

Zdravo, aktivno in varno staranje

Healthy, active and safe ageing

Božidar Voljč



Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

V letu 1953 je bila v Sloveniji pričakovana življenjska doba ob rojstvu za moške 52,12 let, za ženske pa 58,21 let.¹ Leta 2009 so moški lahko pričakovali 75,8 let življenja in ženske dobrih 82 let.² Šele ko preračunamo, za koliko mesecev se je življenje v povprečju podaljšalo vsako leto in za koliko dni vsak mesec, nam postane jasno, kakšen dosežek je to. Ker je v najbolj razvitih državah pričakovana življenjska doba ob rojstvu danes že daljša, lahko predvidevamo, da se bo tudi pri nas še podaljševala. Leta 2060 naj bi vsak deček, rojen v Sloveniji, lahko pričakoval 83,7 let, deklica pa 88,8 let življenja.³

Ali se s podaljšanim življenjem spremeni tudi narava starosti? So stari ljudje danes bolj zdravi in dejavni kot nekoč? Kaj ogroža njihovo socialno in zdravstveno varnost?

Spremenjeno sliko starosti in staranja sta napovedali dve, danes že klasični teoriji o epidemiološki tranziciji iz leta 1971 in teorija o zgostitvi obolevnosti iz leta 1983. Po teoriji epidemiološke tranzicije je epidemiološka slika v vseh okoljih odvisna od socialnih, ekonomskih, demografskih in epidemioloških dejavnikov. Ti so v razvitih družbah prispevali k temu, da ljudje živijo dlje in da je prevalenca kroničnih nenalezljivih bolezni prevladala nad prevalenco nalezljivih bolezni.⁴ Po teoriji zgostitve obolevnosti se življenje podaljšuje zato, ker so stari ljudje bolj zdravi, za starost značilne bolezni pa se pojavljajo kasneje kot doslej.⁵ Kasnejše spremljanje in raziskave so potrdile, da je z aerobnimi vajami, danes bi lahko rekli »aerobnim načinom življenja«, poleg drugih pozitivnih fizioloških učinkov mogoče v vi-

soko starost odložiti nastop srčno-žilnih bolezni. Med rekreativno dejavnimi prebivalci je malo kadičev, njihov indeks telesne mase je nižji, vrednost koristnih lipoproteinov višja, utrip in krvni tlak pa nižja. Izkazalo se je tudi, da »aerobni« način življenja učinkovito zmanjšuje število poškodb med starejšimi. Rekreativno dejaven način življenja, ki je razširjen med višjimi socialno-ekonomskimi skupinami družbe, potiska nastop bolezni v končno obdobje življenja. Čas življenja z boleznijo je v tej skupini v primerjavi z nižjimi socialno-ekonomskimi skupinami prepolovljen. Tako se srečujemo z dvema oblikama zgoščene obolevnosti. Pri dejavnem starostniku je potisnjena v zadnje obdobje življenja, na ravni družbe pa je »zgoščena« med revnejšim prebivalstvom.⁶ Nepravične razlike v zdravju med posameznimi socialno-ekonomskimi skupinami zaobjema pojem socialni gradient.⁷ Navedeno velja tudi za Slovenijo, čeprav je pri nas družbena kohezija v primerjavi z drugimi državami razmeroma visoka.⁸ Zdravo in dejavno staranje je strateška evropska usmeritev, s katero naj bi podaljšali življenje brez bolezni in zmanjšali nepravilnosti v zdravju.⁹ Z njim naj bi podaljšali samostojno in neodvisno starost, ki je za starejše največja vrednota.¹⁰

