, ki jo spremlja možnost medsebojnega delovanja zdravil z nasprotnimi ali stopnjujočimi medsebojnimi učinki, kar ima lahko usodne posledice. Znano je stopnjujoče medsebojno delovanje aspirina in kumarinov, ki lahko pripelje do usodnih krvavitev. Nadalje lahko sočasno dajanje verapamila in digitalisa pomembno zveča serumske koncentracije slednjega, znano je tudi stopnjujoče medsebojno delovanje tricikličnih in antidepresivov in blokatorjev beta receptorjev. Nasprotni oz. zmanjševalni medsebojni učinki zdravil so manj usodni, lahko pa povsem izničijo pričakovano terapevtsko delovanje (Razpr. 1) (8).

Razpr. 1. Medsebojno delovanje zdravil.

Istosmerni in stopnjujoči	Nasprotni
aspirin - kumarini	barbiturati - aspirin
aspirin - diuretik	barbiturati - antihistaminiki
digitalis - verapamil	oralni antikoagulansi - antihistaminiki
aspirin - penicilin	digitalis - spironolaktin
simpatomimetiki - antiholinergiki	antibiotiki - antacidi
blokatorji b-receptorjev - triciklični	
antidepresivi	kumarini - antacidi

Velik problem zdravljenja z zdravili pri starostnikih predstavljajo tudi psihične spremembe, ki onemogočajo redno in pravilno jemanje zdravil. Zato je za kakovostno in varno farmakoterapijo starostnikov pogosto potrebna pomoč svojcev in okolice. Zaradi naštetih pomanjkljivosti in tveganja, ki spremlja zdravljenje z zdravili, so starostniki neredko izopostavljeni iatrogenim zapletom farmakoterapije. Bolezenske pojave zaradi jemanja zdravil so pri hospitaliziranih starejših bolnikih opisovali v 23 do 25%, pri mlajših pa v 8 do 12%. V Angliji pa so ugotovili, da so neželeni učinki zdravil razlog za 10% hospitalizacij starejših bolnikov. Pri starostnikih najresnejše so pojave povzročajo psihotropna zdravila in zdravila za zdravljenje srčno-žilnih boleznih (5).

Kakšna naj bi bila kakovostna in racionalna farmakoterapija v starosti? Farmakoterapija starostnikov je velik izdatek, toda velik delež sredstev se porabi za zdravila z nezadostno preverjeno učinkovitostjo. Starostniki neredko posegajo po različnih vitaminskih in metabolnih pripravkih z namenom, da bi si lajšali splošne težave, kot so oslabele, brezvoljnost, spominke motnje in izguba teka. Po drugi strani pa tudi za nekatera zdravila, ki se predpisujejo na recept, nimamo neizpodbitnih dokazov o njihovi dolgoročni učinkovitosti. V zadnjem času smo za večino novejših zdravil, ki jih uporabljamo za preprečevanje in zdravljenje nekaterih najpogostejših kroničnih nenalezljivih boleznih, dobili klinične dokaze o tem, da so ta zdravila učinkovita in da z njimi lahko pomembno zmanjšamo obolevnost ter umrljivost. Žal je bila večina raziskav z omenjenimi zdravili opravljena pri osebah v srednjem življenjskem obdobju, le malo pa pri starostnikih. Zato predpisovanje zdravil starostnikom v pretežni meri temelji na prenešenih spoznanjih o njihovi učinkovitosti pri mlajši populaciji. Na pomanjkljivosti farmakoterapije starostnikov opozarja tudi Odbor za zdravje pri Evropski komisiji, ki ugotavlja, da so na področju farmakoterapije bele lise, zlasti pri uporabi zdravil v pediatriji in geriatrici. Zato je bila na ravni Evropske skupnosti dana pobuda, da se lotijo kliničnih raziskav o učinkovitosti zdravil pri otrocih in starostnikih in da se farmacevtska industrija vzbudi, da preveri učinkovitost razpoložljivih zdravil pri starejši populaciji.

