



SPREMLJANJE DEMENCE
V SLOVENIJI:
Epidemiološki in drugi vidiki

Spremljanje demence v Sloveniji: Epidemiološki in drugi vidiki

Uredili:

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič



Založba ZRC

SPREMLJANJE DEMENCE V SLOVENIJI: EPIDEMIOLOŠKI IN DRUGI VIDIKI

Urednici: Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič

Recenzentki: Jana Goriup, Lilijana Šprah

Jezikovni pregled: Mihaela Törnär

Tehnično urejanje: Lucija Grkman, Nina Mavrič

Izdajatelj: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut

Zanj: Lilijana Šprah

Založila: Založba ZRC

Zanjo: Oto Luthar

Glavni urednik založbe: Aleš Pogačnik

Oblikovanje in prelom: Kati Rupnik

Oblikovanje naslovnice: Metod Frlic

Ljubljana, oktober 2021

Prva e-izdaja.

Publikacija je prosto dostopna in zaščitena z mednarodno licenco Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International License (priznanje avtorstva, deljenje pod istimi pogoji):
<https://doi.org/10.3986/9789610505785>



Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani.

COBISS.SI-ID 79571715

ISBN 978-961-05-0578-5 (PDF).

KRATICE IN OKRAJŠAVE

ADI	Svetovna organizacija Alzheimer (angl. Alzheimer Disease International)
AE	Evropska organizacija Alzheimer (angl. Alzheimer Europe)
AHA	Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji (projekt)
ALCOVE	»Alzheimer's Cooperative Valuation in Europe« (projekt)
ATC	Anatomsko-terapevtsko-kemična klasifikacija zdravil (angl. Anatomical Therapeutic Chemical Classification)
BDP	bruto domači proizvod
covid-19	koronavirusna bolezen 2019
DDD	definirani dnevni odmerek zdravila (angl. Defined Daily Dose)
DID	definirani dnevni odmerek na 1000 prebivalcev na dan (angl. Defined Daily Doses per 1,000 inhabitants per day)
DPT	demenci prijazne točke
DSO	dom starejših občanov
EK	Evropska komisija
EU	Evropska Unija (angl. European Union)
EuroCoDe	»European Collaboration on Dementia« (projekt)
Eurodem	»European Community Concerted Action Epidemiology on Prevention of Dementia« (projekt)
GBD	globalno breme bolezni (angl. Global Burden of Disease)
GDO	Svetovni observatorij za demenco (angl. Global Dementia Observatory)
FDA	Ameriška Uprava za hrano in zdravila (angl. U.S. Food and Drug Administration)
MDDSZEM	Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
MERS	bližnjevzhodni respiratorni sindrom (angl. Middle East Respiratory Syndrome)
MZ	Ministrstvo za zdravje
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NTA	računi nacionalnih transferjev (angl. National Transfer Accounts)
NMDA	N-metil-D-aspartat
OECD	Organizacija za gospodarstvo in razvoj (angl. Organisation for Economic Co-operation and Development)
OVO	osebna varovalna oprema

OZN	Organizacija združenih narodov
PMC	PubMed Central
PRISMA	Prednostna poročila za sistematične preglede in metaanalizo (angl. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)
PTSS	post travmatski stresni sindrom (angl. Posttraumatic Stress Syndrome)
ReNPDZ18-28	Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028
SARS-CoV-2	hudi akutni respiratorni sindrom koronavirus 2; virus, ki povzroča covid-19 (angl. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2)
SARS	hudi akutni respiratorni sindrom (angl. Severe Acute Respiratory Syndrome)
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
SVZ	socialnovarstveni zavod
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
ZDA	Združene države Amerike
ZK	Združeno kraljestvo
ZN	Združeni narodi
ZPIZ	Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

KAZALO

KNJIGI NA POT: MONOGRAFIJI SPREMLJANJE DEMENCE V SLOVENIJI: EPIDEMIOLOŠKI IN DRUGI VIDIKI NA POT <i>Jana Goriup</i>	7
DEMENCA V SREDIŠČU POZORNOSTI V ČASU PANDEMIJE COVIDA-19 OB SVETOVNEM DNEVU ALZHEIMERJEVE BOLEZNI 2021 <i>Lilijana Šprah</i>	15
PREDGOVOR: TEŽAVE OSEB Z DEMENCO SO KOMPLEKSNE IN POTREBNO JIH JE NASLOVITI INTERDISCIPLINARNO TER CELOSTNO <i>Barbara Lovrečič</i>	17
NACIONALNA STRATEGIJA ZA OBVLADOVANJE DEMENCE V SLOVENIJI <i>Nadja Čobal</i>	19
PREVALENCIA DEMENCE MED PREBIVALCI V EVROPI IN SLOVENIJI: PREGLED LITERATURE <i>Mercedes Lovrečič, Anja Petra Bencek in Barbara Lovrečič</i>	26
PREVALENCIA DEMENCE V SPLOŠNI POPULACIJI: Pregled in primerjava ocen prevalence demence za svet, Evropo, Slovenijo in ocena za Slovenijo za leto 2018 ter projekcija za leto 2030 <i>Mercedes Lovrečič in Barbara Lovrečič</i>	43
PREDPISOVANJE ZDRAVIL ZA ZDRAVLJENJE DEMENCE V SLOVENIJI V OBDOBJU 2008–2020 <i>Marjetka Jelenc, Mercedes Lovrečič, Aleš Korošec, Sabina Sedlak</i>	54
PADCI PRI STAREJŠIH ODRASLIH <i>Mateja Rok Simon</i>	64
EKONOMSKO BREME DEMENCE V SLOVENIJI V OBDOBJU 2015–2018 <i>Sabina Sedlak, Barbara Lovrečič, Jože Sambt, Marjetka Jelenc</i>	81
NEVROPSIHIATRIČNE POSLEDICE COVID-19 <i>Mercedes Lovrečič, Lucija Grkman in Barbara Lovrečič</i>	90
VPLIV PANDEMIJE COVIDA-19 NA ZAPOSLENE V DOMOVNIH STAREJŠIH OBČANOV <i>Barbara Lovrečič, Lucija Grkman in Mercedes Lovrečič</i>	108
PANDEMIJA COVIDA-19 IN DUŠEVNO ZDRAVJE STAREJŠIH ODRASLIH <i>Barbara Lovrečič, Nina Mavrič in Mercedes Lovrečič</i>	119
VKLJUČEVANJE OSEB Z DEMENCO IN POMEN ZDRUŽENJA BOLNIKOV PRI RAZVOJU PODROČJA DEMENCE V SLOVENIJI <i>Štefanija Lukič Zlobec, David Krivec</i>	134
POMEMBNE POVEZAVE GLEDE PREPREČEVANJA ŠIRJANJA VIRUSA SARS-CoV-2 IN DRUGIH UKREPOV V ČASU PANDEMIJE COVID-19.....	141

KNJIGI NA POT:

Monografiji *Spremljanje demence v Sloveniji: Epidemiološki in drugi vidiki na pot*

Predloženo gradivo za monografijo je pomemben prispevek za razumevanje nastanka, razvoja, pomena ustreznega pravočasnega prepoznavanja in razvoja demence, kakovosti obravnave in zdravljenja in, posledično, (neu)spešnosti soočanja z njo, bodisi bolnikov, svojcev bodisi zdravstvenega in negovalnega osebja, v delovanju različnih tipov institucij zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji. Rdeča nit gradiva je spoznanje, da je tako za kakovost kot za uspešnost soočanja in obravnave tako akutnega zdravstvenega problema, ki ne zadeva samo starejše, ampak vse pogosteje tudi mlajše generacije, premalo le ustrezno »delovanje« primarne zdravstvene ravni, ampak tudi ustrezno in hitro ter strokovno kvalitetno odzivanje na dogajanje in doživljanje vseh tistih, ki so z njo kakorkoli povezani: zdravstveni delavci, svojci, bolniki, pa tudi širše socialno okolje.

Pričujoča monografija je izvirno in strokovno delo, namenjeno strokovni in laični javnosti. Potencialni bralci monografije s(m)o vsi, ki jih zanimajo akutni problemi demence, saj sodi področje demenc in starajoče se populacije med prioriteta področja javnega zdravja, tudi zaradi raziskovalnih podatkov o stroških bolezni, ki so povezane z možgani, ki so dejavnosti za preprečevanje in obvladovanje bolezni možganov zelo okrepili, tako na področju raziskav kot na področju zdravstvenih, gospodarskih, demografskih in drugih politik.

V prispevku Nacionalna strategija za obvladovanje demence v Sloveniji Nadja Čobal izpostavlja, da zdravo staranje spreminja fokus razumevanja ne samega staranja, ampak kot latentno nevarnost tudi demenco, ko izpostavlja, da se prevalenca demence s starostjo viša od cca. 1 % med populacijo v starosti 60–64 let do skoraj 40 % pri starejših nad 90 let. Opozarja, da se bo do leta 2050 v razvitih državah število oseb z demenco več kot podvojilo, kot tudi, da podatki Statističnega urada Slovenije opozarjajo, da je bilo leta 2008 v Sloveniji obolelih 16 % starejših od 65 let, v letu 2019 pa že slabih 20 % in da je poraba zdravil v prikazanem obdobju narasla za 17 %, predvsem antidepresivov in zdravil za zdravljenje demence. Delovna skupina, imenovana s strani ministra za zdravje, je izdelala opis stanja na področju zdravstvene obravnave demence; izdelala predlog kliničnih smernic za obrnavo pacientov z demenco; opredelila programe, naloge in aktivnosti za ustrezno obrnavo. Hkrati pa je izpostavila potrebi po sprejetju Nacionalnega programa za demence in ustanovitvi Nacionalnega centra za demence. V Strategiji obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020 so sicer upoštevani bistveni elementi in zaveze mednarodnim dokumentom, ki so bili sprejeti na ravni EU in SZO. Pomembni so tudi podatki in strategije s področja obvladovanja demence v drugih državah. Avtorica opozarja, da se število oseb z demenco zaradi demografskih sprememb in staranja prebivalstva hitro povečuje, pri tem pa izpostavlja pomen osredotočenja na posameznika in njegove immanentne potrebe. Kot tudi, da obvladovanje demence ni zgolj zdravstveni problem, ampak kompleksno družbeni, ker oboleli z demenco potrebuje pomoč pri vsakdanjih opravilih, saj želi čim dlje ostati v svojem domačem, zanj emocionalno in fizično varnem okolju. Zato je potrebno pri obvladovanju demence delovati interdisciplinarno, pomembno vlogo pa imajo tudi svojci in drugi neformalni oskrbovalci ter izvajalci različnih poklicnih storitev, s katerimi oseba z demenco v svojem vsakdanjem življenju prihaja pogosteje v stik. Avtorica izpostavlja, da je Strategija za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2020 uspešno odgovorila na številna kompleksna vprašanja med prvimi državami v Evropi. Zato in zaradi zgoraj navedenega pričakuje, da bo Republika Slovenija uspešna tudi pri pripravi Strategije za obvladovanje demence do leta 2030.

Prevalenco demence med prebivalci v Evropi in Sloveniji s sistematičnim pregledom literature in metaanalize natančnega pregleda literature so izvedle Mercedes Lovrečič, Anja Petra Bencek in

Barbara Lovrečič ter analizirale, kakšna je poznana prevalenca demence v Evropi in Sloveniji v zadnjih dveh desetletjih. S pomočjo metodologije PRISMA so analizirale strokovno literaturo, pri čemer so upoštevale prosto dostopne objave v angleškem jeziku, zajete v podatkovnih bazah PubMed in Google Scholar v obdobju 2000–2019 (kar vključuje vse projekte za oceno prevalenca demence za Evropo, ki jih je financirala Evropska komisija). Analizirale so 15 objav, ki so vsebovale podatke o prevalenci demence za Evropo, za vse oblike demence skupaj. Zato izpostavljajo, da je bilo v obdobju 2000–2019 v Evropi med 4,9 in 10 milijonov oseb z demenco, standardizirana stopnja prevalenca starejših od 60 let pa je znašala med 6,4 in 9,28 %; v Sloveniji so prepoznale med 23.000 in 32.000 primerov demence, kar je znašalo med 1,14 in 1,57 % vseh prebivalcev starejših (že) nad 30 let. Avtorice opozarjajo, da prevalenca demence v Evropi z leti narašča, tudi zaradi naraščanja populacij v 3. in 4. življenjskem obdobju in še posebej izpostavljajo, da je prevalenca večja pri ženskah v primerjavi z moškimi. Skrb vzbujajoče pa je njihovo spoznanje, da v razvitih državah v primarnem zdravstvenem sistemu polovica oseb z demenco ni ne prepoznana in tudi ne diagnosticirana. Še posebej zato, ker ocene prevalenca demence predstavljajo izhodišče in omogočajo osnovo za odločevalce v politiki, načrtovanje in usmeritev sredstev za obvladovanje zdravstvenega in socialnega bremena demence. Tudi zato v Sloveniji potrebujemo oceno prevalenca in projekcije, ki bodo temeljile na podatkih slovenskega (intenzivno starajočega se) prebivalstva.

Logično nadaljevanje predstavlja prispevek Prevalenca demence v splošni populaciji: pregled in primerjava ocen prevalenca demence za svet, Evropo, Slovenijo in ocena za Slovenijo za leto 2018 ter projekcija za leto 2030 avtoric Mercedes Lovrečič in Barbare Lovrečič, ki sta predstavili poglobljeno analizo zavedanja akutnosti pojava samega in podatkov, da demenca postaja vse pomembnejši javnozdravstveni problem. Za namene vzpostavitve epidemiološkega spremljanja demence sta tako opravili prvo oceno prevalenca demence v splošni populaciji za leto 2018 in napoved za leto 2030 na osnovi podatkov slovenske populacije. Izpostavili sta, da naj bi polovica držav v svetu do leta 2050 imela urejeno redno zbiranje podatkov za epidemiološko spremljanje demence, o stanju pa naj bi Svetovna zdravstvena organizacija poročala vsaki dve leti. Ker strokovnjaki napovedujejo v svetu kar trikratni porast prevalenca demence do leta 2050, sta na podlagi literature ugotavljali prevalenco demence v splošni populaciji v Sloveniji, Evropi in v svetu v zadnjih 20. letih ter na osnovi dostopnih podatkov za prebivalstvo za Slovenijo prikazali prevalenco za leto 2018 in napovedali prevalenco demence za leto 2030. S pomočjo izbora ključnih besed sta pregledali relevantno literaturo, poiskano v različnih digitalnih zbirkah podatkov in na osnovi le-teh izračunali prevalenco demence v splošni populaciji na način, ki omogoča primerljivost podatkov s predhodno izvedenimi evropskimi študijami. Ocene prevalenca demence za Slovenijo so bile v preteklosti narejene v okviru ocen za Evropo, avtorici pa sta izračunali, da je bilo leta 2018 v Sloveniji 36.942 oseb z demenco, starih nad 60 let (11.297 moških in 25.645 žensk), leta 2030 bo v Sloveniji 48.228 oseb z demenco, starih nad 60 let (16.312 moških in 31.916 žensk). V skladu s strokovnimi napovedmi, da naj bi število oseb z demenco do leta 2030 v Evropi drastično naraslo, izpostavljata problem intenzivnega staranja in podaljševanja življenjske dobe, kar njuni izračuni v luči porasta primerov demence v Sloveniji do leta 2030 le še potrjujejo.