Čeprav je cilj dejavne in zdrave starosti smrt zaradi življenjske izčrpanosti in ne zaradi bolezni,¹¹ večina starih, najsi bo iz višjega ali nižjega socialno-ekonomskega sloja, še vedno umre zaradi bolezni ali poškodb. Čim višja je starost, tem večje so potrebe po oskrbi in negi, prav tako pa je večja tudi verjetnost za poškodbe, še posebej za padce.^{12,13} Povsod, tudi v Sloveniji, najhitreje narašča

skupina starih nad 80 let. V Sloveniji so leta 2008 predstavljali 3,5 % prebivalstva, v letu 2011 4,1 %, leta 2020 naj bi jih bilo 5,4 %, leta 2060 pa kar 13,9 %. Še hitreje bo naraščala skupina starih nad 85 let. Leta 1989 jih je bilo za 0,7 % vseh prebivalcev, do leta 2009 se je njihovo število podvojilo, leta 2060 pa naj bi predstavljali 8 % vseh prebivalcev.³ Čim več jih bo, tem večji bo družbeni pomen njihovih najpogostejših zdravstvenih problemov in poškodb.

V Sloveniji danes 27 % vseh, ki so stari več kot 65 let, živi samih.² V vajenem okolju želijo ostati čim dlje samostojni in materialno neodvisni. Tudi ko pride čas »zgoditve«, bolezen in z njo čas za pomoč, si večina ne želi življenja v institucijah za starejše, ampak želijo pomoč prejemati doma, v okolju, ki jim predstavlja varnost in stabilnost.¹⁴ Oskrba starejših je v vseh evropskih državah pomembno področje, v Sloveniji pa že dolgo pripravljenega zakona o dolgotrajni oskrbi še nismo sprejeli. Očitno čaka na naslednjo vladno garnituro.

Oskrba starejših na domu sodi k socialni kulturi vsake razvite družbe, ki pomoč in z njo višjo varnost nudi vsem, ki jo potrebujejo. Struktura varnosti starejših se ne razlikuje prav veliko od varnosti, ki jo uživajo ostale generacije. Poleg socialne in zdravstvene varnosti je za starejše bolj pomembna fizična varnost, ki jo ogrožajo nasilje in poškodbe. Veliko starejših meščanov se zaradi strahu pred nasiljem v nočnih urah ne upa na ulice, še več jih je v bivalnem okolju izpostavljenih fizičnemu in psihičnemu nasilju svojcev.^{15,16} Njihovo varnost ogrožajo še poškodbe, zlasti padci, ki imajo lahko usodne zdravstvene ali socialne posledice. Največ jih je na domovih starejših, tam, kjer se počutijo najbolj varne. Najpogostejše so vzroki padcev spotik, zdrs, vrtoglavica, slabost; vsi so lahko povezani tudi z boleznimi v starosti.¹⁷ S primarno-preventivnimi dejavnostmi, ko usposobljeni vseh starosti, predvsem pa stari sami, v svojih okoljih vrstnike seznanjajo z nevarnostmi padcev in ukrepi za njihovo zmanjšanje, je incidenco padcev mogoče znižati.¹⁸

Kadar starostnik pade, je pomembna hitra strokovna pomoč, ki je možna le, če se padec ali poškodba čim prej odkrijeta. Če pade v prisotnosti drugih, je pomoč hitro pri

roki, povsem drugače pa je, če je človek sam in pade v svojem stanovanju. Če po padcu ne more vstati, telefona pa ni na doseg, je padec lahko smrtno nevaren. V današnjem času je večjo varnost starejših v njihovih stanovanjih mogoče zagotoviti z inteligentnimi sistemi nadzora načina in hitrosti njihovega gibanja, čemur posveča pozornost tudi ta številka Zdravniškega vestnika.¹⁹ Po svetu so razvili že kar nekaj možnih načinov. Za nas je posebej zanimiva rešitev, ki je predstavljena v članku Dovgana in sodelavcev v tej številki Zdravniškega vestnika in ki so ga v sodelovanju s kolegi iz drugih držav razvili na Inštitutu Jožefa Stefana. Kombiniran senzorski sistem, ki 24 ur na dan v stanovanju starostnika nadzira hitrost njegovih gibov in njegov položaj, opozori nadzorni center, če se pojavi nenavadno gibanje (padec) ali če zaradi njega ali bolezenskega incidenta obstane v nenavadnem položaju. Slovenski dosežek prekaša dosedanje sisteme, ker v kombinaciji spremljanja pospešenih gibov in lege posameznika omogoča veliko bolj občutljiv in zanesljiv nadzor nad njegovim gibanjem, ne da bi ga pri tem spremljale kamere.