Največje težave farmakoterapije starostnikov izhajajo iz polimorbidnosti in posledične polifarmakoterapije. Neredko se zgodi, da ima bolnik predpisanih več kot 10 različnih zdravil, zato se neželenim učinkom in njihovemu medsebojnemu delovanju skorajda ni moč izogniti. Eno od načel racionalne farmakoterapije starostnikov postavljajo v ospredje zahtevo, da naj se z zdravili zdravijo le tiste bolezni in simptomi, pri katerih ima dano zdravilo nedvomno dokazano dolgoročno učinkovitost. Pred uvedbo farmakoterapije pa mora biti diagnoza zanesljivo potrjena. Pri osebah, ki imajo bodisi zaradi starosti ali spremljajočih boleznih prizadeto funkcijo tistih organov, ki presnavljajo zdravila (jetra, ledvice), je potrebno odmerke zdravil prilagoditi in izbrati za bolnika najprimernejšo obliko, takšno, ki bo v največji meri zagotavljala pravilno jemanje zdravila. Pri starostnikih, ki so psihično spremenjeni in onemogli, lahko redno in pravilno jemanje zdravil zagotovimo le s pomočjo svojcev, negovalnega osebja ali patronaže. Obstaja namreč podatek, da več kot ena tretjina bolnikov ne jemlje predpisanega zdravila v skladu s priporočilom. Pri starostnikih pa naj bi delež neustreznega jemanja zdravil znašal do 50% (4).

Kako izboljšati zdravstveno varstvo starostnikov?

Starost sama po sebi ni bolezen, ampak je fiziološki proces, ki ga pospešujejo različne, zlasti kronične bolezni. Zato staranja organizma ne moremo v celoti preprečiti, lahko pa ga z zdravljenjem in preprečevanjem kroničnih boleznih upočasnimo. Predvsem je potrebno več aktivnosti na področju preprečevanja srčno-žilnih boleznih, poškodb in skrbi za ohranjanje duševnega zdravja. Potrebno bi bilo izboljšati rehabilitacijo starostnikov po preboleli bolezni, ki omogoča povrnitev delovanja zaradi boleznih prizadetih organskih sistemov, ohranitev samostojnosti, pomicnosti in s tem neodvisnosti slehernega posameznika do pozne starosti.

Pri obravnavi boleznih starostnikov se moramo zavedati, da imajo le-te določene posebnosti, zato njihova obravnava zahteva obvladovanje posebnih veščin in usmerjeno strokovno usposobitev. Žal pa zaenkrat nimamo organiziranega diplomskega in tudi ne podiplomskega izobraževanja iz geriatricije. Zato večina zdravstvenih delavcev nima ustreznega znanja iz geriatricije. Zato si moramo prizadevati, da si bodo vsi zdravstveni delavci, zlasti tisti, ki obravnavajo starostnike, pridobili dodatno znanje o značilnostih boleznih starostnikov. Bolj kot posebne zdravstvene ustanove za stare potrebujemo znanje. Potrebno je tudi izboljšati organizacijo zdravstvene oskrbe, zlasti za kronično bolne in neozdravljive bolnike. Čim večjemu številu bolnih starostnikov je potrebno omogočiti zdravstveno oskrbo na domu, potrebno pa je tudi reorganizirati domove za stare, okrepiti negovalne oddelke in zagotoviti celostno zdravstveno oskrbo. Slovenija pa potrebuje tudi ustanovo, ki se bo načrtno ukvarjala z načrtovanjem varstva, tudi zdravstvenega varstva starostnikov in natančno opredelila potrebe te populacije, katere delež se tudi v našem prostoru ne neho povečuje.