Da demenca zahteva tudi ustrezno zdravljenje osebe z demenco v prispevku Predpisovanje zdravil za zdravljenje demence v Sloveniji v obdobju 2008–2020, so nas v svojem raziskovalnem prispevku prepričali avtorji Marjetka Jelenc, Mercedes Lovrečič, Aleš Korošec in Sabina Sedlak, kateri niso samo izpostavili, da posledice demence predstavljajo naraščajoč socialni, zdravstveni in ekonomski problem, pač pa tudi, da je globalni cilj spremljanja porabe zdravil podaljševanje življenja, preprečevanje bolezni ter varovanje in izboljševanje zdravja oseb z demenco. V študiji so glede na spol, starost in časovno obdobje analizirali najnovejše trende predpisovanja zdravil, specifičnih za zdravljenje demence v obdobju 2008–2020 po spolu in starostnih skupinah v Sloveniji z retrospektivno metodo opazovanja ambulantno predpisanih zdravil za zdravljenje demence na podlagi podatkov iz Baze ambulantno predpisanih zdravil Republike Slovenije; analizirane ATC skupine N06D. Avtorji so opozorili, da se je število izdanih receptov povečalo za kar 169 %, pri čemer so bila najpogosteje predpisana zdravila zaviralci encima acetilholinesteraze za zdravljenje demence, ambulantno predpisovanje tovrstnih zdravil pa se je povečalo ne glede na spol in da se je število

pacientov, ki so prejeli vsaj en recept za zdravila za zdravljenje demence, več kot podvojilo. Hkrati pa avtorji opozarjajo še, da kljub velikemu porastu števila receptov za zdravila za zdravljenje demence v Sloveniji v obdobju od 2008 do 2020 vsi bolniki z demenco še vedno niso zdravljeni z ustreznimi zdravili, zlasti v zgodnji fazi bolezni, ko demenca še ni prepoznana ali diagnosticirana, kar je vsekakor skrb vzbujajoče. Tudi zato, ker zdravila, ki bi nevrodegenerativni proces demence signifikantno upočasnilo ali celo zaustavilo, kljub intenzivnemu testiranju številnih potencialnih učinkovin in različnim raziskavam še ni na voljo.

Mateja Rok Simon v prispevku Padci pri starejših odraslih obravnava problem padcev, ki so glavni vzrok smrtnih poškodb in hospitalizacij starejših odraslih zaradi nezgod, zato je poznavanje dejavnikov tveganja za načrtovanje preventivnih intervencij izrednega pomena. Težave pri hoji in motnje ravnotežja so pri starejših odraslih najmočnejši dejavniki tveganja za padce, saj je tveganje od 2- do 3-krat večje kot pri osebah, ki teh težav nimajo. Upočasnjena hoja in slabšanje mobilnosti sta stalnica pri normalnem staranju, oba pa sta tudi močna dejavnika tveganja za padce. S predstavljenimi analiziranimi podatki izvedene raziskave na osnovi zdravstvene statistike zabeleženih primerov starejših odraslih v starosti nad 64 let, ki so se poškodovali zaradi padcev, avtorica izpostavlja, da je bilo v obdobju 2018–2020 zaradi poškodb hospitaliziranih 27.554 in ali da je umrlo 2.231 starejših odraslih. Pomembna je tudi ugotovitev, da incidenca hospitalizacij in umrljivost zaradi padcev s starostjo naraščata ne glede na spol. Vendar pa avtorica izpostavlja nekatere razlike, saj so ženske v starostnem obdobju 85–89 let doživljale večje tveganje za hospitalizacijo kot moški, slednji pa za smrt (OR = 1,11 (0,84–1,47); p = 0,738). Največkrat so bili odrasli starejši hospitalizirani zaradi padcev na isti ravni (58,4 %), ki so se zgodili doma in v bližnji okolici doma (81,7 %), njihov delež pa je naraščal s starostjo (p < 0,001). Za starejše odrasle od 85 do 89 let se je izkazalo tveganje za poškodbe zaradi padcev v notranjih prostorih večje kot pri mlajših starejših (65–69 let), ne glede na spol. Starost bolj negativno vpliva na tveganje za padce pri ženskah, kar je lahko posledica večje prevalence dejavnikov tveganja, vezanih na starost. Zaradi tega ženske v primerjavi z moškimi pogosteje padejo doma, kjer kljub svojim zmanjšanimi zmožnostim opravljajo različna dela v institutu gospodinjstva. Zaradi tovrstne izpostavljenosti nevarnosti padcev odraslih starejših je avtorica prepričana, da bi večino padcev pri starejših odraslih lahko preprečili z vsakoletnim presejanjem na individualne dejavnike tveganja za padce in izvajanjem z dokazi podprtih multikomponentnih intervencij in opozorila še, da je z naraščajočo starostjo statistično značilno naraščal tudi delež spremljajočih bolezni, zabeleženih ob padcu, kot npr. arterijske hipertenzije, osteoporoze, aritmije, demence, infekcije sečil in urinske inkontinence idr. Opazno je, da tveganje za padce narašča s številom kroničnih bolezni, vendar avtorica opozarja, da je povečano tudi pri osebah, ki (sicer) dobro funkcionirajo, ker zaradi kroničnih bolezni pogosto jemljejo več zdravil (hkrati) in taka, ki povečajo tveganje za padce. Kljub vsemu pa avtorica optimistično sklene svoj prispevek s trditvijo, da bi večino padcev starejših odraslih lahko preprečili z uporabo multisektorskega modela, ki omogoča izboljšanje osveščenosti starejših odraslih o preprečevanju padcev in zdravljenju, predvideva vsakoletno presejanje starejših odraslih z oceno individualnih dejavnikov tveganja za padce, z izvajanjem z dokazi podprtih intervencij za občutno zmanjšanje nevarnosti padcev med starejšimi odraslimi in s spremljanjem pozitivnih učinkov predlaganih multikomponentnih intervencij.

Demenca ni samo medicinski, negovalni in osebni problem, kar so v prispevku Ekonomsko breme demence v Sloveniji v obdobju 2015–2018 dokazali avtorji Sabina Sedlak, Barbara Lovrečič, Jože Sambt in Marjetka Jelenc. Nesporno je namreč res, da je poznavanje ekonomskega bremena bolezni ključno za razporejanje finančnih sredstev iz proračuna zdravstvene blagajne, saj je namenjena sredstva za zdravstvo v določenem letu potrebna primerjati s finančnimi stroški v fazi planiranja in sprejemanja ukrepov države za določeno bolezen. Demenca pa je breme tudi za svoje in tiste, ki skrbijo za osebo z demenco, saj demenca predstavlja tudi zanje finančno breme, povzroča čustvene stiske in ob dolgoletni oskrbi bolnika pogosto le-ti izgorejo. Veliko breme za družbo pa poleg obravnavanih zdravstvenih posledic predstavljajo še socialne in druge posledice demence, ki so jih avtorji v analizi do določene mere upoštevali. Vključeni so stroški različnih ovrednotenih pomoči za osebo z demenco, npr., ko je oseba z demenco nastanjena v domu za starejše občane, ali če oseba koristi dodatek za pomoč in postrežbo v primeru, ko ta potrebuje 24-urni nadzor svojcev in obvezno

strokovno pomoč za stalno izvajanje zdravstvene nege in če družinski člani oz. drugi oskrbovalci namenijo čas posamezniku, ki je zbolel za demenco. Izpostaviti pa je potrebno, tako avtorji, da zaradi kompleksnosti doživljanja demence in sobivanja z osebo z demenco zanj(o) v povprečju skrbijo vsaj trije ljudje. Demenca pa je tudi veliko breme za zdravstveni sistem. Ko so avtorji raziskave analizirali in prikazali ekonomsko breme demence v Sloveniji v obdobju 2015–2018 na podlagi podatkov, pridobljenih iz zdravstveno podatkovnih zbirk, so ugotovili, da ekonomski stroški demence, izračunani s pomočjo neposrednih in posrednih stroškov, kažejo, da le-ti letno predstavljajo 0,05 % BDP oz. 0,3 % vseh izdatkov za zdravstvo. V raziskavi so upoštevali storitve zdravstvene službe, kot so obiski na primarni in sekundarni ravni, hospitalizacije, zdravila, začasna odsotnost z dela ter prezgodnja upokojitve, uporabljen nabor diagnoz po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Podatki, ki so jih vključil v izračun, so zbrani v rutinskih zbirkah NIJZ; nekateri, kot so prezgodnje upokojitve zaradi diagnoze demenca, pa so pridobljeni na ZPIZ-u. Na podlagi podatkov o številu izvedenskih mnenj invalidske komisije so izračunali posredne stroške na presečno leto, ki pokažejo učinek proizvodnje oz. dohodka, če se nekdo zaradi demence ne bi predčasno upokojil. Cene pregledov in obravnav ter drugi finančni podatki so pridobljene na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Avtorji opozarjajo, da posredni stroški predstavljajo 863.288 EUR oz. 0,02 % vseh izdatkov za zdravstvo, neposredni stroški pa predstavljajo 10.173.987 EUR oz. 0,29 % vseh izdatkov za zdravstvo. Od tega med neposrednimi stroški predstavljajo zdravila 0,15 % vseh izdatkov za zdravstvo, sledijo hospitalizacije z 0,14 % in obiski na primarni ter sekundarni ravni z 0,004 % vseh izdatkov za zdravstvo. In, nenazadnje, če bi izračunanemu ekonomskemu bremenu demence dodali še stroške različnih ovrednotenih pomoči, bi se le-to povečalo na 11,2 milijona EUR oz. do 11,5 milijona EUR, odvisno od vrste pomoči za osebo z demenco. Ekonomsko breme bi bilo tudi v tem primeru letno okoli 0,3 % vseh izdatkov za zdravstvo. Avtorji, kljub obsežni raziskavi, zaključujejo, da bi bilo za globalno oceno socialnih in drugih posledic potrebno pridobiti še podatke drugih inštitucij in njihovih razpoložljivih podatkov v luči tesnega sodelovanja in povezovanja strokovnjakov z različnih področij ter ukrepov na državni ravni.

Da se Nevropsihiatrične posledice covid-19 odražajo v spremenjeni kakovosti življenja vsakega izmed nas, ker je širjenje okužb še vedno aktivno, posledice za zdravje pa so tako telesne kot duševne, ugotavljajo v svojem prispevku Mercedes Lovrečič, Lucija Grkman in Barbara Lovrečič. Avtorice so v podatkovni bazi PubMed, skladno s smernicami PRISMA, izvedle sistematični pregled literature. Prispevke so iskale v mesecu februarju 2021 na podlagi ključnih besed »neuropsychiatric sequelae«, »mental disorders«, »covid-19« za obdobje med 1. 3. 2020 in 1. 2. 2021. Analizirale so 31 prosto dostopnih člankov, ki so jih pregledale in vključile v rezultate: 15 preglednih člankov, 6 raziskovalnih člankov, 3 študije primerov (»case report«) ter 7 uredniških objav in strokovnih komentarjev, ki vključujejo tematiko o nevropsihiatričnih posledicah bolezni covid-19, ki so bili zaznani že v preteklih epidemijah respiratornih virusov. Izpostavljajo, da nevropsihiatrični simptomi, poleg invazije virusa v živčni sistem, povzročajo še poškodbo možganov, imunski odziv, odziv na zdravljenje ter stres v povezavi z okužbo in prebolevanjem bolezni. Kot tudi, da se nevropsihiatrični simptomi (lahko) kažejo kot cerebrovaskularne motnje, encefalopatija, encefalitis, delirij, depresija, anksioznost in psihoze; dolgoročno pa lahko prispevajo k posttravmatski stresni motnji in kognitivnim motnjam. Avtorice zato opozarjajo, da nevropsihiatrične posledice povečujejo breme pandemije tako na javno zdravje kot na povečanje stroškov zdravstvene oskrbe in da lahko v prihodnosti realno pričakujemo dolgoročne posledice (npr. kognitivne in duševne motnje; tudi po preboleli bolezni covid-19). Pomembnost prispevka pa je v opozorilu, da monitoring nevropsihiatričnih zapletov ob covidu-19 predstavlja pomemben del javnozdravstvenega odziva na pandemijo covid-19. In predvsem, da so osebe z debelostjo bolj podvržene tveganju za okužbo ter z njo povezanimi zapleti, ker se sistemske okvare pri virusni okužbi pri teh bolnikih pogosto pojavljajo; povečano tveganje za razvoj zapletov se kaže v povezavi s centralno-živčnim sistemom pri moških s pridruženimi boleznimi, pri ženskah pa je opazen vpliv zunanega stresa na njihovo duševno zdravje. Smrtnih primerov je največ med starejšo populacijo, pri kateri je opazna ranljivost. Tveganje za nevropsihiatrične motnje stopnjuje socialna izolacija in šibka socialna mreža, ki je pogosta pri starejših odraslih; telesna in socialna šibkost prispevata k povečani umrljivosti, a tudi osamljenost predstavlja večje tveganje pri

osebah z nevrološko degenerativnimi motnjami ter depresijo. Avtorice zato sklenejo svoje ugotovitve v spoznanju, da je zato še kako pomembno zgodnje odkrivanje sistemskih zapletov bolezni, izvajanje ustreznih laboratorijskih preiskav, prilagoditev zdravih življenjskih navad ogroženim skupinam in splošni populaciji ter zdravljenje, rehabilitacija in psihološka podpora prebolelim, kot tudi zbiranje in izmenjava kliničnih podatkov ter izmenjava izkušenj in izsledkov raziskav glede odzivov na zdravljenje, obolenosti in umrljivosti zaradi prizadetosti centralnega živčnega sistema na globalni ravni. Nenazadnje tudi zato, ker zbiranje teh podatkov služi za uvajanje strategije blaženja dolgoročnih učinkov, zlasti na možgane in duševno zdravje.

Barbara Lovrečič, Lucija Grkman in Mercedes Lovrečič so raziskovale Vpliv pandemije covid-19 na zaposlene v domovih starejših občanov. Znano je namreč, da so bili domovi starejših občanov (DSO) zaradi hitrega širjenja virusa SARS-CoV-2 mesta najbolj ogroženih in prizadetih ustanov zaradi okužb in ukrepov za preprečevanje širjenja le-teh, kar so avtorice ponazorile s podatki mednarodne primerjave. Posledice so čutili tako varovanci oz. stanovalci kot tudi zaposleni. Zato so avtorice, skladno s smernicami PRISMA, izvedle sistematični pregled literature v podatkovni bazi PubMed. Iskale so prispevke na podlagi ključnih besed in besednih zvez »nursing home«, »Covid-19«, »healthcare workers« in »nursing home«, »covid-19«, »social workers«, objavljene od 1. 3. 2021 do 17. 5. 2021. Ugotovile so, da so se zaposleni v DSO že pred pandemijo covid-19 soočali s preobremenjenostjo in kadrovske podhranjenostjo; v večini v prvem valu epidemije pa so se DSO soočali še s pomanjkanjem osebne varovalne opreme in ustreznih smernic za strokovno delo, kot tudi, da so okužbe in socialna izolacija pri varovancih sprožile veliko čustvenih stisk, kar se je še posebno odražalo pri bolnikih z demenco v obliki povečanih stopenj duševnih stisk in težavnih vedenj, ki so dodatno obremenila zaposlene. Še posebej ob naraščanju števila hudih potekov covid-19 in smrti med varovanci in stanovalci DSO. Ugotovile so, da različne raziskave kažejo povečano izgorelost in večje stopnje duševnih težav pri zaposlenih v DSO in to ne glede na delovno mesto. Nenazadnje tudi zato, ker so se soočali s pomanjkanjem osebne varovalne opreme in ustreznih smernic za strokovno delo, nemalokrat pa tudi zaradi pomanjkanja ustreznega znanja. Opozorile so, da ker se Alzheimerjeva bolezen kaže kot motnje spomina in krajevna ter časovna dezorientacija ob okrnjenih drugih višjih živčnih funkcijah, je razumevanje in prilagajanje novim razmeram za te bolnike mnogo težje; »lockdown« je opazno vplival na nevropsihiatrične simptome pri bolnikih z demenco, saj je lahko povzročil še delirij ali druge nevropsihiatrične zaplete, povezane s okužbo ali hipoksijo. Podatki namreč kažejo, da se 50 % bolnikov z Alzheimerjevo boleznijo v času te bolezni sooča z različnimi stopnjami depresije. Zato avtorice opozarjajo, da se napovedi o poslabšanju duševnega in kognitivnega stanja varovancev in stanovalcev zaradi pandemije že odražajo na povečani delovni obremenitvi zaposlenih in da je z javnozdravstvenimi ukrepi potrebno sprejeti ukrepe, ki bodo zaščitile tudi zaposlene, ki so usmerjeni tudi v preprečevanje opustitve opravljanja tega poklica.

Da sta Pandemija covid-19 in duševno zdravje starejših odraslih med seboj tesno povezana, so v svojem prispevku (ponovno) dokazale Barbara Lovrečič, Nina Mavrič in Mercedes Lovrečič. Prispevek je še toliko bolj aktualen, ker število okužb s covidom-19 še vedno narašča, kar je povzročilo uvedbo odločnih ukrepov, ki so posegli v vsakdanje življenje posameznika in negativno vplivajo na duševno zdravje prebivalcev, še posebej starejših odraslih. Ker so avtorice sistematično pregledale in analizirale literaturo v skladu z metodologijo PRISMA (angl. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) aprila 2021 v štirih podatkovnih bazah: Google Učenjak (9), PubMed (28), ScienceDirect in Scopus z uporabo ključnih besed: »COVID-19«, »mental health«, »elderly population«, »Europe«, pri čemer so se omejile na prispevke, ki so bili objavljeni v angleškem jeziku in v obdobju od 1. decembra 2020 do 1. aprila 2021. Pri identificiranih člankih so pregledale naslove in izvlečke. Skozi le-te so analizirale vpliv pandemije na duševno zdravje starejših odraslih v evropskih državah na osnovi pregleda literature po metodologiji PRISMA. Ugotovile so, da različne države poročajo o slabšanju duševnega zdravja starejših odraslih, kot tudi, da se povečuje njih osamljenost, da doživljajo stres, simptome depresije in tesnobe. Zato avtorice opozarjajo, da je za preprečevanje poslabšanja duševnega zdravja pri starejših odraslih potrebno zagotoviti razumljive, zadostne in dostopne informacije o pandemiji, ustrezni dostopnosti do zdravstvenega varstva, še posebej na področju duševnega zdravja in preprečevati in zmanjševati občutke osamljenosti, zagotavljati

socialno mrežo na alternativne in varne načine za ohranjanje zdravega življenjskega stila in telesne aktivnosti, ki je prilagojena potrebam starejših odraslih. Po pregledu naslovov in izvlečkov so izbrale 17 prispevkov in po preučitvi izbrale 8 raziskovalnih člankov za vključitev v rezultate. Presenetljivo pa so ugotovile, da se med pregledanimi prispevki noben ni navezoval na vpliv pandemije covid-19 na duševno zdravje starejših odraslih na območju celotne Evrope. Ugotovile so tudi, da so identificirani raziskovalni članki preučevali prebivalce v posameznih državah na območju Evrope in da so avtorji prispevkov podatke pridobili s telefonskim ali spletnim anketiranjem celotne populacije kot tudi zgolj starejše populacije. Kljub temu, da je poslabšanje duševnega zdravja med epidemijami v preteklosti znano, pa so avtorice izpostavile, da so tudi v aktualnih razmerah v vseh primerih avtorji poročali o poslabšanju duševnega zdravja med starejšimi odraslimi v povezavi s pandemijo covid-19 in ukrepi za preprečevanje širjenja okužb s SARS-CoV-2. Avtorice sklenejo prispevek v spoznanju, da so sicer različne evropske (in druge) države zaradi socialne izolacije, prekinitve socialnih stikov, zmanjšanih možnosti za druženje in socialno aktivnost ugotovile, da je tako stanje resno tveganje za razvoj duševnih motenj (npr. tesnobe in depresije idr.) pri starejših odraslih latentna nevarnost. Zato izpostavljajo tudi ugotovitve, da lahko posredne negativne vplive pandemije covid-19 pri starejših odraslih (npr. osamljenost, nastanek in poslabšanje duševnih motenj idr.), zmanjšujemo in preprečujemo z javnozdravstvenimi ukrepi na več ravneh. Starejšim odraslim je potrebno nuditi dovolj razumljivih informacij (preko različnih medijev: televizije, radija, socialnih omrežij na internetu, tiskanih medijev, telefonskih in video klicev, SMS-sporočil in e-sporočil) o potrebni socialni distanci in zmanjševanju socialnih stikov tako, da bodo le-te tudi ponotranjili. Za spopadanje s socialno izolacijo zaradi »lockdowna« pa lahko starejše odrasle tudi usposobimo za njihovo uporabo. Avtorice priporočajo, da je ohranjanje zdravega življenjskega stila starejših odraslih, kot je vzdrževanje ritma spanja in redni časi obrokov, zdrava in uravnotežena prehrana, kognitivna stimulacija in izvajanje telesne aktivnosti, zelo pomembno.

Avtorja Štefanija Lukič Zlobec in David Krivec sta v prispevku izpostavila Vključevanje oseb z demenco in pomen združenja bolnikov pri razvoju področja demence v Sloveniji skozi prizmo Spominčice – Alzheimer Slovenije, Slovenskega združenja za pomoč pri demenci, ki nudi pomoč in podporo svojcem, ozavešča o bolezni demence, zmanjšuje stigme ter sodeluje v pripravi nacionalnih strategij za obvladovanje demence. Avtorja izpostavljata, da se je po dolgoletnih raziskavah svetovnega merila in poskusih za odkritje učinkovitega zdravila, letos vendarle porodilo upanje za bolnike, svojce in stroko, ko je ameriška Uprava za hrano in zdravila (FDA) odobrila novo zdravilo za zdravljenje Alzheimerjeve bolezni. Hkrati pa poudarjata, da je, ker farmakološko zdravljenje ni edini pomembni dejavnik zdravljenja in oskrbe oseb z demenco, potrebno posameznikom zagotoviti čim večjo korist v najkrajšem možnem času ter jih vključiti v terapije, ki so (že) na voljo. Da je priprava nacionalne strategije za obvladovanje demence zahteven in, žal, ne samo strokovno medicinski in zdravstveni, pač pa politični in finančni problem, ker je bilo potrebno uskladiti akcijski načrt s finančnim okvirjem za uresničevanje strategij, nismo spoznali samo v Sloveniji, ampak tudi v drugih državah. Da se je v zadnjih 15 letih zgodil velik napredek pri obravnavi bolnikov z demenco, je pripomoglo, tako avtorja, tudi izobraževanje in ozaveščanje, kot tudi sodelovanje na mednarodnih konferencah, izmenjava pozitivnih praks in izkušenj.

Vse aktivnosti, ki jih izvaja Spominčica s svojimi podružnicami po Sloveniji, so v času covid-19, od marca 2020 prilagodili za spletne razmere. Nekatere od dejavnosti (npr. delavnice, izobraževanje, Alzheimer Cafeji idr.), so postale celo bolj obiskane kot prej, ko so se izvajale v živo. Tudi zaradi lažje dostopnosti namerava nekatere dejavnosti Spominčica tudi po covidu-19 ohraniti v digitalni obliki. Okrepili so svetovalni telefon, ki deluje vsak dan v tednu, vanj so vključeni tudi zunanji strokovnjaki (npr. nevrologi, psihiatri, pravnik, socialna delavka, psihologinja, medicinska sestra). Izvajajo akcijo ozaveščanja o demenci in opolnomočenja obolelih z demenco in njihovih svojcev, da bodo znali poiskati pomoč in uveljavljali svoje pravice. Pomoč in podporo osebam z demenco in njihovim svojcem, ki so v času covid-19 v še večjih stiskah, lahko v takem obsegu izvajajo, saj so bili uspešni na javnem razpisu in s sodobnimi pristopi krepijo moč starejših odraslih, oseba z demenco in njihovih svojcev v obdobju covid-19, kar sofinancirata Republika Slovenija in EU iz Evropskega socialnega sklada. Avtorja izpostavljata, da je zelo pomembna podpora in obravnava bolnikov pa tudi njihovih

svojcev, predvsem po postavljeni diagnozi, saj predvsem slednji potrebujejo veliko informacij o poteku bolezni in o spremljajočih težavah ter kako le-te uspešno obvladovati. S pravočasno diagnozo se osebi z demenco in svojcem omogoča dostop do informacij, svetovanja, izobraževanja, pomoči in podpore ter usklajenega zdravljenja ves čas trajanja bolezni. Pravočasna diagnoza zagotavlja priložnost za učinkovito načrtovanje nadaljnje oskrbe, pomoči in podpore oboelim, svojcem in oskrbovalcem. Zato avtorja svoj prispevek zaključujeta z mislijo, da je še kako pomembno, da prilagodijo svoje življenje na način, da ohranjajo različne aktivnosti, socialne stike, redno in zdravo prehrano, dober spanec, miselne izzive in različno telesno dejavnost, kar pa vedno ni lahko.

Da pa bi vsi, oboleli, njihovi svojci in globalna družba lahko dostopali do potrebnih informacij, so v monografiji dodane pomembne povezave glede preprečevanja širjenja virusa SARS-CoV-2 in drugih ukrepov v času pandemije covid-19, ki so za vse še kako koristni.

Monografija *Spremljanje demence v Sloveniji: Epidemiološki in drugi vidiki* vključuje izjemno pomembna odkritja, uporabna za teorijo, prakso, politiko in zakonodajalca. Delo je pomembno z več vidikov. Najprej že zato, ker aktualizira vprašanja pojma in operacionalizacije demence; posebej pa še zato, ker združuje teoretična spoznanja vpliva demence na kulturno, socialno in naravno življenjsko okolje, učinkovito načrtovanje trajnostne skrbi v luči predvidenega razvoja; povečevanja gospodarskih in družbenih opozoril za družinske, lokalne zdravstvene skupnosti in zdravstvene institucije, zmanjševanje negativnih vplivov na življenje obolelega posameznika in na njegovo življenjsko okolje.

Pričujoče besedilo je tudi rezultat študija relevantne, ne samo domače, ampak tudi tuje literature. Avtorji z različnih zornih kotov in (celo) različnih teoretskih izhodišč upravičujejo originalnost pristopa in analize problematike, ki jo monografija obravnava, saj izpostavljajo dileme sodobne institucionalne kakovosti oskrbe bolnikov z demenco, ki brez svoje naravne podstat, t. j. svoje kakovosti, ne more biti uspešna, ter nujnost povezovanja vseh dejavnikov, ki v njih živijo in delujejo, tako z medicinskega, zdravstveno-negovalnega, s sociološkega, psihološkega kot tudi pedagoško-didaktičnega vidika, ki nikakor niso zanemarljivi.

Avtorji, ki obravnavajo zadano področje življenja obolelih, se zavedajo pomena izobraževanja in usposabljanja vseh deležnikov za prepoznavanje, aktivno soočanje z demenco, premagovanje tesnobnih občutenj tako bolnikov kot svojcev za ohranjanje stikov z njim pomembnimi ljudmi in za potrebno sodelovanje in medgeneracijsko, delovno in življenjsko prepletanje med njimi in drugimi, zdravimi zanje pomembnimi ljudmi.

Kot tako, besedilo za predloženo monografijo v marsičem predstavlja zbrane in pomembne raziskovalne podatke o doživljanju specifičnih razmer, v katerih so se znašli oboleli z demenco in njihovi svojci ter oskrbovalci. Gre za občutljivo tematiko, ki hkrati posega na polje tako zasebnega kot tudi/in javnega. Odnosi med naštetimi dejavniki pletejo niti, kjer je iskanje dobrega imperativ vsega početja. V nenehnih prizadevanjih, da bi vse vpletene opremili s kakovostnim znanjem in vrednotami, ki jim bodo v spremenjenem življenju pomagale premagovati številna, vse bolj kompleksna vprašanja in izzive, zagotovo prihaja tudi do različnih gledanj, kako doseči višjo kakovost življenja z demenco. Prav zato je pomembno, da vsi vpleteni sodelujejo.

Monografija je napisana v zbornem slovenskem jeziku, odlikuje jo bogata strokovna terminologija in pravilna uporaba znanstvenega aparata. Posebej izpostavljam veliko število najnovejše tako domače kot tuje literature s posameznega področja. Navajanje virov in literature, ki so sodobni in aktualni, je povsem korektno in smiselno. V besedilih se vseskozi prepletata deduktivni in induktivni pristop. Dobrodošla dimenzija besedila pa je tudi uspešno prepletanje povsem teoretskih tekstov z empiričnimi in statističnimi podatki o zadanem raziskovanem problemu. Sinteza torej, ki nudi empirični prikaz stanja, ugotovitev oziroma preveritev teoretskih domnev, tako domačih kot tudi tujih avtorjev. Hkrati prav ti prispevki nudijo barvito ilustracijo tega, kar se dogaja v slovenski praksi demence. Natančni zapisi uporabljenega metodološkega aparata pa lahko služijo tudi kot študijsko gradivo, ki prispeva k razumevanju metodološke obravnave te tematike.

Upoštevač dane ugotovitve, kompleksnost realnih slovenskih družbenih razmer in medicinske, farmakološke, zdravstvene in življenjske stvarnosti, se je kot globalni cilj zadane monografije izkristalizirala potreba po prepoznavanju drugačnega družbenega, ne-le strokovnega, pač pa tudi socialnega razumevanja zadanega problema demence in povezovanja vseh dejavnikov, ki lahko kakorkoli prispevajo k večji kakovosti reševanja nastalih problemov obolelega in svojcev, brez pasivnih stereotipov in stigmatizacij, na kar opozarjajo tudi predstavljeni rezultati.

Tudi zato, ker monografija vsebuje bistvena teoretično-izkustvena spoznanja, ki so nastala tekom poglobljenega znanstveno-strokovnega pristopa in izvajanja avtorjev v praksi, ocenjujem, da bo predloženo besedilo monografije služilo tako v študijske kot nadaljnje znanstvenoraziskovalne namene. Zato izid le-te toplo priporočam.

Monografijo *Spremljanje demence v Sloveniji: Epidemiološki in drugi vidiki* kot celoto ocenjujem odlično in priporočam njen izid, saj s svojo širino in interdisciplinarnostjo obravnava aktualna področja demence, starosti in staranja in njih posledice ter daje nove raziskovalne dimenzije za reševanje problematike slovenske dolgožive družbe. Prav tako pričujoča monografija pomembno vpliva na izhodišča za nadaljnje razprave in raziskovanja s področja demenc in hkrati snovalcem politik na področju starosti in staranja prebivalstva ponuja nov pogled na obravnavano problematiko.

zasl. prof. dr. Jana Goriup
Alma Mater Europaea-Evropski Center
Maribor
Katedra za socialno gerontologijo

DEMENCA V SREDIŠČU POZORNOSTI V ČASU PANDEMIJE COVIDA-19 OB SVETOVNEM DNEVU ALZHEIMERJEVE BOLEZNI 2021

Demenca zaradi staranja prebivalstva postaja vse večji javnozdravstveni in družbeni izziv. Strokovnjaki ocenjujejo, da bi lahko bilo do leta 2050 z demenco neposredno ali posredno prizadetih okoli 250.000 državljanov Slovenije. Vendar dolgoročno, bi se lahko število ljudi z demenco znatno povečalo tudi zaradi nevrološkega vpliva okužbe z virusom SARS-CoV-2, ki poveča verjetnost za pojav demence oz. povzroči, da se simptomi demence pojavijo prej.

Zadnje raziskave pritrjujejo opažanjem, da koronavirus pri prebolelih lahko povzroča tudi demenco saj poročajo, da imajo ljudje po preboleli bolezni z virusom SARS-CoV-2 poleg zelo pogostih duševnih težav tudi pogosteje prisotne nevrološke težave. Tako avtorji v nedavni raziskavi (1) poročajo, da se v roku šestih mesecev po preboleli bolezni pojavlja 44 % večja možnost za pojav nevroloških ali duševnih obolenj kot po preboleli gripi. Pri vsakem tretjem prebolevniku je bilo odkritih več različnih nevroloških ali težav v duševnem zdravju. Prvič postavljena diagnoza demence je bila odkrita pri 2,66 % prebolevnikov, starejših od 65 let. Pri tem nikakor ne gre zanemariti dejstva, da so epidemiološke študije že pred izbruhom pandemije covid-19 razkrivale, da v Evropi živi okrog 10 milijonov ljudi z demenco (v svetu 47 milijonov ljudi) (2) in da so v času pandemije oboleli za to boleznijo dodatno ogroženi, stigmatizirani in prikrajšani ter predstavljajo eno najbolj ranljivih skupin bolnikov (3).

Posledice demence predstavljajo naraščajoče socialno, zdravstveno in ekonomsko breme tudi v Sloveniji. Ključen korak za boljše soočanje z boleznijo tako osebe z demenco kot njihovih svojcev ter k izboljšanju kakovosti življenja, je zgodnja diagnoza, saj so zdravila najbolj učinkovita ravno v začetnih fazah bolezni. Strokovnjaki navajajo, da je v Sloveniji okoli 35.000 bolnikov z demenco. Njihove potrebe zahtevajo multidisciplinaren pristop, poleg ustrezne zdravstvene oskrbe, nadgrajene socialnovarstvene programe in prilagojeno bivalno okolje. Zato je ključnega pomena pri obvladovanju demence preventivna dejavnost ter sprejeti ustrezni ukrepi in zakoni na državni ravni.

Podlaga tem aktivnostim pa je nedvomno tudi poznavanje stanja in kakovostno izvedene študije na področju staranja prebivalstva in njihovega zdravstvenega statusa. V pričujoči večavtorski publikaciji, *Spremljanje demence v Sloveniji: Epidemiološki in drugi vidiki*, avtorice in avtorji predstavljajo različne razsežnosti »tihe epidemije 21. stoletja«, kot demenco nekateri strokovnjaki radi poimenujejo. Dodana vrednost publikacije je njena vpetost v aktualno pandemijo covid-19 in predstavitev dinamike nacionalne strategije za obvladovanje demence v Sloveniji. Avtorice in avtorji z različnimi znanstvenimi pristopi naslavljajo epidemiološke razsežnosti demence v Sloveniji in po svetu, njeno zdravstveno in ekonomsko breme ter analizirajo farmakološke pristope njenega zdravljenja v zadnjem desetletju v Sloveniji. Dober vpogled v nevropsihiatrične posledice okužbe z virusom SARS-CoV-2, njegov vpliv na duševno zdravje odraslih in delo zaposlenih v Domovih starejših občanov v času pandemije nam daje poglobljen pregled mednarodnih študij, ki so bile opravljene na omenjenih problematikah področjih.

Publikacija je bila pripravljena ob obeležitvi letošnjega svetovnega dneva Alzheimerjeve bolezni in predstavlja dragocen prispevek na področju spremljanja demence v slovenskem prostoru in nekatere povsem nove vpogleda v epidemiološke vidike demence. Zagotovo bo zelo zanimivo branje širokemu krogu strokovnjakov, ki delajo in raziskujejo na tem področju kakor tudi svojcem bolnikov z demenco.

Literatura:

1. Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*. 2021; 8: 416–27.
2. Dementia in Europe Yearbooks. Dostopno na: <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe> (citirano 14. 9. 2021).
3. Bacsu JR, O'Connell ME, Webster C, Poole L, Wighton MB, Sivananthan S. A scoping review of COVID-19 experiences of people living with dementia. *Can J Public Health*. 2021; 112(3): 400–11.

Višja znan. sod., dr. Lilijana Šprah

Predstojnica Družbenomedicinskega inštituta ZRC SAZU

PREDGOVOR:

TEŽAVE OSEB Z DEMENCO SO KOMPLEKSNE IN POTREBNO JIH JE NASLOVITI INTERDISCIPLINARNO TER CELOSTNO

Dejstvo je, da je demenca bolezenski sindrom, ki najbolj prizadene posameznika in njegove svojce/ skrbnike. Miti in zmotna prepričanja, da je demenca sestavni in neizbežen del procesa staranja, lahko predstavljajo hudo oviro za iskanje ustrezne strokovne pomoči in obravnave. Tudi stigma, povezana z demenco, je prisotna povsod po svetu in ovira iskanje strokovne pomoči. Praksa kaže, da je polovica oseb z demenco v svetu neprepoznana in nediagnosticirana, kljub stiku z zdravstvenim, socialnim ali drugim sistemom pomoči. Slednje pomeni, da te osebe ne prejmejo pravočasno ustrezne pomoči ali je sploh ne prejmejo, ob ustrezni pomoči pa bi bil lahko sindrom demence upočasnjjen in kakovost življenja boljša za osebe z demenco in njihove svojce.

Demenca je posledica nevrodegenerativnih sprememb možganov, ki se začetno najbolj odraža s prizadetostjo spomina. Sčasoma bolezensko stanje nevzdržno napreduje in oseba z demenco je vse bolj odvisna od pomoči drugih. Za osebe z demenco in njihove svojce/skrbnike posledice demence predstavljajo zdravstveno, čustveno, telesno, psihično in finančno breme. Pri napredovanih oblikah demence je po navadi potrebna namestitev osebe v socialnovarstvenih zavodih (SVZ), kjer je zagotovljena neprekinjena in stalna strokovna obravnava, zdravstvena nega in nadzor ter varovanje posameznika. V Sloveniji se soočamo z velikimi potrebami oseb z demenco po namestitvi v SVZ. Praviloma so te institucije zapolnjene in potrebne so čakalne liste. Prostih mest v SVZ praktično ni, pogosto so ovira za namestitev tudi finančne težave posameznikov.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je demenco razglasila za javnozdravstveno prioriteto 21. stoletja. Projekcijske napovedi kažejo, da se bo število bolnikov z demenco v prihodnje vse bolj povečevalo. Po podatkih SZO je v letu 2018 v svetu živelo okrog 50 milijonov oseb z demenco, do leta 2050 naj bi se število potrojilo na 152 milijonov. Pogostost pojava sindroma demence narašča s starostjo, pogosteje so prizadete ženske, zaradi podaljševanja življenjske dobe lahko upravičeno pričakujemo porast problematike demence. Podobno kažejo napovedi za Slovenijo. Leta 2018 smo imeli v Sloveniji slabo petino prebivalcev, starih 65 let ali več, za leto 2030 bomo, po projekcijah, imeli četrtnino prebivalcev, starih 65 let ali več, s podaljševanjem življenjske dobe pričakujemo več primerov demence.

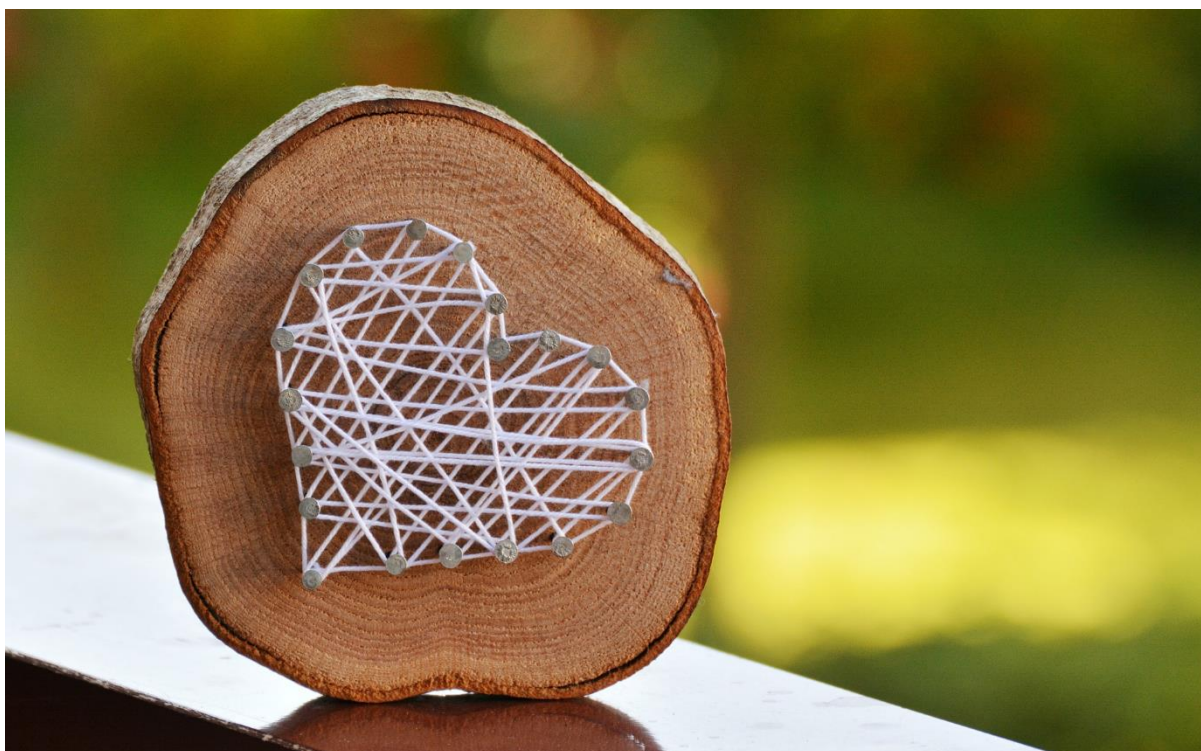
Poleg problematike naraščanja primerov demence in potreb po obravnavi, ki bo prilagojena potrebam oseb z demenco, se je v zadnjem obdobju področje demenc znašlo pred novimi izzivi. Decembra 2019 so v mestu Wuhan na Kitajskem zaznali novo obliko pljučnice, ki je posledica okužbe z novim virusom SARS-CoV-2 in povzročča bolezen covid-19. Kmalu zatem se je epidemija bliskovito širila po vseh kontinentih, v Evropi so bili v januarju 2020 potrjeni prvi primeri okužb z virusom SARS-CoV-2 in boleznimi covid-19 v različnih državah EU (npr. Francija, Nemčija, Finska, Italija), Italija je nato postala evropsko žarišče. 11. marca 2020 je SZO razglasila pandemijo. Prvi primer okužbe s covidom-19 smo v Sloveniji potrdili 4. 3. 2020. V drugi polovici leta 2021 se svet še vedno spopada z grožnjo koronavirusne bolezni 2019 ali covid-19, ki ogroža posameznike, družbo in predstavlja veliko breme za zdravstvene sisteme. Med najbolj ranljivimi in prizadetimi skupinami za slabši potek bolezni in višjo smrtnost so še vedno starejše osebe. Osebe z demenco je pandemija covid-19 še posebej prizadela zaradi ranljivosti za okužbo s SARS-CoV-2, večjega tveganja za slabši potek bolezni covid-19 in zaplete, vključno s smrtnim izidom. Prav tako so posledice pandemije in ukrepi za obvladovanje

slednje vplivali na življenje posameznikov, družbe, še posebej pa prizadeli osebe z demenco in njihove svojce/skrbnike. Tudi v Sloveniji smo se soočali z visoko stopnjo okuženih s SARS-CoV-2 in obolelih s covidom-19 ter posledično visoko stopnjo smrtnosti oseb v SVZ, kjer je največji delež varovancev prav oseb z demenco. V pričujoči monografiji smo izpostavili problematiko demence v povezavi s covidom-19, na osnovi dostopne recenzirane strokovne literature.

Hkrati je potrebno izpostaviti, da je Vlada RS junija 2016 potrdila *Strategijo obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020*, ki predstavlja prvi in temeljni dokument za usklajen in celostni pristop vseh deležnikov pri reševanju problema demence. V letu 2021 se je pripravljala naslednji strateški dokument *Strategije za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2030*. Med mednarodnimi strateškimi dokumenti je še posebnega pomena *Akcijski načrt SZO (2017–2025)*, ki med drugim predvideva do leta 2025 vzpostavitev informacijskega sistema za epidemiološko spremljanje demence in redno poročanje v vsaj polovici držav v svetu, saj je slednje izziv celega sveta. Trenutni epidemiološki sistemi ne zaznavajo obsežnosti problematike v zadovoljivi meri, zato je problem demence še vedno izrazito podcenjen. Epidemiološko spremljanje demence lahko učinkovito pripomore k uspešnemu načrtovanju ukrepov za spopadanje s problematiko. Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) vzpostavljamo javnozdravstveno epidemiološko spremljanje demence: opravili smo več ocen prevalence demence na podatkih slovenske populacije, vključno z napovedmi do leta 2030, implementiran je zdravstveni kazalnik poraba zdravil za zdravljenje demence, pripravili smo prve preliminarnе ocene ekonomskih stroškov demence, ki temeljijo predvsem na podatkih zdravstvenega sistema.

NIJZ v sodelovanju z Znanstvenoraziskovalnim centrom Slovenske akademije znanosti in umetnosti ter društvom Spominčica že tradicionalno organizira strokovna srečanja ob obeležitvi svetovnega meseca in svetovnega dne Alzheimerjeve bolezni. Namen je med drugim ozaveščanje javnosti, zmanjševanje stigme na področju demence, prispevek k boljšemu zgodnjemu odkrivanju in zdravljenju demence ter s ciljem mreženja različnih resorjev, deležnikov, strokovnjakov in nevladnih organizacij. Vsako leto se nam pridružijo tudi slovenski poslanci v Evropskem parlamentu. Ob zaključku srečanja se sprejmejo pisni sklepi srečanja s priporočili. Letos so srečanja prerasla v nacionalno konferenco z mednarodno udeležbo, ob tej priložnosti smo pripravili publikacijo, ki je pred vami. Avtorice in avtorji naslavlajo vse od nastanka strateških dokumentov na področju demence v Sloveniji, kot je nacionalna strategija za obvladovanje demence, ocen prevalence demence v svetu, Evropi in Sloveniji, predpisovanje zdravil za zdravljenje demence v Sloveniji, padcih pri starejših, ekonomskega bremena demence v Sloveniji, nevropsihiatričnih posledic covid-19, vpliv pandemije covid-19 na zaposlene v domovih starejših občanov in na duševno zdravje starejših odraslih, vključevanje oseb z demenco in pomen združenja bolnikov pri razvoju področja demence v Sloveniji in nenazadnje so v zaključku zbrane pomembne povezave glede preprečevanja širjenja virusa SARS-CoV-2 in drugih ukrepov v času pandemije covid-19. Večavtorska monografija znanstvenih in strokovnih prispevkov, *Spremljanje demence v Sloveniji: Epidemiološki in drugi vidiki*, je namenjena tako laični kot strokovni javnosti. Avtorji prispevkov smo prepričani, da bo v njej lahko vsak našel kaj zanimivega in poučnega.

Prim. asist. dr. Barbara Lovrečič



NACIONALNA STRATEGIJA ZA OBVLADOVANJE DEMENCE V SLOVENIJI

Nadja Čobal¹

Poznamo več vrst demenc in zanje lahko zbolijo tudi mlajše osebe, vendar je praviloma ta bolezen povezana s starejšimi, zato bomo v uvodu nekaj misli namenili problematiki staranja svetovne populacije.

Pričakovana življenjska doba se daljša in svet se sooča z naraščanjem števila starejših. Žal pa daljše življenje marsikdaj vpliva tudi na povečano število oseb s kroničnimi zdravstvenimi težavami. Zato svetovne organizacije kot so Organizacija združenih narodov (OZN), Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), Organizacija za gospodarstvo in razvoj (OECD), Evropska unija (EU) in druge mednarodne organizacije ter združenja spodbujajo politike in ukrepe za zdravo staranje. Prvi mednarodni načrt za staranje je OZN sprejela že leta 1982 na Dunaju (*angl.* Vienna Plan), leto 1999 je OZN razglasila za leto starejših, leta 2002 je bila v Madridu Druga svetovna skupščina OZN o staranju. Desetletje zdravega staranja 2021–2030² je drugi akcijski načrt *Svetovne strategije za staranje in zdravje SZO*, ki je nastal na podlagi *Mednarodnega načrta za staranje* in je usklajen z *Agendo 2030* OZN za trajnostni razvoj in trajnostne razvojne cilje. Tudi EU namenja izzivom zdravega staranja

¹ Mag. Nadja Čobal, Ministrstvo za zdravje RS

² Več o tem (17).

pozornost in spodbuja različne aktivnosti. Evropska komisija (EK) je januarja 2021 predstavila *Zelena knjigo o staranju*³, s katero želi sprožiti široko razpravo glede možnih odgovorov na izzive staranja, ki so usklajeni z *Agendo za trajnostni razvoj OZN in Desetletjem zdravega staranja 2021–2030*.

Zdravo staranje spreminja fokus razumevanja z odsotnosti bolezni k dejavnim zmožnostim, ki omogočajo starejšim, da so in delajo, kar jim pomeni vrednoto. Ukrepe za izboljšanje zdravega staranja moramo izvajati na več ravneh in v več sektorjih, da bodo učinkoviti za preprečevanje bolezni, promocijo zdravja, ohranjanje osebne zmogljivosti in omogočanje funkcionalne sposobnosti.⁴ Skozi celotno življenje, od otroštva do starosti, lahko veliko naredimo da bomo bolj zdravi in aktivni in da bomo v starejših letih čim dlje ostali samostojni. Aktivno in zdravo staranje je posledica več dejavnikov in je zelo pomembno skozi celoten življenjski cikel.⁵ Projekt *Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji* (AHA) je koordiniral Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), ki je v letu 2014 organiziral prvo nacionalno konferenco na to temo⁶. V skladu z mednarodnimi dokumenti je Slovenija leta 2017 sprejela dve strategiji: *Strategijo razvoja Slovenije 2030* in *Strategijo dolgožive družbe*.

Slovenija sodi med države, v katerih se bo v prihodnjih letih znatno povečalo število prebivalcev, ki so starejši od 65 let. Daljšanje pričakovane življenjske dobe pa ni vedno povezano z več leti zdravega življenja. V Sloveniji je število oseb, starejših od 65 let, s kroničnimi zdravstvenimi težavami nekoliko višje od povprečja EU (8).

Prevalenca demence se s starostjo viša od približno enega odstotka med populacijo v starosti 60–64 let do skoraj 40 odstotkov pri populaciji, ki je starejša od 90 let (9). Ocenjuje se, da se bo do leta 2050 v razvitih državah število oseb z demenco več kot podvojilo (10). Po podatkih Statističnega urada Slovenije je bilo leta 2008 v Sloveniji 16 odstotkov prebivalstva, starejšega od 65 let, v letu 2019 pa ta delež znaša že slabih 20 odstotkov. Poraba zdravil je v prikazanem obdobju narasla za 17 odstotkov, in sicer zlasti antidepresivov in zdravil za zdravljenje demence (5).

Minister za zdravje je že 20. 7. 2010 imenoval prvo delovno skupino za opis stanja na področju zdravstvene obravnave demence; izdelavo predloga kliničnih smernic za obravnavo pacientov z demenco; opredelitev programov, naloge in aktivnosti za ustrezno obravnavo. Delovno skupino je vodil dr. Gorazd Bernard Stokin, za člane pa so bili imenovani dr. Aleš Kogoj, Jelka Kovačič, Darja Kušar, Štefanija Lukič Zlobec, Dušanka Petrič, Janja Romih, Danica Simčič, dr. Boštjan Zupan in dr. Zvezdan Pirtošek. Delovna skupina je k sodelovanju večkrat povabila zunanje sodelavce, predvsem dr. Mojco Zvezdano Dernovšek in dr. Jožico Šelb ter 30. 8. 2011 pripravila *Zaključno poročilo delovne skupine v zvezi z reševanjem problematike zdravstvene obravnave pacientov*. Delovna skupina je ugotovila, da Republika Slovenija nima ustreznih podatkov glede incidence in prevalence bolnikov z demenco, kot ključni pa izpostavila potrebi po sprejetju *Nacionalnega programa za demence* in ustanovitvi Nacionalnega centra za demence.

V času priprav nacionalne strategije staranja, katere je usklajevalo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ), je minister za zdravje 18. 7. 2011 imenoval delovno skupino za pripravo vsebine ukrepa *Razvoj sodobnih načinov obvladovanja demence*. V delovno skupino smo bili imenovani dr. Aleš Kogoj, dr. Božidar Voljč, dr. Gorazd Bernard Stokin, Simona Čas in spodaj podpisana avtorica, ki sem bila imenovana kot vodja. Delovna skupina je 19. 8. 2011 pripravila

³ Več o tem (3).

⁴ Več o tem (13).

⁵ Več o tem (6).

⁶ Več o tem (16).

predlog poglavja *Uvedba celostnega sistema zdravstvene in socialnovarstvene oskrbe za osebe z demenco in sorodnimi stanji* za nacionalno strategijo zdravega staranja. Za hitro izpolnitev zadanih nalog so bili zaslužni zlasti dr. Aleš Kogoj, dr. Gorazd Bernard Stokin in zunanja sodelavka ga. Janja Romih iz MDDSZ.

Minister za zdravje je 6. 2. 2013 imenoval delovno skupino za pripravo *Nacionalnega programa obvladovanja demence*, ki jo je vodila Dušanka Petrič, za podpredsednico je bila na prvi seji 3. 4. 2013 izvoljena Štefanija Lukič Zlobec, člani pa so bili dr. Aleš Kogoj, dr. Zvezdan Pirtošek, dr. Gorazd Bernard Stokin, Boštjan Zupan, mag. Tatjana Cvetko, Bojanka Genorio, Janja Romih in Darinka Klančar, kot zunanja sodelavka je sodelovala predvsem Katarina Barbara Štrukelj. S spremembo sklepa o imeno-vanju je bil 16. 6. 2014 namesto dr. Gorazda Bernarda Stokina za člana imenovan dr. Dušan Flisar. Delovna skupina je posredovala predlog *Strategije obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020* v javno obravnavo med 9. 11. 2015 in 9. 12. 2015. Pripombe, ki jih je v okviru javne obravnave skupina prejela, so proučili in smiselno vključili v strategijo, ki je bila nato 22. 2. 2016 posredovana v med-resorsko usklajevanje Ministrstvu za javno upravo, Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Ministrstvu za izobraževanje, znanost in šport ter Ministrstvu za finance. Usklajeni predlog je ministrica za zdravje Marija Milojka Kolar Celarc 19. 5. 2016 podpisala in Slovenija je med prvimi državami v Evropi imela poseben nacionalni program za obvladovanje demence.

Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020 (Strategija) je upoštevala bistvene elemente in zaveze mednarodnih dokumentov, ki so bili do tedaj sprejeti na ravni EU in SZO, kakor tudi strategije s področja obvladovanja demence v drugih državah. Izhajala je iz spoznanja, da se število oseb z demenco zaradi demografskih sprememb in staranja prebivalstva hitro povečuje, pri tem pa se osredotočila na posameznika in njegove potrebe. Obvladovanje demence ni zgolj zdravstveni problem, saj oseba z demenco potrebuje pomoč pri vsakdanjih opravilih in želi čim dlje ostati v svojem domačem okolju. Zato je potrebno pri obvladovanju demence delovati interdisciplinarno, pomembno vlogo pa imajo tudi svojci in drugi neformalni skrbniki ter izvajalci različnih poklicnih storitev, s katerimi oseba z demenco v svojem vsakdanjem življenju prihaja pogosteje v stik.

Strategija je postala temeljni strateški dokument, ki je omogočil usklajen in celostni pristop vseh deležnikov pri reševanju problema demence in sorodnih stanj ter je določil tri glavne cilje na ravni države: Zgodnja diagnoza bolezni; Dostopnost do obravnave in zdravljenja z antidementivi; Vzpostavitev usklajene podpore osebam z demenco, njihovim družinam in oskrbovalcem.

Ministrstvo za zdravje je v letu 2017 z namenom spodbuditi učinkovito izvajanje *Strategije* izvedlo dvoletni javni razpis s cilji: krepitev kapacitet in kompetenc strokovnih delavcev v verigi oskrbe za osebe z demencami v različnih okoljih; ozaveščanje posameznih poklicnih in drugih ciljnih skupin v lokalnem okolju za oblikovanje demenci prijaznega okolja; zmanjševanje razlik med posameznimi slovenskimi regijami. Pogoj za sodelovanje je bilo povezovanje primarne in sekundarne oziroma terciarne zdravstvene ravni, izvajalcev socialnovarstvenih storitev, lokalne skupnosti in nevladnih organizacij. Projekti so se izvajali v vseh slovenskih regijah. Razpis je presegel pričakovanja, pri čemer moramo posebej izpostaviti Spominčico – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci, ki je v projektu načrtovala izobraževanje 325 formalnih in neformalnih oskrbovalcev oseb z demenco, na koncu pa je bilo izobraževanja deležnih 2191 oskrbovalcev, mreža Demenci prijaznih točk pa je postala primer dobre prakse tudi na ravni EU.

V skladu s cilji *Strategije* je v letu 2018 Komisija za razvrščanje zdravil na liste Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije sprejela sklep, s katerim je omogočila zdravnikom za družinsko medicino, da zdravijo osebe z demenco z antidementivi tudi v primerih, ko diagnoza še ni potrjena s strani specialistov psihiatrične ali nevrološke stroke. S tem se je izboljšala dostopnost do zdravljenja z antidementivi, saj so bile čakalne dobe za pregled pri psihiatru ali nevrologu pogosto nerazumno dolge predvsem zaradi pomanjkanja ustreznega kadra, včasih pa tudi zaradi pomanjkljivosti v organizaciji dela javne zdravstvene službe.

Kakor smo nakazali že v uvodu, sodi področje demenc in starajoče se populacije med prioriteta področja javnega zdravja, po odmevni raziskavi o stroških bolezni, ki so povezane z možgani⁷, so se dejavnosti za preprečevanje in obvladovanje bolezni možganov zelo okrepile tako na področju raziskav kot na področju zdravstvenih, gospodarskih, demografskih in drugih politik. Po letu 2016, ko je bila sprejeta *Strategija*, je zato nastalo več pomembnih dokumentov na nacionalni in mednarodni ravni, ki lahko zelo pripomorejo, da bo Slovenija z drugim nacionalnim programom, to je *Strategijo za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2030* uspešno nadaljevala poslanstvo obstoječe *Strategije* in se ponovno uvrstila med prve države v Evropi, ki imajo sodoben in z usmeritvami SZO usklajen nacionalni program za obvladovanje demence. Pomembni strateški dokumenti pa so bili sprejeti oziroma so deležni sprememb tudi na nacionalni ravni: npr. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«*, *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18-28)*, predlog *Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2021–2030*⁸, predlog *Zakona o dolgotrajni oskrbi*⁹, za višjo raven varstva osnovnih človekovih pravic ranljivih skupin prebivalstva, kamor uvrščamo tudi starejše, se pripravljajo spremembe *Zakona o duševnem zdravju*, *Zakona o socialnem varstvu* in spremembe nekaterih drugih predpisov. Namen posodabljanja in sprememb predpisov je izboljšanje kadrovskih in prostorskih normativov tako za institucionalne storitve kot za razvoj integrirane oskrbe v lokalnem okolju.

Pri razvoju storitev v lokalnem okolju imajo osrednjo vlogo centri za duševno zdravje odraslih, ki se bodo v skladu z *ReNPDZ18-28* vzpostavili v polni kadrovski sestavi do leta 2028, v svoji sestavi pa imajo tudi interdisciplinarnе mobilne time za obravnavo oseb v domačem okolju. Od leta 2019 se v skladu

z *ReNPDZ18-28* nadgrajujejo oziroma vzpostavljajo psihogeriatrični oddelki pri vseh psihiatričnih bolnišnicah. Za učinkovito obvladovanje demence pa moramo poleg navedenega spodbuditi tudi nadgradnjo oziroma širitev zmožnosti ambulant družinskih zdravnikov na primarni zdravstveni ravni ter izboljšati dostopnost do nevroloških storitev na sekundarni oziroma terciarni ravni. V lokalnem okolju se morajo službe povezovati in oseba z demenco mora biti deležna integrirane oskrbe, zato je sodelovanje zdravstvenega in socialnovarstvenega resorja nujno, sodelovati pa morajo tudi drugi deležniki v lokalnem okolju.

Neformalni skrbniki in nevladne organizacije lahko s svojimi storitvami dopolnjujejo javno mrežo izvajalcev za obvladovanje demence, zato bi država in lokalne skupnosti morale njihovo dejavnost bolj učinkovito in sistemsko podpreti. Žal pa odločevalci pogosto nimajo potrebnega znanja in vizije, da bi lahko ustrezno ocenili gospodarnost porabe javnih sredstev in uspešnost dopolnjevanja storitev javne službe s strani nevladnih organizacij in neformalnih skrbnikov.

⁷ Več o tem (4).

⁸ Predlog je posredovan v javno razpravo v juliju 2021 (7).

⁹ Predlog zakona je sprejela Vlada Republike Slovenije na seji dne 17. 6. 2021 (11).

Minister za zdravje je 11. 11. 2020 imenoval delovno skupino za pripravo predloga *Strategije za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2030 (Strategija do leta 2030)*. Za vodjo sem bila imenovana avtorica tega prispevka, dr. Zdenka Tičar je bila namestnica vodje, mag. Tatjana Cvetko, dr. Milica Gregorič Kramberger, dr. Mercedes Lovrečič, Štefanija Lukič Zlobec, dr. Zvezdan Pirtošek, Janja Romih in dr. Polona Rus Prelog so bili člani. Na svoji prvi pripravljalni seji dne 23. 9. 2020 so člani delovne skupine ocenili *Strategijo* kot zelo koristno in pomembno za izpeljavo ustreznih programov in izboljšav na tem področju, vendar so opozorili tudi na veliko izzivov, h katerim so se zaradi epidemije covid-19 pridružile nove težave, tako za osebe z demenco kot za njihove svojce. Pri pripravi *Strategije do leta 2030* se je delovna skupina lahko oprla na številne mednarodne dokumente in orodja, ki so nastali (in se še oblikujejo oziroma spreminjajo) po letu 2016, ko je bila sprejeta prva *Strategija*¹⁰. Izpostaviti moramo Svetovni observatorij za demenco (*angl.* Global Dementia Observatory – GDO) od SZO, ki je nadzorni mehanizem za spremljanje *Svetovnega načrta za odgovor javnega zdravja na demenco 2017–2025 (angl.* Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025)¹¹, ki omogoča izmenjavo podatkov in določa kazalnike za sedem prednostnih področij¹². Delovna skupina je izvedla devet plenarnih sej in nekaj sej podskupin, po spremembi vodstva Ministrstva za zdravje pa je njeno delo zastalo.

Žal zaradi omejenega prostora tukaj ne moremo bolj podrobno predstaviti vseh izzivov, s katerimi se je soočila delovna skupina, ki je pripravljala *Strategijo do leta 2030*. Področja varstva človekovih pravic in vloge neformalnih oskrbovalcev in nevladnih organizacij se nismo dotaknili, četudi gre za pomembne teme. Delovna skupina je izpostavila tudi, da mora *Strategija do leta 2030* na podlagi novih spoznanj ustrezno odgovoriti na izzive, kot je načrt obvladovanja demence v času epidemije in drugih izrednih situacijah, kot tudi upoštevati vidik spola pri osebah z demenco in njihovih neformalnih skrbnikih. Pomembne so aktivnosti za premagovanje stigme in spodbujanje dejavnikov za vzpostavitev demenci prijaznega okolja. Predvsem pa ne smemo spregledati bremena, ki ga nosijo neformalni skrbniki¹³, saj so zaradi velikih obremenitev ogroženi, da bodo prej ko slej tudi oni potrebovali pomoč.

Ponovno bi morali preučiti pobudo delovne skupine iz leta 2011 za vzpostavitev Nacionalnega centra za demence in pobudo delovne skupine iz leta 2016 za vzpostavitev dveh spominskih centrov na državni ravni z mrežo regionalnih spominskih centrov. Spodbuditi bi morali tudi pripravo sodobnih strokovnih smernic za obravnavo oseb z demenco, ki bi bile usklajene med različnimi medicinskimi strokami, saj imajo sedaj v Sloveniji posamezne stroke posebne smernice, predvsem pa so zastarele¹⁴. V Sloveniji imamo veliko strokovnega znanja in več slovenskih strokovnjakov sodeluje tudi v mednarodnih raziskavah. Vendar na področju raziskav na nacionalni ravni še nismo uspeli vzpostaviti pregleda nad učinkovitostjo in uskladiti raziskovalnih dejavnosti. Da imajo raziskave pomembno vlogo pri obvladovanju demence, je razvidno tudi iz odločitve EU, da morajo biti raziskave na voljo zainteresirani javnosti brezplačno¹⁵.

¹⁰ Veliko dokumentov je bilo sprejetih, nastajajo pa tudi novi – junija 2021 je posredovan v javno obravnavo Intersectoral Global Action Plan on Epilepsy and Other Neurological Disorders 2022-2031, ki govori tudi o osebah

z demenco in uvršča demenco z 10,4 % primerov na četrto mesto glede oviranosti zaradi nevroloških težav (15).

¹¹ Več o tem (12).

¹² Več o tem (14).

¹³ Najpogosteje so to ženski člani družine.

¹⁴ Smernice (2).

¹⁵ Več o tem (1).

Obvladovanje demence je za Slovenijo pomemben izziv, na katerega je s *Strategijo za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2020* uspešno odgovorila med prvimi državami v Evropi. Zato in zaradi zgoraj navedenega verjamemo, da bo uspešna tudi pri pripravi *Strategije za obvladovanje demence do leta 2030*.

Literatura

1. Alzheimer Europe. Data sharing in dementia research – the EU landscape. Dostopno na: <https://www.alzheimer-europe.org/Policy/Our-opinion-on/2021-Data-sharing-in-dementia-research-the-EU-landscape> (citirano 1. 7. 2021).
2. Darovec J, Kogoj A, Kores Plesničar B, Muršec M, Pišljarič M, Pregelj P et al. Smernice za obravnavo pacientov z demenco. Viceversa: Glasilo Združenja psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu. 2013. Dostopno na: http://www.zpsih.si/media/documents/VVdemenca_r.pdf (citirano: 1. 7. 2021).
3. European Commission. Green paper on ageing - Fostering solidarity and responsibility between generations. Dostopno na: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/1_en_act_part1_v8_0.pdf (citirano: 1. 7. 2021).
4. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011; 21(10): 718–79. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.08.008
5. Konec Juričič N, Kralj D, Magajna A, Roškar S, Selak Š, Simonovič S, et al. Duševno zdravje odraslih prebivalcev Slovenije skozi zdravstveno statistiko, v Šprah, L. Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki. ZRC SAZU, 2019. Dostopno na: <https://www.omra.si/media/1529/zbornik-omra-web.pdf> (citirano: 1. 7. 2021).
6. Mezinec A, Robnik Levart M, Gabrijelčič Blenkuš M. Odziv na pobudo Ministrstva za zdravje vezano na Zeleno knjigo o staranju: Spodbujanje medgeneracijske solidarnosti in odgovornost 2021. Dostopno na: <http://www.staranje.si/aktualno/odziv-na-zelena-knjigo-o-staranju-spodbujanje-medgeneracijske-solidarnosti-odgovornosti#read-more> (citirano: 1. 7. 2021).
7. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Predlog predpisa – Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2021-2030. Dostopno na: <https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=13038> (11) (citirano 15.7.2021).
8. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance: Europe 2020. Chronic diseases and disabilities among older people. Dostopno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/f44c34f1-en.pdf?expires=1626259137&id=id&accname=guest&checksum=3DDE2241E4E222867EC0189E95A0008D> (citirano: 1. 7. 2021).
9. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. Dostopno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018-health-glance-eur-2018-en> (citirano: 1. 7. 2021).
10. Organisation for Economic Co-operation and Development. Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia 2018: str. 17. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264085107-en> (citirano: 1. 7. 2021)
11. Vlada Republike Slovenije. Predlog zakona o dolgotrajni 17. 6. 2021. Dostopno 15. 7. 2021 na naslovu: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Dolgotrajna/ZDO_parafa.pdf (citirano: 15. 7. 2021).
12. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. 2017. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1> (citirano: 1. 7. 2021).
13. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2021-2030. Dostopno na: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true (citirano: 1. 7. 2021).
14. World Health Organization. Global Dementia Observatory. Dostopno na: <https://apps.who.int/gho/data/node.dementia> (citirano: 1. 7. 2021).
15. World Health Organization. Intersectoral Global Action Plan on Epilepsy and Other Neurological Disorders 2022 – 2030. 2021. Dostopno na: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/brain-health/first-draft-action-plan-on-epilepsy-and-other-neurological-disorders_180621.pdf?sfvrsn=4666e517_5 (citirano: 1. 7. 2021).
16. World Health Organization. Slovenia initiates development of a healthy ageing strategy. Dostopno na: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/news/news/2014/06/slovenia-initiates-development-of-a-healthy-ageing-strategy> (citirano: 1. 7. 2021)

17. World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing 2021-2030. Dostopno na: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing> (citirano: 1. 7. 2021)



PREVALENCA DEMENCE MED PREBIVALCI V EVROPI IN SLOVENIJI: PREGLED LITERATURE

Mercedes Lovrečič¹, Anja Petra Bencek² in Barbara Lovrečič³

¹ Primarijka, docentka predmet Psihijatrija, docentka predmet Javno zdravje, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka psihiatrije, svetnica;
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija in
Zdravstveni dom Izola, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola
E-naslov: mercedes.lovrecic@nijz.si.

²Magistrica znanosti, diplomirana sanitarna inženirka.

³ Primarijka, asistentka, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka socialne medicine, specialistka javnega zdravja, svetnica;
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva ulica 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: barbara.lovrecic@nijz.si.

Izvleček

Namen: Demenca je pomemben javnozdravstveni problem v svetu in v Evropi. Prevalenca demence zaradi socio-demografskih sprememb narašča. Prispevek preučuje, kakšna je poznana prevalenca demence v Evropi in Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih.

Metode: S pomočjo metodologije PRISMA smo preiskali strokovno literaturo. Upoštevali smo prosto dostopne objave v angleškem jeziku, ki so bile zajete v podatkovnih bazah PubMed in Google Scholar v obdobju 2000–2019 (vključuje vse projekte za oceno prevalence demence za Evropo, ki jih je financirala Evropska komisija). Zajeli smo sistematične preglede literature in metaanalize.

Rezultati: V končni pregled je bilo vključenih 15 objav, ki so vsebovale podatke o prevalenci demence za Evropo, za vse oblike demence skupaj. V obdobju 2000–2019 je bilo v Evropi med 4,9 in 10 milijonov oseb z demenco, standardizirana stopnja prevalence je znašala med 6,4 in 9,28 % (60+ let). V Sloveniji je bilo med 23.000 in 32.000 primerov demence, kar je znašalo med 1,14 in 1,57 % vseh prebivalcev (30+ let).

Razprava: Prevalenca demence v Evropi z leti narašča z naraščanjem starosti in je večja pri ženskah v primerjavi z moškimi. V razvitih državah v primarnem zdravstvenem sistemu polovica oseb z demenco ni prepoznana in diagnosticirana. Ocene prevalence demence predstavljajo izhodišče in omogočajo osnovo za odločevalce v politiki, načrtovanje in usmeritev sredstev za obvladovanje zdravstvenega in socialnega bremena demence.

Zaključek: V Sloveniji potrebujemo oceno prevalence demence in projekcije, ki bodo temeljile na podatkih slovenske populacije.

Ključne besede: demenca, stopnja prevalence, ocenjeno število oseb z demenco v Evropi, ocenjeno število oseb z demenco v Sloveniji

1. UVOD

Demenca je po *Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene* (MKB-10 (29), deseta revizija in Avstralski modifikaciji, verzija 6 (30)) opredeljena kot sindrom, ki ga povzroča kronična ali progresivna možganska bolezen, pri kateri gre za motnje spomina, mišljenja, orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti, govornega izražanja in presoje. Zavest ni motena (zavest ni prizadeta oziroma zamegljena, razen v primerih zapletov). Zanjo je značilen kognitivni upad, ki ovira samostojnost in vsakdanje aktivnosti posameznika (15). Sindrom demence je kronična napredujoča možganska bolezen (29, 30). Gre za bolezen, ki lahko možgane prizadene primarno, neposredno in selektivno kot pri boleznih, poškodbah ali okvarah, ali sekundarno, kot pri sistemskih boleznih in motnjah, ki okvarijo možgane le kot enega od organov ali telesnih sistemov in povzroči upad prej obstoječih intelektualnih in spominskih sposobnosti ter traja vsaj 6 mesecev. Po navadi se bolezen začne neopazno, postopoma in vztrajno napreduje (29). Tveganje za pojav demence narašča s staranjem, je povezano z neustreznim življenjskim stilom in neugodnim srčno-žilnim zdravstvenim stanjem (33, 44). Slovenski avtorji ocenjujejo, da ima desetina bolnikov z možganskim inzultom tudi demenco (50).

Demenca je pomemben javnozdravstveni problem v svetu in v Evropi ter ena najpogostejših bolezni starejših, ki pomembno vpliva na invalidnost in umrljivost (35) ter ima ekonomske, socialne in politične razsežnosti (40, 54, 58). Kljub prepoznavanju demence kot pojava možnih pandemskih razsežnosti (58), naporom in prizadevanju, da bi demenco uvrstili na agendo mednarodne in zdravstvene politike (39, 40, 54, 56) ter dejstvu, da so osebe z demenco pomembni uporabniki zdravstvenega sistema in potrebujejo tudi socialno varstveno oskrbo, ostaja velik delež oseb z demenco, kljub stiku z zdravstvenim in socialnim sistemom, povsod po svetu še vedno neprepoznan in ne-diagnosticiran ali ostaja sistemu »skrit« in storitev ne koristi (24, 47). Demenca pomembno prispeva k invalidnosti in predstavlja tretji vodilni vzrok invalidnosti v svetu (10, 22) ter je globalno ocenjena kot peti razlog smrti na svetu (17). Bon in sod. so ocenili, da so leta 2010 v Sloveniji neposredni zdravstveni stroški demence znašali 214,9 milijonov evrov (7).

Analiza avtorjev je pri ocenjevanju globalnega bremena demence (*angl.* Global Burden of Disease- GBD (17)) v 195 državah na podlagi dostopnih baz podatkov o incidenci, prevalenci, smrtnosti in vzrokih smrti ter literature, dostopne na PubMed, razkrila, da se pri pridobivanju podatkov o prevalenci demence uporabljajo različne metodologije. Gre za uporabo različnih diagnostičnih kriterijev, razlike v letih in obdobju ocene, starosti izbrane proučevane populacije ter načinu ugotavljanja demence, saj so identificirali uporabo 230 različnih diagnostičnih metod v 237 različnih virih literature (17).

Izsledki raziskav kažejo, da je v razvitem delu sveta manj kot polovica demenc rutinsko diagnosticiranih v primarnem zdravstvenem varstvu, za države v razvoju je stopnja odkritih in zdravljenih demenc še bolj neugodna (10, 53, 56). Stigma, ki je povezana z demenco, predstavlja dodatno oviro pri zgodnjem zdravljenju (9). Zgodnje prepoznavanje kognitivnega upada in zgodnje zdravljenje imata pozitivne učinke, predstavljata možnost ugodnejšega poteka bolezni, nudita možnosti načrtovanja pri soočanju z boleznijo in možnost večje podpore za osebe z demenco in njihove svojce ter skrbnike (26, 61). Namen prispevka je bil s pregledom prosto dostopnih znanstvenih člankov ugotoviti, kakšna je poznana prevalenca demence v Evropi in v Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih, v obdobju, ko se je prevalenco demence začelo podrobneje

in sistemsko ocenjevati za Evropo. Nacionalni inštitut za javno zdravje doslej ni opravil ocene prevalece za demenco na osnovi trenutno dostopnih rutinskih zdravstvenih podatkovnih baz, ki jih upravlja v skladu z zakonodajo. Tako pridobljene ocene prevalece demence lahko predstavljajo izhodišče in omogočajo osnovo za odločevalce v politiki, načrtovanje in usmeritev sredstev za zdravstveni in socialni resor (38), pomembno vplivajo na socialno politiko in politiko javnega sektorja, načrtovanje ter so potrebne zaradi ustreznega zagotavljanja virov, ki bi pokrili trenutne in prihodnje zdravstvene in socialne potrebe na tem področju (12). Med procesom raziskovanja je bistvena omejitev vse razpoložljive literature na obvladljivo število virov, s tem da so zajeti najbolj relevantni. Zato smo uporabili iskalne kriterije, ki so opisani pod metodami.

2. METODE

Izvedli smo sistematični pregled literature v skladu s smernicami PRISMA (32). Za iskanje literature so bile uporabljene podatkovne baze PubMed Central (PMC (41)), PubMed (42) in Google Scholar (18). Iskanje po podatkovni bazi PMC smo zaradi velikega števila zadetkov prvega iskanja, skladno s cilji našega prispevka, omejili na iskanje dokumentov, ki ustrezajo kriterijem MEDLINE. Ti so zasnovani tako, da imajo najdeni dokumenti kakovostne, originalne in pomembne vsebine in je do njih možno direktno dostopati v podatkovni bazi PubMed (28), ki omogoča uporabo dodatnih filtrov in tako poenostavi nadalje postopke izločanja.

Dokumente smo iskali tematsko v različnih kombinacijah z iskalnimi besednimi zvezami <dementia, prevalence>, <dementia in Europe>, <dementia in Slovenia>, <prevalence of dementia, Europe>, <prevalence of dementia, Slovenia>, <prevalence of dementia, Europe, cost, burden>. Slednji iskani niz je bil vključen, saj se vse pogosteje ocenjujejo stroški bolezni, za kar avtorji običajno potrebujejo podatke o prevalenci.

Prvi kriterij za izbor dokumentov v PMC je bil njihova kakovost in relevantnost. To smo dosegli z izborom med dokumenti, ki ustrezajo MEDLINE kriterijem. Nato smo za PubMed in Google Scholar uporabili naslednje kriterije izločanja:

1. kronološki kriterij (v obdobju od 1. 1. 2000 do 31. 12. 2019 – to obdobje smo zajeli, ker so se prve ocene prevalece demence za Evropo pojavile v zadnjih tridesetih letih);
2. tehnično vsebinske kriterije (posamezne države, regije in področja izven Evrope, živalski modeli, posamezni primeri in skupine primerov, klinične študije, posamezne bolezni (npr. Alzheimerjeva bolezen ...), posamezni dejavniki tveganja);
3. tehnične kriterije (objave, ki niso v angleškem jeziku, ali nismo imeli dostopa do celotne vsebine dokumentov) in
4. ocena kakovosti študij, katere merilo je bila vsebnost podatkov o prevalenci, sledljivi viri za pridobitev podatkov v člankih in pri metaanalizah razložene metode ocenjevanja prevalenc.

Za ekstrakcije podatkov sta dva recenzenta neodvisno pregledovala naslove in izvlečke za identifikacijo. Od teh zadetkov smo upoštevali sistematične preglede literature in metaanalize, ki so vključevale oceno prevalece demence za Evropo. Članke, ki so prišli v ožji izbor, smo preučili. Ocene prevalece demence smo iskali tudi posebej za Slovenijo. V naslednji fazi je sledil pregled objav. Pregled literature smo

dopolnili s pregledom navedenih virov v izbranih prispevkih. Druge oblike prispevkov smo navedli, ko je bilo to primerno.

3. REZULTATI

Na Sliki 1 je shematsko prikazan potek iskanja in vključevanja objav v pregled literature. Z zgoraj opisanimi iskalnimi nizi smo pri pregledu podatkovne baze PubMed/Medline (članki) dobili 85.226 zadetkov (od leta 1949 do 2020) za <dementia, prevalence>, 14.092 zadetkov (od leta 1952 do leta 2019) za <dementia, Europe>, 6707 zadetkov (od leta 1964 do leta 2019) za <prevalence of dementia, Europe>, 190 zadetkov (od leta 1992 do 2019) za <dementia, Slovenia>, 36 zadetkov (od leta 2002 do 2019) za <prevalence of dementia, Slovenia>.

Po izključitvi zadetkov za obdobje do leta 2000 in po letu 2019 smo dobili za Evropo 10.917 izvlečkov za <dementia, Europe> in 5140 zadetkov za <prevalence of dementia, Europe>. Od tega smo izbrali 1018 naslovov. Pri pregledu primernosti smo izločili objave, ki niso bile v angleškem jeziku, upoštevali smo sistematične preglede literature in metaanalize. V naslednjem koraku smo po pregledu naslovov in izvlečkov dobili 50 zadetkov sistematičnih pregledov literature in metaanaliz. V zadnjem koraku preverjanja vseh vključitvenih in izključitvenih kriterijev smo izbrali 6 prosto dostopnih člankov, ki smo jih pregledali (5, 6, 11, 25, 36, 56) in vključili v rezultate.

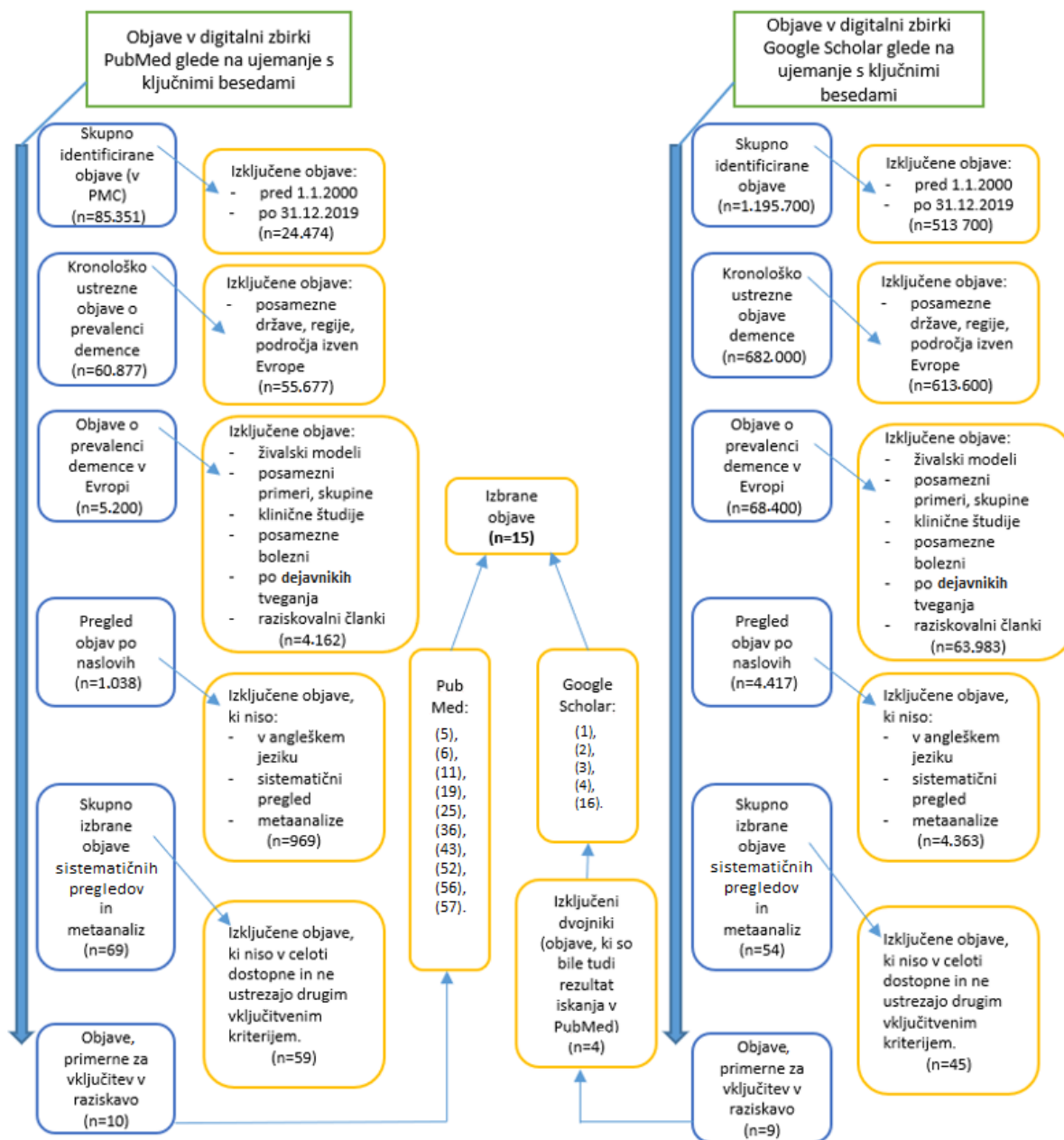
Posebej za Slovenijo smo našli 188 zadetkov po letu 2000 za <dementia, Slovenia>, 36 zadetkov po letu 2000 za <prevalence of dementia, Slovenia>. Po pregledu naslovov in izvlečkov smo izbrali 5 člankov, ki smo jih pregledali. V nobenem od pregledanih člankov nismo zasledili ocene prevalence demence za Slovenijo.

Na enak način smo pregledali tudi podatkovno bazo Google Scholar (Slika 1). Dobili smo 52.400 zadetkov za <prevalence of dementia, Europe>, od leta 2000 do 2019. Ob upoštevanju izključitvenih kriterijev smo dobili 4400 objav. Po izključitvi objav, ki niso ustrezale kriterijem (angleški jezik, sistematični pregledi literature in metaanalize), smo po pregledu naslovov izbrali 50 objav. Ponovno smo preverili vse vključitvene in izključitvene kriterije. Dobili smo 17 objav, ki smo jih vključili v pregled. Po izločitvi dvojnikov smo dobili skupno 5 objav, ki smo jih vključili v pregled literature (1, 2, 3, 4, 16). Rezultati analiziranih objav so prikazani v Tabeli 1 za Evropo in v Tabeli 2 za Slovenijo. Nobena objava ni bila specifična samo za Slovenijo.

Pri iskanju člankov z iskalnim nizom <prevalence, dementia, Europe, cost, burden> brez omejitev smo v iskalni bazi PMC našli 3976 zadetkov. Po izključitvi člankov, ki ne ustrezajo MEDLINE kriterijem, smo tako v PubMed dobili 125 zadetkov, za obdobje od leta 2000 in do leta 2019 je to 117 zadetkov. Po izključitvi objav, ki niso v angleškem jeziku in so za posamezne regije, področja izven Evrope, posamezne vrste demenc, klinične študije, objave, ki smo jih že vključili v prispevek in objave, ki nam niso v celoti dostopne, smo pregledali izvlečke preostalih objav in tako omejili izbor na 8 objav. Po pregledu celih člankov smo ugotovili, da so ustrezne 4 objave (19, 43, 52, 56). Nobena objava ni bila specifična samo za Slovenijo, je pa en članek navajal podatke tudi posebej za Slovenijo (57). Rezultati so prikazani v Tabeli 1 in Tabeli 2.

V Google Scholar-ju smo z istimi iskalnimi besedami najprej dobili 25.700 zadetkov, od tega je 16.000 zadetkov bilo objavljenih od leta 2000 do vključno 2019. Po izključitvi objav, ki niso bile skladne z že večkrat navedenimi kriteriji, smo tako pregledali 71 naslovov in od tega izbor omejili na 4 članke. Eden ni bil dostopen v celoti, ostali trije pa so se izkazali za neprimerne, zato s tem iskalnim nizom iz te iskalne baze nismo dobili dodatnih člankov, ki bi jih lahko uporabili za vključitev v rezultate.

Skupno je tako v rezultatih prikazanih 15 dokumentov, shema izbire je prikazana na Sliki 1.



Slika 1: Shematski prikaz poteka procesa sistematičnega pregleda literature

Legenda: n = število

Rezultati analize vsebine dokumentov so prikazani v Tabeli 1 in Tabeli 2. Ocenjeno število oseb z demenco je v prispevku podano na isti način, kot v primarnih virih. Največkrat je to število oseb z demenco, v enem primeru pa tudi prevalenca demence na 100.000 prebivalcev.

Tabela 1: Predstavitev rezultatov analiziranih objav v tabelarni obliki. Primerjava ocenjenega števila primerov demence glede na območje Evrope, leto ali obdobje ocene, razpon starosti zajete populacije, standardizirana (po spolu in starosti) stopnja prevalence, ocenjeno število oseb po spolu, odstotek prebivalcev in vir.

Območje Evropa	Leto/ obdobje ocene	Zajeta populacija razpon starosti (leta)	Standardizirana (spol, starost) stopnja prevalence (%)	Ocenjeno število oseb z demenco, moški	Ocenjeno število oseb z demenco, ženske	Ocenjeno število oseb z demenco, skupno	Odstotek vseh prebivalcev (%)	Referenca
Evropa	2000/ 1990–2000	65+	6,4	np	np	np	np	(25)
Evropa	1994–2000	65+	8,9	np	np	np	np	(27)
Evropa	2001	60+	Np	np	np	4.900.000	np	(11)
EU-27	2006/ 1993–2007	30–95+	Np	2.357.843	4.944.476	7.302.318	np	EuroCoDe (1)
EU-27	2006	30–95+	Np	2.434.341	4.052.220	6.486.561	1,14	Eurodem (1)
Evropa (SZO regija)	2010	60–90+	7,29	np	np	9.950.000	np	(4, 38)
EU-27	2011/ 1990–2007	60+ 65+	7,06 ⁻ 9,28 ⁻	np	np	8.175.204	np	EuroCoDe (16)
EU-27	2011/ 2008–2011	60+ 65+	6,5 ⁻ 8,24 ⁻	np	np	7.261.690	np	Alcove (16)
EU-27	2011/ 1990–2011	65+	7,23 ⁻	np	np	6.367.526	np	Alcove in EuroCoDe (16)
EU-28	2012	30–95+	Np	2.866.771	5.835.262	8.702.033	1,55	(2, 3)

EU-28 + Islandija, Norveška, Švica, Turčija	2012	30–95+	Np	3.073.701	6.175.948	9.249.649	np	(3)
Evropske države	1993–2018	65–90+	7,1*	np	np	np	np	(5)
Evropske države (definicija ZN)	2000/2003	60+	Np	np	np	7.113.200	np	(52)
Evropske države (definicija ZN)	2010/2003 (predikcija)	60+	Np	np	np	8.456.300	np	(52)
Evropske države (definicija ZN)	2020/2003 (predikcija)	60+	Np	np	np	10.051.200	np	(52)
EU-27	2010/2011	60+	5,4	np	np	np	np	(57)
EU-27 + Islandija, Norveška, Švica	2011/2004	60+	Np	np	np	4.900.000	np	(19)
EU-27 + Islandija, Norveška, Švica	2011/2010	60+	Np	np	np	6.341.179	np	(19)
Sever (Danska, Finska, Norveška, Švedska)	2015/2010	Np	Np	np	np	1455/100.000 prebivalcev	np	(43)
Jug (Grčija, Italija, Portugalska, Španija)						1301/100.000 prebivalcev		

Legenda

Np – ni podatka

- Eurostat populacija 2011

*Populacija Združeni narodi 2012

EuroCoDe - European Collaboration on Dementia

Eurodem - European Community Concerted Action Epidemiology on Prevention of Dementia

ALCOVE - Alzheimer's Cooperative Valuation in Europe

Tabela 2: Predstavitev rezultatov analiziranih objav glede ocene prevalence demence za Slovenijo v tabelarni obliki. Primerjava ocenjenega števila primerov demence glede na leto ocene, razpon starosti zajete populacije, ocenjeno število oseb z demenco po spolu, odstotek prebivalcev in vir.

Slovenija	Ocena za leto	Zajeta populacija razpon starosti (leta)	Ocenjeno število oseb z demenco, moški	Ocenjeno število oseb z demenco, ženske	Ocenjeno število oseb z demenco, skupno	Odstotek vseh prebivalcev (%)	Referenca
Slovenija (EU-27)	2006	30–95+	7.451	17.929	25.380	1,26	EuroCoDe (28)
Slovenija (EU-27)	2006	30–95+	7.949	14.872	22.822	1,14	Eurodem (28)
Slovenija (EU-28) [†]	2012	30–95+	9.324	22.711	32.035	1,57	(41, 48)
Slovenija (EU-27)	2010	60+	Np	np	22.797	np	(19)

Legenda

Np – ni podatka

[†] Eurostat populacija 2011

EuroCoDe - European Collaboration on Dementia

Eurodem - European Community Concerted Action Epidemiology and Prevention of Dementia

4. RAZPRAVA

Izsledki raziskav kažejo, da prevalenca demence v zadnjih desetletjih hitro narašča, še posebej v manj razvitih državah (glede na ekonomsko rast, inflacijo in populacijo) (11, 37). Po projekcijah Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) bi do leta 2050 število oseb, starih 60 let ali več, narastlo na 2.000.000.000 in predstavljalo 22 % svetovne populacije, od katerih jih bo 79 % živelo v manj razvitih regijah sveta (11, 58). Med letoma 2001 in 2040 naj bi v svetu število oseb z demenco naraslo za 234 %, v evropski regiji SZO pa med 84 % in 169 % (11).

Prince in sodelavci so za leto 2010 poročali o 35,6 milijonih oseb z demenco v svetu, od tega 10 milijonov v Evropi (regija SZO). Na osnovi projekcij so napovedali število oseb z demenco v svetu in v Evropi za vsakih nadaljnjih 10 let: za Evropsko regijo SZO 14 milijonov do leta 2030 in 19 milijonov do leta 2050 (34, 38); za svet pa 48,1 milijona do leta 2020, 65,7 milijona do leta 2030, 90,3 milijona do leta 2040 in 115,4 milijona primerov demence do leta 2050 (podvojitve števila oseb z demenco v svetu na vsakih 20 let) (4, 34, 38). Avtorji ugotavljajo, da naj bi v svetu število oseb z demenco med letoma 2010 in 2030 naraslo za 85 %, v evropski regiji SZO za 40 %, med letoma 2010 in 2050 pa v svetu za 225 % in v Evropi za 87 % (38). Navedene ocene prevalence so bile višje za 10 % od predhodnih ocen avtorjev Ferri in sod., ki so poročali o 24,4 milijonih za leto 2000, 42,7 milijona primerov demence za leto 2020 in 82 milijonih za leto 2040 (11). Po ocenah iz leta 2015 naj bi v svetu 46,8 milijona oseb imelo demenco, do leta 2030 74,7 milijona in do leta 2050 131,5 milijona (40). Po podatkih SZO je v letu 2018 v svetu živelo okrog 50 milijonov oseb z demenco, do leta 2050 naj bi se število potrojilo na 152 milijonov (59). Po ocenah organizacije Alzheimer's Disease International se vsake 3 sekunde v svetu pojavlja nov primer demence (40).

Galeotti s sod. (16) in Bacigalupo s sod. (5) so opravili sistematične preglede literature in metaanalize za prevalenco demence v Evropi. Vključili so tudi vse tri evropske projekte, ki jih je financirala Evropska Komisija (*Eurodem*, ki je proučeval objavljene raziskave v obdobju 1990–2007, *EuroCoDe*, ki je proučeval objavljene raziskave v obdobju 1993–2007 in Alzheimer's Cooperative Valuation in Europe – *ALCOVE*, ki je proučeval objavljene raziskave v obdobju 2008–2011 (2, 4). Izsledki se nanašajo na obdobje od 1990 do 2018 (5). Ocenjena stopnja prevalence v Evropi je na osnovi podatkov projekta *Alcove* in projekta *EuroCoDe* 7,23 na 100 prebivalcev v starosti 65 let in več, kar znaša okrog 6,4 milijona primerov (4). Avtorji na osnovi predpisovanja antipsihotične terapije ocenjujejo tudi, da je v Evropi kumulativna stopnja prevalence 10,6 % za splošno populacijo, 23,2 % za bolnišnično populacijo in 35,6 % med populacijo v domski socialnovarstveni oskrbi (16).

Wancata in sod. so izvedli metaanalizo stanja prevalence z namenom izračuna/predikcije prevalences demence za celotno Evropo po letih 2010, 2020, 2030, 2040 in 2050 z upoštevanjem pričakovanih rojstev in umrljivosti. Njihov namen je bil oceniti razmerje med osebami v delovni dobi na eno osebo z demenco v prihodnosti. Števila prevalences so v primerjavi z ostalimi viri povsod višja, saj so zajeli več držav, ki so po definiciji Združenih narodov Evropske (tj. 40 držav, večina ostalih prispevkov pa je zajemala samo države Evropske Unije). Ocenjeno število oseb z demenco v Evropi za leto 2000 je znašalo 7,1 milijona, za 2020 pa so predvideli, da naj bi znašalo nekaj čez 10 milijonov (52). Wittchen in sod. so po izvedeni metaanalizi določili stopnjo prevalences za države EU na 5,4 %. Število je nižje, vendar so upoštevali vse

stare 60 in več let, medtem ko je večina ostalih ocen stopnje prevalence za stare 65 in več let (57). Gustavsson in sod. so prevalenco v Sloveniji v letu 2010 ocenili na 22.797, za celotno Evropo pa na 6,3 milijona (19). Raggi in sod. so prevalenco podali v število/100 000 oseb, pri čemer je bila višja za Jug Evrope (1455/100.000 oseb z demenco) v primerjavi s Severom (1301/100.000 oseb z demenco) (43).

V zadnjih dvajsetih letih je bilo narejenih več ocen prevalence demence v svetu in v Evropi. Wimo in sod. so ugotovili, da je bilo leta 2000 v svetu 25 milijonov oseb z demenco in ocenili, da bo do leta 2030 63 milijonov primerov demence v svetu ter 114 milijonov do leta 2050 (55).

Panel strokovnjakov je leta 2005 pregledal dostopne epidemiološke podatke in dosegel konsenz glede ocene prevalence demence v posameznih regijah SZO, ob upoštevanju, da za nekatere regije ni bilo na voljo podatkov o prevalenci. Ocenili so, da je bilo v svetu leta 2001 24,3 milijona oseb z demenco, od tega jih je 60 % živel v manj razvitih državah. Za vsako leto po letu 2001 je bilo v svetu po oceni napovedanih 4,6 milijona novih primerov demence ali en nov primer vsakih 7 sekund, za leto 2020 42,3 milijona demenc, za vsakih 20 let po letu 2001, bi se po projekciji število demenc podvojilo in bi leta 2040 doseglo 81,1 milijona (11).

Za leto 2006 je organizacija Alzheimer Europe (4) izračunala število prebivalcev z demenco v Evropi, po 5-letnih starostnih skupinah in po spolu ter stopnje prevalence za demenco, tako na osnovi predhodnega projekta *European Collaboration on Dementia (EuroCoDe)* (2), kot projekta *European Community Concerted Action Epidemiology on Prevention of Dementia (Eurodem)* (21, 46) ter primerjala podatke dveh raziskav (46). Po ocenah organizacije Alzheimer Europe in Evropske komisije je bilo leta 2006 v EU-27 6,5 milijona oseb z demenco (2,4 milijona moških in 4,0 milijona žensk) in v Sloveniji skoraj 23.000 oseb z demenco (skoraj 8.000 moških in skoraj 15.000 žensk), kar je znašalo 1,1 % celotne populacije (projekt *Eurodem*) (2, 21, 46). Na osnovi projekta *EuroCoDe* so za EU-27 za leto 2006 ocenili 7,3 milijona primerov oseb z demenco (2,3 milijona moških in 4,9 milijona žensk) in za Slovenijo več kot 25.000 oseb z demenco (več kot 7.000 moških in skoraj 18.000 žensk), kar je znašalo 1,3 % celotne populacije (1). Organizacija Alzheimer Europe je pripravila ocene prevalence demence za EU-28, v letu 2012 je bilo skupaj 8,7 milijona oseb z demenco (2,9 milijona moških in 5,8 milijona žensk), kar je bilo v povprečju 1,6 % populacije.

V Sloveniji je bilo leta 2012, po enakih ocenah, več kot 32.000 oseb z demenco (skoraj 23.000 žensk in več kot 9.000 moških), kar je predstavljalo 1,57 % vseh prebivalcev (povprečje EU 1,55 %) (2). Zaradi podaljševanja življenjske dobe v prihodnjih desetletjih pričakujemo porast števila oseb z demenco (27) tudi v Sloveniji.

Groba stopnja prevalence za demenco se pri starejših od 65 let v Evropi giblje med 5,9 in 9,4 % (6), standardizirane stopnje pa med 6,4 in 9,28 % (4, 5, 16, 25, 27, 38, 52). Epidemiološke ocene (prevalence demence) za Slovenijo med prispevki slovenskih avtorjev nismo našli (le za posamezno bolezen) (35).

Zaradi napredujoče oblike bolezni, blagih simptomov v njenih začetnih fazah in nizke stopnje diagnosticiranih primerov, je težko oceniti dejansko število oseb, ki jih je prizadela demenca (60). Številne raziskave so ocenjevale prevalenco demence v izbranih starostnih skupinah, kar omogoča natančnejše ocene prevalence za posamezne starostne skupine, vendar izsledki raziskav kažejo, da tudi

znotraj starostnih skupin pri starejši populaciji prihaja do razlik v prevalenci demence (1, 2, 3, 4, 5, 11, 16, 25, 27, 38).

Izsledki različnih raziskav kažejo, da se v svetu prevalenca demence razlikuje med svetovnimi regijami in državami, na kar lahko vplivajo tudi kulturološki in socio-ekonomski dejavniki (51). Deloma razlike lahko pripišemo razlikam v metodologiji (npr. različni diagnostični kriteriji, razlike v starosti in številčnosti proučevane populacije ter različna klinična okolja). Izsledki raziskav kažejo, da se prevalenca demence z leti in desetletji povečuje, na kar ima najverjetneje največji vpliv staranje prebivalstva in podaljševanje življenjske dobe (37, 60).

Stopnje pojavnosti demence naraščajo v vseh regijah sveta, tudi v projekcijah, še posebej v državah v razvoju, in so povezane s staranjem prebivalstva in podaljševanjem življenjske dobe (23, 60). Na projekcije bi lahko značilno vplivali preventivni ukrepi in izboljšanje dostopnosti in učinkovitosti zdravstvene obravnave (37). Poleg razlik v regijah sveta se prevalenca demence lahko razlikuje v regijah znotraj posameznih držav, še posebej, ko gre za starejše ocene in uporabo manj zanesljivih podatkov, kar otežuje epidemiološko oceno (8, 38).

Stopnja prevalenca demence na osnovi epidemioloških ocen je za različne evropske države, v primerjavi z drugimi regijami sveta, relativno primerljiva (8). V nekaterih posameznih državah se v zadnjih dveh desetletjih beleži upad trenda incidence in prevalenca demence (npr. ZDA, ZK, Švedska), kar je vzpodbudno (49). Za spremljanje trendov prevalenca demence je potrebna primerljivost podatkov, enaki metodološki pristopi, diagnostični pristopi in vzorci v opazovanem obdobju, zaradi česar nam deskriptivno epidemiološko raziskovanje v zadnjih desetletjih ne omogoča jasnega vpogleda v dinamiko sprememb, izsledki nekaterih raziskav pa nakazujejo stabilno ali upadajočo incidenco in prevalenco demence v posameznih evropskih državah (49, 59), na kar bi lahko vplivale družbene spremembe, izboljšanje življenjskih pogojev, izobrazba in zdravstvena oskrba. Jasnega možnega vzroka avtorji niso mogli identificirati. Vsaka država bi potrebovala lastne ocene in epidemiološko spremljanje pojava. Epidemiološka analitika v kombinaciji z nevroznanostjo (raziskovanje nevropatologije) bi nam lahko podala jasnejši vpogled v razširjenost problematike in spremembah v splošni populaciji (60).

Starostno standardizirana stopnja prevalenca za demenco pri starih 60 let se v večini regijah sveta giblje med 5 in 7 % (4, 27). Prevalenca demence narašča s starostjo do okrog 2–3 % med osebami v starosti 70–75 let, do 20–25 % med osebami v starosti 85 let ali več (11, 45), po tej starosti po mnenju nekaterih avtorjev obstaja premalo podatkov, ki bi potrjevali, da razširjenost demence še vedno narašča (14), drugi avtorji pa ocenjujejo prevalenco na več kot 30 % med osebami v starosti 90 let in več (37). Izsledki vseh raziskav kažejo, da prevalenca narašča z naraščanjem starosti in da je prevalenca večja pri ženskah v primerjavi z moškimi (1, 2, 3, 4, 5, 11, 16, 25, 27, 34, 38), prevalenca narašča prej in hitreje pri ženskah (80–84 let) v primerjavi z moškimi (85–89 let) (27, 46). Različni avtorji so ugotovili, da se prevalenca demence v Evropi, v primerjavi z drugimi regijami sveta, v večini starostnih skupin ni značilno spreminjala, kljub več-desetletnemu časovnemu razponu med dvema največjima evropskima raziskavama (Eurodem in EuroCoDe) in v primerjavi z drugimi raziskavami (npr. ALCOVE) (1, 2, 5, 16). Prevalenca demence je bila višja pri ženskah v primerjavi z moškimi in je s starostjo pri obeh spolih naraščala (1, 2). Izsledki raziskav potrjujejo stabilnost prevalenca pri starejših v zadnjih dvajsetih letih (26, 37). Starostno specifične stopnje prevalenca za demenco za različne regije sveta se v zadnjih desetletjih

manj razlikujejo in vse bolj približujejo – na to lahko vplivajo preventivni ukrepi (z nižanjem incidence), izboljšanje zgodnjega prepoznavanja in diagnostike ter zdravljenja (zamik bolezni in daljšanje preživetja), intervencije, ki vplivajo na pojav bolezni (preprečevanje in upočasnitev napredovanja bolezni) (38).

Kljub temu, da je raziskava Eurodem predstavljala prelomnico v epidemioloških ocenah prevalece demence v Evropi, ima določene metodološke omejitve, npr. v številu vključenih raziskav, številu vključenih držav in uporabi različnih diagnostičnih instrumentov, ob naraščanju prevalece demence, zato so za razjasnitev dejanske prevalece demence potrebne nadaljnje populacijske raziskave (31).

Na osnovi raziskave Eurodem so bile narejene ocene prevalece demence tudi za Slovenijo. Zadnjo oceno prevalece leta 2012 je za Slovenijo opravila organizacija Alzheimer Europe (31), pred tem so bile opravljene za leto 2006, v vseh primerih za starost od 30 let dalje in so znašale med 1,14 in 1,57 % vseh prebivalcev. Ugotovljeno je bilo, da so ocene prevalece demenc za Slovenijo narejene na osnovi modelov. Ocene so bile narejene v okviru ocen za Evropo (Eurodem, EuroCoDe), kjer izračuni niso bili narejeni na osnovi slovenske populacije. V izvorne projekte Eurodem in EuroCoDe niso bile vključene države Vzhodne Evrope (1, 2, 4, 10, 21, 24, 26, 38, 40, 46).

Vse ocene prevalece so najverjetneje nižje od dejanske prevalece demence. Na to vpliva nizka prepoznavnost določenih vrst demenc in pozno diagnosticiranje, prav tako pa verjetno različne metode diagnosticiranja, na kar so opozorili avtorji GBD (17).

Med omejitvami pri pregledu literature, kjer smo se omejili na prosto dostopne objave v angleškem jeziku, izpostavljam, da ni bila identificirana avtorjem znana objava (GBD), ki vsebuje ocene prevalece demence v Sloveniji za leto 2016, kjer so avtorji ocenili, da naj bi takrat demenco imelo 21.755 oseb (17), kljub temu pa v primeru po izbrani metodologiji morebitnih drugih ne zajetih objav to najverjetneje ne bi bistveno vplivalo na rezultate. Ocenjujemo, da smo kljub navedenim omejitvam analizirali relativno širok razpon raziskav glede ocen prevalece za demenco v Evropi, ki so bile narejene v zadnjih dvajsetih letih. S tem nam je uspelo zajeti relevantne podatke. V analizo smo vključili tudi vse ocene prevalece za Evropo, ki jih je financirala Evropska komisija. Ugotovili smo, da gre za prvi sistematični pregled literature za ocene prevalece demence v splošni populaciji za Slovenijo.

Breme bolezni za demenco je visoko. Epidemiološke raziskave za področje demenc imajo dve osnovni izhodišči, deskriptivni del, z izračuni stopenj za populacijo, ki je vključena v raziskavo in analitski del, ki poskuša razložiti fenotipske razlike, povezane z dejavniki tveganja (20). Vrzel med epidemiološkimi ocenami in dejanskimi primeri bi bilo možno odpraviti z diagnosticiranjem vseh primerov, z uporabo validiranih biomarkerjev (13) oziroma s potrditvijo primerov postmortem, kar pa predstavlja izziv, ki ga v bližji prihodnosti še ne bo moč uresničiti. S pravočasnim diagnosticiranjem bi pa tudi skupni stroški zdravljenja lahko bili nižji, kljub prepoznani višji prevalenci demence zaradi podaljševanja aktivnosti oseb z demenco in s tem poznejše invalidnosti ter izgube delovnih let zaradi demence.

5. ZAKLJUČEK

Z javnozdravstvenega vidika je ocena prevalence demence osnova za načrtovanje in organizacijo ukrepov zdravstvenih in socialnih služb in oceno morebitnega vpliva preventivnih strategij na zdravstveno breme bolezni, pri čemer je splošno znano, da več kot polovica demenc predstavlja Alzheimerjeva demenca, za katero ne poznamo vzroka bolezni. Previdni načrtovalci in odločevalci v politiki bi pri načrtovanju zdravstvenih in socialnih služb pomoči za osebe z demenco in njihovih svojcev upoštevali prevalence demence in projekcije, prioriteto bi investirali v promocijo zdravja možganov in preprečevanje znanih dejavnikov tveganja za demenco, spremljanje pojavnosti in razširjenosti demence, zgodnje prepoznavanje težav in zdravljenje ter spremljali učinkovitost ukrepov.

V Sloveniji potrebujemo oceno prevalence in projekcije, ki temeljijo na podatkih slovenske populacije. Za prihodnje ocene prevalence demence v Sloveniji je smiselno upoštevati podatke za slovensko populacijo in narediti ustrezne projekcije ocen. Zaradi podaljševanja življenjske dobe v prihodnjih desetletjih pričakujemo porast števila oseb z demenco (60), tudi v Sloveniji.

Literatura

1. Alzheimer Europe. European commission, health and consumers directorate-general. Directorate C - Public Health and Risk Assessment. C2 - Health information. Estimated number of people (2006) with dementia. 2009. Dostopno na: https://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/docs/dementia2_en.pdf (citirano 20. 2. 2020).
2. Alzheimer Europe. 2013: Prevalence of dementia in Europe. 2013. Dostopno na: <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe> (citirano 20. 2. 2020).
3. Alzheimer Europe. The Prevalence of Dementia in Europe. 2017. Dostopno na: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe> (citirano 20. 2. 2020).
4. Ferri DP, Sousa R, Albanese E, Riberio WS, Honyashiki M. World Alzheimer Report 2009. London: Alzheimer's Disease International, 2009. Dostopno na: <https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf> (citirano 20. 2. 2020).
5. Bacigalupo I, Mayer F, Lacorte E, Di Pucchio A, Marzolini F, Canevelli M et al. A Systematic Review and Meta-Analysis on the Prevalence of Dementia in Europe: Estimates from the Highest-Quality Studies Adopting the DSM IV Diagnostic Criteria. *J Alzheimers Dis.* 2018; 66(4): 1471–81. doi: <https://doi.org/10.3233/JAD-180416>.
6. Berr C, Wancata J, Ritchie K. Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15(4): 463–71. doi: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.003>.
7. Bon J, Koritnik B, Bresjanac M, Repovš G, Pregelj P, Dobnik B, Pirtošek Z. Stroški možganskih bolezni v Sloveniji v letu 2010. *Zdrav Vestn.* 2013; 82: 164–75.
8. Bruti G, