

*Lokalno za globalno za
aktivno in prijetno staranje
– Gerobus*

Julij, 2020



*Lokalno za globalno za
aktivno in prijetno staranje
– Gerobus*

Naslov: Lokalno za globalno za aktivno in prijetno staranje –
Gerobus, Julij, 2020

Založnik:

Dom Petra Uzarja Tržič, Ročevnica 58, 4290 Tržič

Glavni urednik: doc. dr. Branko Bregar

Recenzent: doc. dr. Branko Bregar

Zbrala in tehnično uredila: Anita Tarman

Lektoriranje: Lektoriranje in jezikovno svetovanje, Jasmina Vajda
Vrhunec, s. p.

Prevod in lektoriranje angleškega jezika: Prevajalska agencija
DVOJKA, d. o. o.

Tisk: Arma, tiskarstvo, poslovne storitve in trgovina, Arpad Žoldoš,
s.p.

Naklada: 400 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Univerzitetna knjižnica Maribor

616-053.9:364.614.8(082)

LOKALNO za globalno za aktivno in prijetno staranje - Gerobus /
[glavni urednik Branko Bregar]. - Tržič : Dom Petra Uzarja, 2020
ISBN 978-961-95056-0-1

1. Bregar, Branko

COBISS.SI-ID 22622467

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Univerzitetna knjižnica Maribor

616-053.9:364.614.8(082)

LOKALNO za globalno za aktivno in prijetno staranje - Gerobus
[Elektronski vir] / [glavni urednik Branko Bregar]. - Tržič: Dom Petra
Uzarja, 2020

Način dostopa (URL): <https://www.dputrzic.si/gerobus/>

ISBN 978-961-95056-1-8

1. Bregar, Branko

COBISS.SI-ID 23148035

PREDGOVOR

Monografija je delo strokovnih sodelavcev Doma Petra Uzarja Tržič. Napisali smo jo v sklopu projekta Lokalno za globalno za aktivno in prijetno staranje – Gerobus. Naložbo sta sofinancirali Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega sklada za regionalni razvoj (april 2019–junij 2020).

Monografija vsebuje tematike, ki so bile v sklopu projekta predstavljene širši javnosti. Obogatena je z lastnimi strokovnimi prispevki zaposlenih s področja fizioterapije, delovne terapije, zdravstvene nege in socialne oskrbe. Je odraz tega, za kar si v Domu Petra Uzarja Tržič vseskozi prizadevamo – za zdravo, kakovostno, varno in prijetno življenje v starosti v naši skupnosti. Želimo si, da bi bili v slovenskem prostoru prepoznavni po izboljšanih oziroma novih proizvodih in pristopih, kako starost narediti prijetno, pa četudi stran od doma. Tematike monografije izražajo tisto, kar je cilj vsakega takega doma, to je uigran in sodelovalen tim, zagnan za skupni cilj. Verjamemo, da bodo njene vsebine koristne tako splošni kot strokovni javnosti.



VSEBINA

UVOD – O PROJEKTU	1
Predmet projekta	1
Cilji projekta.....	1
Namen projekta.....	1
Rezultat projekta	2
Glavne aktivnosti projekta	2
DEMENCA	4
Kaj je demenca?	4
O demenci	4
Kako se postavi diagnoza demenca?	7
Dejavniki tveganja:	7
Prvi znaki pri bolniku z demenco:.....	8
Kognitivne vaje (vaje za spomin).....	10
POMEN STAROSTI, SPOLA IN BIVALNEGA OKOLJA ZA UPAD KOGNITIVNIH SPOSOBNOSTI PRI OSEBAH, STAREJŠIH OD 65	
LET, <i>Tina Gatej in Manca Bernik</i>	14
Povzetek	14
Uvod	18
Metode	20
Rezultati.....	22
Razprava	26
Zaključek.....	28
Literatura	29
OSTEOPOROZA	36
Kako si lahko pomagamo sami?	36
Kako lahko preprečimo nastanek bolezni	37
Kako se kaže osteoporoza?	38
Potek bolezni	38
Potek zdravljenja	39
Povzročitelji/dejavniki tveganja za nastanek bolezni:.....	40
Pogostost osteoporoze.....	41

PREPOZNAVANJE ZNAKOV IN ZDRAVLJENJE OSTEOPOROZE,	
Antonija Šimić	42
Povzetek	42
Uvod	44
Razdelitev osteoporoze	44
Dejavniki tveganja	45
Dijagnostika	47
Zdravljenje	49
Zaključek	51
Literatura	52
INKONTINENCA	55
Kaj je urinska inkontinenca?	55
Vrste inkontinence:	55
Mišice medeničnega dna	55
Inkontinenčni pripomočki	57
Vaje za krepitev medeničnega dna	57
Vaje za krepitev globoke trebušne mišice	58
Trening sečnega mehurja	58
URINSKA INKONTINENCA IN VAJE ZA KREPITEV MIŠIC	
MEDENIČNEGA DNA, Bojana Hočevar Posavec	60
Povzetek	60
Uvod	62
Urinska inkontinenca	63
Zdravljenje urinske inkontinence	66
Zaključek	73
Literatura	74
PRAVICE STAREJŠIH	80
Institucionalno varstvo	80
Začasni sprejem	81
Dnevno varstvo	82
Pravice uporabnikov institucionalnega varstva	82
PRIKRITA APLIKACIJA ZDRAVIL, Urban Bole	84
Povzetek	84

Uvod	86
Metode	88
Rezultati	90
Razprava	92
Zaključek	95
Literatura	96
PRAVICE STAREJŠIH LJUDI, <i>Maja Rant in Maja Olip</i>	102
Povzetek	102
Uvod	104
Pravni dokumenti Evropske unije, ki opredeljujejo pravice starejših	105
Poročilo o človekovih pravicah starejših	108
Pravni dokumenti v Republiki Sloveniji, ki opredeljujejo pravice starejših	109
Pravica do oskrbe, dostojanstva in avtonomije v odnosu do dolgotrajne oskrbe	116
Zaključek	119
Literatura in viri	119
OHRANIMO RAVNOTEŽJE	122
Zakaj je ravnotežje pomembno?	122
Vaje za ravnotežje	123
OSLABLJENO RAVNOTEŽJE PRI STAROSTNIKIH IN VADBA, <i>Neža Meglič</i>	132
Povzetek	132
Uvod	134
Definicija in opredelitev ravnotežja	134
Dejavniki za oslABLJENO ravnotežje in padci	135
Družbenoekonomske posledice padcev oziroma zlomov	137
Vadba ravnotežja pri starostnikih	138
Zaključek	146
Literatura	147
POMOČ NA DOMU	148
Komu je namenjena?	148

Proces socialne oskrbe na domu	148
Zajete storitve.....	148
Upravičenci do socialne oskrbe	149
Izvajalci pomoči na domu	150
Plačilo	151
POROČILO O IZVAJANJU DELAVNIC V SKLOPU PROJEKTA	
GEROBUS – PRVA FAZA	152
Poročilo z dne 3. 9. 2019, Ročevnica	155
Poročilo z dne 4. 9. 2019, Loka pri Tržiču	158
Poročilo z dne 5. 9. 2019, Bistrica pri Tržiču.....	160
Poročilo z dne 6. 9. 2019, Križe	162
Poročilo z dne 10. 9. 2019, Tržič.....	165
Poročilo z dne 11. 9. 2019, Bohinjska Bistrica	167
Poročilo z dne 12. 9. 2019, Šenčur	171
POROČILO O IZVAJANJU DELAVNIC V SKLOPU PROJEKTA	
GEROBUS – DRUGA FAZA	175
Poročilo z dne 21. 10. 2019, Križe	177
Poročilo z dne 22. 10. 2019, Ročevnica	179
Poročilo z dne 24. 10. 2019, Loka pri Tržiču	181
Poročilo z dne 5. 11. 2019, Bohinjska Bistrica	184
Poročilo z dne 6. 11. 2019, Bistrica pri Tržiču.....	186
Poročilo z dne 12. 11. 2019, Šenčur	188
Poročilo z dne 14. 11. 2019, Tržič.....	189
Poročilo s predavanja zaposlenim – Zavod Sv. Martina, 22. 6. 2020	191
Poročilo s predavanja zaposlenim – Osnovna šola Križe, 2. 7. 2020	195

UVOD – O PROJEKTU

Projekt je sofinanciran v okviru Javnega poziva za sofinanciranje operacij (projektov), ki prispevajo k ciljem, ukrepom in povečanju kazalnikov, kot jih določa Strategija lokalnega razvoja za Lokalno akcijsko skupino Gorenjska košarica (2014–2020).

Predmet projekta

Predmet operacije bodo aktivnosti, ki bodo omogočile aktivno širjenje znanja in rešitve za prijetno in zdravo staranje ter nudenje vseh oblik pomoči bolnikom.

Cilji projekta

Cilj operacije je povečati kakovost življenja, vzpostaviti zavedanje o dejavnikih tveganja ter pomembnosti skrbi zase, predvsem starejših in ostalih ranljivih skupin na upravičenih območjih, ter motivirati starejše za aktivno in prijetno staranje prek spodbujanja zdravega in aktivnega življenjskega sloga s pravim prehranjevanjem, primerno telesno aktivnostjo in socialno interakcijo.

Namen projekta

Namen operacije je razviti, oblikovati in izvajati več različnih aktivnosti, s katerimi bodo starejšim, ostalim ranljivim skupinam in ženskam omogočene strokovne,

kakovostne in preverjene informacije o ohranjanju zdravja ter telesnih in fizičnih lastnosti, ki jim lahko omogočijo čim daljšo in maksimalno učinkovito socialno vključenost ter zmanjševanje zdravstvenih, socialnih in drugih oblik stisk. V okviru operacije se tako na področju starejše populacije kot pri bolnikih z demenco namenja posebna pozornost informiranju, motiviranju in nudenju podpore z informacijami o zdravem načinu življenja.

Rezultat projekta

Rezultat operacije bosta dve novi zaposlitvi, pri čemer je namen prve stalna strokovna podpora in skrb za pravilno in strokovno izvedbo vseh aktivnosti operacije, medtem ko je druga zaposlitev namenjena aktivnemu izvajanju vaj in praktičnim pristopom k samim aktivnostim. Poleg dveh novih zaposlitev bosta rezultata operacije tudi večja socialna vključenost starejših prebivalcev regije ter posledično njihovo dostojnejše in bolj neodvisno življenje.

Glavne aktivnosti projekta

Glavne aktivnosti operacije bodo predvsem naslednje:

- izvedba delavnic in mesečnih srečanj,
- izvedba meritev,
- objave video vsebin na spletnih straneh,
- izdaja strokovne literature – monografije.

Operacija se izvaja v okviru »Operativnega programa za izvajanje evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020«, 9. prednostne osi: »Socialna vključenost in zmanjševanje tveganja revščine«, prednostne naložbe »Vlaganja v okviru strategij lokalnega razvoja, ki ga vodi skupnost« in specifičnega cilja: »Povečevanje mednarodne konkurenčnosti MSP«. Več na spletni strani evropske kohezijske politike v Sloveniji: www.eu-skladi.si in www.las-gorenjskakosarica.si.

DEMENCA

Kaj je demenca?

Demenca je resna izguba umskih, kognitivnih sposobnosti pri sicer zdravi osebi. O demenci govorimo, kadar gre za sindrom motnje možganskih funkcij.

O demenci

Zelo pomembno je, da svojci bolnikov, ki imajo postavljeno diagnozo demence, ne obupajo in vlijejo pogum tudi bolniku samemu. Izrednega pomena je spodbujanje umskih sposobnosti, prav tako učenje in ohranjanje naučenega. Bolnika lahko spodbujamo k reševanju križank, igranju šaha, branju, nakar se z njim pogovorimo o prebranem. Dovolimo, da nam bolnik pripoveduje svoje spomine, ker je to morda še njegovo zadnje spominjanje in ga bo bolnik z govorjenjem dalj časa sposoben obdržati. Skupaj lahko pogledamo stare albume s fotografijami, bolnik pa nam naj o osebah in krajih na slikah pripoveduje.



Slika: Gledanje slik in pripovedovanje o osebah na njih

Prav tako kot vadba možganov je pomembna tudi redna fizična aktivnost, najbolje v obliki organizirane skupinske vadbe (npr. ples), individualne vadbe doma, hoje po stopnicah, pohodov, sprehodov v naravi ipd. Pomembni so tudi počitek in dovolj spanja, zdrava prehrana, aktivno družabno življenje in spodbujanje ustvarjalnosti.



Slika: Vaje za preprečevanje napredovanja demence

Bolnika moramo spodbujati h govorjenju in se truditi, da ga ne popravljamo, če smo njegovo sporočilo razumeli. Pri pripovedovanju mu ne smemo skakati v besedo, temveč počakati, da najde iskano besedo. Ne smemo pozabiti na psihosocialne ukrepe, tako za bolnike kot za svojce.

Demenca ni bolezen – gre za skupek simptomov, ki odražajo različne bolezni.

Med funkcije korteksa spadajo spomin, mišljenje, orientacija, razumevanje, računanje, sposobnost učenja, govora in presoje.

Kako se postavi diagnoza demenca?

Za diagnosticiranje demence se opravljajo nevrološki in nevropsihološki pregledi. Kadar se želi postaviti najverjetnejša diagnoza, lahko specializiran zdravnik za diagnostiko demence doda v diagnostični postopek tudi pregled likvorja, bistro, brezbarvne telesne tekočine, ki obdaja možgane in hrbtenjačo. Uporabi lahko tudi katero izmed sodobnih metod za slikanje možganov, na primer računalniško tomografijo (CT), magnetno resonanco (MRI), pozitronsko emisijsko tomografijo (PET) ali elektroencefalografijo (EEG).

Dejavniki tveganja:

- starost,
- družinska zgodovina,
- genetika,
- ženski spol,
- srčno-žilni dejavniki,
- Downov sindrom,
- poškodbe glave,
- nizek izobrazbeni nivo

Prvi znaki pri bolniku z demenco:

- **pozornost:** starejši govori neurejeno, ne sledi bistvu, šumi iz okolice mu odvrnejo pozornost;
- **abstraktno mišljenje:** ne razume besednih iger, pregovorov, šal;
- **kratkoročni spomin:** večkrat mu je treba povedati določene napotke, pozablja, ponavlja enaka vprašanja ali gibe;
- **dolgoročni spomin:** ne zna povedati, kaj se je zgodilo pred enim tednom;
- **govorne sposobnosti:** ne najde besed, ne zna nadomestiti izgubljenih besed z drugimi, ne končuje stavkov, ponavlja iste besede ali besedne fraze;
- **presojanja:** ne zna presoditi o primernem obnašanju v družbi, je manj urejen;
- **orientacija** v času, prostoru in pri osebah: ne zna povedati, kje je, ne prepozna svojega doma, ne zna ločiti časa, ne prepozna sorodnikov in znancev;
- **govor:** ne najde pravih besed;
- **neprepoznavanje** predmetov in nezmožnost njihove uporabe;
- **izogibanje** delovnega mesta in socialnih aktivnosti, zapiranje vase, umik iz družbe.

Vsekakor je treba takoj, ko upravičeno posumimo, da lahko gre za katerega izmed prvih znakov demence, obiskati zdravnika, da se opravijo potrebne preiskave.

Za zdravljenje simptomov demence se uporabljajo različna zdravila, ki upočasnijo njeno napredovanje in za nekaj časa lahko celo izboljšajo simptome bolezni, zato je pomembno, da se začne pacient zdraviti že v zgodnejši fazi. Pomemben del obravnave so tudi psihosocialni ukrepi, spodbujanje umskih aktivnosti in ohranjanje dejavnosti vsakodnevnega življenja.

Najbolje za bolnika je, če je v domačem okolju. Ob tem mu je lahko v pomoč medicinsko osebje v dnevni centrih ali pomoč obiskov na domu.

Pomemben je tudi odkrit pogovor z njegovo družino o poteku bolezni. Trajna nega v domovih za starejše ostaja zadnja rešitev. Pri večini bolnikov bodo zanj poskrbeli njegovi domači na domu, pri čemer bo breme oskrbe prevzel en družinski član ali bolnikov partner.

Kognitivne vaje (vaje za spomin)

1. Premetanke so besede, ki vsebujejo enake črke – primer premetank: ČRV – VRČ. V spodnjih dveh stolpcih so različne premetanke.

Povežite med seboj ustrezne besede:

NALETETI	EKRAN
NAREK	KAMEN
NAUK	MIREN
NASPROTI	KUNA
NEKAM	NATO
NEMIR	NJO
NERAZVIT	POSTRANI
NETOPIR	RAZVNETI
NEURJE	TELETINA
NIVO	TROPINE
NOJ	UREJEN
NOTA	VINO

2. V zmešnjavi črk poiščite skrite besede:

s s n d j g d e m e n c a z g s p o m i n k l
r o o k r e w r š p o r d g m o ž g a n i e r
t k a a v i t č r n i a r t e l o v a d b a j b t
p o z a b l j i v o s t t č h w d s f i n e b b
r r l č f d f z g g v a j a i a l z h e i m e r n
z m e d e n o s t r o p t g d b e g a v o s t
t z č g f i q z d i a g n o z a t u n t s t a t d
s t a r o s t g e f r f d l t r o p s m j g i l d i
s i m p t o m p e t l ž i v č e v j e h i w e g

3. Na voljo imate eno minuto časa. V tej minuti zapišite čim več besed, ki se začnejo z besednim korenem LA.

Lasje,

4. Če v besedi eno črko zamenjamo z drugo, dobimo novo besedo.

GROF – **KROF**

LES – _____

KOBLA – _____

ČEBULA – _____

VESELJE – _____

ROŽA – _____

GOLICA – _____

DEDEK – _____

SLAP – _____

TANJA – _____

PUPEK – _____

MRAK – _____

REŽA – _____

NOGA – _____

PORA – _____

PIR – _____

KAL – _____

FUNT – _____

ČEBULA – _____ KILA – _____

POPER – _____ KMET – _____

5. Napišite čim več besed, ki se končajo na dano končnico:

-ER	-AR	-ARA
revolvER	zvonAR	obaARA

POMEN STAROSTI, SPOLA IN BIVALNEGA OKOLJA ZA UPAD KOGNITIVNIH SPOSOBNOSTI PRI OSEBAH, STAREJŠIH OD 65 LET

Importance of age, gender and living
environment to cognitive impairment in
people over 65 years of age

Tina Gatej, dipl. del. ter., in Manca Bernik, dipl. del. ter.

Povzetek

Uvod: Upad kognitivnih sposobnosti pri osebah, starejših od 65 let, lahko drastično vpliva na kakovost posameznikovega življenja. Prav ta upad se pogosto povezuje z demenco, incidenca katere je vse večja, zaradi staranja populacije pa pričakujemo povečanje števila obolelih. Kot najbolj razširjen test za orientacijsko oceno kognitivnega stanja se uporablja test Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti. Klinično se uporablja za ugotavljanje stopnje zmanjšanja spoznavnih sposobnosti pri populaciji z diagnozo demence. Namen raziskave je ugotoviti pomen spola, starosti in bivalnega okolja pri osebah, starejših od 65

let, za rezultat pri kratkem preizkusu spoznavnih sposobnosti. **Metode:** V raziskavo je bilo vključenih 20 oseb, starih med 65 in 93 let, vključenih v projekt Gerobus. Deset starostnikov ($n = 10$, 50 %), katerih povprečna starost je bila 71,8 leta ($s = 24,2$), je bivalo v domačem okolju in 50 % ($n = 10$) starostnikov, katerih povprečna starost je bila 88,3 leta ($s = 22,3$), je živelo v domu starejših občanov. Ženske so predstavljale 75 % ($n = 15$) velikosti vzorca, njihova povprečna starost pa je bila 79,1 ($s = 23,7$) leta, medtem ko so moški predstavljali 25 % ($n = 5$) velikosti vzorca, njihova povprečna starost pa je bila 82,2 ($s = 21,4$) leta. Uporabljena je bila modificirana oblika slovenske priredbe testa Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti. Izvedena je bila primerjava končnega rezultata testa glede na starost, spol in kraj bivanja. **Rezultati:** Ženske so pri preizkusu spoznavnih sposobnosti v povprečju dosegle za 8,23 % (2,4 točke) višji rezultat kot moški. Pri primerjavi rezultatov po posameznih starostnih skupinah smo ugotovili, da starost nima bistvenega pomena za rezultat testa (30 točk). Preiskovanci, ki so bivali v institucionalni obliki varstva, so bili v povprečju starejši in so v povprečju dosegli za 6,4 % (1,9 točke) slabši rezultat. **Razprava:** Ženske so v povprečju dosegle boljši rezultat pri preizkusu spoznavnih sposobnosti, vendar so bile v povprečju mlajše, znano je namreč, da starost vpliva na tveganje za razvoj demence. Starost na proučevanem vzorcu ni imela bistvenega pomena za rezultat testiranja, nekateri avtorji pa opisujejo znižanje rezultata testa Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti

z dvigom starosti, znan je tudi porast pojavnosti demence s starostjo. Preiskovanci, ki živijo v domačem okolju, so v povprečju dosegli višji rezultat pri testiranju, vendar je njihova starost v povprečju nižja, zato se ne more trditi o pomenu bivalnega okolja za pojavnost demence. **Zaključek:** Zgodnje odkrivanje upada kognitivnih sposobnosti je smiselno in nujno potrebno za izvedbo diagnostike ter pri ohranitvi oziramo izboljšanju kakovosti življenja starostnika.

Ključne besede: starejša oseba, demenca, kognitivni upad, vpliv, okolje, Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti.

Abstract

Introduction: Decreased cognitive abilities in people over the age of 65 can drastically affect the quality of life of an individual. It is this decline that is often associated with dementia, the incidence of which is increasing, and due to the ageing of the population, an increase in the number of patients can be expected. The most widespread test for orientation assessment of cognitive status is the test A Short Test of Cognitive Abilities. It is used clinically to determine the stage of cognitive impairment in the population diagnosed with dementia. The purpose of the research is to determine the importance of gender, age and living environment in persons over 65 years of age on the result in a short cognitive test. **Methods:** The survey included 20 people aged between 65 and 93 involved in the

Gerobus project. Ten elderly people ($n = 10$, 50%) lived in a home environment whose average age was 71.8 years ($s = 24.2$) and 50% ($n = 10$) of those who lived in a retirement home, whose average age was 88.3 years ($s = 22.3$). Women accounted for 75% ($n = 15$) of the sample size, their average age was 79.1 ($s = 23.7$) years, and men represented 25% ($n = 5$), and their average age was 82.2 ($s = 21.4$) years. A modified form of the Slovenian variation of the test A Short Test of Cognitive Abilities was used. A comparison of the final test result was performed on grounds of age, sex and place of residence. **Results:** On average, women achieved an 8.23% (2.4 points) higher result in the cognitive test than men. When comparing the results by individual age groups, we realised that age has no major significance to the test result (30 points). Respondents living in institutional care were on average older and averaged 6.4% (1, 9 points) worse result. **Discussion:** On average, women performed better in the cognitive test, but were younger on average, as it is known that age has an effect on the risk of developing dementia. Age on the studied sample did not have a significant effect on the test result, and some authors describe a decrease in the test result A Short Test of Cognitive Abilities when increasing age; it is also known that dementia increases with age. Respondents living in a home environment on average had better test scores, but their age was lower on average, so the importance of the living environment on the incidence of dementia cannot be argued. **Conclusion:** Early detection of a decline in cognitive abilities is meaningful and

necessary for the implementation of diagnostics, and in maintaining or improving the quality of life of the elderly.

Key words: *elderly, dementia, cognitive impairment, impact, environment, STCA*

Uvod

Na kakovost življenja oseb, starejših od 65 let, vplivajo različni dejavniki, eden izmed njih so zagotovo kognitivne sposobnosti posameznika. Upad kognitivnih sposobnosti pri starostnikih v razvitih državah najpogosteje povezujemo z demenco (Matthews, Marioni in Brayne, 2012). Demenca je bolezen, ki prizadene predvsem starejše starostne skupine, z naraščajočo velikostjo populacije je njena incidenca vse večja, posledično pa posledice demence predstavljajo tudi vse večje breme za družbo (Kukull, 2002). Alzheimerjeva bolezen je najpogostejši vzrok demence. WHO (2019) ocenjuje, da ima 60–70 % vseh bolnikov z demenco Alzheimerjevo bolezen. Ostale pogoste oblike demence so vaskularna demenca, demenca Levijevih teles in frontotemporalna demenca (Bilban, 2018). Alzheimerjeva demenca je bila prvič opisana leta 1906, ko je Alois Alzheimer opisal hudo progresivno bolezen cerebralnega korteksa, kasneje imenovano Alzheimerjeva bolezen. Bolezen je opazoval pri petdesetletni ženski, ki je bila izgubljena v lastnem

stanovanju, imela je spominske motnje in bila sumničava. Opisal je tudi motnje govora, poimenovanja in razumevanja. Po 5 letih je umrla. Opisal je senilne lehe in nevrofibrilarne pentlje, ki so se pojavile v pacientkinih možganih, za katere je domneval, da so vzrok upada umskih sposobnosti (Hippius in Neundörfer, 2003).

Po podatkih WHO je obolelih z različnimi oblikami demence na globalni ravni približno 50 milijonov ljudi, demenca pa se smatra za drugi največji vzrok za invalidnost in sedmi najpogostejši vzrok smrti. Njena incidenca strmo narašča, do leta 2050 pričakujemo, da bo število obolelih naraslo na 152 milijonov (WHO, 2018). Alzheimerjeva bolezen večinoma prizadene starejše (Kukull, 2002). Za njo zboli 11 % Američanov, starejših od 65 let, pri starostnikih, starejših od 85 let, pa se pogostost ocenjuje na 32 % (Brown, 2018).

Kot najbolj razširjen test za orientacijsko oceno kognitivnega stanja se uporablja *Mini mental state examination* (v nadaljevanju MMSE), ki se je razširil po prvi objavi leta 1975 (Granda, Mlakar in Vodušek, 2003). V slovenskem jeziku je MMSE poimenovan kot Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS). Klinično se ga uporablja za ugotavljanje stopnje zmanjšanja spoznavnih sposobnosti pri populaciji bolnikov z diagnozo demence. Razširjena je tudi uporaba testa MMSE kot presejalnega testa z namenom postavitve suma na demenco, vendar

so v tem primeru potrebne nadaljnje klinične preiskave (Brus Hladen in Šlebinger, 2011).

Test je sestavljen po Mezerjevih načelih iz leta 1918. Sestavljen je iz enajstih segmentov oziroma tridesetih nalog, ki preverjajo orientacijo v času (0–5 točk) in prostoru (0–5 točk), neposredni (0–3 točke) in odloženi (0–3 točke) priklic, miselno sledenje in računanje (0–5 točk), poimenovanje (0–2 točki), jezik (0–1 točka), razumevanje trisopenjskega ustnega ukaza (0–3 točke), razumevanje pisnega ukaza (0–1 točka), sposobnost konstrukcije enostavnega stavka (0–1 točka) in prerisovanje geometrijskega lika (1 točka). Nalogi, ki preverja miselno sledenje in računanje (odštevanje po 7, od 100 navzdol), je alternativna naloga črkovanje besede s petimi črkami nazaj. Testiranje traja 5–10 minut, možnih je 30 točk, manjši rezultat pomeni večjo verjetnost kognitivne prizadetosti (Granda, Mlakar in Vodušek, 2003). MMSE se uporablja psihometrično; testni rezultat primerjamo z normami in glede na odstopanje določamo stopnjo prizadetosti (Granda, Mlakar in Vodušek, 2003).

Namen raziskave je bil testiranje starostnikov, vključenih v projekt Gerobus, in primerjava rezultatov glede na spol, starost in okolje, v katerem preiskovanci živijo.

Metode

V raziskavo je bilo vključenih 20 oseb, ki so bile vključene v terenske delavnice projekta Gerobus, pogoji za

vklučitev pa so bili tudi starost nad 65 let in tekoče govorjenje in razumevanje slovenskega jezika. Vključene so bile osebe, stare med 65 in 93 let, katerih povprečna starost je bila 80,05 ($s = 9,53$) leta. Deset oseb (50 %) iz vzorca so predstavljali starostniki, ki so bivali v domačem okolju in katerih povprečna starost je bila 71,8 ($s = 5,48$) leta, 50 % ($n = 10$) pa starostniki, ki so živeli v domu starejših občanov in katerih povprečna starost je bila 88,3 ($s = 4,78$) leta. Ženske so predstavljale 75 % ($n = 15$) velikosti vzorca, njihova povprečna starost pa je bila 79,1 ($s = 10,10$) leta, medtem ko so moški predstavljali 25 % ($n = 5$), njihova povprečna starost pa je bila 82,2 ($s = 7,90$) leta.

Za lažjo primerjavo so bili udeleženci raziskave glede na starost razvrščeni v šest starostnih skupin, pri katerih je bil razmak let omejen na 5 let. Polovico vzorca ($n = 10$, 50 %) so predstavljale osebe, ki živijo v domačem okolju, in polovico ($n = 10$, 50 %) osebe, ki bivajo v domu starejših občanov.

Za namen zbiranja podatkov se je uporabila modificirana oblika slovenske priredbe MMSE – KPSS (glej prilogo). Uporabljeni sta bili dve predlogi: predloga s pisnim ukazom »zaprite oči« in risba lika za prerinovanje (glej prilogo). Poleg predlog sta bila za namen reševanja 22. in 23. naloge testa, pri katerih mora preiskovanec poimenovati dva predmeta, uporabljena svinčnik in ura.

Testiranje se je izvajalo v Domu Petra Uzarja Tržič za njegove stanovalce, preiskovanci, ki ne bivajo v domačem okolju, pa so bili testirani na prizorišču delavnic. Med testiranjem sta bila prisotna preiskovanec in izvajalec testa. Moteče dejavnike, ki lahko zmanjšujejo zbranost preiskovanca in s tem znižujejo rezultat, smo skušali odstraniti oziroma omejiti na način, da so se testiranja izvajala v ločenem prostoru od delavnic Gerobus. Pred začetkom testiranja je bil preiskovancem razložen namen in potek testiranja. Reševanje testa je v povprečju trajalo 5 minut, skupaj s pogovorom in zapisovanjem podatkov o preiskovancu pa okoli 15 minut.

Vse osebe, vključene v raziskavo, so bile informirane o namenu, načinu in vsebini raziskave ter osebno zaprosene za sodelovanje. Pred izvedbo raziskave so bili upoštevani vsi etični vidiki raziskovanja. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno.

Izvedena je bila primerjava končnih rezultatov testa KPSS glede na starost, spol in kraj bivanja.

Rezultati

Analiza podatkov je pokazala, da ženske pri KPSS v povprečju dosežejo za 8,23 % višji rezultat kot moški (tabela 1).

Tabela 1: Rezultat KPSS

Spol	Starost	n	%	Rezultat KPSS točke (s)	Rezultat KPSS (%)
Ž	79.1	15	75	23,86 (8,46)	79,53
M	82.2	5	25	21.4 (9,15)	71,3

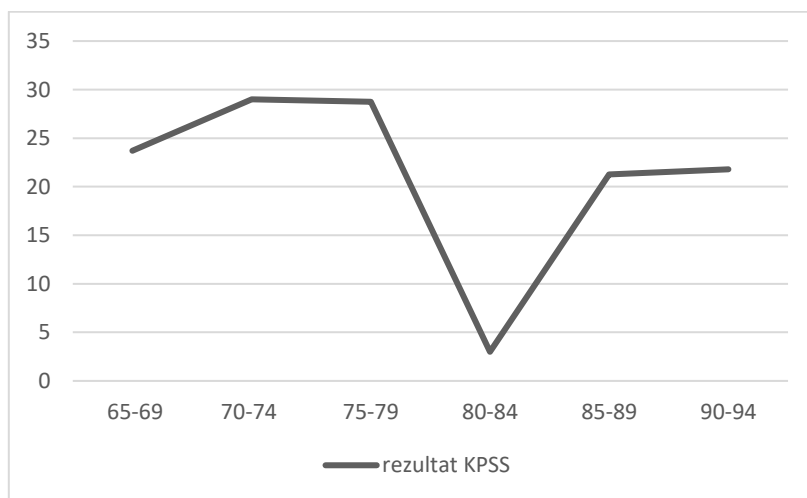
Legenda: Ž – ženske; M – moški; n – vzorec; s – standardni odklon; % – delež; KPSS – Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti.

Pri primerjavi rezultatov po posameznih starostnih skupinah smo ugotovili, da starost ni bila povezana z rezultatom KPSS. Pripadniki starejših skupin so dosegli nižji rezultat, vendar je prva starostna skupina (65–69 let) dosegla slabše povprečje od starejših skupin. V starostni skupini 80–84 let, v katero je bila uvrščena zgolj ena oseba, je ta pri testiranju dosegla 3 točke, prav tako je najstarejša starostna skupina dosegla višji povprečen rezultat kot dve mlajši skupini (tabela 2 in slika 1).

Tabela 2: Pomen starosti za rezultat KPSS

Starostna skupina	n (%)	Rezultat KPSS v točkah (s)	Rezultat KPSS (%)
65–69 let	4 (20,0)	23,7 (8,54)	79,0
70–74 let	2 (10,0)	27 (1,41)	96,7
75–79 let	4 (20,0)	28,75 (1,89)	95,8
80–84 let	1 (5,0)	3 (0)	10,0
85–89 let	4 (20,0)	21,25 (10,86)	70,8
90–94 let	5 (25,0)	21,8 (6,50)	72,7

Legenda: % – delež; s – standardni odklon; KPSS – Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti.



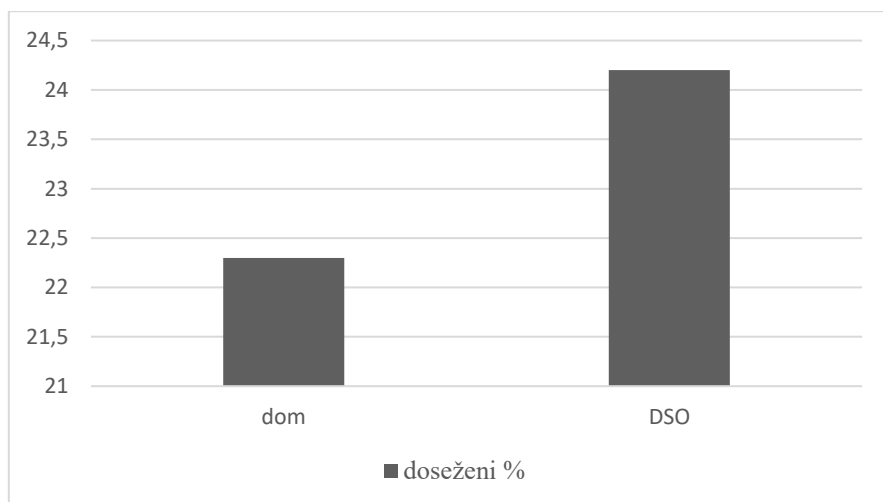
Slika 1: Pomen starosti za vrednost KPSS

Preiskovanci, ki bivajo v institucionalni obliki varstva, domu starejših, so v poprečju starejši in so v povprečju dosegli za 6,4 % slabši rezultat kot starostniki, ki živijo v domačem okolju (tabela 3 in slika 2).

Tabela 3: Pomen bivalnega okolja za rezultat KPSS

Oblika bivanja	PV	Rezultat KPSS točke (s)	%
Doma	71,8	24,2 (9,35)	80,7
DSO	88,3	22,3 (7,85)	74,3

Legenda: PV – povprečna vrednost; s – standardni odklon; % – delež; DSO – Dom starejših občanov.



Slika 2: Pomen bivalnega okolja za rezultat KPSS

Razprava

Pomen spola

Analiza podatkov je pokazala, da ženske v povprečju dosežejo višji rezultat pri KPSS, vendar so v povprečju tudi mlajše, zato boljšega rezultata ne moremo pripisovati zgolj spolu. Znano je namreč, da starost bistveno vpliva na tveganje za razvoj demence (Katzman in Kawas, 1994) in da se rezultat, dosežen pri KPSS, s starostjo znižuje (Bleecker, Bolla-Wilson, Kawas in Agnew, 1988). Zato pri našem vzorcu težko z gotovostjo trdimo, da je spol imel pomen za rezultat, čeprav analiza podatkov kaže, da ženske dosežejo boljši rezultat. Granda, Mlakar in Vodusek (2003) v svoji raziskavi ugotavljajo zanemarljive razlike med spoloma, kljub večji prevalenci demence pri ženskah, medtem ko Šimenc (2009) navaja ženski spol kot enega izmed dejavnikov tveganja za pojav demence. Incidenca demence in s tem posledično nižji rezultat pri testu KPSS naj bi bila tako med spoloma načeloma približno enaka, čeprav je med obolelimi za demenco več žensk, kar lahko pripišemo večjemu številu starih žensk v populaciji kot moških. Nacionalni inštitut za javno zdravje ocenjuje, da ima v starosti od 65 do 69 let potrjeno demenco okoli 2 % populacije moških in 1 % žensk (Šelb - Šemerl idr., 2010), kar je skladno z dosegom višjega rezultata KPSS pri ženskah, vključenih v raziskavo. Nacionalni inštitut za javno zdravje (2010) navaja, da je v starostni skupini 80–85 let že 12 % moških in 13,5 %

žensk, v skupini nad 95 let pa 32 % moških in 36 % žensk (Šelb - Šemerl idr., 2010).

Pomen starosti

Starost v proučevanem vzorcu ni imela bistvenega pomena za rezultat KPSS, že Bleecker idr. (1988) opisujejo znižanje rezultata KPSS z rastjo starosti, znan pa je tudi porast pojavnosti demence s starostjo (Kogoj, 2009). Pripadniki starejših skupin so sicer dosegli nižji rezultat od mlajših, vendar je prva starostna skupina (65–69 let) dosegla slabše povprečje od starejših skupin, v starostni skupini 80–84 let, v katero je bila uvrščena zgolj ena oseba, pa je pri testiranju dosegla samo 10 %, prav tako je najstarejša starostna skupina dosegla višji povprečen rezultat kot dve mlajši skupini. Medtem v globalnem poročilu za Alzheimerjevo bolezen (Prince idr., 2015) ugotavljajo, da se incidenca demence podvoji na vsakih 6,3 leta povišanja starosti. V starostnem razmaku je prevalenca bolezni 3,9 na 1000 oseb v starostni skupini 60–64 let, pri starosti 90+ pa je prevalenca 104,8 na 1000 ljudi.

Pomen bivalnega okolja

Preiskovanci, ki živijo v domačem okolju, so v povprečju dosegli višji rezultat pri testiranju, vendar je njihova starost v povprečju nižja, zato ne moremo zagotovo trditi o povezanosti bivalnega okolja s pojavnostjo demence, saj Kogoj (2009) ugotavlja porast pojavnosti demence z

rastjo starosti. Treba je upoštevati tudi dejstvo, da velik del demence ostaja neodkrit, predvsem v institucionalnem okolju, za katerega ocenjujejo, da je v njem približno polovica populacije, ki nima diagnoze demence (Liu idr., 2017). Zato lahko sklepamo, da na slab rezultat KPSS starostnikov, ki bivajo v DSO, vpliva tudi dejstvo, da ima 80 % starostnikov, ki bivajo v DSO, prisotno demenco (Nygaard in Ruths, 2003).

Omejitve raziskave

Raziskava je bila omejena na preiskovance, ki bivajo v institucionalni obliki varstva, domu starejših občanov, in starostnike, ki živijo v domačem okolju, v sklopu projekta Gerobus. Rezultati so bili pridobljeni na majhnem vzorcu vključenih oseb, ki je bil tudi neuravnotežen po demografskih podatkih, zato posplošitev dobljenih rezultatov na splošno populacijo ni smiselna.

Zaključek

Zgodnje odkrivanje upada kognitivnih sposobnosti je smiselno in nujno potrebno za izvedbo diagnostike pri odkrivanju nevrofizioloških okvar in disfunkcij. Prav zgodnja diagnostika nam omogoča zgodnjo obravnavo starostnikov, ki je ključnega pomena na poti k boljši kakovosti življenja starostnika. Zaznan pa je bil kognitivni upad pri osebah, ki zaradi njega niso bile predhodno

obravnavane, zato lahko takšna testiranja smatramo kot smiselna orodja za ohranjanje oziroma izboljšanje kakovosti življenja.

Literatura

- Bilban, M. (2018). Demenca. *Delo + varnost: revija za varstvo pri delu in varstvo pred požarom*, 63(1), 28–47.
- Bleecker, M. L., Bolla-Wilson, K., Kawas, C. in Agnew, J. (1988). Age-specific norms for the Mini-Mental State Exam. *Neurology*, 38(10), 1565–1568.
- Brown, M. T. in Wolf, D. A. (2018). Estimating the Prevalence of Serious Mental Illness and Dementia Diagnoses Among Medicare Beneficiaries in the Health and Retirement Study, *Research on Aging*, 40(7), 668–686.
- Brus Hladen, Z. in Rosvita Šlebinger, R. (2011). Demenca in KPSS kot pomemben podatek pri delu s stanovalci na varovanem oddelku v sklopu demence. V E. Kavaš (ur.), *Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov* (str. 43). Murska Sobota: Slovensko strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurje.
- Granda, G., Mlakar, J. in Vodušek, B. D. (2003) Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti – umerjanje pri preiskovancih, starih od 55 do 75 let, *Zdravniški vestnik*, 72(10), 575–581.

- Hippius, H. in Neundörfer, G. (2003). The discovery of Alzheimer's disease, *Dialogues in clinical neuroscience*. 5(1), 101–108.
- Katzman, R. in Kawas, C. (1994). The epidemiology of dementia and Alzheimer disease. V R. D. Terry, R. Katzman in K. L. Bick (ur.), *Alzheimer Disease* (str. 105–122). New York: Raven Press.
- Kogoj, A. (2009). Demenca – javnozdravstveni problem tudi v Sloveniji. *Uvodnik*, 16(6), 251–255.
- Kukull, W. A., Higdon, R., Bowen, J. D., McCormick, W. C., Teri, L., Schellenberg, G. D. in Larson, E. B. (2002). Dementia and Alzheimer Disease Incidence A Prospective Cohort Study. *Archives of neurology*, 59(11), 1737–1746.
- Liu, E., Dyer, S. M., O'Donnell, L. K., Milte, R., Bradley, C., Harrison, S. L. ... Crotty, M. (2017). Association of cardiovascular system medications with cognitive function and dementia in older adults living in nursing homes in Australia, *Journal of geriatric cardiology*, 14(6), 407–415.
- Matthews, F., Marioni, R. in Brayne, C. (2012). Examining the influence of gender, education, social class and birth cohort on MMSE tracking over time: a population-based prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 12–45.
- Nygaard, H. A. in Ruths, S. (2003). Missing the diagnosis: Senile dementia in patients admitted to nursing homes.

Scandinavian Journal of Primary Health Care, 21(3), 148–152.

Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G. C., Wu, Y.-T. in Prina, M. (2015). *World Alzheimer report 2015, The global impact of dementia, An analysis of prevalence, incidence, cost and trends* (str. 30–35). London: Alzheimer's Disease Internationala.

Šimenc, M. (2009). Demenca najprej ukrade spomin, potem pa še ostalo. *Gorenjski glas*. Pridobljeno s <http://arhiv.gorenjskiglas.si/article/20090213/C/302139993/demenca-najprej-ukrade-spomin-potem-se-vse-ostalo>

Šelb-Šemerl, J., Mihevc Ponikvar, B., Primic Žakelj, M., Rok-Simon, M., Tomšič, S. in Zadnik, V. (2010). *Zdravje starejših*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije, 67–69.

WHO. (2019). *Dementia*. Pridobljeno s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

WHO. (2018). *Towards a dementia plan: a WHO guide*. Pridobljeno s <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272642/9789241514132-eng.pdf?ua=1>

Priloga:

KPSS (KRATEK PREIZKUS SPOZNAVNIH SPOSOBNOSTI)

Prirejeno po M. F. Folstein: Mini Mental State Examination

Priimek in ime:

Rojstni datum:

Datum testiranja:

Časovna orientiranost

1. Katerega leta smo?
2. V katerem letnem času smo?
3. Katerega meseca smo?
4. Kateri dan v tednu je danes?
5. Kateri datum je danes?

Kje se zdaj nahajamo?

1. V kateri državi?
2. Kraj?
3. Del mesta (soseska)?
4. Stavba (ustanova ali vrsta zgradbe)?
5. Nadstropje (vrsta sobe ali naslov)?

Povedal(a) vam bom tri besede. Ponovite jih, ko jaz končam. (Besede izgovarjamo v presledku 1 sekunde, največ petkrat. Ocenimo samo prvo ponovitev.)

Zapomnite si te besede, ker vas bom zanje kasneje spet vprašal(a).

1. DREVO
2. MIZA
3. ŽOGA

Odštevajte od 100 po 6, od dobljenega števila spet 7 in tako naprej. Torej: 100 manj 7 je ...?

Alternativno vprašanje (če preiskovanec odkloni odštevanje):

Črkujte besedo NJIVA.

Zdaj jo črkujte še v obratnem vrstnem redu (nazaj).

1. 93
2. -7
3. -7
4. -7
5. -7

Ponovite, prosim, tri besede, za katere sem vam prej naročil(a), da si jih zapomnite.

1. DREVO
2. MIZA
3. ŽOGA

Kaj je to? (URA)

Kaj je to? (SVINČNIK)

Natančno ponovite tale stavek: NOBENIH IN, ČE, AMPAK.

1. URA
2. SVINČNIK
- 3.

Vzemite list papirja v desno roko,

ga prepognite na polovico

in položite na tla.

*Preberite, kaj piše na tem listu, in potem to naredite
(ZAPRITE OČI; predloga 1).*

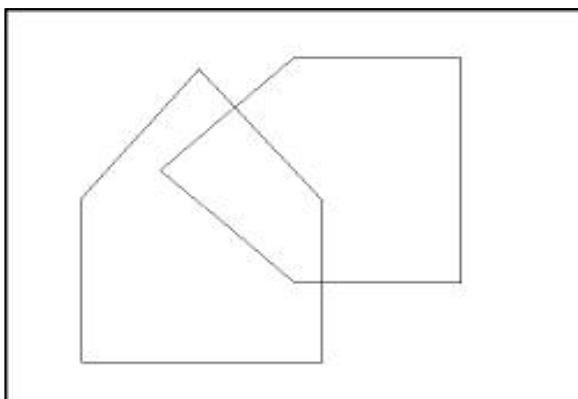
*Napišite, prosim, nek stavek. (Napišite na primer kaj o
vremenu.)*

Prerišite tole (predloga 2).

Skupno število točk:

ZAPRITE OČI

Slika: Predloga 1 – napis »zaprite oči«



Slika: Predloga 2 – risba lika za prerisovanje

OSTEOPOROZA

Kako si lahko pomagamo sami?

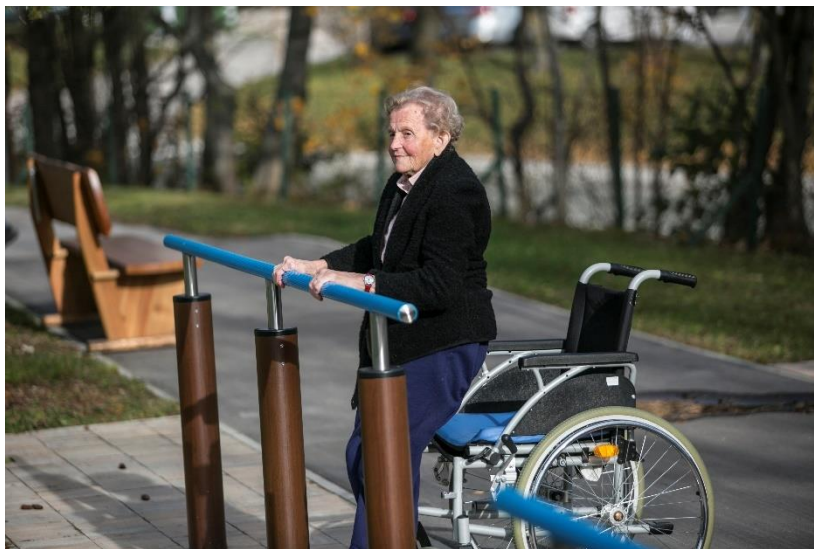
Z uživanjem uravnotežene prehrane, obogatene s kalcijem in vitaminom D. Odličen vir kalcija so manj mastno mleko in mlečni izdelki. Če ne zaužijete dovolj kalcija s hrano, je treba kalcij nadomeščati v obliki tablet.



Slika: Uravnotežena zdrava prehrana je pomembna pri preprečitvi osteoporoze

Za ohranjanje zdravih kosti, pa tudi pri zdravljenju osteoporoze, je pomemben vitamin D, saj kalcij lahko prehaja iz črevesja v kri in kosti le z njegovo pomočjo. Tudi druge sestavine v hrani, na primer kalij, vitamin C in K ter magnezij, ugodno vplivajo na kosti. Z redno telesno

dejavnostjo se ukvarjajte vsak dan ali pa vsaj od tri- do štirikrat na teden po 30 minut, kar lahko razdelite tudi na krajšo, desetminutno vadbo.



Slika: Redna telesna vadba

Kako lahko preprečimo nastanek bolezni

Tveganje za razvoj osteoporoze lahko zmanjšamo z več ukrepi: uravnotežena prehrana z dovolj kalcija in vitamina D, redna telesna dejavnost, omejevanje škodljivih razvad (kajenje, tvegano ali škodljivo pitje alkohola), pravočasno odkrivanje osteopenije in preventivno jemanje določenih zdravil v primeru uporabe zdravil, ki povečujejo tveganje za osteoporozo (predvsem glukokortikoidi).

Kako se kaže osteoporoza?

Osteoporozni zlom (slika) se pogosto pojavi v predelu vretenc prsno-ledvene hrbtenice, v kolku ali v zapestju. Najpogostejši so zlomi vretenc, ki se pojavljajo že ob delovanju majhne sile, kot je padec s stojne višine ali dvig težjega bremena.



Slika: Osteoporozni zlom (vir: <https://gerobus.si/strokovne-vsebine/osteoporoza/>)

Potek bolezni

Osteoporozni zlom se lahko kaže kot stalna in nepojasnjena bolečina v hrbtenici, znižanje telesne višine (slika) in deformacije hrbtenice, zato močno zmanjšuje kakovost življenja bolnika. Zlomi lahko vodijo do trajne

nepremičnosti ali celo smrti bolnika. Če bolezen prepoznamo pravočasno, še pred pojavom prvega zloma, lahko tveganje zelo zmanjšamo.



Slika: Osteoporoza – potek bolezni (vir: <https://gerobus.si/strokovne-vsebine/osteoporoza/>)

Potek zdravljenja

Bistvo zdravljenja je preprečevanje zlomov.

Zdrav življenjski slog: opustitev kajenja, vzdrževanje primerne telesne teže, omejitev pitja alkohola, ustrezna telesna dejavnost, uravnotežena prehrana z dovolj kalcija in vitamina D ter preprečevanje padcev.

Zelo koristna je vključitev bolnika v društvo bolnikov z osteoporozo.

Zdravljenje z zdravili

Osnovno zdravljenje v vseh primerih vključuje kalcij in vitamin D.

Povzročitelji/dejavniki tveganja za nastanek bolezni:

- spol: pri ženskah je možnost razvoja osteoporoze večja kot pri moških;
- starost: starejši kot ste, večje je tveganje za osteoporozo;
- telesna teža: če tehtate manj kot 60 kg in imate drobne kosti, je tveganje za razvoj osteoporoze večje;
- dedna zasnova: če je vaš bližnji sorodnik imel osteoporozo, je tveganje, da tudi vi zbolite za to boleznijo, bistveno večje;
- zgodnja menopavza pred 45. letom;
- prehrana: premajhen vnos kalcija in vitamina D s hrano je za kosti škodljiv;
- telesna vadba: če ste telesno nedejavni ali daljši čas vezani na posteljo, je tveganje za razvoj osteoporoze veliko;
- razvade: kajenje in pretirano uživanje alkoholnih pijač nažirata kosti.