Literatura

1. World population ageing 1950–2050. New York: United Nations, 2002: 1–484.
2. Williamson J, Smith RG, Burley LE. Primary care of the elderly - a practical approach. Bristol: Wright, 1987.
3. Exton-Smith AN. Functional consequences of ageing. clinical manifestations. In: Exton-Smith AN, Grimley Evans J eds. Care of the elderly: meeting the challenge of dependency. London: Academic Press, 1997.
4. Poredoš P. Posebnosti bolnišničnih okužb pri starejši populaciji. In: Gubina M, Dolinšek M, Škerl M eds. Bolnišnična higiena. Ljubljana: Medicinska fakulteta in Klinični center, 1998: 98–102.
5. Vascular disease in the older person. In: Lakatta EG ed. Vascular disease in the older person. New York - London: The Parthenon Publishing Group, 1997: 1–157.
6. Vokonas PS, Kannel WB. Diabetes mellitus and coronary heart disease in the elderly. In: Aronow W, Tresch D eds. Clinics in geriatric medicine. Philadelphia: W. B. Saunders & Co. 1996; 12: 69–78.

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.

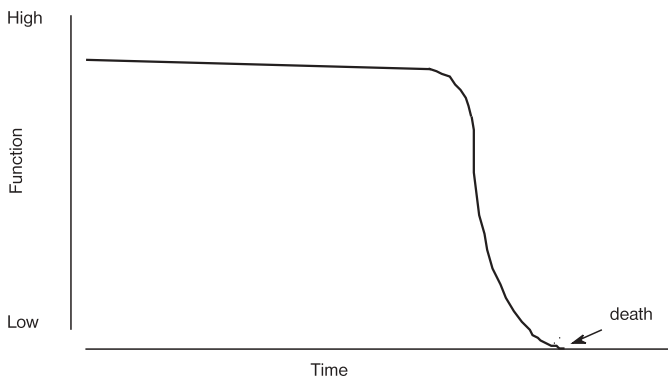
Zato se morajo za dobro oskrbo starejših s kompleksnimi problemi povezati poleg družinske medicine tudi geriatrija, rehabilitacija in paliativna oskrba. Potrebna je usmeritev k bolnikovim potrebam in ne k prognozi, kot je običajna usmeritev v kurativni medicini.

Najpogostejše težavne bolezni v starosti

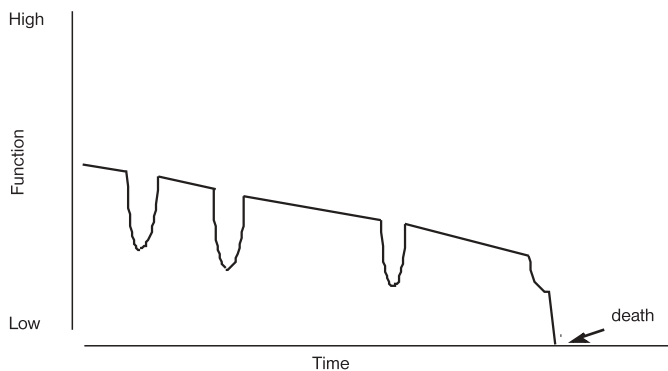
Primeri najpogostejših bolezni pri starejših ilustrirajo kompleksnost poteka bolezni: onkološke bolezni, srčno-žilne bolezni in demenca (Sl. 1, Sl. 2 in Sl. 3).

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.

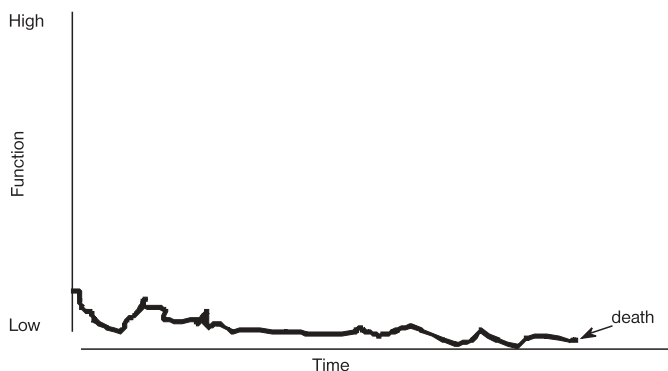
Odpoved srca prizadene več kot desetino starejših po 70. letu starosti. Petletna umrljivost je 80%, kar je več kot pri večini onkoloških bolezni. Potek bolezni je pogosto poslabšan z intermitentnimi odpovedmi, ki jim sledijo postopna izboljšanja



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 boljšo 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 pripravljajnu 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-