Slovenski sistem je prestal pilotno fazo in ga še ni na trgu, v praksi pa ga še preizkušajo. Upajmo, da s končno ceno ne bo predrag in da bodo njegove prednosti s subvencijami dostopne vsem potrebnim v socialnem gradientu. Uspešna pilotna faza še ne izključuje težav, ki se utegnejo pojaviti, ko ga bo v različnih okoljih uporabljalo veliko starostnikov. Želimo si, da bi tudi takrat dokazal svoje prednosti pred dosedanjimi oblikami senzorskega nadzora. Če bodo vsi nadaljnji postopki, tudi administrativni, ustrezno zaključeni, bo dosežek ekipe predstavljal korak naprej v podaljšanju časa, ki ga starejši preživijo na samostojen način v okolju, ki so ga vajeni. V primerjavi z boleznimi se poškodbe in padci pripetijo tudi zdravim starostnikom, zato dosežek, o katerem avtorji poročajo, zdravim in bolnim ponuja večjo varnost bivanja in daljše samostojno življenje na način, ki si ga še pred nedavnim ni bilo mogoče zamisliti. Sodi pa k današnji sliki starosti, katere varnost spremlja na času primeren način.

Literatura

1. Cvahte S, Kastelic I, Neubauer R, Odar Z. Zdravstveno stanje prebivalstva SR Slovenije. Ljubljana: Zavod SRS za zdravstveno varstvo; 1972.
2. Statistični urad Republike Slovenije. Mednarodni dan starejših. (Sept 29 2011). Dosegljivo na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4221.
3. Statistični urad Republike Slovenije. Dosegljivo na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=1683.
4. Omran AR. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly* 2005; 83: 731–57. Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1971; 49: 509–38.
5. Fries JF. The Compression of Morbidity. *The Milbank Quarterly* 2005; 83: 801–23. Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1983; 61: 397–419.
6. Fries JR. Physical activity, the compression of morbidity, and the health of elderly. *J R Soc Med* 1996; 89: 64–8.
7. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365: 1099–104.
8. Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuš M, Jeriček Klanšček H. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2011. p. 25, 37, 44–7.
9. Healthy Ageing, a Challenge for Europe. Östersund: The Swedish National Institute for Public Health; 2006.
10. Ramovš J. Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2003.
11. Harman D. The aging process: Major risk factor for disease and health. *Proc Natl Acad Sci USA* 1991; 88: 5360–5363.
12. Satariano WA. *Epidemiology of Aging*. Sudbury: Jones and Burtlett Publishers; 2006. p. 232–3.
13. Rok Simon M. Poškodbe starejših ljudi zaradi padcev v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2006. Dosegljivo na: http://www.ivz.si/Mp.aspx/Po%C5%Aikodbe_stare.
14. Ramovš J. Star človek v današnji družini. *Kakovostna starost* 2004; 7: 17–24.
15. Voljč B. Starosti prijazna Ljubljana. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2010.
16. Žiberna A. Nasilje nad starejšimi v Sloveniji in oblike pomoči žrtvam. Dosegljivo na: <http://www.ds-rs.si/kb/posveti/?View=entry&EntryID=154>.
17. Voljč B. Padci v starosti. *Kakovostna starost* 2010; 13: 26–31.
18. Voljč B. Zmanjšajmo padce v starosti. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2010.
19. Dovgan E, Luštrek M, Pogorelc B, Gradišek A, Burger H, Gams M. Intelligent elderly-care prototype for fall and disease detection. *Zdrav Vestn* 2011; 80: 824–31.