Tudi zdravila so pogost, pomemben in včasih spregledan dejavnik tveganja pri razvoju osteoporoze.

Pogostost osteoporoze

Pogostost bolezni narašča s starostjo. Po podatkih za Slovenijo ima bolezen nad 50. letom 27,5 % žensk in moških, nad 60. letom 14,6 %, nad 65. letom pa 40,6 % žensk in 16,7 % moških. Skoraj vsaka druga ženska in vsak peti moški po 50. letu si bosta do konca življenja zlomila kost zaradi neprepoznane in nezdravljene osteoporoze.

PREPOZNAVANJE ZNAKOV IN ZDRAVLJENJE OSTEOPOROZE

Recognition of signs and treatment of osteoporosis

Antonija Šimić, dipl. m. s.

Povzetek

Izhodišča in namen: Pravočasno odkrivanje osteoporoze je pomembno za preprečevanje zlomov in s tem odpravljanje pomembnega vzroka za nastanek invalidnosti ali celo smrti. Namen prispevka je predstaviti znake, odkrivanje in zdravljenje osteoporoze. **Predstavitev vsebine:** Na razvoj osteoporoze vplivajo različni dejavniki. Na večino od njih nimamo vpliva, lahko pa poskrbimo za zdrav način življenja brez kajenja in uživanja alkohola, zdravo prehrano (dovolj vnosa kalcija in vitamina D), dovolj gibanja. Pri diagnostiki si pomagamo z različnimi metodami. Največkrat se poslužujemo Lestvice za oceno tveganja zloma (*Fracture risk assessment tool*), ki je dostopna na spletu in jo uporabljamo pri ženskah po menopavzi in pri moških po 50. letu. **Sklepne ugotovitve:** Za zdravljenje osteoporoze obstaja več

vrst zdravil, ki delujejo po različnih principih in za katera se zdravnik odloči na podlagi anamneze in diagnostike.

Ključne besede: osteoporoza, dejavniki tveganja, diagnostika, zdravljenje osteoporoze.

Abstract

Starting points and purpose: Timely detection of osteoporosis is important to prevent fractures and thus eliminate the important cause of disability or even death. The purpose of this paper is to present the signs, detection and treatment of osteoporosis.

Content presentation: The development of osteoporosis is affected by various factors. We have no influence on most of them, but we can take care of a healthy lifestyle without smoking and alcohol consumption, a healthy diet (enough calcium and vitamin D intake), enough exercise. We use various methods for the diagnosis. We most often use the Fracture risk assessment tool, which is available online, and is used by postmenopausal women and men after the age of fifty. **Conclusions:** For osteoporosis treatment there are several types of medications that work on different principles and which the doctor decides on the basis of history and diagnosis.

Key words: osteoporosis, risk factors, diagnostics, osteoporosis treatment

Uvod

Osteoporoza je ena izmed najpogostejših presnovnih bolezni pri starejši populaciji. Zaradi znižanja kostne mase se poveča tveganje za zlome. Ker se populacija stara, postaja osteoporoza vse večji svetovni in družbenoekonomski problem. Pogostost zloma se je v Sloveniji od leta 1998 do leta 2005 povečala kar za 40 %. Na račun povečanih zlomov se zmanjšuje tudi kakovost življenja starejših, zaradi zapletov pa se lahko konča tudi s smrtnim izidom (Ostanek in Marc, 2013).

Osteoporoza je presnovna bolezen kosti, za katero je značilna zmanjšanja mineralna gostota kosti (MKG). Spremenjena je tudi mikroarhitektura kosti, kar posledično pripelje do večjega tveganja za zlome. Osteoporozo diagnosticiramo z merjenjem kostne gostote s pomočjo dvojne rentgenske absorpcimetrije (DXA) (Elsayed - Fink, 2012).

Razdelitev osteoporoze

Ločimo primarno in sekundarno osteoporozo (Kocjan, 2019).

Primarna osteoporoza se pogosteje pojavlja pri starejših osebah v dveh oblikah: tip 1 ali postmenopavzalna osteoporoza (pojavi se pri ženskah po 50. letu starosti zaradi spremembe hormona estrogena, ki povzroči zmanjšano tvorbo kosti) in tip 2 ali senilna osteoporoza

(pojavi se po 70. letu starosti in prizadene tudi moške). Zelo redko se primarna osteoporoza pojavi pri otrocih, najstnikih in mladih odraslih. V nosečnosti se ta pojavi izredno redko (Manojlović, Damjanov in Seiwert, 2011).

Najpogostejše bolezni, ki povzročajo sekundarno osteoporozo, so različne endokrine bolezni, bolezni prebavil, hematološke in revmatološke bolezni ter bolezni vezivnega tkiva. Sekundarna osteoporoza se razvije tudi po dolgotrajni imobilizaciji, zaradi anoreksije nervose, hiperkalciurije, kronične obstruktivne pljučne bolezni, transplantacije, kroničnega alkoholizma ali virusa HIV. Tudi glukokortikoidi, ščitnični hormoni v previsokih odmerkih, zaviralci aromataze, analogi GnRH, antikonvulzivi, metotreksat, ciklosporin, heparin in antiretrovirusna zdravila pomembno škodijo kostem (Kocjan, 2019).

Dejavniki tveganja

Dejavnike tveganja za razvoj osteoporoze lahko razdelimo na genetske in negenetske. Negenetske dejavnike tveganja lahko delimo na tiste, na katere imamo vpliv, in na tiste, na katere nimamo vpliva (tabela 1) (Mencelj Bedrač idr., 2012).

Tabela 1: Dejavniki tveganja za nastanek osteoporoze (Mencelj Berdač idr., 2012)

Dejavniki, na katere nimamo vpliva	Dejavniki, na katere imamo vpliv
Ženski spol	Nizek indeks telesne mase
Starost	Kajenje
Zgodnja menopavza	Prekomerno uživanje alkohola
Bela rasa	Fizična neaktivnost
Družinska anamneza osteoporoze	Nezadosten vnos kalcija in vitamina D

»Trdnost kosti določata mineralna kostna gostota (MKG) in kakovost kosti. Kar 95 % največje kostne mase dosežemo do 20. leta starosti, preostali delež med 20. in 26. letom. Največja kostna masa je pri posamezniku v 60 – 80 % odvisna od dednih dejavnikov in se po 40. letu zmanjšuje pri obeh spolih za 0,5 do 1 % na leto. Zelo intenzivno je zmanjševanje kostne mase pri ženskah neposredno po menopavzi, ko se lahko v prvih petih do sedmih letih zmanjša tudi za 3 do 5 % letno. Poleg dednosti imajo pomembno vlogo pri nastanku osteoporoze dejavniki tveganja, na katere lahko vpliva vsak posameznik. Ti dejavniki tveganja so: nezdrava prehrana s premalo kalcija in vitamina D, premalo izpostavljanja soncu, kajenje, tvegano uživanje alkoholnih pijač in telesna nedejavnost. Če so ti dejavniki tveganja izraženi že v mladosti, bo mladostnik dosegel nižjo

maksimalno kostno maso, kot genetsko določeno in bo imel večjo možnost za nastanek osteoporoze v odraslem obdobju.« (Kocjan in Govc Eržen, 2016a, str. 2)

Diagnostika

Za preprečevanje osteoporotičnih zlomov je najpomembnejše diagnosticiranje osteoporoze. Ker osteoporoza nima simptomov in znakov (do pojava zloma), je priporočljivo iskanje rizičnih oseb za razvoj osteoporoze (Kocjan idr., 2013).

Slikovne metode v diagnostiki

MKG, ki jo lahko izmerimo z metodo dvoenergijske rentgenske absorpciometrije (angl. dual-energy x-ray absorptiometry – DXA), je zelo povezana z lomljivostjo kosti. Predstavlja najpomembnejši posamični dejavnik tveganja za zlom pred prvim zlomom in začetkom zdravljenja. Nižji ko je MKG, večja je možnost za nastanek zloma. Na podlagi teh podatkov je Svetovna zdravstvena organizacija zaključila, da je mogoče postaviti diagnozo in začeti z zdravljenjem osteoporoze že pred prvim zlomom le na osnovi znižane MKG. Z merjenjem MKG z DXA torej lahko postavimo diagnozo osteoporoze že pred prvim zlomom (Mencel Bedrač idr., 2012).

Biokemijski kazalci v krvi

Uporabno orodje za študijo kostne premene so biokemični kazalci. Uporabljajo se za ugotavljanje in učinkovito nadzorovanje osteoporoze (Bresler, 2013). Biokemična ocena se ne priporoča pri posameznikih brez zlomov, ki nimajo klinične anamneze sekundarne osteoporoze (Tarantino idr., 2017). Serumski biokemijski kazalci v krvi se pri uspešni terapiji spremenijo že v 3–6 mesecih po uvedbi zdravljenja (Mencel Bedrač idr., 2012).

Strokovni združenji International Osteoporosis Foundation in International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine sta leta 2010 izdali priporočilo, da se kot referenčni označevalec za gradnjo oziroma razgradnjo kosti v krvi določata N-terminalni propeptid prokolagena tipa I (PINP) oziroma C-terminalni telopeptid kolagena tipa I (CTX). Uspešno zdravljenje z antiresorptivom naj bi znižalo vrednost CTX za vsaj 25 %, teriparatid pa naj bi zvišal PINP za vsaj 25 % glede na začetno meritev (Mencelj Bedrač idr., 2012).

Izračun tveganja za nastanek osteoporoze

Tveganje za zlom izračunamo s pomočjo računalniškega modela »Lestvice za oceno tveganja zloma« (angl. Fracture risk assessment tool – FRAX), ki je prosto dostopen na naslednji spletni strani:

<https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx>.

Uporabimo ga lahko za ženske po menopavzi in za moške nad 50 let (Kocjan, 2019).

Pri izračunu s pomočjo testa FRAX upoštevamo neodvisne dejavnike tveganja za zlom, kot so starost, spol, telesna masa in telesna višina, predhodni zlomi pri preiskovancu, zlom kolka pri starših, kajenje in pretirano uživanje alkohola, kronično zdravljenje z glukokortikoidi, prisotnost revmatoidnega artritisa in drugih vzrokov za sekundarno osteoporozo (Mencelj Bedrač idr., 2012). Izračunamo, kolikšna je verjetnost, da bodo v naslednjih 10 letih utrpeli enega od štirih najpogostejših osteoporoznih zlomov (vretence, kolk, zapestje, nadlahtnica). Ker test FRAX posebej za Slovenijo ne obstaja, se poslužujemo različice druge države, ki ima podobno epidemiologijo zlomov. V našem primeru je to Velika Britanija (Kocjan in Govc Eržen, 2016a). Če je izračun testa FRAX pod 10 %, je tveganje za glavne zlome nizko, če je 10–20 % je tveganje zmerno, če je nad 20 %, pa je tveganje visoko (Govc Eržen, 2017).

Zdravljenje

Cilj zdravljenja je preprečitev zloma pri osebah, ki ga še niso imeli, oziroma dodatnih zlomov pri tistih, ki so že doživeli osteoporotični zlom kosti (Elsayed - Fink, 2012).

Največ naredimo, če spremenimo življenjski slog. Priporočeni so uživanje prehrane z visoko vsebnostjo kalcija, zadosten vnos beljakovin, redna telesna dejavnost

(najbolje na prostem) in dovoljšna izpostavljenost soncu. Telesna dejavnost naj bo aerobna, treba pa je delati tudi vaje za krepitev mišične moči in vaje za krepitev ravnotežja. Svetuje se tudi opustitev razvad, kot sta kajenje in uživanje alkohola. Prav tako se svetuje ureditev domačega okolja tako, da bo varno (odstranitev preprog, nedrseča tla, primerna osvetlitev itn.) (Kocjan in Govc Eržen, 2016b).

V Sloveniji obstajajo določeni kriteriji za uvedbo zdravil. To so osteoporozni zlom vretenca ali kolka, visoko tveganje za zlom glede na test FRAX (če je izračunano tveganje za glavne osteoporozne zlome, kot so kolka, vretenca, nadlahtnica, zapestje v naslednjih 10 letih > 20 % in/ali če je tveganje za zlom kolka > 5 %) in znižana MKG, izmerjena z DXA, pri čemer moramo upoštevati tudi starost in spol preiskovanca (Kocjan idr., 2013).

Pri zdravljenju osteoporoze je nepogrešljiv dodatek vitamina D. Velikokrat ga priporočajo tudi kot preventivo. Na začetku zdravljenja so odmerki vitamina D večji, kasneje se vzdrževalni odmerki zmanjša na 5 kapljic dnevno ali 35 kapljic tedensko. Če oseba z osteoporozo pridobi premalo kalcija s hrano, se tudi tega nadomešča v obliki tablet (Kocjan in Govc Eržen, 2016b).

Osteoporozo zdravimo tudi z drugimi farmakološkimi zdravili, ki učinkujejo na različne načine in imajo antiresorptivni, anabolni in kombinirani učinek. To so biofosfati (so zdravila prve izbire za zdravljenje

osteoporoze in so učinkoviti zaviralci kostne resorpcije), raloksifen (na kost učinkuje podobno kot estrogen in preprečuje izgubo kostne mase), denosumab (je humano monoklonsko protitelo, ki zavira receptorski aktivator RANKL in na ta način deluje kot najmočnejši znani zaviralec kostne resorpcije), teriparatid (vpliva na povečanje števila in aktivnost osteoblastov ter posledično na povečanje kostne mase), stroncijev ranelat (stimulira tvorbo in zavira resorpcijo kosti) (Kocjan in Govc Eržen, 2016b).

Osebe, ki se zdravijo za osteoporozo, najpogosteje kontroliramo na 1–2 leti. Povprašamo jih o morebitnih zlomih in padcih, pa tudi o prenašanju zdravil. Pregledamo in izmerimo jim telesno višino. Če se je telesna višina zmanjšala za več kot 4 cm od mladosti ali več kot 2 cm od vrednosti pred letom dni, je to lahko posledica osteoporoznih zlomov vretenc. Zdravljenje osteoporoze spremljamo z DXA in merimo MKG (spremljamo razlike od izhodiščne vrednosti). Ali zdravilo deluje in kakšno je sodelovanje bolnika, lahko ocenimo tudi z določitvijo označevalcev kostne prenove že po 3–6 mesecih zdravljenja (Kocjan, 2019).

Zaključek

Ključna problema pri osteoporozi sta njena razširjenost in pozna diagnostika. Bolezen prizadene številne ženske v pomenopavzalnem obdobju in tudi starejši moški niso

izvzeti. Ker se populacija stara, postaja osteoporoza vse večji problem v svetu. Z ustrezno preventivo, zgodnjim odkrivanjem in zdravljenjem osteoporoze lahko znatno izboljšamo življenje starejših.

Literatura

Bresler, P. (2013). Osteoporosis. *Primary Care Reports*, 19(4), 45–59.

Elsayed - Fink, Š. (2012). Osteoporoza: vodenje v ambulantni družinske medicine. V Z. Klemenc - Ketiš in M. Drešček (ur.), *XII. Kokaljevi dnevi Huda osteoporoza, funkcionalna dispepsija – nov pristop s fitoterapijo, ali je zdravljenje bolečine res tako enostavno, angina pectoris: nova možnost v zdravljenju starega problema, artroze, KOPB, pristop k zdravljenju kronične bolečine pri starejših, ogroženih bolnikih, demenca, praktične veščine* (str. 17–23). Laško: Zavod za razvoj družinske medicine.

Govc Eržen, J. (2017). Preventivni pregled na področju osteoporoze. V J. Govc Eržen in M. Petek Šter (ur.), *Priročnik za zdravnike družinske medicine* (str. 74–79). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Kocjan, T. (2019). Epidemiologija in diagnostika osteoporoze. *Farmacevtski vestnik*, 70(2), 99–104.

Kocjan, T. in Govc Eržen, J. (2016a). Definicija, epidemiologija in etiopatogeneza osteoporoze. V T. Kocjan in J. Govc

- Eržen (ur.), *Protokol vodenja bolnikov z osteoporozo* 1. izdaja (str. 1–5). Ljubljana: Slovensko osteološko društvo.
- Kocjan, T. in Govc Eržen, J. (2016b). Edukacija (DMS) in zdravljenje osteoporoze (ZDM). V T. Kocjan, J. in Govc Eržen (ur.), *Protokol vodenja bolnikov z osteoporozo* 1. izdaja (str. 19–23). Ljubljana: Slovensko osteološko društvo.
- Kocjan, T., Preželj, J., Pfeifer, M., Jensterle Sever, M., Čoklič, M. in Zavrtnik, A. (2013). Smernice za odkrivanje in zdravljenje osteoporoze. *Zdravstveni vestnik*, 82(4), 207–217.
- Manojlović, S., Damjanov, I. in Seiwert, S. (2011). Bolesti kostiju, zglobova i mekih tkiva. V I. Damjanov, S. Jukić, M. Nola (ur.), *Patologija* 3. izd. (str. 875–914). Zagreb: Naklada Ljevak.
- Mencelj Bedrač, S., Ostanek, B., Mlakar, V., Zupan, J., Kocjan, T., Preželj, J. in Marc, J. (2012). Sodobni pogled na nastanek osteoporoze. *Farmacevtski vestnik*, 63(5-6), 269–278.
- Ostanek, B. in Marc, J. (2013). Vloga farmakogenomike v posamezniku prilagojenem zdravljenju osteoporoze. V *Monografija IV. osteoloških dnevnih z mednarodno udeležbo / IV. Osteološki dnevi, 25. in 26. oktober 2013, Maribor* (str. 263–271). Maribor: Univerzitetni klinični center.

Tarantino, U., Iolascon, G., Cianferotti, L., Masi, L., Marcucci, G., Giusti, F. ... Bramdi, M. L. (2017). Clinical guidelines for the prevention and treatment of osteoporosis: summary and recommendations from the Italian society for orthopaedics and traumatology. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*, 18(1), 3–36.

INKONTINENCA

Kaj je urinska inkontinenca?

Urinska inkontinenca je navajanje kakršnegakoli nehotenega uhajanja seča. Je dvakrat pogostejše pri ženskah kot pri moških. Prevalenca: 20–30 % pri mlajših odraslih ženskah, 30–40 % v srednjih letih in 30–50 % pri starostnicah.

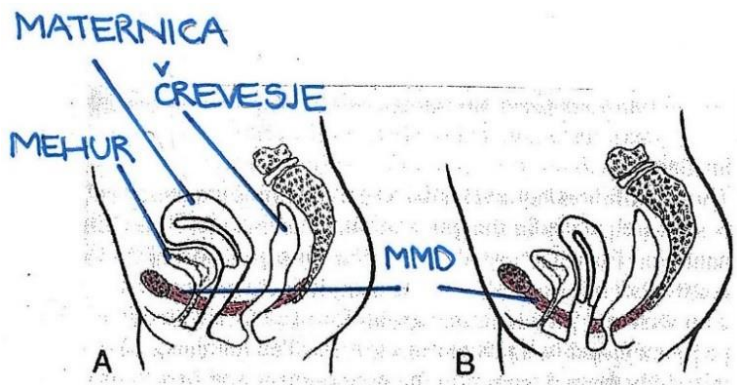
Vrste inkontinence:

- stresna urinska inkontinenca: nehoteno uhajanje urina, kadar urin uhaja med kašljanjem, kihanjem, smejanjem, ob naporu itd. Vzrok je šibkost mišic medeničnega dna (MMD);
- urgentna urinska inkontinenca: nehoteno uhajanje urina, kadar uhaja urin na poti do stranišča, ob poslušanju iztekajoče vode, ob delu z mrzlo vodo itd. Vzrok je prekomerno krčenje mehurja;
- mešana urinska inkontinenca.

Mišice medeničnega dna

Medenice je sestavljena iz sklepov, ki jo obdajajo spredaj, zadaj in ob straneh, ter iz številnih mišic in vezi, ki zagotavljajo stabilnost medenice in držijo njene organe v pravilnem položaju. Na dnu trebušno-medenične votline

ležijo MMD, ki podpirajo organe in omogočajo odpiranje/zapiranje sečnice, nožnice in analne odprtine (zadržujejo urin in blato). Če so te mišice oslabiljene in ne nudijo zadostne podpore, lahko nastopijo težave (spremenjen položaj organov ali zdrs le-teh, urinska inkontinenca). Da bi to pravočasno preprečili, je pomembno krepiti MMD in globoko trebušno mišico.



Slika: Mišice medeničnega dna (vir: <https://gerobus.si/strokovne-vsebine/inkontinenca/>)

A

Čvrste MMD, organi so v normalnem položaju.

B

Šibke (oslabiljene) MMD, zdrs organov nižje od normale.

Globoka trebušna mišica (*m. transversus abd.*) je najgloblja mišica trebušnega predela, deluje kot »steznik« in ščiti hrbtenico, njena krepitev skupaj z MMD pa pripelje do boljše stabilizacije medenice.

Inkontinenčni pripomočki

Zavarovana oseba, ki je pri zdravljenju bolezenske inkontinence upravičena do predlog, hlačnih predlog (plenic) in podlog za enkratno uporabo, ima pravico do skupaj največ 90 kosov na mesec glede na kriterije predpisovanja medicinskih pripomočkov za srednjo, težko in zelo težko inkontinenco. V primeru uporabe vpojnih in nepropustnih hlačk za lahko inkontinenco po kriterijih za predpisovanje medicinskih pripomočkov ima zavarovana oseba pravico do največ 7 kosov za 6 mesecev. Naročilnico izda osebni zdravnik.

Vaje za krepitev medeničnega dna

Vaje za krepitev MMD (poznane kot Keglove vaje): namestite se v udoben položaj. Predstavljajte si, da istočasno želite preprečiti uhajanje vetrov, urina. Občutek je, kot bi hoteli »stisniti in dvigniti«, zapreti in potegniti navzgor območje okoli zadnjika, nožnice (pri ženskah, prostate pri moških) in sečnice. To je stisk MMD. Stisk zadržimo, kolikor močno lahko, do 10 sekund, sprostimo in počivamo. Ponovimo 10-krat zaporedoma, na koncu vsakega maksimalnega stiska naredimo še hitre

zaporedne stiske na samem vrhu moči MMD (do 10-krat). Na ta način učimo mišice hitrega vklapljanja, ko to potrebujemo (kašelj, kihanje, smeh, telovadba itd.). Izvajamo 4–6-krat/dan, 3–4-krat/teden, vsaj 5 mesecev.

Vaje za krepitev globoke trebušne mišice

Vaje za krepitev globoke trebušne mišice: Namestite se v udoben položaj, leže na hrbtu s pokrčenimi nogami, pri čemer je ledvena krivina v nevtralnem položaju. Vdihnemo in z rahlim izdihom povlečemo popek nežno in počasi proti hrbtenici. Zadržimo 10 sekund, poskusimo normalno dihati.

Trening sečnega mehurja

S treningom sečnega mehurja lahko bistveno zmanjšate občutek tiščanja na vodo. Pogosto se zgodi, da zaradi strahu, da pri polnem mehurju ne boste mogli zadržati uhajanja urina, greste »za vsak slučaj« na stranišče prej in bolj pogosto. Posledično se mehur razvadi in sčasoma imate občutek, da vas na vodo tišči ves čas. Pomembno je, da se tega odvadite.

Za prevzgojo sečnega mehurja si naredite urnik obiskov stranišča. Tako možgani dobijo nadzor nad praznjenjem sečnega mehurja. Postopoma podaljšujte čas med enim in drugim uriniranjem. Če ste morali prej na stranišče vsako uro, poskusite podaljšati ta čas na uro in 15 minut.

Kolikor je mogoče, se držite urnika uriniranja, ki ste si ga zastavili. Ko vam zadrževanje urina za dodatnih 15 minut ne bo več povzročalo težav, podaljšajte čas še za dodatnih 15 minut. Poskušajte doseči razmik treh ur med posameznimi uriniranjmi. S tem trenirate vaš mehur, da bo sposoben zadržati večjo količino urina.

Če med intervali začutite nenadno hudo potrebo po uriniranju, ga poskušajte odložiti z naslednjimi ukrepi:

- prekinite z delom, ki ga trenutno opravljate. Sedite ali stojte na mestu. Če se ne premikate, boste urin lažje zadržali. Lahko stopite na prste ali se usedete na stol tako, da so stegna v celoti na stolu;
- večkrat hitro in močno stisnite medenične mišice, ne da bi jih vmes popolnoma sprostili;
- z roko pritiskajte na presredek ali se usedite prek v svitek zvite brisače;
- večkrat globoko vdihnite in sprostite telo;
- počakajte, dokler huda potreba po praznjenju mehurja ne mine (10–20 sekund);
- pojdite do stranišča, ne da bi pri tem preveč hiteli. Medtem ko hodite, še vedno stiskajte MMD in naj vas pri tem ne grabi panika.

URINSKA INKONTINENCA IN VAJE ZA KREPITEV MIŠIC MEDENIČNEGA DNA

Urinary incontinence and exercises to strengthen the pelvic floor muscles

Pred. Bojana Hočevár Posavec, mag. vzg. in menedž. v zdr.

Povzetek

Izhodišča in namen: Urinska inkontinenca prizadene vse več ljudi in bistveno vpliva na kakovost življenja posameznika. Namen prispevka je predstaviti vrste urinskih inkontinenc in konservativne oblike zdravljenja s pomočjo vadbe mišic medeničnega dna in vadbe – treninga sečnega mehurja. **Predstavitev vsebine:** Za ugotavljanje urinske inkontinence se uporabljajo običajne in invazivnejše diagnostične metode, kot so uretrocistoskopija in urodinamske meritve. Poudarek pri zdravljenju je na konservativnih metodah in vajah za krepitev mišic medeničnega dna kot metodah prvega izbora za zdravljenje stresne, urgentne in mešane urinske inkontinence. Vadba sečnega mehurja se priporoča kot metoda prvega izbora za zdravljenje urgentne in mešane urinske

inkontinence. **Sklepne ugotovitve:** Priporočila, ki so nastala na osnovi sistematičnih pregledov, navajajo, da morata biti vadba mišic medeničnega dna in vadba sečnega mehurja metodi prvega izbora za zdravljenje. Sama vadba mora trajati vsaj 20 tednov, da so rezultati vidni. Vaje za krepitev mišic medeničnega dna bi morali učiti že otroke v osnovni šoli in s tem delovati preventivno, tako pri fantih kot pri dekletih.

Ključne besede: *uhajanje urina, preprečevanje, zdravljenje.*

Abstract

Starting points and purpose: Urinary incontinence affects more and more people and has a significant impact on an individual's quality of life. The purpose of this paper is to present the types of urinary incontinence and conservative forms of treatment with the help of pelvic floor muscle training and exercise - bladder training. **Content presentation:** Common and more invasive diagnostic methods such as urethrocystoscopy and urodynamic measurements are used to diagnose urinary incontinence. The focus in treatment is on conservative methods and exercises to strengthen the pelvic floor muscles as the first choice method for the treatment of stress, urgency and mixed urinary incontinence. Bladder exercise is recommended as the first choice method for the treatment of urgency and mixed urinary incontinence. **Conclusions:** Recommendations based on systematic

examinations state that pelvic floor muscle training and bladder training should be the first choice methods for treatment. However, the exercise itself must last at least 20 weeks for the results to be visible. Exercises to strengthen the pelvic floor muscles should be taught to children in primary school and thus act preventively, both for boys and girls.

Key words: *leaky bladder, prevention, treatment*

Uvod

Sečila sestavljata dve medsebojno odvisni komponenti: zgornja (ledvice, sečevoda) in spodnja sečila (mehur, sečnica) (Moharić, 2018). Sistem deluje zelo dovršeno, saj omogoča, da se seč, ki nehoteno, neprestano nastaja v ledvicah, izloča občasno, hoteno nadzorovano v primernih okoliščinah. Seč, ki nastaja v ledvičnih celicah (nefronih), se s peristaltičnimi gibi sečevodov prenese do mehurja, kjer se skladišči. Kakršnakoli okvara teh osnovnih nalog spodnjih sečil lahko povzroči moteno funkcijo in simptome, ki jih delimo na simptome skladiščenja (frekvenca, urgenca), uhajanje seča (inkontinenca), simptome mokrenja (npr. slab curek) in zastajanje seča (retenca) (Moharić, 2013a).

Urinska inkontinenca

Urinska inkontinenca pomeni nehoteno uhajanje seča do take mere, da predstavlja higienski, socialni in/ali finančni problem. Samo uhajanje seča v večini premerov neposredno ne ogroža bolnikovega zdravja, vendar pa bistveno poslabša kakovost njegovega življenja (Hlebš, 2008; Jeglič, 2011).

Vzrokov za nastanek urinske inkontinence je več. S staranjem mehur izgublja svojo elastičnost in moč krčenja, prav tako izgubljajo moč podporne mišice – mišice medeničnega dna (MMD). Tudi postmenopavzalne hormonske spremembe (pri ženskah) pospešijo nastanek inkontinence. Dejavniki tveganja so poleg starosti in spola še število in vrsta porodov, prekomerna telesna teža, kronični kašelj (kajenje), stalni težji fizični napor, nekatera mišična obolenja, bolezni živčnega sistema (multipla skleroza, možganska kap, poškodbe hrbtenjače, demenca), nekateri operativni posegi (radikalna prostatektomija, transuretralna resekcija prostate, histerektomija) in zdravila, ki motijo normalno delovanje mehurja (antipsihotiki, nevroleptiki, diuretiki, pomirjevala), alkohol, kofein ali teini. V osnovi ločimo tri tipe urinske inkontinence (Abrams, Wein in Schussler, 2010; Borko, Gorišek, Kralj in Takač, 1998; Lukanovič, 2005):

- stresna urinska inkontinenca pomeni nehoteno uhajanje urina med aktivnostjo, na primer pri kašljanju, kihanju, dvigovanju bremen, poskokih itd.;
- urgentna urinska inkontinenca pomeni nekontrolirano uhajanje urina ob nenadnih močnih pozivih, ki jih ni mogoče zadržati;
- tretji tip je mešana inkontinenca, ki pomeni kombinacijo prvih dveh.

Pri moških opisujemo posebej še pretočno (»overflow«) inkontinenco, ki je redkejša in pomeni konstantno uhajanje manjših količin urina, običajno v povezavi z oviro odtoka urina iz mehurja (najpogosteje zaradi prostate) in/ali oslabelosti mišic mehurja. Druga oblika pa je še kapljanje urina po koncu mikcije, ki ga sicer težko zdravimo (Smrkolj, 2018).

Podatki raziskave treh domov za starejše, v Kopru, Izoli in Novi Gorici, kažejo, da ima težave z urinsko inkontinenco kar 45,4 % anketirancev (Trobec, Ličen in Žvanut, 2010). Statistični podatki kažejo, da je v Sloveniji v domovih za starejše inkontinentnih kar 57 % žensk (Lukanovič, 2018; Trobec, Ličen in Žvanut, 2010).

Diagnostična obravnava

Osnovo in začetek klinične obravnave predstavlja natančna anamneza. Na osnovi anamneze bi lahko klasificirali urinsko inkontinenco v eno izmed osnovnih oblik. Pri ženskah sta vključeni tudi ginekološka in porodniška anamneza, pri vseh pa še splošno zdravstveno stanje, prisotnost morebitnih kroničnih bolezni in jemanje zdravil (Barbič, 2011; Lukanovič, 2018).

Osnovni del predstavlja fizikalni pregled, kjer se nameni pozornost statusu trebuha ob možnosti polnega mehurja, abdominalnih rezistenc. Potrebna sta pregled perineja in digitalni pregled prostate in/ali vagine.

Sestavni del obravnave je dnevnik uriniranja, s katerim opredelimo pogostnost in stopnjo inkontinenčnih epizod, pa tudi simptomov spodnjih sečil, dnevni in nočni volumen izločenega urina ter porabo predlog. Priporočljivo je vodenje dnevnika vsaj 3 dni. Poleg diagnostike je uporaben tudi v spremljanju učinkov in izhoda zdravljenja (Smrkolj, 2018).

Pri vseh bolnikih je treba opraviti analizo urina.

Postmikcijski zaostanek urina je količina urina, ki ostane v mehurju po uriniranju. Meri se lahko s katetrizacijo ali ultrazvokom, ki je tudi bolj priporočljiv.

Stopnjo urinske inkontinence in učinek zdravljenja opredelimo tudi s pomočjo števila dnevno porabljenih

vložkov in tehtanjem količine izgubljenega urina v vložku (angl. pad test) v želeni enoti časa, običajno 24 ur.

Med slikovnimi metodami pride v poštev ultrazvočna preiskava sečil, ki je neinvazivna, vendar ne spada v rutinsko obravnavo. V zahtevnejših kliničnih situacijah pride v poštev magnetna resonanca.

Invazivnejše preiskave se opravijo v primeru potrebe po specializirani obravnavi, pred in za odločitvijo o operativni terapiji ali v primeru neuspešnosti primarnega zdravljenja. Uretrocistoskopija pomeni pregled mehurja in sečnice, ki je pri moških daljša in poteka skozi prostato.

Za ugotovitev funkcionalnih mehanizmov simptomov se opravijo urodinamske meritve. Z njimi merimo aktivnost detruzorja in komplianco mehurja, določamo pritiske v mehurju med polnjenjem, praznjenjem mehurja ali inkontinenčno epizodo, določamo pa tudi pretok urina ali pritiske v sečnici (Moharić, 2013b, 2018; Smrkolj, 2018).

Zdravljenje urinske inkontinence

Zdravljenje urinske inkontinence delimo na vedenjsko (konservativno) terapijo, terapijo z zdravili in operativno terapijo. Bolnikom, kjer zdravljenje ni uspešno, predpišemo inkontinenčne pripomočke – predloge. Zlasti pri starejših, slabše pokretnih in bolj prizadetih bolnikih je možna tudi vstavitev trajnega urinskega katetra. Nasploh

je pri starejših pogosto treba prilagoditi ukrepanje glede na številne in različne dejavnike (Kramer, 2018).

Konservativno zdravljenje

Začetek ali osnova vsakega zdravljenja je konservativni način, ki ne vključuje zdravil ali posegov in je načeloma enostaven in tudi poceni (Kramer, 2018). Sem spadajo sprememba načina, stila življenja, izogibanje uživanja določenih vrst in količine tekočin ter hrane, prenehanje kajenja, zmanjšanje prekomerne telesne teže (Žagar in Ščepanović, 2011).

Konservativno zdravljenje vključuje tudi postopke fizioterapije (manualna terapija in vadba MMD z ali brez dodatnih metod, kot so biološka povratna zveza, električna stimulacija ali medenične uteži, magnetna stimulacija), vadbo sečnega mehurja, komplementarno terapijo (ki sicer ni del tradicionalnega biomedicinskega modela), pesarje (pri prolapsu medeničnih organov), pripomočke za nego kože, pripomočke za zbiranje in prestrezanje urina ter ureditev življenjskega okolja (Moore idr., 2013; Wilson idr., 2005). Kombinacijo prvih treh metod (postopki za spodbujanje zdravega življenjskega sloga, fizioterapija, vadba sečnega mehurja) ponekod označujejo z izrazom vedenjska terapija (Ščepanović, 2011). V primeru neuspešnega izida konservativnega zdravljenja je indicirana specializirana

obravnavo (Abrams, Ein in Schussler, 1999). Strokovnjaki, ki so vključeni v konservativno obravnavo, so največkrat fizioterapevti, medicinske sestre, babice in delovni terapevti (Ščepanović, 2018).

Cilj vedenjske terapije je krepitev MMD in večanje kapacitete mehurja. Bistveni za uspešno izvajanje vaj so ugotovitev pravih mišičnih skupin za trening (identifikacija mišice zapiralke) ter pravilno in redno izvajanje vaj. Krčenje MMD lahko dosežemo tudi z elektrostimulacijo, k izboljšanju stanja pa lahko pripomore tudi magnetna stimulacija. Posebna oblika elektrostimulacij je perkutana elektrostimulacija posteriornega tibialnega živca (Kramer, 2018).

Vadba mišic medeničnega dna

Kot začetnika vadbe MMD se pogosto napačno omenja ameriškega ginekologa Arnolda Kegla, ki je v poznih štiridesetih letih prejšnjega stoletja objavil prve članke o pomembnosti izvajanja vaj za MMD. Vendar je iz zgodovinske literature razvidno, da so bili že mnogi nekaj desetletij pred njim, ki so izpostavljali pomembnost in moč vadbe MMD. To so bile predvsem fizioterapevtka Minnie Randell (bila je tudi medicinska sestra) ter fizioterapevtki Margaret Morris in Helen Heardman (Morris, 1936, v Ščepanović, 2011; Randall, 1948, v Ščepanović, 2011).

Priporočila, ki so nastala na osnovi sistematičnih pregledov, navajajo, da mora biti vadba MMD metoda prvega izbora za zdravljenje stresne, urgentne in mešane urinske inkontinence (Moore idr., 2013).

Pri kontinentni osebi je krčenje MMD tik pred ali med pojavom povečanega pritiska v trebušni votlini avtomatični odgovor, brez zavestnega hotenega krčenja. Hotena kontrakcija pa je skupna kontrakcija treh mišičnih plasti medeničnega dna in ima dve komponenti: stisk okoli medeničnih odprtin in dvig navznoter, v kranialni smeri (Kegel, 1948). Pri pravilni kontrakciji ni vidnega gibanja medeničnega obroča ali ostalih delov telesa (Ščepanović, 2018). Raziskave so pokazale, da 30 % žensk ob prvem obisku fizioterapevta MMD ne krči pravilno, kljub natančnim in izčrpnim individualnim navodilom (Benvenuti idr., 1987, v Ščepanović, 2011; Bø idr., 1988, v Ščepanović, 2011; Bump, 1991, v Ščepanović, 2018).

Namen vadbe MMD pri stresni urinski inkontinenci je trojen. Prvič, hotena, učinkovita kontrakcija MMD (dvig MMD v smeri kranialno in naprej) pred in med naporom »stisne« uretro, poveča uretralni pritisk in prepreči uhajanje urina. To zavestno kontrakcijo MMD tik pred ali med aktivnostjo, ki zahteva napor, na primer kašelj, kihanje in dvigovanje bremen, so poimenovali »The Knack« (Miller, Ashton-Miller in DeLancey, 1998). Drugič, če je vrat sečnega mehurja dobro podprt z močnimi

MMD, bo to preprečilo gibanje navzdol med naporom, kar bo preprečilo uhajanje urina. Strokovnjaki razlagajo, da intenzivna vadba MMD lahko zgradi strukturno podporo medenice (Bø, 2004). To želimo doseči prek dviga plošče levatorja na trajno višjo lokacijo znotraj medenice in povečanja hipertrofije ter čvrstosti MMD in vezivnega tkiva (Bø in Aschehoug 2007). To bo facilitiralo učinkovitejšo kokontrakcijo MMD in preprečilo spust med povečanjem pritiska v trebušni votlini. Najnovejši rezultati randomizirane kontrolirane raziskave (Braekken, Majida, Engh in Bø, 2010) so pokazali, da intenzivna vadba MMD dejansko poveča mišični volumen, zapre levatorni hiatus, skrajša dolžino mišice in dvigne položaj mehurja in rektuma v mirovanju. In tretjič, MMD se aktivirajo skupaj s kontrakcijo m. transversus abdominis, kar nakazuje pomembnost koordinacije mišične aktivnosti v in okrog medeničnega obroča med vsakodnevnimi aktivnostmi. Namen vadbe MMD pri stresni urinski inkontinenci je torej izboljšati časovno usklajenost kontrakcije, jakost in mišično togost (Moore idr., 2013; Šćepanović, 2018).

Načela, na katerih sloni uporaba vadbe MMD pri obravnavi urgentne urinske inkontinence, so manj jasna. Predpostavlja se, da ponavljajoče se hotene kontrakcije ali maksimalne kontrakcije MMD lahko refleksno zavrejo nehotene kontrakcije detruzorja sečnega mehurja (Moore idr., 2013). S tem ko je oseba inhibirala nujno po mokrenju in kontrakcije detruzorja, se nauči priti do stranišča pravočasno in preprečiti uhajanje urina.

Trenutno niso znani dolžina kontrakcije, intenzivnost, število in časovna usklajenost kontrakcije, ki je potrebna za inhibicijo kontrakcij detruzorja (Ščepanović, 2018).

Glede na trenutna priporočila strokovnjakov mora vadba MMD vključevati tri nize 8–12 počasnih, kar se da maksimalnih kontrakcij MMD, s trajanjem 6–8 sekund, 3–4-krat na teden (ACSM 1998). Kot stopnjevanje se priporoča, da se med zadrževanjem kontrakcije dodajo še 3–4 kontrakcije z višjo hitrostjo. Za doseg maksimalnih učinkov vadbe je treba upoštevati in v vadbo vključiti štiri glavne principe, ki veljajo za trening mišične jakosti, in sicer: specifičnost vadbe, nadobremenitev, postopna progresivnost zahtevnosti vadbe in ohranjanje učinkov vadbe. Poleg tega mora vadba MMD trajati vsaj 20 tednov (DiNubile, 1991, v Ščepanović, 2018).

Vadba MMD mora potekati v različnih položajih (leže, na boku, na vseh štirih, sede, stoje). S spreminjanjem položajev in prehajanjem iz horizontalnih v bolj pokončne položaje tako povečujemo samo intenzivnost vadbe (Ščepanović, 2018).

Oseba lahko izvaja samostojno vadbo MMD, lahko pa izvaja vadbo MMD v kombinaciji z drugimi metodami in tehnikami, kot so biološka povratna zveza (vaginalne ali analne sonde z EMG (elektromiografija) ali tlakovnimi senzorji), medenične uteži, pripomočka Periform™ in Educator™), električna stimulacija in magnetna stimulacija (Ščepanović, 2018).

Sistematični pregled literature (Moore idr., 2013) je pokazal, da vadba MMD v kombinaciji z biološko povratno zvezo ni bolj učinkovita kot samostojna vadba MMD, je pa uporabna predvsem za učenje pravilnega krčenja MMD in motivacijo.

Vadba sečnega mehurja

Vadba sečnega mehurja se priporoča kot metoda prvega izbora za zdravljenje urgentne in mešane urinske inkontinence (Moore idr., 2013). Ločimo več vrst vadbe sečnega mehurja: predpisan urnik mikcije (angl. mandatory scheduled voiding), samooblikovanje urnika mikcije (angl. self-scheduled voiding), ponovna vadba navad (angl. habit retraining), mikcija v rednih časovnih presledkih (angl. regular timed voiding) in takojšna mikcija (angl. prompted voiding). Nekateri vadbe sečnega mehurja so primernejše za hospitalizirane bolnike, druge za tiste osebe, ki jim delovne obveznosti diktirajo, kdaj lahko uporabijo stranišče (npr. učiteljice). Posamezne vadbe se lahko uporabijo le pri osebah z nevrogenim sečnim mehurjem, povezanim z okvaro hrbtenjače (ki potrebujejo intermitentno čisto samokatetrizacijo) oziroma pri osebah s kognitivno prizadetostjo in težavami z mobilnostjo. Trenutno ni dokazov, da vadba sečnega mehurja v kombinaciji z drugimi fizioterapevtskimi postopki (npr. biološka povratna zveza, električna

stimulacija) da značilno boljše rezultate zdravljenja urinske inkontinence (Moore idr., 2013).

Protokol vadbe sečnega mehurja v ambulantni obravnavi naj bi vključeval: začetni interval med mikcijami naj bi bil v razponu 1 ure (ko je oseba budna); interval med mikcijami se povečuje za 15–30 minut na teden (odvisno od posameznikove tolerance); cilj je postopoma doseči 2–3-urni interval med posameznimi mikcijami.

Poleg vadbe sečnega mehurja je treba osebo seznaniti z možnimi načini in praktičnimi metodami za zmanjšanje občutka nuje po mokrenju (npr. stoja pri miru in prekrižanje nog, pritisk na presredek, stoja na prstih, sedenje na stolu s celo površino stegen, ponavljajoče se hotene kontrakcije MMD, preusmeritev pozornosti).

Zaključek

Sečila sestavljata dve medsebojno odvisni komponenti: zgornja in spodnja sečila. Kakršnakoli okvara lahko povzroči simptome skladiščenja, uhajanje seča, simptome mokrenja in zastajanje seča. Urinska inkontinenca pomeni nehoteno uhajanje seča do take mere, da predstavlja higienski, socialni in ali finančni problem. S staranjem mehur izgublja svojo elastičnost in moč krčenja, prav tako izgubljajo moč podporne mišice – MMD.

Priporočila, ki so nastala na osnovi sistematičnih pregledov, navajajo, da morata biti vadba MMD in vadba sečnega mehurja metodi prvega izbora za zdravljenje. Sama vadba pa mora trajati vsaj 20 tednov, da so rezultati vidni. Vaje za krepitev MMD bi morali učiti že otroke v osnovni šoli in s tem delovati preventivno, tako pri fantih kot pri dekletih.

Literatura

- Abrams, P., Andersson, K. E., Birder, L., Brubaker, L., Cardozo, L. ... Khoury, S. (2010). Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 29(1), 213–240.
- Abrams, P., Wein, A. in Schussler, B. (1999). Recommendation of the International Scientific Committee: The evaluation and treatment of urinary incontinence. V P. Abrams, S. Khoury in A. Wein (ur.), *Incontinence*, 1st ed. (str. 945–969). Paris Health publications Ltd.
- ACSM (American College of Sports Medicine). (1998). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 30(6), 975–991.

- Barbič, M. (2011). Urinska inkontinenca: etiologija, razdelitev in diagnostika. V S. Majcen Dvoršak in D. Ščepanović (ur.), *Stome, rane, inkontinenca – aktivnosti v zdravstveni negi: simpozij z mednarodno udeležbo* (str. 18–24). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji.
- Borko, E., Gorišek, B., Kralj, B. in Takač, I. (1998). *Ginekologija*. Maribor: Visoka šola za zdravstvo.
- Bø, K. (2004). Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, 15(2), 76–84.
- Bø, K. in Aschehoug, A. (2007). Strength training. V K. Bø, B. Berghmans, S. Mørkved, in M. Van Kampen (ur.), *Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice* (str. 119–132). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Braekken, I. H., Majida, M., Engh, M. E. in Bø, K. (2010). Morphological changes after pelvic floor muscle training measured by 3-dimensional ultrasonography: a randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*, 115(2 Pt 1), 317–324.
- Hlebš, S. (2008). Ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o osnovni problematiki urinske inkontinenca. *Obzornik zdravstvene nege*, 42(4), 261–272.

- Jeglič, R. (2011). Proces zdravstvene nege pacientke z urinsko inkontinenco. V S. Majcen Dvoršak in D. Ščepanović (ur.), *Stome, rane, inkontinenca – aktivnosti v zdravstveni negi: simpozij z mednarodno udeležbo* (str. 25–33). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji.
- Kegel, A. H. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American journal of obstetrics and gynecology*, 56(2), 238–248.
- Kramer, F. (2018). Urinska inkontinenca. V B. Hočevar Posavec (ur.), *Izobraževanje za pridobitev specialnih znanj s področja zdravstvene nege pacientov z motnjami v uriniranju* (str. 19–22). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.
- Lukanovič, A. (2005). Diferencialna diagnoza urinske inkontinence. *Medicinski razgledi*, 44(1), 61–65.
- Lukanovič, A. (2018). Sodobni pristopi zdravljenja urinske inkontinence pri ženski. V B. Hočevar Posavec (ur.), *Izzivi zdravstvene nege pri pacientih z motnjami uriniranja: zbornik prispevkov z recenzijo* (str. 8–18). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in

zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.

Miller, J. M., Ashton-Miller, J. A. in DeLancey, J. O. (1998). A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild SUI. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(7), 870–874.

Moharić, M. (2013a). Anatomija in fiziologija spodnjih sečil. V R. Petkovšek - Gregorin in N. Kopitar (ur.), *Inkontinenca – pogosto prikrita težava: zbornik predavanj* (str. 1–7). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.

Moharić, M. (2013b). Urodinamske preiskave v rehabilitacijski medicini. V H. Burger in N. Goljar (ur.), *Najnovejše diagnostične in terapevtske metode v celostni rehabilitaciji, 24. dnevi rehabilitacijske medicine, Ljubljana, 22. in 23. marec 2013* (str. 80–84). Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča.

Moharić, M. (2018). Diagnostika motenj uriniranja in urodinamske preiskave. V B. Hočevar Posavec (ur.), *Izzivi zdravstvene nege pri pacientih z motnjami uriniranja: zbornik prispevkov z recenzijo* (str. 1–7). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza

strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.

Moore, K., Dumoulin, C., Bradley, C., Burgio, K., Chambers T, Hagen, S. ... Vale, L. (2013). Adult conservative management. V P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury in A. Wein (ur.), *Incontinence*, 5th ed. (str. 1101–1227). Paris: Health publications Ltd.

Smrkolj, T. (2018). Inkontinenca urina pri moških. V R. Batas (ur.), *Inkontinenca in rane - od preventive do kurative: zbornik prispevkov z recenzijo* (str. 13–19). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji.

Ščepanović, D. (2011). Konzervativno zdravljenje urinske inkontinenca pri ženskah. V S. Majcen Dvoršak in D. Ščepanović (ur.), *Stome, rane, inkontinenca – aktivnosti v zdravstveni negi: simpozij z mednarodno udeležbo* (str. 59–65). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji.

Ščepanović, D. (2018). Obvladovanje urinske in kontinenca in vaje za krepitev mišic medeničnega dna. V B. Hočevar Posavec (ur.), *Izzivi zdravstvene nege pri pacientih z motnjami uriniranja: zbornik prispevkov z recenzijo*

(str. 19–27). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.

Trobec, I., Ličen, S. in Žvanut, B. (2010). Vpliv urinske inkontinence na kakovost življenja starostnikov v domu za starejše. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), 81–87.

Wilson, D. P., Berghmans, L. C., Hagen, S., Hay-Smith, E. J., Moore, K., Nygaard, I. ... Wyman, J. (2005). Adult Conservative Management. V P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury in A. Wein (ur.), *Incontinence 3rd International Consultation on Incontinence* (str. 857–964). Plymouth: Health Publications.

Žagar, L. in Ščepanović, D. (2011). Ukrepi za zdrav življenjski slog pri osebi z urinsko inkontinenco. V S. Majcen Dvoršak in D. Ščepanović (ur.), *Stome, rane, inkontinenca – aktivnosti v zdravstveni negi: simpozij z mednarodno udeležbo* (str. 69–78). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji.

PRAVICE STAREJŠIH

Institucionalno varstvo

Institucionalno varstvo je oblika obravnave v zavodu, drugi družini ali drugi organizirani obliki, ki upravičencem nadomešča, dopolnjuje ali zagotavlja funkcijo doma ali lastne družine. Obsega osnovno in socialno oskrbo ter zdravstveno varstvo. Institucionalno varstvo za starejše od 65 let izvajajo domovi za starejše. Storitev institucionalnega varstva je lahko zagotovljena tudi v oskrbovanem stanovanju. Dom za starejše opravlja institucionalno varstvo starejših, za mlajše odrasle pa le, če ima organizirano posebno enoto za mlajše invalide.



Slika: Druženje v institucionalnem varstvu

Začasni sprejem

Začasni sprejem je oblika institucionalnega varstva, namenjena tistim starostnikom, ki zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja, rehabilitacije po odpustu iz bolnišnice ali začasne odsotnosti svojcev potrebujejo celodnevno oskrbo. Začasna namestitve lahko traja največ 3 mesece. V času začasnih namestitev so uporabnikom zagotovljene oskrba in zdravstvena nega glede na zdravstveno stanje, primerna prehrana, fizioterapevtske storitve in možnost vključitve v vse dejavnosti, ki jih dom nudi ostalim stanovalcem.



Slika: V institucionalno varstvo je možen tudi le začasni sprejem

Dnevno varstvo

Je oblika institucionalnega varstva, namenjena posameznikom, ki še ne potrebujejo celodnevne, stacionarne oskrbe in si želijo oziroma potrebujejo pomoč, nadzor ali organizirano obliko bivanja le za določeno število ur dnevno. Osnovni kriterij za vključitev oseb v dnevno varstvo je, da se uporabniki dnevno vračajo domov.



Slika: Ena izmed oblik institucionalnega varstva je dnevno varstvo

Pravice uporabnikov institucionalnega varstva

Dodatek za pomoč in postrežbo

Dodatek lahko pridobite, če ne morete samostojno opravljati vseh ali večine življenjskih potreb (ne morete se

samostojno hraniti, oblačiti in slačiti, obuvati in sezuvati, skrbeti za osebno higieno, se gibati v stanovanju in zunaj itd.). Pravico urejate na Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije.

Pravica do oprostitve plačila socialnovarstvenih storitev

Če tako starejši človek, ki je uporabnik socialnovarstvene storitve, kot njegovi svojci ne zmorejo kriti stroškov za storitve, lahko za oprostitev plačila zaprosijo pri pristojnem centru za socialno delo, ki na podlagi njihovih materialnih stanj določi višine oprostitev in prispevkov za plačilo socialnovarstvene storitve.



Slika: Utrinek dogodka v Domu Petra Uzarja Tržič

PRIKRITA APLIKACIJA ZDRAVIL

Covert administration of medications

Urban Bole, mag. zdr. nege

Povzetek

Uvod: Prikrita aplikacija zdravil brez vednosti pacienta kljub pogostosti in dobronamernosti ostaja ena izmed močno prezrtih tem tako iz etičnih, pravnih kot političnih perspektiv. Namen raziskave je raziskati prikrito aplikacijo zdravil in predstaviti na dokazih podprt protokol za varno aplikacijo prikritih zdravil v klinični praksi. **Metode:** Izveden je bil sistematični pregled tuje in domače strokovne in znanstvene literature. Uporabljeni sta bili analiza in sinteza pregleda dokazov iz zbirke podatkov CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PubMed med letoma 2009 in 2019. Za iskanje virov je bil oblikovan konceptualni model PICO s ključnimi besedami: »patient«, »covert medication«, »administration«. Analiza virov je bila izvedena z odprtim kodiranjem. **Rezultati:** Identificiranih je bilo 40 kod, ki so združene v 5 vsebinskih kategorij: (1) razširjenost prikrite aplikacije zdravil, vzroki in najpogostejše skupine pacientov, ki prejemajo prikrita

zdravila, (2) etične dileme zdravstvenih delavcev pri prikriti aplikaciji zdravil, (3) argumenti proti prikriti aplikaciji zdravil, (4) argumenti za uporabo prikrita aplikacije zdravil, (5) ukrepi za varno aplikacijo prikrita aplikacije zdravil. **Diskusija in zaključek:** Prikrita aplikacija zdravil mora biti opredeljena s profesionalnimi smernicami in protokoli, ki celostno in multidisciplinarno urejajo področje.

Ključne besede: zdravstveni delavci, zavajanje, medikametozna terapija.

Abstract

Introduction: The covert administration of medications without the patient's knowledge, despite its frequency and goodwill, remains one of the largely ignored topics from ethical, legal and political perspectives. The purpose of the study is to investigate the covert administration of medications and to present an evidence-based protocol for the safe administration of covert medications in clinical practice. **Methods:** A systematic review of foreign and domestic professional and scientific literature was performed. Analysis and synthesis of a review of evidence from the CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY, and PubMed databases from 2009 to 2019 were used. To find resources, a PICO conceptual model was developed with the keywords: "patient", "covert medication",

“administration”. Resource analysis was performed with open coding. **Results:** 40 codes were identified, which are grouped into 5 thematic categories: (1) prevalence of covert administration of medications, causes and most common groups of patients receiving covert medications, (2) ethical dilemmas of healthcare professionals in covert administration of medications, (3) arguments against covert administration of medications, (4) arguments for the use of covert administration of medications, (5) measures for safe use of covert administration of medications. **Discussion and conclusion:** The covert administration of medications must be defined by professional guidelines and protocols that comprehensively and multidisciplinary regulate the field.

Key words: *healthcare professionals, deception, drug therapy*

Uvod

Prikrito aplikacijo zdravila lahko razumemo kot situacijo, kadar se zdravilo, ki je navadno skrito v tekočini ali hrani, aplicira pacientom brez njihovega soglasja ali soglasja skrbnika (Wong, Poon in Hui, 2005). Prikrita aplikacija zdravil je tako namerno zavajanje uporabnikov zdravstvenih storitev, ki ima različne negativne učinke tako na uporabnike kot na izvajalce zdravstvene oskrbe (Abdool, 2017). Čeprav prikrito aplikacijo zdravil izvajalci zdravstvene oskrbe najpogosteje upravičujejo z

najboljšimi interesi za zdravljenje in zagotavljanje varnosti pacienta, je obseg prikritega dajanja zdravil prepogost in neraziskan ter odpira tako etična kot moralna vprašanja (Hung, McNiel in Binder, 2012; Munden, 2017; Tweddle, 2009).

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014) opredeljuje izvajalce zdravstvene nege in oskrbe kot zagovornike pacientov in njihovih pravic, ki z njihovim soglasjem izvajajo predvidene postopke zdravstvene nege in oskrbe. Kodeks zdravniške etike (2016) v 16. členu opredeljuje, da kadar ni znana volja pacienta, ki ni sposoben odločanja o sebi, se zdravnik posvetuje s svojci ali bližnjimi in predlaga takšno zdravljenje, ki je po njegovi presoji pacientu v največjo korist. Zakon o duševnem zdravju (2008) v 39. členu opredeljuje zdravljenje oseb v oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve, če ogroža svoje ali življenje drugih, če je ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba moteno presojo realnosti in nima sposobnosti obvladovanja svojega ravnanja (2008).

Glede na pomanjkanje tuje in predvsem domače literature menimo, da je v Sloveniji treba opredeliti področje prikrite aplikacije zdravil in poiskati etično in moralno rešitev za zagotavljanje varnosti pacientov.

Metode

Uporabljen je bil pregled literature.

Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil s sistematičnim pregledom literature raziskati prikrito aplikacijo zdravil ter na podlagi pridobljenih ugotovitev izdelati in predlagati na dokazih podprt protokol za aplikacijo prikritih zdravil v zdravstvenem in socialnem varstvu.

Metoda pregleda literature

Za iskanje podatkov smo uporabili tuje podatkovne baze, kot so CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in Pub Med. Za iskanje dokazov po podatkovnih bazah smo oblikovali konceptualni okvir PICO (angl. Population, Intervention, Comparison and Outcomes approach) z naslednjimi ključnimi iskalnimi zvezami: P (pacient ali populacija) »patient«, I (intervencija), »covert medication« (primerjava), ki v naši raziskavi ni bila definirana, I (izid) »administration«. V podatkovnih bazah smo postavili omejitveni kriterij objave članka med letoma 2009 in 2019. V podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink in WILEY smo ključne besede

konceptualnega okvira PICO povezali z Boolovim operatorjem »AND«. V Pub Medu smo ključne besede nizali brez Boolovih operatorjev »patient«, »covert medication«, »administration«.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Izbor literature je temeljil na dostopnosti in vsebinski ustreznosti. V raziskavo smo uvrstili le literaturo, ki obravnava prikrito aplikacijo zdravil v zdravstvenem in socialnem varstvu. V končni pregled je bilo brez sive literature uvrščenih 17 raziskav, ki smo jih razvrstili po hierarhiji dokazov, kot sta opredelila Polit in Beck (2012). Od zajetih raziskav v pregledu literature je bilo največ mnenj avtorjev (Abdool, 2017; Antony, 2012; Griffith, 2016a; Griffith, 2016b; Farrar, Stewart in Sturdevant, 2012; Kala, 2012; Latha, 2010; Macauley, 2016; Munden, 2017; Sarin, 2012; Simpson, 2017; Sheldon, 2017; Yeomans, 2012; Tweddle, 2009). V pregled literature smo uvrstili tudi presečni kvantitativni raziskavi (Haw in Stubb, 2010b; Kirkevold in Knut, 2009) in sistematični pregled literature (Haw & Stubbs, 2010a). Za večjo težo naših ugotovitev smo v raziskavo vključili tri tuje protokole za varno aplikacijo prikritih zdravil (Care Quality Commision, 2018; NHS Foundation Trust, 2012; The National Institute for Health and Care Excellence, 2014) ter edini domači vir (mnenje avtorja), ki opredeljuje problematiko prikrite aplikacije zdravil v Sloveniji (Džamastagić, Živič in Bregar,

2019). Analiza virov je bila izvedena s kodiranjem njihovih rezultatov. Pri tem smo uporabili odprto kodiranje, kar pomeni, da smo vsebini virov, ki je pomembna za naše cilje, dodeljevali kode. Pomensko podobne kode smo na koncu združili v kategorije (tabela 1) (Saldana, 2015).

Rezultati

V tabeli 1 so predstavljene glavne ugotovitve pregleda literature.

Tabela 1: Kategorija in kode pregleda literature

Kategorija	Kode	Avtorji
K 1: razširjenost prikritih aplikacij zdravil, vzroki in najpogostejše skupine pacientov, ki prejemajo prikrita zdravila	obseg prikrita dajanja zdravil prepogost in neraziskan – stigmatizirane skupine pacientov – pacienti z duševnimi motnjami – pacienti s kognitivnimi motnjami – nezmožnosti razumevanja zdravljenja – slab uvid – zavračanje zdravil	Kirkevold in Engedal, 2009; Haw in Stubbs, 2010; Latha, 2010; Hung, McNiel in Binder, 2012; Abdool, 2017; Simpson, 2017
K 2: etične dileme zdravstvenih delavcev pri prikriti aplikaciji zdravil	poseg v avtonomijo pacienta – zavajanje pacienta – dobronamernost dela – zaščita pacientov – odvzem pravice pacientu, da zavrne zdravljenje – kršitev zaupanja med zdravstvenimi zdravil	Tweddle, 2009; Latha, 2010; Sarin, 2012; Yeomans, 2012; Macauley, 2016; Sheldon, 2017; Abdool,

Kategorija	Kode	Avtorji
	delavci in pacienti – zakonitost prikrite aplikacije	2017; Simpson, 2017
K 3: argumenti proti prikriti aplikaciji zdravil	pomen za terapevtski odnos – pomen za zmanjšan uvid v bolezen – lažji način za slabše izobražen negovalni kader – nezaupanje v zdravstvene delavce in zdravstveni sistem – pomen za izid zdravljenja – pomen za sodelovanja pacienta	Latha, 2010; Antony, 2012; Sarin, 2012; Sheldon, 2017
K 4: argumenti za uporabo prikrite aplikacije zdravil	zdravljenje hudih duševnih motenj – obvladovanje kriznih stanj – preprečevanje potrebe po uporabi fizične sile – preprečevanje aplikacije terapije proti pacientovi volji – preprečevanje pogostih hospitalizacij – umiritev agresivnosti – preprečevanje poslabšanja telesnega in duševnega zdravja – pomanjkanje časa zaposlenih v zdravstvu – lajšanje telesnih bolečin – prikrito aplikacijo zdravil izvajajo vsi – zmanjševanje trpljenja pacientov – manj restriktivna kot uporaba posebnih varovalnih ukrepov	Latha, 2010; Kala, 2010; Antony, 2012; Farrar, Stewart in Sturdevant, 2012; Sheldon, 2017; Abdool, 2017; Munden, 2017

Kategorija	Kode	Avtorji
K 5: ukrepi za varno aplikacijo prikritih aplikacij zdravil	premislek pred aplikacijo – posvetovanje z multidisciplinarnim timom – dosledno dokumentiranje – dokumentiranje nesodelovanja pacienta – pogovor s svojci pacienta – posvet s pacientovim osebnim zdravnikom – razmislek o alternativah – pred vsako prikrito aplikacijo je treba pacientu ponuditi zdravila – dokumentiranje zdravnika, ki je zdravilo predpisal, kot tudi medicinske sestre	Haw in Stubbs, 2010; Farrar, Stewart in Sturdevant, 2012; NHS Foundation Trust, 2012; The National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Griffith, 2016a; Griffith, 2016b; Care Quality Commision, 2018

Razprava

V raziskavi ugotavljamo, da je prikrita aplikacija »siva cona«, o kateri je zelo malo raziskanega. Rokovanje z zdravili je v tujini pogosto opredeljeno s profesionalnimi smernicami in protokoli (Royal College of Nursing, 2019), ki celostno in multidisciplinarno urejajo področje. Smernice in protokoli so razviti z namenom, da povečujejo varnost tako pacientov kot zaposlenih, prav tako tudi, da olajšajo neposredno klinično delo, pomagajo

pa tudi v primerih, ko pride do etičnih in strokovnih dilem, kot je »prikrita aplikacija zdravil«. Za smernico na področju rokovanja z zdravili se posebej poudarja, da je uveljavljanje odgovornost multidisciplinarnega tima. Vprašanje aplikacije zdravil pacientom brez njihove vednosti je v zdravstvu spodbudilo premalo pozornosti, in sicer tako z etične, pravne kot politične perspektive (Munden, 2017).

Avtorji (Sarin, 2012; Sheldon, 2017; Yeomans, 2012) vidijo prikrito aplikacijo zdravil kot sporno z vidika varnosti pacienta. Pacient, ki prejema prikrito aplikacijo zdravila, ne more poročati o stranskih učinkih zdravila, drobljenje in odpiranje kapsul pa vpliva na mehanizem delovanja zdravila. Navodila farmacevtov glede drobljenja tablet in odpiranja kapsul so jasna – vsako drobljenje in odpiranje kapsul imata lahko resne posledice, ki vplivajo na zdravje in zdravljenje. V raziskavi pri pacientih z motnjo požiranja (Farrar, Stewart in Sturdevant, 2012) strokovnjaki pri drobljenju zdravil navajajo naslednje klinične zaplete: spremembe količine absorpcije zdravilne učinkovine, ki so lahko pri veliki absorpciji smrtno nevarne ali v primeru premajhne absorpcije neučinkovite pri zdravljenju. Tablete z zdrobljenimi gastrozistentnimi sloji povzročajo prehitro sproščanje zdravilne učinkovine. Do sproščanja zdrobljenih zdravil lahko pride pri stiku s hrano ali tekočino. Zdravstveni delavci, ki drobijo zdravila, so lahko izpostavljeni delcem učinkovin, ki so lahko strupeni. V klinični praksi je v izogib drobljenju zdravil treba

razmisliti o alternativnih oblikah zdravilnih učinkovin, kot so solucije oziroma kapljice (Stegemann, Gosch in Breitreutz, 2012). Pred vsako prikrito aplikacijo se je treba v celotnem zdravstvenem timu posvetovati o tem, katere alternative so sporne prakse (Yeomans, 2012).

V literaturi zasledimo tudi več protokolov (NHS Foundation Trust, 2012; The National Institute for Health and Care Excellence, 2014) za varno prikrito aplikacijo zdravil. Protokol za prikrito aplikacijo zdravil zdravstvenemu osebju nalaga premislek pred aplikacijo, ali je terapija potrebna za reševanje življenja in izboljšanje duševnega zdravja pacienta, kjer se zdravstveni delavec zaveda namena in posledic prikrite aplikacije zdravil. Najpomembnejše pri odločitvah za prikrito aplikacijo zdravil je dokumentiranje. Obrazec morata podpisati tako zdravnik, ki je zdravilo predpisal, kot medicinska sestra, ki je zdravilo aplicirala prikrito« (NHS Foundation Trust, 2012). Nacionalni inštitut za kakovost v zdravstvu v Angliji zagotavlja standarde za domove starejših in v 6. točki o upravljanju zdravil opredeljuje prikrito aplikacijo zdravil. Prikrita aplikacija zdravil naj se izvaja le v izrednih okoliščinah, kadar je aplikacija v skladu z angleškim zakonom o duševnem zdravju (The National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Potreben je multidisciplinarni posvet o varnosti prikrite aplikacije in se ne sme izvajati pred posvetovanjem multidisciplinarnega zdravstvenega tima, ki skrbi za varovanja. O prikriti aplikaciji zdravil je treba napisati pisno poročilo in se o

njej posvetovati s svojci (Farrar, Stewart in Sturdevant, 2012; Haw in Stubbs, 2010;). Griffith (2016b) navaja, da mora protokol za zakonito in varno prikrito aplikacijo zdravil vsebovati: zakaj sta zdravljenje in aplikacija zdravil, ki jih pacient zavrača, potrebna, ali so bile alternative upoštevane, zakaj so bile alternative zavrnjene, ali je pacient zmožen privoliti v zdravljenje, zakaj je prikrita aplikacija zdravil v najboljšem interesu za pacienta, ali je prikrita aplikacija najmanj restriktiven ukrep, ali so bile vse druge metode izčrpane, ali so farmacevti podali mnenje o varni aplikaciji prikrite terapije, kateri so protokoli in politike za dokumentiranje prikritih zdravil.

Zaključek

Na podlagi ugotovitev pregledane literature smo pripravili protokol varne in pregledne prikrite aplikacije zdravil, ki pacientom in zaposlenim v zdravstvenem varstvu omogoča varno aplikacijo prikritih zdravil. Protokol zaposlenim, predvsem zaposlenim v zdravstveni negi, omogoča, da se za prikrito aplikacijo ne odločajo sami. Ponuja nabor vseh obveznih postopkov po zgledu tuje literature in vključenih strokovnjakov, s katerimi se je treba posvetovati pred prikrito aplikacijo zdravil. Pred tem je vedno potrebna tudi ocena zdravnika, ki pregleda pacienta, se z njim pogovori in mu predstavi možne zaplete pri odklanjanju zdravljenja. Če ima pacient odvzeto opravilno sposobnost, je treba v celoten proces vključiti njegove zakonite skrbnike. Pomembno je, da se

pacientu pred prikrito aplikacijo zdravila zdravilo tudi ponudi. Obvezno je dokumentiranje, kolikokrat je bilo določeno zdravilo ponujeno in kolikokrat ga je pacient zavrnil. Protokol vsebuje pregled zdravil, ki jih bo pacient prejel prikrito. Protokol, ki je obravnavan multidisciplinarno z vključitvijo vseh strokovnjakov v zdravstvenem timu, tudi s farmacevtom, ki usmerja k varni prikriti aplikaciji zdravil, odobri zdravnik. Ključni za celoten postopek so obveščanje pacientovih svojcev, posvet s pacientovim osebnim zdravnikom in ponujanje zdravil pacientom pred vsako aplikacijo.

Literatura

- Abdool, R. (2017). Covert Medication: Legal, Professional, and Ethical Considerations. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), 168–169.
- Antony, J. T. (2012). On the need to have "rules" to regulate covert medication. *Indian journal of psychiatry*, 54(3), 266–268.
- Care Quality Commision. (2018). Administering medicines covertly. Pridobljeno s <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/adult-social-care/administering-medicines-covertly>
- Džamastagić, D., Živič, Z. in Bregar, B. (2019). Prikrita aplikacija zdravil. *Utrip*, 18(4), 30–32.

- Farrar, H. M., Stewart, C. in Sturdevant, D. (2012). Covert medication administration: the practice of hiding medications in long-term care settings. *Journal of gerontological nursing*, 38(8), 14–20.
- Griffith, R. (2016a). Can covert administration of medicines be in a patient's best interests? *British Journal of Nursing*, 25(15), 872–873.
- Griffith, R. (2016b). Covert administration of medicines: a contentious issue. *British Journal of Community Nursing*, 21(5), 261–263.
- Guidance for the Covert Administration of Medication*. (2012). Pridobljeno s <https://www.humber.nhs.uk/Downloads/Services/Pharmacy/Guidelines/Covert%20medication%20guidance%20in%20HFT.pdf>
- Haw, C. in Stubbs, J. (2010a). “Covert Administration of Medication to Older Adults: A Review of the Literature and Published Studies.” *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(9), 761–768.
- Haw, C. in Stubb, J. (2010b). Administration of medicines in food and drink: a study of older inpatients with severe mental illness. *International psychogeriatrics*, 22(3), 409–416.
- Ho, G. J., Liew, S. M., Ng, C. J., Hisham Shunmugam, R. in Glasziou, P. (2016). Development of a Search Strategy for an Evidence Based Retrieval Service. *Public Library of Science*, 11(12), e0167170.

Hung, E. K., McNeil, D. E. in Binder, R. L. (2012). Covert medication in psychiatric emergencies: is it ever ethically permissible? *The Journal Of The American Academy Of Psychiatry And The Law*, 40(2), 239–245.

The National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Managing medicines in care homes (2014) NICE guideline SC1, recommendations*. Pridobljeno s <https://www.nice.org.uk/guidance/qs85/chapter/Quality-statement-5-Medication-reviews>

Kala, A. K. (2012). Covert medication; the last option: A case for taking it out of the closet and using it selectively. *Indian journal of psychiatry*, 54(3), 257–265.

Kirkevold, O. in Engedal, K. (2009). Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem? *A cross-sectional study. Drugs in aging*, 26(4), 333–344.

Kodeks zdravniške etike. (2016). Pridobljeno s <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/zbornicni-akti/kodeks-2016.pdf?sfvrsn=2>

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije. (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Zakon o pacientovih pravicah (2008). Uradni list RS, št. 15 (29. 1. 2008). Pridobljeno s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>

- Latha, K. S. (2010). The noncompliant patient in psychiatry: the case for and against covert/surreptitious medication. *Positive psychiatry, neuroscience, end of life, and others essays*, 8(1), 96–121.
- Macauley, R. C. (2016). Covert Medications: Act of Compassion or Conspiracy of Silence? *The Journal of clinical ethics*, 27(4), 298–307.
- Munden, M. L. (2017). The Covert Administration of Medications: Legal and Ethical Complexities for Health Care Professionals. *The Journal of Law, Medicine in Ethics*, 45(2), 182–192.
- Polit, D. F. in Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Royal College of Nursing. (2019). Professional guidance on the administration of medicines in healthcare settings. Pridobljeno s <https://www.rpharms.com/Portals/0/RPS%20document%20library/Open%20access/Professional%20standards/SSHM%20and%20Admin/Admin%20of%20Meds%20prof%20guidance.pdf?ver=2019-01-23-145026-567>
- Sarin, A. (2012). On covert medication: The issues involved. *Indian journal of psychiatry*, 54(3), 271–272.
- Sheldon, C. T. (2017). Proof in the Pudding: The Value of a Rights Based Approach to Understanding the Covert Administration of Psychotropic Medication to Adult Inpatients Determined to Be Decisionally-Incapable in

Ontario's Psychiatric Settings. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), 170–181.

Stegemann, S., Gosch, M. in Breitzkreutz, J. (2012). Swallowing dysfunction and dysphagia is an unrecognized challenge for oral drug therapy. *International journal of pharmaceuticals*, 430(1-2), 197–206.

Simpson, C. (2017). Covering It Up? Questions of Safety, Stigmatization, and Fairness in Covert Medication Administration. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, (45)2, 204–211.

Tweddle, F. (2009). Covert medication in older adults who lack decision-making capacity. *The British Journal of Nursing*, 18(15), 936–939.

The National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Managing medicines in care homes (2014) NICE guideline SC1, recommendations*. Pridobljeno s <https://www.nice.org.uk/guidance/qs85/chapter/Quality-statement-5-Medication-reviews>

Vaughn, L. (2013). *Bioethics: Principles, issues, and cases*. New York: Oxford University Press.

Vogrinc, J. (2008). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Yeomans, P. (2012). Jam today: the law and ethics of covert medication. *British Journal of Healthcare Assistants*, 18(22), 298–301.

Wong, J. G., Poon, Y. in Hui, E. C. (2005). "I can put the medicine in his soup, Doctor!". *Journal of medical ethics*, 31(5), 262–265.

PRAVICE STAREJŠIH LJUDI

The rights of the elderly

Maja Rant, univ. dipl. soc. del., in Maja Olip, mag. soc. del.

Povzetek

Izhodišča in namen: Namen prispevka je narediti povzetek pravic starejših, ki izhajajo iz mednarodnih in nacionalnih predpisov. **Predstavitev vsebine:** Pravice starejših ljudi so zapisane v nekaterih mednarodnih in nacionalnih predpisih. Evropska unija omenja pravice starejših v Splošni deklaraciji o človekovih pravicah in Konvenciji Združenih narodov o pravicah starejših ljudi. Ključni predpisi v slovenski zakonodaji pa so Ustava Republike Slovenije, Zakon o socialnem varstvu in Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Tako mednarodni kot nacionalni predpisi s svojo vsebino želijo zagotoviti kakovostno staranje. **Sklepne ugotovitve:** Ugotovljeno je, da je nujna zakonska ureditev področja dolgotrajne oskrbe in uresničevanja pravic starejših v praksi, ki je obstoječa zakonodaja ni predvidela. Le na ta način se bo nadaljnjim generacijam zagotovilo, da bo obdobje po upokojitvi kakovostno in osredotočeno na starega človeka.

Ključne besede: stari ljudje, socialno varstvo, institucionalno varstvo, socialna oskrba na domu.

Abstract

Starting points and purpose: The purpose of this paper is to summarise the rights of the elderly arising from international and national regulations. **Content presentation:** The rights of the elderly are enshrined in some international regulations and in national regulations. The European Union mentions the rights of the elderly in the Universal Declaration of Human Rights and in United Nations Convention on the Rights of the Elderly. The key regulations in Slovenian legislation are the Constitution of the Republic of Slovenia, the Social Welfare Act and the Pension and Invalidity Insurance Act. Both international and national regulations want to ensure quality ageing with their content. **Conclusions:** It has been established that it is necessary to regulate the field of long-term care and the exercise of the rights of the elderly in practice, which was not provided for by the existing legislation. Only in this way the future generations will be assured that the post-retirement period will be of high quality and focused on the old man.

Key words: the elderly, social care, institutional care, social care at home.

Uvod

Vsi ljudje imamo pravico do dostojnega življenja, avtonomije in oskrbe, še posebej pa se morajo te pravice zagotavljati ranljivim skupinam, med katere spadajo tudi starejši ljudje. Da se te pravice res zagotavljajo, je treba sprejeti posebne ukrepe (Mednarodni standardi starejših, 2019).

Pravice starejših so opredeljene v Splošni deklaraciji o človekovih pravicah (1948) in Konvenciji Združenih narodov o pravicah starejših ljudi (Levy, 2012). V Sloveniji so človekove pravice starejših ljudi definirane v Ustavi Republike Slovenije (1991), Listini Evropske unije o temeljnih pravicah (2010) in Evropski socialni listini (1999). Tudi Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (2013) prispeva k razvoju kakovosti življenja starejših ljudi. Na zakonodajnem področju pomembno vplivajo na pravice starejših Zakon o socialnem varstvu (1992), Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2012) in Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010). Opredelitev pravic starejših je v svoji doktorski disertaciji pregledno prikazala že Arkova (2018). Namen prispevka je predstaviti pravice starejših prek mednarodnih in domačih pravnih dokumentov ter mednarodnih organizacij, ki imajo v svojih programih tudi prednostno skrb za starejše.

Pravni dokumenti Evropske unije, ki opredeljujejo pravice starejših

Evropska unija v Listini Evropske unije o temeljnih pravicah (2010) v 25. členu govori o pravicah starejših. Evropska unija s tem členom priznava in spoštuje pravico starejših do dostojnega in samostojnega življenja ter sodelovanja v družbenem in kulturnem življenju (Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, 2010).

Vsako omejevanje teh pravic zaradi starosti ali dolgotrajne oskrbe mora temeljiti na jasnih pravnih podlagah, države članice pa morajo v svoji zakonodaji spoštovati in upoštevati pravice, zagotovljene v omenjenih mednarodnih pravnih dokumentih. Namen teh je, da bi vsaka država članica razvila politiko, ki bi spoštovala starejše ljudi, ki se znajdejo v situaciji, ko potrebujejo pomoč tako v domačem okolju kot v institucijah. Program Daphne III raziskuje in ozavešča o nasilju v ranljivi skupini – med starejšimi ženskami. V tej ranljivi skupini so izpostavljene predvsem ženske, pri katerih je tveganje za nasilje in zlorabo še večje. Zgodnji preventivni okrepi za zdravje so pomembni in niso le breme državam, temveč njihova naložba v državljane. Evropska unija si prizadeva za socialno vključenost in nediskriminiranost starejših ljudi (Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, 2010).

Človeško dostojanstvo, fizično in psihično počutje, svoboda in varnost so ključni za starejše ljudi, ker morajo ne glede na njihove potrebe biti spoštovani in cenjeni. Starost, rasa, barva kože, nacionalni ali družbeni izvor in finančna sredstva ne smejo vplivati na njihovo človeško dostojanstvo (Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, 2010).

Prav tako je v času, ko starejši človek potrebuje pomoč, pomembno, da ima človek pravico do samoodločanja – upoštevanja njegovih potreb in želja. V tem obdobju je pomembno tudi, da ima starejši človek pravico do zasebnosti, kar vključuje možnost izbire prostora, kjer si star človek želi preživeti starost. Vse osebe, ki sodelujejo pri negi, oskrbi in zdravljenju starejšega človeka, morajo stremeti k temu, da spoštujejo njegov osebni in intimni prostor (Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, 2010).

Pravica do kakovostne nege in oskrbe ter njune prilagoditve v skladu s potrebami in željami starejših ljudi je pomembna, da lahko zdravljenje, zdravstvena nega, oskrba in druge oblike pomoči tečejo sodelovalno, pri čemer starejši človek prispeva svoje želje in poglede. Iz tega izhaja tudi pravica do informiranosti glede nege, oskrbe in zdravljenja ter zagotavljanja storitev posameznih služb. Pod to se štejeta tudi dostop do obveščenosti o zdravstvenem stanju in zdravljenju ter

informiranje o možnostih, ki jih ponuja posamezna članica Evropske unije glede pomoči starejšim. Spoštovati je treba tudi odločitve, da nekdo ne želi biti seznanjen s svojim zdravstvenim stanjem. Tukaj se odpira možnost odločitve vsakega posameznika glede različnih možnosti, ki jih ponuja skupnost (Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, 2010).

Vsem že opisanim pravicam se pridružuje tudi pravica do komunikacije, udeleževanja na kulturnem področju in vključenosti v družbenem življenju. Pomembno je, da se tudi v času, ko starejši človek potrebuje nego, zavedamo pravice do interakcije in sodelovanja z drugimi. Temu sledi še pravica do svobodnega izražanja in mišljenja ter spoštovanja kulturnih in verskih prepričanj. Čeprav starejši človek potrebuje pomoč, mora ta ustrezati tem prepričanjem (Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, 2010).

Ena izmed pravic se nanaša tudi na področje paliativne oskrbe, pravice do vključitve vanjo ter podpore in spoštovanja v času umiranja in smrti. Znotraj tega je treba upoštevati tudi želje, navade, kulturna in verska prepričanja, ki jih je starejši človek živel (Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, 2010).

Poročilo o človekovih pravicah starejših

Združeni narodi so v poročilu o človekovih pravicah starejših ljudi zapisali, da se svetovna populacija stara in da je skoraj 700 milijonov ljudi danes starejših od 60 let. Predvideva se, da bo v letu 2050 več starejših od 60 let kot pa otrok, kar se bo zgodilo prvič v zgodovini človeštva (Human Rights of Older Persons, 2011)

Poročilo navaja štiri ključne izzive na področju staranja: diskriminacijo, revščino, nasilje in zlorabo ter pomanjkanje posebnih ukrepov in storitev. Na področju diskriminacije poročilo izpostavlja ageizem in starizem – diskriminacijo na podlagi starosti, na področju revščine pa se izpostavljajo izzivi, kot so brezdomstvo, podhranjenost, nenadzorovane kronične bolezni, neprimerna zdravila in negotovost dohodka. Kljub lastni revščini starejši ljudje pogosto v svojih gospodinjstvih gostijo svoje družinske člane (otroke, vnuke). Na področju nasilja in zlorabe se izpostavlja več različnih vrst nasilja: finančno, fizično, čustveno in seksualno. O nekaterih vrstah nasilja (npr. finančno nasilje) se redko poroča in se jih redko dokumentira. V zaključku poročilo navaja tudi pomanjkanje posebnih ukrepov in storitev, kot so stanovanjske skupnosti, specializirane storitve, dolgotrajna oskrba na domu, geriatrična oskrba itd. (Human Rights of Older Persons, 2011).

Poročilo opredeljuje področja, na katerih bi bilo še treba graditi. Predvsem bi bilo treba okrepiti mednarodno

zaščito starejših, ozaveščati in spremljati (dokumentirati in poročati) o nasilju nad starejšimi, predvsem o nasilju nad ženskami, ki nerade prijavijo ali pa zaradi zdravstvenega stanja ne morejo prijaviti nasilja. Starejše osebe so izpostavljene finančnemu izkoriščanju, goljufijam, odvzemu premoženja, tatvinam itd., kar predstavlja še posebej velik izziv. Starejši ljudje so diskriminirani v zdravstvenem sistemu in so običajno spregledani v zdravstveni politiki in programih rehabilitacije. Eno izmed področij, na katerem bi bilo treba še graditi, je tudi dolgotrajna oskrba, katere glavna problema sta pomanjkanje delovne sile in nizka kakovost storitev. Pomemben segment, v katerem so starejši ljudje običajno prikrajšani, sta oblikovanje politike in vključenost v politično življenje. Zadnji, a zelo pomemben segment je tudi delo. Nekatere države so sprejele zakonodajo o nediskriminaciji zaposlovanja delavcev na podlagi starosti. Ugotovitve poročila so bile, da bo treba spremljati izvajanje direktive (Human Rights of Older Persons, 2011).

Pravni dokumenti v Republiki Sloveniji, ki opredeljujejo pravice starejših

Temeljni zakon na področju socialnega varstva v Sloveniji je Zakon o socialnem varstvu (1992), ki pravi, da socialnovarstvena dejavnost obsega preprečevanje in reševanje socialne problematike posameznikov, družin in skupin prebivalstva. Upravičenci po tem zakonu so

državljeni Republike Slovenije, ki imajo stalno prebivališče v Sloveniji, in tujci, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje v Sloveniji.

Zakon o socialnem varstvu (1992) v 10. členu govori o socialnovarstvenih storitvah, ki so namenjene preprečevanju socialnih stisk in težav, obsegajo aktivnosti in pomoč za samopomoč posamezniku, družini in skupinam prebivalstva. Te storitve pa podrobneje ureja Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010). Za starejše od 65 let so storitve prve socialne pomoči, pomoči družini na domu in institucionalno varstvo glavne tri storitve, ki jim po zakonu in pravilniku pripadajo.

Vsakdo, ki se znajde v socialni stiski in težavi, ima pravico, da se oglasi na pristojnem centru za socialno delo, kjer mu bodo nudili storitev prve socialne pomoči in storitev osebne pomoči. Prva socialna pomoč obsega pomoč pri prepoznavanju in opredelitvi socialne stiske in težave, oceno možnih rešitev ter seznanitev upravičenca z vsemi možnimi oblikami socialnovarstvenih storitev in dajatev, ki jih lahko uveljavi, ter obveznosti, ki so povezane z oblikami storitev in dajatev. Na centru za socialno delo se vsakdo lahko seznani z mrežo in programi izvajalcev, ki nudijo socialnovarstvene storitve in dajatve (Zakon o socialnem varstvu, 1992). Osebna pomoč po Zakonu o socialnem varstvu (1992) obsega svetovanje, urejanje in vodenje z namenom, da bi posamezniku omogočili

razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje in izboljšanje socialnih zmožnosti.

Starejša oseba ima pravico do koriščenja storitev pomoči na domu in socialnega servisa. Pomoč na domu obsega socialno oskrbo na domu v primeru invalidnosti, starosti in v drugih primerih, ko socialna oskrba na domu lahko nadomesti institucionalno varstvo. Mrežo javne službe za pomoč družini na domu je dolžna zagotoviti občina. Storitve socialnega servisa obsega pomoč pri hišnih in drugih opravilih v primerih otrokovega rojstva, bolezni, invalidnosti, starosti, nesreč in v drugih primerih, ko je ta pomoč potrebna za vključitev osebe v vsakdanje življenje (Zakon o socialnem varstvu, 1992).

Starejši nad 65 let imajo pravico do institucionalnega varstva, ki po Zakonu o socialnem varstvu (1992) obsega vse oblike pomoči v zavodu, v drugi družini ali drugi organizirani obliki, s katerimi se upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine, zlasti pa bivanje, organizirana prehrana in varstvo ter zdravstveno varstvo. Poleg institucionalnega varstva dom za starejše opravlja tudi naloge, ki obsegajo priprave okolja, družine in posameznikov na starost (Zakon o socialnem varstvu, 1992).

Državni zbor je leta 2013 sprejel Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (2013), katere namen je bil omogočiti socialno varnost in socialno vključenost državljanov in drugih prebivalcev

Republike Slovenije. Gre za celostni dokument, ki zajema osnovna izhodišča in razvoj sistema, cilje in strategije na tem področju. Resolucija podpira razvoj dolgotrajne oskrbe in je v obdobju od leta 2013 do leta 2020 predvidevala ureditev predpisov s področja dolgotrajne oskrbe, ki bi celostno zajela področje oseb, starih nad 65 let. S to resolucijo se spodbuja, da bi bilo do leta 2020 v pomoč na domu vključenih 3,5 odstotka ciljne populacije starejših oziroma okoli 14.000 oseb, ki bi bile vključene v obravnavo v različne (tudi nove) oblike pomoči na domu, vključno z oskrbo v oskrbovalnih stanovanjih (Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, 2013)

Za urejanje in zagotavljanje pravic starejših je prav tako zelo pomemben Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2012), ki ureja sistem obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja, sistem obveznega dodatnega pokojninskega zavarovanja in sistem prostovoljnega dodatnega pokojninskega zavarovanja. Zakon določa tri vrste zavarovanj, na podlagi katerih so zavarovanci upravičeni do svojih pravic (Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, 2012):

- z obveznim zavarovanjem se zagotavljajo pravice do pokojnine, pravice na podlagi invalidnosti, pravica do letnega dodatka in pravica do dodatka za pomoč in postrežbo;

- s poklicnim zavarovanjem se zagotavlja pravica do poklicne pokojnine;
- z dodatnim zavarovanjem se zagotavljata pravica do dodatne starostne pokojnine in pravica do predčasne dodatne pokojnine v obliki pokojninske rente.

Pravice, ki izhajajo iz obveznega zavarovanja, so za starejše ljudi ene izmed osnovnih pravic, ki jim omogočajo osnovno finančno varnost. Z obveznim zavarovanjem se zagotavljajo pravice do starostne, predčasne, invalidske, vdovske in dela vdovske pokojnine ter pravica do družinske in delne pokojnine. Z obveznim zavarovanjem se zagotavljajo tudi pravice na podlagi preostale delovne zmožnosti, in sicer pravica do poklicne rehabilitacije, pravica do premestitve, pravica do dela s krajšim delovnim časom od polnega, pravica do nadomestila za čas poklicne rehabilitacije, pravica do začasnega nadomestila, pravica do nadomestila za invalidnost in pravica do delnega nadomestila. Z obveznim zavarovanjem se zagotavljata še pravica do letnega dodatka in pravica do dodatka za pomoč in postrežbo (Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, 2012). Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2012) ureja tudi pravico do dodatka za pomoč in postrežbo, ki je ena izmed pomembnejših pravic, ki pod določenimi pogoji pripada posamezniku, ki zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju ne more zadovoljevati vseh ali večine življenjskih potreb. Pravica do dodatka za

pomoč in postrežbo se lahko pridobi, če imajo upravičenci stalno prebivališče v Republiki Sloveniji in so (E-Uprava, 2020):

- prejemniki starostne, predčasne, invalidske, vdovske ali družinske pokojnine;
- zavarovanci, ki so slepi ali slabovidni in so sklenili delovno razmerje ali začeli opravljati samostojno dejavnost;
- zavarovanci, ki so postali slepi ali slabovidni med delovnim razmerjem ali opravljanjem samostojne dejavnosti;
- nepokretni zavarovanci z najmanj 70-odstotno zmanjšano možnostjo premikanja, zaposleni primerno svojim delovnim zmožnostim, vendar najmanj za polovični delovni čas, ki ne more uveljavljati pravice do dodatka za pomoč in postrežbo po drugih predpisih;
- osebe, ki so oslepele kot prejemniki pokojnine;
- osebe, ki so slepe in so zdravstveno zavarovane po drugem zavarovancu oziroma upokojencu.

Dodatka za pomoč in postrežbo, ki ga posameznik prejema na podlagi Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2012), po smrti posameznika ni treba vračati. Zavarovanci z najmanj 70-odstotno zmanjšano zmožnostjo premikanja, ki niso v delovnem razmerju, lahko pridobijo pravico do dodatka za pomoč in postrežbo, če so pridobili pravico do poklicne

rehabilitacije (Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, 2012)

Nezmožnost za opravljanje vseh življenjskih potreb pomeni, da se prejemniki pokojnine ne morejo samostojno hraniti, oblačiti in slačiti, obuvati in sezuvati, skrbeti za osebno higieno, se gibati v stanovanju in zunaj njega ter opravljati drugih opravil, nujnih za ohranjanje življenja. Nezmožnost za opravljanje večine osnovnih življenjskih potreb pomeni, da prejemniki pokojnine ne morejo zadovoljevati večine naštetih življenjskih potreb ali pa potrebujejo stalno nadzorstvo kot težji psihiatrični bolniki v domači negi. Z zakonom so opisno določeni trije možni zneski dodatka za pomoč in postrežbo v razmerju do najnižje pokojninske osnove. Če pridobi upravičenec pravico do dodatka za pomoč in postrežbo po tem zakonu in po drugih predpisih, lahko uživa le tisto od obeh pravic, ki si jo sam izbere (Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, 2012). Zavarovancu pripada pravica do dodatka za pomoč in postrežbo od dne, ko je nastala potreba po pomoči in postrežbi, in traja, dokler je podana takšna potreba. Dodatek za pomoč in postrežbo se izplačuje od dneva nastanka potrebe, vendar največ od prvega dne naslednjega meseca po vložitvi zahteve in še za 6 mesecev nazaj. Zavarovanec ni upravičen do dodatka, če je v bolnišnici ali v kakšnem drugem stacionarnem zavodu več kot 6 mesecev (Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, 2012).

Pravica do oskrbe, dostojanstva in avtonomije v odnosu do dolgotrajne oskrbe

Poleg pravic, ki starejšim omogočajo osnovno finančno varnost, je pomembno, da se jim zagotavlja tudi pravico do oskrbe ter pravico do dostojanstva in avtonomije. Treba se je zavedati, da naj bo vodilo pri uresničevanju vseh pravic ljudi, še posebej starejših, osnovno načelo dostojanstva. Pri pravici do oskrbe bi se moral starejšim omogočiti ustrezen življenjski standard z zagotavljanjem socialnih in zdravstvenih storitev, ki so cenovno dostopne in so na voljo v lokalnem okolju. Pri zagotavljanju pravice do avtonomije je pomembno, da se starejšim ljudem zagotovi, da imajo možnost samostojnega odločanja o tem, kje in kako bi radi živeli, ter da se jim pri tem zagotavljata podpora in skrb. Če si starejša oseba želi živeti v svojem domačem okolju, ji je treba omogočiti, da se stanovanje ali hiša prilagodi njenemu zdravstvenemu stanju primerno ter da se ji zagotovi dostop do zdravstvenega varstva in potrebnih storitev. Za tiste, ki živijo v domovih za starejše ali drugih institucijah, pa je treba zagotoviti ustrezno podporo, treba je spoštovati njihovo zasebnost in zagotoviti, da so udeleženi v sprejemanju odločitev na področju njihovega življenja (Becker in Reinhard, 2018).

Ureditev, ki bi bila ključna za celostno ureditev področja starejših, je dolgotrajna oskrba. Ta tematika je zaradi demografskih sprememb pomembna tema v zadnjih

letih. Vse več je potreb po storitvah na domu, ki jih družine ne morejo izvajati same. Države po svetu se intenzivno ukvarjajo s tem področjem in uvajajo socialne prejemke za tiste, ki potrebujejo strokovno pomoč in so odvisni od nege in oskrbe s strani druge osebe. Z biološko starostjo narašča tudi tveganje za odvisnost od podpore in pomoči druge osebe. Staranje prebivalstva je z leta v leto bolj pereča tematika, ker je rodnost v članicah Evropske unije nizka. Države Evropske unije se morajo zaradi staranja prebivalstva reorganizirati, da lahko zagotavljajo podporo tistim, ki potrebujejo pomoč. Reorganizacija obsega tudi vzpostavitev novih prejemkov in sistema za izvajanje te dejavnosti (Becker in Reinhard, 2018).

Razlogi, da človek ne more več samostojno opravljati življenjskih opravil, so različni: prirojeno zdravstveno stanje, posledica nesreče, posledica bolezni, upad zmožnosti za skrb zase ali funkcionalno stanje zaradi staranja. Odbor Sveta Evrope je definiral dolgotrajno oskrbo kot stanje, v katerem oseba zaradi pomanjkanja ali izgube fizične, psihične ali intelektualne avtonomije potrebuje pomoč pri izvajanju temeljnih dnevnih opravil. Temeljnih dnevnih opravil pa ni natančno določil, zato je definicija teh prepuščena posamezni državi članici Evropske unije in njeni zakonodaji. V teoriji se zdravljenje lahko loči od nege, ampak v praksi je razlikovanje teh dveh pojmov precej kompleksno, ker se zdravljenje in nega precej prepletata. Teoretično se zdravljenje in nega

ločita po tem, da zdravljenje pomeni spremembo zdravstvenega stanja, medtem ko nega tega ne pomeni. V praksi pa se je izkazalo, da ne moremo tako strogo ločiti teh dveh pojmov, ker pogosto tudi nega pozitivno vpliva na spremembo zdravstvenega stanja. Prav to je razlog, zakaj je prisotna potreba po integriranem sistemu oskrbe, ki vključuje oboje (Becker in Reinhard, 2018).

Strban (2018, v Becker in Reinhard, 2018) opozarja na to, da je dolgotrajno oskrbo v Sloveniji nujno treba zagotoviti na bolj pregleden in učinkovit način. Prav tako izpostavlja potrebo po vpeljevanju sistema kakovosti za formalne in neformalne negovalce, ki bi omogočal ljudem dostojno življenje v domačem okolju in ne bi obremenjeval življenja neformalnih negovalcev (predvsem žensk). Neformalna oskrba se namreč spodbuja in podpira z denarnimi dodatki, vendar pa bi se lahko izkazalo, da je preložitev skrbi starejših ljudi na neformalne oskrbovalce dvojno družbeno tveganje, ker se s tem poleg osebe, ki je odvisna od skrbi druge osebe, ogroža tudi družinske člane, ki pomagajo pri negi in oskrbi. Profesionalna, interdisciplinarna in usklajena zdravstvena nega in oskrba bi v sistemu dolgotrajne oskrbe lahko zagotovili boljše rezultate pri skrbi za starejše (Strban, 2018 v Becker in Reinhard, 2018).

Zaključek

Nujno je, da Republika Slovenija zagotavlja, uresničuje in spoštuje vse pravice starejših ljudi, ki so zapisane v mednarodnih in nacionalnih pravnih dokumentih, ter da sprejme ustrezno zakonodajo, ki bi uredila neurejeno področje dolgotrajne oskrbe. Pomembno je, da je oskrba starejših ljudi zagotovljena na dopolnjujoč in integriran način ter v njihovo korist. V Sloveniji bi bilo tako nujno čim prej sprejeti celovit Zakon o dolgotrajni oskrbi, ki bi celostno zajemal pravice starejših ljudi.

Literatura in viri

Arko, K. (2018). Varstvo človekovih pravic in kakovosti življenja starejših ljudi z institutom zagovorništva (Doktorska disertacija). Univerza v Mariboru, Alma Mater Europaea – ECM, Maribor.

Becker, U. in Reinhard, H. J. (2018). Long-Term Care in Europe. A Juridical Approach. München: Springer international publishing.

E-Uprava (2020). Dodatek za pomoč in postrežbo. Pridobljeno s <https://e-uprava.gov.si/podrocja/sociala-zdravje-smrt/socialne-pomoci/dodatek-za-pomoc-in-postrezbo.html>

Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (2010). Pridobljeno s

[https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter DE.pdf](https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter%20DE.pdf)

Evropska socialna listina (1999). Uradni list RS, št. 24 (10. 4. 1999). Pridobljeno s http://www.svetevrope.si/sl/dokumenti_in_publicacije/konvencije/163/index.html

Human Rights of Older Persons (2011). Pridobljeno s <https://www.ohchr.org/en/issues/olderpersons/pages/olderpersonsindex.aspx>

Levy, V. (2012). Advocating to Promote a Convention on the Human Rights of Older Persons. V FA 11th Global Conference on Ageing. Prague: International federation on ageing.

Listina Evropske unije o temeljnih pravicah. (2010) Pridobljeno s <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:12010P/TXT&from=EN>

Mednarodni standardi starejših. (2019). Pridobljeno s <https://www.amnesty.si/mednarodni-standardi-starejsi>

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010). Uradni list RS, št. 45 (27. 5. 2010). Pridobljeno s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV10060>

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 / ReNPSV 13–20 (2013). Uradni list RS, št. 39 (24. 4. 2013). Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NACP68>

Splošna deklaracija človekovih pravic. (1948). Pridobljeno s <http://www.varuh-rs.si/pravni-temelji-cp/ozn-organizacija-zdruzenih-narodov/splosna-deklaracija-clovekovih-pravic/>

Ustava Republike Slovenije (1991). Uradni list RS, št. 33 (23. 12. 1991). Pridobljeno s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA1>

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju /ZPIZ-2/ (2012). Uradni list RS, št. 96 (4. 12. 2012). Pridobljeno s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO6280>

Zakon o socialnem varstvu /ZSV/ (1992). Uradni list RS, št. 3 (1. 1. 2007). Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO869>

OHRANIMO RAVNOTEŽJE

Zakaj je ravnotežje pomembno?

Uravnavanje drže in ravnotežja je temelj za uspešno izvajanje vsakodnevnih aktivnosti (Rugelj in sod., 2011).

Okvarjeno ravnotežje je verjetno vodilni dejavnik tveganja za nenadne padce (Rugelj in Uršič, 2006). S staranjem in posledično zmanjševanjem telesne zmogljivosti se ogroženost za padce povečuje. Padci pogosto privedejo do poškodb, kar vpliva na zmanjšano gibljivost in izgubo samostojnosti (Herman in Tonin, 2008). Vsak izmed nas si želi tudi v starosti ostati samostojen, zato je vadba bistvenega pomena. V izogib padcem je pomembno redno izvajanje vaj za ravnotežje.

Vaje naj se izvajajo v prostoru, kjer je dobra osvetlitev in je zračen, podlaga ne sme biti drseča. Če je naše ravnotežje porušeno, naj bo pri izvajanju vaj prisotna oseba, ki bo poskrbela za dodatno varnost. Vedno moramo imeti tudi možnost dodatnega oprijema, bodisi stol, drog, steno ipd.

Vaje za ravnotežje

Vaje sede na stolu

Začetni položaj – sedimo na stolu brez naslona, vzravnan drža, stopali sta v stiku s podlago, kolena v širini ramen, roki počivata na stegnih.

Vsako vajo začnemo izvajati z začetnega položaja in jo tako tudi zaključimo.



Slika: Nagib telesa vstran (vir: <https://gerobus.si/strokovne-vsebine/ohranimo-ravnotezje/>)

1. Nagib telesa vstran

Sedimo vzravnan, desno roko odročimo, pogled usmerimo desno in istočasno izvedemo nagib trupa vstran, zadržimo 5 sekund. Vajo ponovimo na vsako stran

štirikrat. Vaje izvajamo v varnem obsegu, z roko, ki ni v odročanju, se držimo roba stola.



Slika: Nagib trupa naprej (vir: <https://gerobus.si/strokovne-vsebine/ohranimo-ravnotezje/>)

2. Nagib trupa naprej

Sedimo vzravnano, roki dvignemo v višino ramen, naredimo vdih in izdih, se nagnemo naprej, glava je v podaljšku hrbtenice, zadržimo 5 sekund. Vajo ponovimo štirikrat.



Slika: Dvig noge od podlage (vir: <https://gerobus.si/strokovne-vsebine/ohranimo-ravnotezje/>)

3. Dvig noge od podlage

Sedimo vzravnano, desno nogo pokrčeno v kolenu odmaknemo od podlage (pribl. 5 cm), zadržimo 5 sekund. Vajo ponovimo z vsako nogo štirikrat.



Slika: Dotik komolca z nasprotnim kolonom (vir: <https://gerobus.si/strokovne-vsebine/ohranimo-ravnotezje/>)

4. Dotik komolca z nasprotnim kolonom

Sedimo vzravnan, približamo desni komolec in levo koleno. Z vsako stranjo vajo ponovimo štirikrat.



Slika: Vstajanje s stola (vir: <https://gerobus.si/strokovne-vsebine/ohranimo-ravnotezje/>)

5. Vstajanje s stola

Sedimo vzravnano, naredimo nagib trupa naprej, vstanemo s stola. Vajo ponovimo štirikrat.

Vaje stoje

Začetni položaj – vzravnan drža, noge so v rahlem razkoraku, roki ob telesu. Pogled je usmerjen naprej.

Vedno začnemo z začetnega položaja in tako vajo tudi zaključimo.



Slika: Sonožna stoja z zaprtimi očmi (vir: <https://gerobus.si/strokovne-vsebine/ohranimo-ravnotezje/>)

1. Sonožna stoja z zaprtimi očmi

Stojimo vzravnano, stopala so tesno skupaj eno ob drugem, roki odročimo in zapremo oči. Položaj zadržimo 5 sekund in nato odpremo oči. Vajo ponovimo štirikrat.



Slika: Stoja na eni nogi (vir: <https://gerobus.si/strokovne-vsebine/ohranimo-ravnotezje/>)

2. Stoja na eni nogi

Stojimo ob opori zaradi varnosti. Pokrčeno nogo dvignemo od podlage, roke odročimo. Položaj zadržimo 5 sekund in se vrnemo v začetni položaj. Vajo ponovimo štirikrat, izmenično z vsako nogo.



Slika: Prestop čez oviro (vir: <https://gerobus.si/strokovne-vsebine/ohranimo-ravnotezje/>)

3. Prestop čez oviro

Prestopimo prek ovire. Vajo ponovimo štirikrat.



Slika: Stopanje na stopnico (vir: <https://gerobus.si/strokovne-vsebine/ohranimo-ravnotezje/>)

4. Stopanje na "stopnico"

Pručko postavimo ob oporo zaradi varnosti. Z obema nogama stopimo na stopnico in nato še nazaj na tla. Po potrebi se z roko oprimemo opore. Vajo ponovimo štirikrat.

OSLABLJENO RAVNOTEŽJE PRI STAROSTNIKI IN VADBA

Impaired balance in the elderly and exercise

Neža Meglič, dipl. fiziot.

Povzetek

Izhodišča in namen: Proces staranja je neizogiben. Starostniki se lahko srečajo z obolenji, boleznimi in poškodbami, ki so glavni razlog za oslABLJENO ravnotežje. Namen prispevka je izpostaviti pomembnost krepitev ravnotežja, ki lahko v veliki meri vpliva na mobilnost starostnika. **Predstavitev vsebine:** Za svobodo gibanja in osebno zadovoljstvo je potrebna določena stopnja mobilnosti, zato so v prispevku izpostavljeni definicija ravnotežja, dejavniki, ki vplivajo na poslabšanje, in posledice v smislu padcev in ekonomskega vpliva na družbo. Predstavili bomo pomen vadbe za ravnotežje, elemente za oceno ravnotežja, ukrepe za zagotavljanje varnosti pri izvajanju vadbe in program primernih vaj. **Sklepne ugotovitve:** Učinki vadbe zagotavljajo kakovostnejšo

starost, saj so pokazali pozitivne učinke na fiziološke in psihološke parametre pri starostnikih.

Ključne besede: *ravnotežje, vadba, starostniki.*

Abstract

Starting points and purpose: The ageing process is inevitable. Elderly people may experience illnesses, diseases, and injuries that are the main reason for impaired balance. The purpose of this paper is to highlight the importance of improving balance, which can greatly affect the mobility of the elderly. **Content presentation:** Freedom of movement and personal satisfaction require a certain degree of mobility, therefore the paper focuses on the definition of balance, the factors influencing deterioration and the consequences in terms of falls and economic impact on society. The importance of balance training, elements for balance assessment, measures to ensure safety during exercise and a program of appropriate exercises will be presented. **Conclusions:** The effects of exercise provide a quality of life in old age, as they have shown positive effects on physiological and psychological parameters in the elderly.

Key words: *balance, exercise, the elderly*

Uvod

Kontrola drže in ravnotežja je nujno potrebna za sproščeno in učinkovito gibanje ter s tem za opravljanje vsakodnevnih funkcijskih aktivnosti. Ravnotežje je namreč podlaga za vse gibalne spretnosti, ki jih izvajamo zavestno. Njegovo uravnavanje je pri starostnikih odvisno od številnih dejavnikov, ki so predstavljeni v nadaljevanju (Rugelj, 2016).

Definicija in opredelitev ravnotežja

Ravnotežje oziroma kontrola drže je splošen izraz, ki razlaga dinamičen proces, pri katerem položaj telesa vzdržujemo v ravnovesju. Lahko je statično, kadar telo miruje, lahko pa dinamično med premikanjem. Ravnotežje je dobro takrat, ko nam uspe obdržati težišče telesa nad podporno ploskvijo (Kloos in Givens Heiss, 2013).

Ravnotežje je kompleksna funkcija, ki zahteva interakcijo nevrološkega in mišično-skeletnega sistema ter vpliva okoljskih dejavnikov (drsnost podlage, tip čevljev, osvetlitev prostora, poznavanje funkcije oziroma naloge, ki jo moramo opraviti) na posameznika. Oseba lahko pade, tudi če vsi elementi nevrološkega in mišično-skeletnega sistema delujejo, medtem ko okoljski dejavniki lahko nadvladajo (Kloos in Givens Heiss, 2013).

Dejavniki za oslABLJENO ravnotežje in padci

Vzrok za oslABLJENO ravnotežje je poškodba ali bolezen, ki prizadene senzorične sisteme v telesu, ki sprejemajo in obdelujejo informacije in sisteme za motorični odgovor (Kloos in Givens Heiss, 2013).

OslabljenA propriocepcija

Informacije o položaju in gibanju telesa ali njegovih delov glede na ostale na podporni ploskvi podajajo proprioceptorji v mišicah. Njihovo delovanje je ključnega pomena za vzdrževanje ravnotežja. Znano je, da poškodbe in ostale patologije spodnjih okončin (npr. ponavljajoči se zvini gležnja, poškodbe kolenskih ligamentov) in trupa (bolečine v spodnjem delu hrbta) slabše vplivajo na proprioceptorje. Zmanjšano občutenje spodnje okončine pri senzoričnih nevropatijah starejših in pri osebah z diabetesom slabi ravnotežje in poveča možnost padca. Kot posledica bolezni, bodisi poškodbe ali staranja, tudi pomanjkanje vidnih funkcij, kot so kontrastna občutljivost, globina in periferni vid, oslabijo ravnotežje in privedejo do padcev. Osebe z okvaro vestibularnega sistema po virusnih infekcijah, travmatskih poškodbah možganov ali zaradi staranja lahko občutijo vrtoglavico in nestabilnost (Kloos in Givens Heiss, 2013).

Spremenjen in/ali oslavljen motorični odziv

Mišično-skeletni in/ali nevromišični sistem vplivata na kontrolo drže. Omejitve pri gibanju, zmanjšana mišična vzdržljivost, bolečina, slaba telesna drža in koordinacija gibov ogrožajo ravnotežje. Tipično pri starostnikih povečana prsna krivina zamakne težišče telesa v stran od podporne ploskve, kar privede do nestabilnosti. Osebe z nevrološkimi stanji (na primer kap, travmatska poškodba možganov, Parkinsonova bolezen) zaradi spremenjenega tonusa in oslabiljene koordinacije gibov ne zmorejo proizvesti zadostne moči v mišicah, ki so odgovorne za ravnotežje. Bolečina lahko spremeni gibalne vzorce, dolgoročno pa zmanjša mišično moč in oslabi pokretnost (Kloos in Givens Heiss, 2013).

Proces staranja

Padci so običajno glavni razlog morbidnosti, umrljivosti, zmanjšanja funkcioniranja in prezgodnje uporabe pomoči na domu pri osebah nad 65. letom starosti. Starejši imajo v primerjavi z mlajšimi:

- zapoznel odziv;
- da obdržijo težišče nad podporno ploskvijo, to večkrat korigirajo z gibanjem v kolkih;
- pri povečanju jakosti ni hitrosti, občutijo omejitve in težje obdržijo ravnotežje.

Starostniki, ki so izkusili padec ali dva, lahko razvijejo strah pred ponovnim padcem, kar vodi do pomanjkanja samozavesti pri opravljanju dnevnih aktivnosti, omejitev gibanja, socialne izolacije, depresije in tako zmanjšane kakovosti življenja. Starejše bolj skrbi, da bodo zaradi padca potrebovali pomoč ustanove, kot pa poškodba sama (Kloos in Givens Heiss, 2013).

Jemanje zdravil

Zaradi omotice in drugih stranskih učinkov se tveganje za padec poveča pri tistih, ki jemljejo štiri ali več vrst zdravil, in pri tistih, ki jemljejo določena zdravila, kot so uspavala, pomirjevala, triciklični antidepresivi, antihipertenzivi (Kloos in Givens Heiss, 2013).

Družbenoekonomske posledice padcev oziroma zlomov

Za svobodo gibanja in osebno zadovoljstvo je potrebna določena stopnja neodvisnosti pri vsakodnevnem delovanju. Vzdrževanje pokretnosti je pri tem ključnega pomena. Na primer zmanjšana zmožnost gibanja kot posledica staranja privede do padcev (Daley in Sprinks, 2000), ki niso le glavni razlog smrti, povzročene zaradi poškodb, temveč povzročijo tudi boleznost in invalidnost. Stroški zdravljenja zlomov v ZDA, ki so

posledica padca, so 10–20 milijard dolarjev, ki pa še naraščajo (Čampa, 2014).

Na drugi strani pa osebe na primer z zlomom kolka brez pomoči niso več zmožne hoditi, kar pomeni, da potrebujejo oskrbo v institucijah. Celotni strošek domov za starejše v ZDA je bil v letu 1985 31,1 bilijona dolarjev in pričakovati je, da se bo številka še 3–4-krat povečala do leta 2040. Starejša populacija narašča tako v pričakovani starosti kot v deležu glede na celotno populacijo. Da se zagotovi kakovostnejša starost, je vadba pokazala pozitivne učinke na fiziološke in psihološke parametre pri starostnikih (Daley in Sprinks, 2000).

Vadba ravnotežja pri starostnikih

Vadba ravnotežja pri starostnikih ciljno deluje na naslednje ravni: 1) odpravlja in zmanjšuje okvare sistemov, ki so pomembni za ravnotežje; 2) razvija za ravnotežje specifične, gibalne, čutilne in kognitivne strategije ter 3) vadi funkcionalne naloge tako, da se spreminjajo njihova zahtevnost za držo (stojo in hojo), sposobnost ohranjanja položaja ter uravnavanje reaktivnega in proaktivnega ravnotežja (Rugelj, 2016).

Učinki vadbe in ovire za izvajanje

Dokazano je, da ima vadba pri starostnikih dober vpliv. Vadba pri osebah nad 65. letom starosti zmanjšuje

šibkost, poveča hitrost hoje, izboljša neodvisnost delovanja in zviša pričakovano starost. Prav tako zmanjša dejavnike tveganja za kardiovaskularna obolenja, diabetes tipa II in osteoporozo ter posledično zmanjša stroške oskrbe. Dodatno ima pozitiven vpliv na izboljšanje ravnotežja in zmanjša dejavnike tveganja za padce. Neodvisnost od drugih verjetno za starostnike predstavlja najmočnejšo motivacijo za izvajanje vadbe. Drugi del motivacije predstavlja počutje pri doseganju njim pričakovanega (npr. zadovoljstvo in veselje pri hoji). Ovire pri izvajanju vadbe pa predstavljajo nezadosten čas, pomanjkanje socialne podpore, neprimeren prostor za izvajanje, prevoz oziroma transport do mesta, kjer se izvaja, stroški potrebnih rekvizitov za vadbo in za sodelovanje v skupini. Pogosti oviri sta tudi strah pred padcem in poškodba (Forkan idr., 2006).

Pregled in ocena ravnotežja

Ocena ravnotežja pri posamezniku sestoji iz naslednjih elementov (Kloos in Givens Heiss, 2013):

- evidence padcev;
- kliničnih testov za oceno ravnotežja;
- ocenjevalnih lestvic, ki vrednotijo posameznikova dnevna opravila;
- ocenjevalnih lestvic, ki določajo tveganja za padec v domačem okolju.

Vadba ravnotežja

Za program, zastavljen za izboljšanje ravnotežja, je treba upoštevati več kriterijev. Na primer pri osebah, ki so zaradi bolezni obležale v postelji in bile dalj časa neaktivne, mora program vsebovati tehnike za raztezanje spodnjih okončin in trupa za ponovno vzpostavitev kontrole drže in pokretnosti, vaje za izboljšanje mišične moči in dinamične, v funkcijo usmerjene ravnotežne naloge za zagotavljanje varnosti pri izvajanju dnevnih potreb.

Ker pa vadba za ravnotežje zahteva aktivnosti, ki za posameznika predstavljajo mejo stabilnosti, je pomembno, da terapevt poskrbi za varnost. Da se preprečijo padci in možnost nastanka poškodb, so potrebni (Kloos in Givens Heiss, 2013):

- varovanje terapevta z zadnje stranske strani;
- nošnja pasu za premeščanje v času izvajanja vaj, ki vplivajo na nestabilnost;
- izvajanje v bližini ograje za možnost oprijema;
- odstranitev ostrih predmetov;
- pri visoko zahtevnih aktivnostih varovanje posameznika s sprednje in hkrati z zadnje strani;
- preverjanje ustreznosti pripomočkov in rekvizitov;
- varovanje osebe pri nameščanju na napravo (npr. sobno kolo);
- zagotovitev čistih tal, odstranitev preprog.

Vaje za statično ravnotežje

Statično ravnotežje obravnava vzdrževanje položajev sede, kleče, polkleče in stoje na trdi podlagi. Med bolj zahtevne spadajo stoja na eni nogi, tandemska stoja, izpadni korak in čepenje. Vaja je težja, če se trda podlaga zamenja z mehkejšo (npr. blazina, trava, pesek), poveča naklon podporne ploskve, doda gibanje rok ali izvaja vajo z zaprtimi očmi. Uporaba elastičnega traku in uteži prav tako poveča težavnost. Nazadnje se lahko poleg osnovne vaje doda sekundarna naloga (na primer met žoge, miselna naloga) (Kloos in Givens Heiss, 2013).

Vaje za dinamično ravnotežje

Pri treniranju dinamičnega ravnotežja so ključni naslednji elementi (Kloos in Givens Heiss, 2013):

- medtem ko oseba stoji ali sedi na gibljivi podlagi (sedenje na žogi, stoja na ravnotežnih deskah in pri odboju na trampolinu), je pomembno, da je prenos teže telesa enakomeren in da osebi uspe zadržati položaj telesa;
- medtem ko oseba stoji na gibljivi podlagi, lahko vajo otežimo tako, da dodamo gibanje rok/rotiranje trupa/gibanje z glavo;
- vajo popestrimo s spreminjanjem položaja rok, na primer od navzven nad glavo;

- vaje s prestopanjem naj se začnejo z majhnimi koraki, napredujejo v razkorak, ti pa v izpadni korak;
- za otežitev v program vadbe vključimo skoke, »skipping«, skakanje čez vrv in skakanje z manjšega stola na tla;
- v različnih položajih stoje (z obema stopaloma na podlagi, tandemska stoja, stoja na eni nogi) izvajamo aktivnosti z rokami/nogami.

Vaje za izboljšanje ravnotežnih reakcij

Pri vadbi ravnotežnih reakcij se je treba posluževati naslednjih vaj (Kloos in Givens Heiss, 2013):

- seganje za žogo v vseh smereh, ujemanje in brcanje žoge;
- v različnih položajih telesa (sedenje, klečanje, stoja) met žoge različno hitro in različno visoko;
- z namenom izboljšanja kontrole drže naj v funkcijo usmerjene vaje vsebujejo dvigovanje različno težkih predmetov, ki jih premikamo različno hitro.

Vaje za izboljšanje prestreznih reakcij

Prestrezne reakcije vadimo z naslednjimi elementi (Kloos in Givens Heiss, 2013):

- postopno večanje nihajev pri zibanju telesa pri stoji na trdi podlagi;
- za izboljšanje prestreznih reakcij v gležnju vadimo stoji na eni nogi z iztegnjenim trupom;
- za izboljšanje prestreznih reakcij v kolku naj oseba hodi po gredi ali narisani liniji na tleh; stoji na eni nogi in naredi predklon; stoji na ravnotežni deski ali na trampolinu;
- za izboljšanje strategije koraka naj oseba poskusi narediti križni korak;
- za večjo težavnost je treba vaji dodati zunanjo silo. Na primer, kadar oseba dviguje ali meče in ujema predmete, različno težke in različnih velikosti.

Senzorična organizacija

Vse prej opisane vaje lahko otežimo tako, da vplivamo na sistem občutenja (Kloos in Givens Heiss, 2013):

- pri posamezni vaji lahko izključimo vizualni sistem, tako da zapremo oči;
- če želimo vaje otežiti prek somatosenzoričnega sistema, naj oseba stopi bolj skupaj/na mehko podlago/desko z naklonom.

Ravnotežje pri v funkcijo usmerjenih aktivnostih

Terapevt se mora pri pregledu osredotočiti na posameznikove omejitve pri aktivnostih. Če je na primer omejeno doseganje, naj bo program vadbe usmerjen v seganje po kozarcu na polici, seganje nazaj v rokav pri oblačenju. Kompleksnost vaje povečamo z izvajanjem dveh nalog hkrati. Rekreatijske aktivnosti, v katerih oseba uživa, povečajo motivacijo za vadbo, hkrati pa krepijo ravnotežje (Kloos in Givens Heiss, 2013).

Varnost pri vadbi

Da bo izvajanje varno, je treba posameznikove omejitve prilagoditi dani nalogi v obsegu zmožnosti prenosa teže telesa in zmožnosti dosega, ki še zagotavlja stabilnost. V primeru, da omejitev ne moremo spreminjati, se poslužujemo pripomočkov, prilagodimo okolje in povečamo podporo družine in okolja (Kloos in Givens Heiss, 2013).

Zdravstveno stanje in vplivi iz okolja

Za zmanjšanje tveganja za padce je treba upoštevati tudi vpliv drugih dejavnikov, ki slabo vplivajo na ravnotežje, saj spremenijo delovanje senzomotoričnih sistemov (Kloos in Givens Heiss, 2013).

Slabši vid

Treba je spodbujati preglede vida in posledično predpisati ustrezno prilagoditev leče, po potrebi operacijo sive mrežnice. Previdnostni ukrep pri močni dnevni svetlobi je uporaba kape ali klobuka in sončnih očal. Pri gibanju v hiši je priporočljivo prižgati luči zvečer in ponoči. V času hoje se svetuje izogibanje nošenju bifokalnih očal, saj slabše vplivajo na občutek globine in kontrastno občutljivost, posebno na stopnicah (Kloos in Givens Heiss, 2013).

Zmanjšano občutenje

Osebe z zmanjšanim občutenjem v nogah je treba opozoriti, da še posebej pazijo pri stopanju na mehko preprogo, neravna tla, in če je to potrebno, uporabijo palico. Priporočljiva je uporaba čvrste obutve z gumijastim podplatom in nizko peto. Potrebno je spodbujanje k rednim meritvam glukoze v krvi in drugih faktorjev (npr. holesterol), da so ti pod kontrolo oziroma zmanjšano vplivajo na senzorične poti pri boleznih, kot sta diabetes in periferna arterijska bolezen. Pri občutenju omotice je treba poiskati medicinsko pomoč (Kloos in Givens Heiss, 2013).

Zdravila

Oseba mora biti seznanjena z možnimi stranskimi učinki pomirjeval in antidepresivov ter možnostjo tveganja za padec. Na primer posebna pozornost velja pri jemanju zdravil za nespečnost v kombinaciji z nočnimi odhodi na stranišče (Kloos in Givens Heiss, 2013).

Zaključek

Za starostnika zelo pomemben pojem predstavlja samostojnost, ta pa zavisi od stopnje psihofizičnega stanja vsakega posameznika. Če se osredotočimo na dobro fizično stanje telesa, nam ta omogoča mobilnost in posredno zmožnost opravljanja dnevnih aktivnosti, kot so osebna nega, oblačenje, slačenje in ostale aktivnosti (pobiranje predmetov s tal, hoja po stopnicah, igra z vnuki itd.). Ta zmožnost je velik doprinos k psihičnemu stanju posameznika, saj se izraža kot osebno zadovoljstvo pri izvajanju vsakodnevno zadanih nalog.

Pogoj za določeno stopnjo mobilnosti je dobro ravnotežje, k čemur v veliki meri prispeva v ravnotežje usmerjena vadba. Tvrstna vadba ne vpliva le na izboljšanje kakovosti življenja, temveč tudi zmanjša možnost nastanka padca.

Literatura

Čampa, Š. (2014). *Vadba ravnotežja pri starostnikih* (Diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, Ljubljana.

Daley, M. J. in Spinks, W. L. (2000). Exercise, Mobility and Aging. *Sports Medicine*, 29(1), 1–12. Pridobljeno s <http://doi.org/10.2165/00007256-200029010-00001>

Forkan, R., Pumper, B., Smyth, N., Wirkkala, H., Ciol, M. A. in Shumway Cook, A. (2006). Exercise Adherence Following Physical Therapy Intervention in Older Adults With Impaired Balance. *Physical Therapy*, 86(3), 401–410. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1093/ptj/86.3.401>

Kloos, A. D. in Givens Heiss, D. (2013). Exercise for impaired balance. V C. Kisner in L. A. Colby (ur.), *Therapeutic exercise: foundations and technique* (str. 251–272). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Rugelj, D. (2016). Model večkomponentne, v ravnotežje usmerjene vadbe pri starostnikih. *Fizioterapija*, 26(1), 60–70. Pridobljeno s <https://www.physio.si/wp-content/uploads/2016/11/8.-241-Model-veckomponentne-v-ravnotezje.pdf>

POMOČ NA DOMU

Komu je namenjena?

Socialna oskrba na domu je namenjena upravičencem, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, zaradi starosti, invalidnosti ali kronične bolezni pa se ne morejo oskrbovati in negovati sami, njihovi svojci pa take oskrbe in nege ne zmorejo ali zanju nimajo možnosti. Gre za različne oblike organizirane praktične pomoči in opravil, s katerimi se upravičencem vsaj za določen čas nadomesti potrebo po institucionalnem varstvu v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki.

Proces socialne oskrbe na domu

Socialna oskrba na domu je strokovno voden proces in organizirana oblika praktične pomoči, pri kateri sodelujejo strokovni delavec, strokovni sodelavec, neposredni izvajalec oskrbe, upravičenec in ključni ali odgovorni družinski člani.

Zajete storitve

- pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih, kamor spadajo naslednja opravila: pomoč pri oblačenju, slačenju, umivanju, hranjenju, opravljanju

- osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov;
- gospodinjsko pomoč, kamor spadajo naslednja opravila: prinašanja enega pripravljenega obroka ali nabava živil in priprava enega obroka hrane, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti, postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora;
 - pomoč pri ohranjanju socialnih stikov, kamor spadajo naslednja opravila: vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter priprava upravičenca na institucionalno varstvo.

Upravičenci do socialne oskrbe

Upravičenci do socialne oskrbe na domu so osebe, ki jim preostale psihofizične sposobnosti omogočajo, da z občasno organizirano pomočjo drugega ohranjajo zadovoljivo duševno in telesno počutje ter lahko funkcionirajo v znanem bivalnem okolju, tako da jim vsaj za določen čas ni treba iti v institucionalno varstvo v zavod, drugo družino ali drugo organizirano obliko.

Pod temi pogoji so upravičenci:

- osebe, stare nad 65 let, ki zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost, niso sposobne za popolnoma samostojno življenje;
- osebe s statusom invalida po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, ki po oceni pristojne komisije ne zmorejo samostojnega življenja, če stopnja in vrsta njihove invalidnosti omogočata občasno oskrbo na domu;
- druge invalidne osebe, ki jim je priznana pravica do tuje pomoči in nege za opravljanje večine življenjskih funkcij;
- kronično bolni in osebe z dolgotrajnimi okvarami zdravja, ki nimajo priznanega statusa invalida, pa so po oceni pristojnega centra za socialno delo brez občasne pomoči druge osebe nesposobne za samostojno življenje;
- hudo bolni otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju, ki ni vključen v organizirane oblike varstva.

Izvajalci pomoči na domu

OBČINA TRŽIČ – Dom Petra Uzarja Tržič, kontakt: 030 600 166

OBČINA ŠENČUR – Dom upokojencev Kranj, kontakt: 04 280 13 00

OBČINA BOHINJ – Zavod svetega Martina, kontakt: 04/577-84-15

Plačilo

Storitev se plačuje na uro in je odvisna od višine cene v posamezni občini. Podatek o ceni lahko dobite pri izvajalcu.

Če imate nizke dohodke, je pri centru za socialno delo možno zaprositi tudi za oprostitev plačila socialnovarstvene storitve.

POROČILO O IZVAJANJU DELAVNIC V SKLOPU PROJEKTA GEROBUS – PRVA FAZA

Strokovni sodelavci Doma Petra Uzarja Tržič smo v mesecu septembru 2019 uspešno izpeljali brezplačne delavnice operacije *Lokalno za globalno za aktivno in prijetno staranje – Gerobus*. Zaporedno smo prisotnim predstavili delavnice z naslednjimi tematikami:

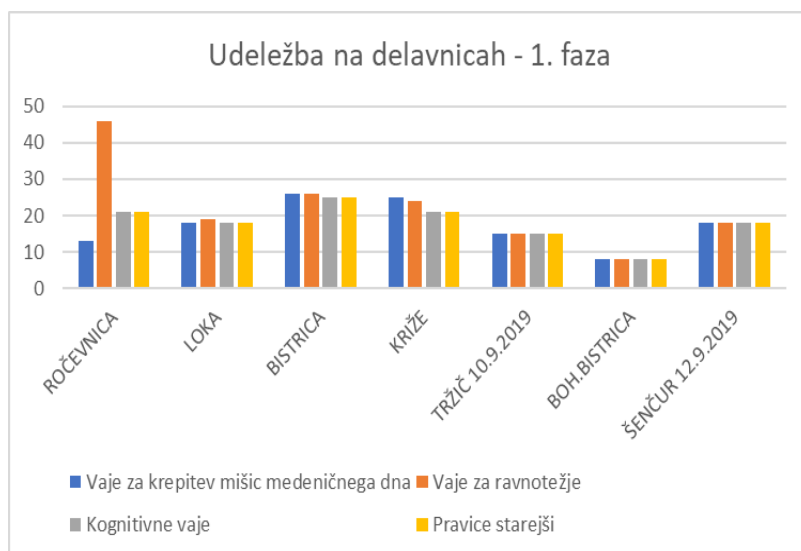
- vaje za ohranjanje ravnotežja;
- vaje medeničnega dna in urinska inkontinenca;
- kognitivne vaje (zgodnje odkrivanje demence);
- pravice starejših.

Pri izpeljavi delavnic smo sodelovali sodelavci s področij fizioterapije, delovne terapije, zdravstvenih služb, socialnega dela, animacije in strokovnega dela. Delavnice so potekale v Bistrici pri Tržiču, v Ročevnici, na Loki pri Tržiču, v Tržiču, v Bohinjski Bistrici in v Šenčurju.

Prebivalci teh območij so za delavnice lahko izvedeli prek uradne spletne strani projekta – www.gerobus.si, Facebook strani in vabil, ki so bila obešena po oglasnih deskah, povabljeni pa so bili tudi ustno. Delavnic so se udeležili uporabniki domov, zaposleni in ostali prebivalci starejših in mlajših generacij. Vseh udeležencev skupaj na vseh izvedenih delavnicah v prvi fazi projekta je bilo 531.

Namen delavnic je bil prenos informacij in predstavitev praktičnih vaj udeležencem za aktivno preživljanje prostega časa in upočasnjevanje nastanka demence. Z redno aktivnostjo, tako fizično kot miselno, lahko dlje časa ostanejo neodvisni od tuje pomoči.

Vsem udeležencem so bile razdeljene zloženke, ki smo jih pripravili v okviru projekta *Lokalno za globalno za aktivno in prijetno staranje – Gerobus*. Predstavili smo jim spletno učno okolje z video vsebinami in koristnimi informacijami. Povabili smo jih tudi na delavnice, ki so potekale v drugi fazi izvedbe projekta.



Slika: Število udeležencev na delavnicah – prva faza



Slika: Strokovni sodelavci operacije Gerobus

Poročilo z dne 3. 9. 2019, Ročevnica

Strokovni sodelavci Doma Petra Uzarja Tržič smo 3. 9. 2019 izpeljali brezplačne delavnice operacije Gerobus. Delavnice so potekale v Ročevnici, v Domu Petra Uzarja Tržič, natančneje v njegovi galeriji.

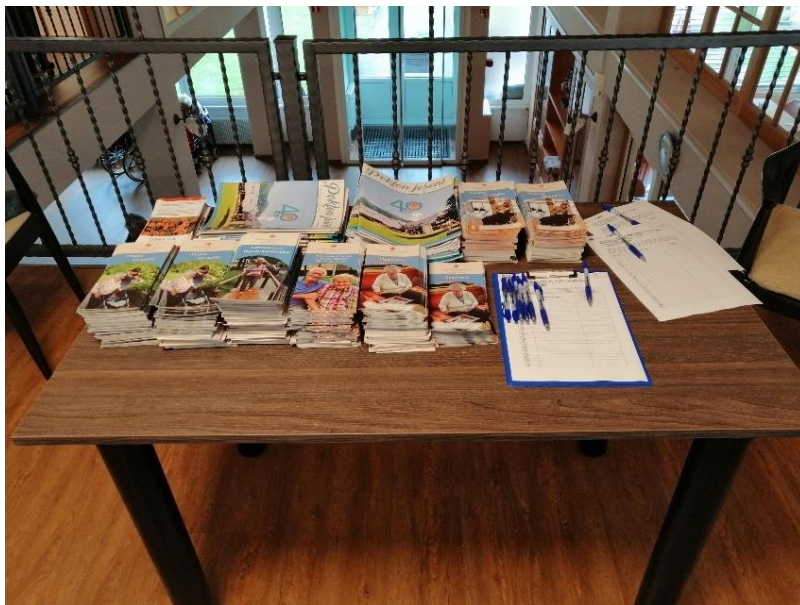
Prebivalci Ročevnice so za delavnice lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, Facebook strani in vabil, ki so bila obešena po oglasnih tablah, povabljeni pa so bili tudi ustno. Delavnic so se udeležili tako uporabniki doma kot ostali prebivalci Ročevnice. Udeležila sta se jih tudi dva udeleženca s posebnimi potrebami. Število vseh udeležencev skupaj na vseh štirih delavnicah je bilo 101.



Slika: Delavnica Pravice starejših v Ročevnici, 3. 9. 2019



Slika: Reševanje kognitivnih vaj, 3. 9. 2019



Slika: Letaki operacije Gerobus

Poročilo z dne 4. 9. 2019, Loka pri Tržiču

Strokovni sodelavci Doma Petra Uzarja Tržič smo 4. 9. 2019 izpeljali brezplačne delavnice operacije Gerobus. Delavnice so potekale na Loki pri Tržiču, v telovadnici KatrX.

Prebivalci Loke so za delavnice lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, Facebook strani in vabil, ki so bila obešena po oglasnih deskah, povabljeni pa so bili tudi ustno. Delavnic so se udeležili prebivalci Loke in njihovi sorodniki ter zaposleni v tamkajšnjih podjetjih. Število vseh udeležencev skupaj na vseh štirih delavnicah je bilo 73.



Slika: Utrinek z delavnice na Loki, 4. 9. 2019



Slika: Izvajanje kognitivnih vaj



Slika: Poslušanje predavanja na Loki, 4. 9. 2019

Poročilo z dne 5. 9. 2019, Bistrica pri Tržiču

Strokovni sodelavci Doma Petra Uzarja Tržič smo 5. 9. 2019 izvedli brezplačne delavnice operacije Gerobus. Delavnice so potekale v kraju Bistrica pri Tržiču, v zunanjem športnem parku Doma Petra Uzarja Tržič.

Prebivalci Bistrice pri Tržiču so za delavnice lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, Facebook strani in vabil, ki so bila obešena po oglasnih tablah, povabljeni pa so bili tudi ustno.

Delavnic so se udeležili tako uporabniki doma kot ostali prebivalci Bistrice pri Tržiču. Pridružil se je tudi nekaj

zaposlenih iz doma in člani Društva upokojencev Tržič. Število vseh udeležencev skupaj na vseh štirih izvedenih delavnicah je bilo 102.



Slika: Utrinek z delavnice v Bistrici pri Tržiču, 5. 9. 2019



Slika: Sodelovanje na vajah za ravnotežje, 5. 9. 2019

Poročilo z dne 6. 9. 2019, Križe

Strokovni sodelavci Doma Petra Uzarja Tržič smo 6. 9. 2019 uspešno izpeljali brezplačne delavnice operacije Gerobus. Delavnice so potekale v kraju Križe, v dvorani Doma krajanov.

Prebivalci Križ so za delavnice lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, Facebook strani in vabil, ki so bila obešena po oglasnih tablah, povabljeni pa so bili tudi ustno.

Delavnic so se udeležili predvsem starejši prebivalci Križ in okolice, člani Krajevne skupnosti Križe ter člani Društva

zdravje. Število vseh udeležencev skupaj na vseh štirih delavnicah je bilo 91.



Slika: Utrinek z delavnice v Križah, 6. 9. 2019



Slika: Vaje za ravnotežje, 6. 9. 2019



Slika: Udeležba na delavnici v Križah, 6. 9. 2019

Poročilo z dne 10. 9. 2019, Tržič

Strokovni sodelavci Doma Petra Uzarja Tržič smo 10. 9. 2019 uspešno izpeljali brezplačne delavnice operacije Gerobus. Delavnice so potekale v Tržiču, v dvorani paviljona NOB.

Prebivalci Tržiča so za delavnice lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, Facebook strani in vabil, ki so bila obešena po oglasnih tablah, povabljeni pa so bili tudi ustno.

Delavnic so se udeležili predvsem starejši prebivalci Tržiča in njihovi svojci, člani Društva upokojencev Tržič ter člani Društva zdravje, ki delujejo v Tržiču. Število vseh udeležencev skupaj na vseh štirih delavnicah je bilo 60.



Slika: Utrinek z delavnice v Tržiču, 10. 9. 2019



Slika: Sodelovanje na delavnici, 10. 9. 2019



Slika: Udeležba na predavanju v Tržiču, 10. 9. 2019



Slika: Vaje za ravnotežje, 10. 9. 2019

Poročilo z dne 11. 9. 2019, Bohinjska Bistrica

Strokovni sodelavci Doma Petra Uzarja Tržič smo 11. 9. 2019 izvedli brezplačne delavnice operacije Gerobus v Bohinjski Bistrici. Delavnice so potekale v Bohinjski Bistrici, v sejni sobi Doma Joža Ažmana.

Prebivalci Bohinjske Bistrice so za delavnice lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, Facebook strani, članka v tamkajšnjem mesečniku in vabil, ki so bila obešena po oglasnih tablah, povabljeni pa so bili tudi ustno na eni izmed večjih krajevnih prireditvev.

Delavnic so se udeležili vodilni člani društva upokojencev, predstavniki Zavoda Svetega Martina, predstavniki Občine Bohinjska Bistrica in nekaj starejših občanov, ki bodo znanje prenesli med ljudi v ustanove, v katerih delujejo. Število vseh udeležencev skupaj na vseh štirih delavnicah je bilo 32.



Slika: Kognitivne vaje v Bohinjski Bistrici, 11. 9. 2019



Slika: Utrinek z delavnice v Bohinjski Bistrici, 11. 9. 2019



Slika: Sodelovanje na delavnici v Bohinjski Bistrici, 11. 9. 2019

Poročilo z dne 12. 9. 2019, Šenčur

Strokovni sodelavci Doma Petra Uzarja Tržič smo 12. 9. 2019 izpeljali brezplačne delavnice operacije Gerobus. Delavnice so potekale v kraju Šenčur, v sejni sobi Doma krajanov Šenčur.

Prebivalci Šenčurja so za delavnice lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, Facebook strani, članka v tamkajšnjem mesečniku in vabil, ki so bila obešena po oglasnih tablah, povabljeni pa so bili tudi ustno.

Delavnic so se udeležili starejši občani in njihovi svojci iz Šenčurja in okolice, člani Društva upokojencev Šenčur ter člani Društva Zdravje, ki delujejo v Šenčurju. Število vseh udeležencev skupaj na vseh štirih delavnicah je bilo 72.



Slika: Izvajanje kognitivnih vaj, 12. 9. 2019

Slika prikazuje aktivno reševanje kognitivnih vaj oziroma vaj za spomin udeležencev delavnic.



Slika: Vaje za ravnotežje, 12. 9. 2019



Slika: Utrinek z delavnice v Šenčurju, 12. 9. 2019



Slika: Udeležba na predavanju v Šenčurju, 12. 9. 2019

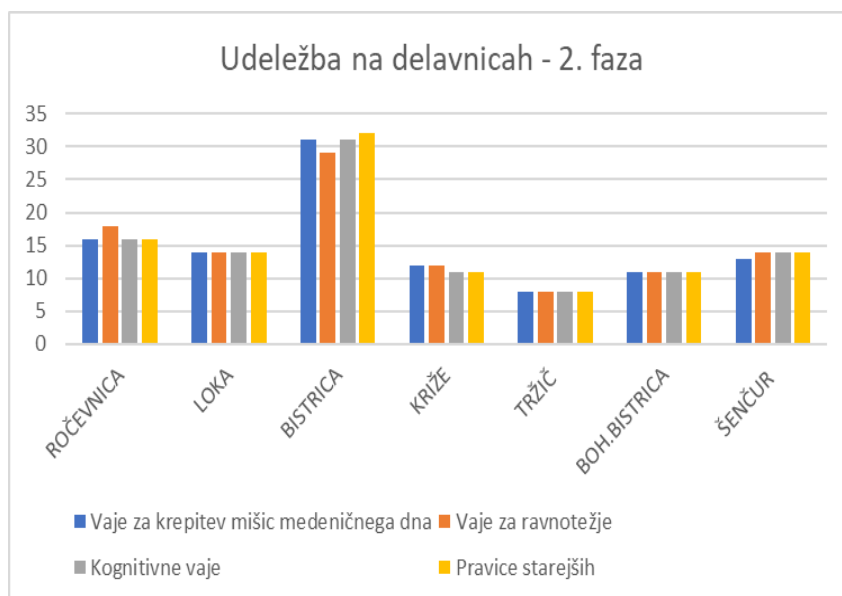
POROČILO O IZVAJANJU DELAVNIC V SKLOPU PROJEKTA GEROBUS – DRUGA FAZA

Strokovni sodelavci iz Doma Petra Uzarja Tržič smo v mesecih oktobru in novembru 2019 izpeljali drugo fazo delavnic operacije Gerobus. Delavnice so potekale na sedmih lokacijah, in sicer v Križah, na Loki pri Tržiču, v Ročevnici, v Bistrici pri Tržiču, v Tržiču, v Šenčurju in v Bohinjski Bistrici. Povabljeni so bili vsi starejši krajani in njihovi svojci.

Za termine delavnic so udeleženi lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, domske Facebook strani, lokalnega časopisa Tržičan, na delavnicah, ki so potekale v prvi fazi, ali prek plakatov, ki smo jih izobesili na informativnih tablah v okolici.

Nekateri so se delavnic udeležili prvič, veliko pa je bilo takih, ki so se delavnic udeležili že v prvi fazi. Delavnice smo vodili strokovni delavci iz Doma Petra Uzarja Tržič, in sicer strokovna sodelavka, animatorka, fizioterapevtka, delovna terapevtka, socialna delavka in dve diplomirani medicinski sestri. Udeležencem so bile predstavljene štiri delavnice z nadgradnjo vsebine iz prve faze. Predstavljene so bile delavnice z vajami za ravnotežje in osteoporozo, vaje za krepitev mišic medeničnega dna, kognitivne vaje

in pravice starejših. Opravljali smo tudi individualna testiranja prek testa »Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti« (KPSS) za zgodnje odkrivanje demence. Udeležencem smo razdelili zloženke in jih seznanili s spletno učilnico in video vsebinami na spletni strani www.gerobus.si. Delavnic se je v drugi fazi skupaj udeležilo 422 oseb na sedmih različnih lokacijah.



Slika: Skupno število udeležencev na delavnicah v drugi fazi projekta

Poročilo z dne 21. 10. 2019, Križe

Strokovni sodelavci iz Doma Petra Uzarja Tržič smo 21. 10. 2019 uspešno izpeljali delavnice operacije Gerobus.

Delavnice so potekale v Domu krajanov v Križah, povabljeni pa so bili vsi starejši krajani in njihovi svojci.

Za termine delavnic so lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, domske Facebook strani, lokalnega časopisa Tržičan, na delavnicah, ki so potekale v prvi fazi, ali prek plakatov, ki smo jih izobesili na informativnih tablah v okolici.

Nekateri so se delavnic udeležili prvič, veliko pa je bilo takih, ki so se delavnic udeležili že v prvi fazi. Skupno se jih je delavnic udeležilo 46.



Slika: Sodelovanje na delavnici v Križah, 21. 10. 2019



Slika: Utrinek z delavnice v Križah, 21. 10. 2019

Poročilo z dne 22. 10. 2019, Ročevnica

Strokovni sodelavci iz Doma Petra Uzarja Tržič smo 22. 10. 2019 izpeljali delavnice operacije Gerobus.

Delavnice so potekale v prostorih Doma Petra Uzarja Tržič, povabljeni pa so bili vsi starejši krajani in njihovi svojci.

Za termine delavnic so lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, domske Facebook strani, lokalnega časopisa Tržičan, na delavnicah, ki so potekale v prvi fazi, ali prek plakatov, ki smo jih izobesili na informativnih tablah v okolici.

Nekateri so se delavnic udeležili prvič, veliko pa je bilo takih, ki so se delavnic udeležili že v prvi fazi projekta. Skupno število udeležениh je bilo 66.



Slika: Utrinek z delavnice v Ročevnici, 22. 10. 2019



Slika: Udeležba na delavnici, 22. 10. 2019

Poročilo z dne 24. 10. 2019, Loka pri Tržiču

Strokovni sodelavci iz Doma Petra Uzarja Tržič smo v četrtek, 24. 10. 2019, uspešno izpeljali delavnice v sklopu operacije Gerobus.

Delavnice so potekale v športni dvorani KatrX šport, povabljeni pa so bili vsi starejši krajani in njihovi svojci.

Za termine delavnic so lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, domske Facebook strani, lokalnega časopisa Tržičan, na delavnicah, ki so potekale v prvi fazi, ali prek plakatov, ki smo jih izobesili na informativnih tablah v okolici.

Nekateri so se delavnic udeležili prvič, nekateri pa so se udeležili že delavnic, ki so bile izvedene v prvem sklopu projekta. Delavnic se je udeležilo skupaj 56 udeležencev.



Slika: Utrinek z delavnice na Loki pri Tržiču, 24. 10. 2019



Slika: Vaje za ravnotežje, 24. 10. 2019

Poročilo z dne 5. 11. 2019, Bohinjska Bistrica

Strokovni sodelavci iz Doma Petra Uzarja Tržič smo v torek, 5. 11. 2019, uspešno izpeljali delavnice operacije Gerobus.

Delavnice so potekale v prostorih Občine Bohinj.

Za termine delavnic so lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, domske Facebook strani, lokalnega časopisa, na delavnicah, ki so potekale v prvi fazi, ali prek plakatov, ki smo jih izobesili na informativnih tablah v okolici.

Nekateri so se delavnic udeležili prvič, veliko pa je bilo takih, ki so se delavnic udeležili že v prvi fazi. Delavnic se je udeležilo skupaj 44 udeležencev.



Slika: Utrinek z delavnice v Bohinjski Bistrici, 5. 11. 2019



Slika: Udeležba na delavnici v Bohinjski Bistrici, 5. 11. 2019

Poročilo z dne 6. 11. 2019, Bistrica pri Tržiču

Strokovni sodelavci iz Doma Petra Uzarja Tržič smo 6. 11. 2019 uspešno izpeljali delavnice v sklopu projekta Gerobus. Delavnice so potekale v prostorih Doma Petra Uzarja Tržič, povabljeni pa so bili vsi starejši krajani in njihovi svojci.

Za termine delavnic so lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, domske Facebook strani, lokalnega časopisa Tržičan, na delavnicah, ki so potekale v prvi fazi, ali prek plakatov, ki smo jih izobesili na informativnih tablah v okolici.

Nekateri so se delavnic udeležili prvič, veliko pa je bilo takih, ki so se delavnic udeležili že v prvi fazi projekta. Delavnic se je skupno udeležilo 123 udeležencev.



Slika: Utrinek z delavnice v Bistrici pri Tržiču, 16. 11. 2019



Slika: Udeležba na delavnici v Bistrici pri Tržiču, 16. 11. 2019

Poročilo z dne 12. 11. 2019, Šenčur

Strokovni sodelavci iz Doma Petra Uzarja Tržič smo 12. 11. 2019 uspešno izpeljali delavnice operacije Gerobus.

Delavnice so potekale v prostorih Doma krajanov v Šenčurju, povabljeni pa so bili vsi starejši krajan in njihovi svojci. Za termine delavnic so lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, domske Facebook strani, lokalnega časopisa Jurij, na delavnicah, ki so potekale v prvi fazi, ali prek plakatov, ki smo jih izobesili na informativnih tablah v okolici.

Nekateri so se delavnic udeležili prvič, nekateri pa so se jih udeležili že v prvi fazi. Delavnic se je skupno udeležilo 55 udeležencev.



Slika: Utrinek z delavnice v Šenčurju, 12. 11. 2019



Slika: Udeležba na delavnici v Šenčurju, 12. 11. 2019

Poročilo z dne 14. 11. 2019, Tržič

Strokovni sodelavci iz Doma Petra Uzarja Tržič smo 14. 11. 2019 uspešno izpeljali delavnice operacije Gerobus.

Delavnice so potekale v prostorih Paviljona NOB v Tržiču, povabljeni pa so bili vsi starejši krajani in njihovi svojci. Za termine delavnic so lahko izvedeli prek spletne strani www.gerobus.si, domske Facebook strani, lokalnega časopisa Tržičan, na delavnicah, ki so potekale v prvi fazi, ali prek plakatov, ki smo jih izobesili na informativnih tablah v okolici.

Nekateri so se delavnic udeležili prvič, nekateri pa so se jih udeležili že v prvi fazi. Delavnic se je skupno udeležilo 32 udeležencev.



Slika: Utrinek z delavnice v Tržiču, 14. 11. 2019



Slika: Udeležba na delavnici v Tržiču, 14. 11. 2019

Poročilo s predavanja zaposlenim – Zavod Sv. Martina, 22. 6. 2020

Strokovni sodelavci iz Doma Petra Uzarja Tržič smo v ponedeljek, 22. 6. 2020, uspešno izvedli predavanje in izobraževanje za zaposlene v Zavodu Sv. Martina v Srednji vasi v Bohinju.



Slika: Predavanje v parku Zavoda Sv. Martina, 22. 6. 2020

Zaradi situacije s koronavirusom smo predavanje izvedli v zunanjem parku tamkajšnjega zavoda. Predavanja so se udeležili različni profili delavcev zavoda, in sicer socialna delavka, negovalke, srednje medicinske sestre, višje medicinske sestre, strežnice in receptor ter nekaj uporabnikov zavoda. Skupaj se je predavanja udeležilo 29 udeležencev.



Slika: Utrinek s predavanja v Zavodu Sv. Martina, 22. 6. 2020

Predavanja so vodili strokovni delavci iz Doma Petra Uzarja Tržič, in sicer strokovna sodelavka, animatorka, fizioterapevtka, socialna delavka in delovna terapevtka.

Navzočim smo predstavili preteklo delo za projekt Gerobus ter jih ozaveštili o težavah in izzivih staranja ter pomembnosti skrbi zase in za svoje v tretjem življenjskem obdobju s poudarkom na bolezni demenci.

Razdelili smo jim zloženke ter predstavili spletno stran z video in interaktivnimi vsebinami www.gerobus.si.



Slika: Razdeljevanje letakov udeležencem



Slika: Udeleženci so z veseljem prejeli letake

Poročilo s predavanja zaposlenim – Osnovna šola Križe, 2. 7. 2020

2. 7. 2020 ob 8. uri zjutraj smo strokovni sodelavci Doma Petra Uzarja Tržič izvedli predavanje za zaposlene v sklopu operacije Lokalno za globalno za aktivno in prijetno staranje – Gerobus v jedilnici Osnovne šole Križe.



Slika: Zaposleni Osnovne šole Križe

Zaposleni so nas zelo lepo sprejeli in nam namenili polno pozornost. Zaradi trenutne situacije s koronavirusom smo bili tako zaposleni Doma Petra Uzarja Tržič kot zaposleni Osnovne šole Križe v zaščitnih maskah in smo ohranjali medsebojno 1,5-metrsko razdaljo.



Slika: Predavanje v Osnovni šoli Križe

Predavanje smo izvedli strokovni sodelavci Doma Petra Uzarja Tržič, in sicer animatorka, strokovna sodelavka, dve diplomirani medicinski sestre, socialna delavka iz pomoči na domu ter delovna terapevtka.



Slika: Strokovni tim Doma Petra Uzarja Tržič

Zaposlenim so bili predstavljeni projekt Gerobus, cilji in namen projekta ter dejavnosti, ki smo jih že izvedli. Zatem so lahko prisluhnili predavanju o urinski inkontinenci in izvajali vaje medeničnega dna.



Slika: Poslušanje predavanja o inkontinenci

Sledilo je predavanje o pravicah starejših s poudarkom na možnosti koriščenja pomoči na domu. Naslednja tema, ki je bila predstavljena, je bila osteoporoza, kjer so udeleženci izvedeli, kako preprečiti oziroma omejiti nastanek te bolezni.



Slika: Utrinek s predavanja v Osnovni šoli Križe

Zadnja tema je bila demenca, kjer so udeleženci izvedeli, kateri so prvi znaki bolezni, kakšne vaje lahko izvajamo za preprečevanje napredka bolezni in kako se s to boleznijo soočati kot svojec bolnika.

Udeležencem smo razdelili liste s kognitivnimi vajami oziroma vajami za spomin.

Prav tako smo vsem prisotnim razdelili zloženke in jim predstavili spletno učno okolje www.gerobus.si.

Predavanja se je skupno udeležilo 34 zaposlenih na Osnovni šoli Križe.



Slika: Udeleženci na predavanju v Osnovni šoli Križ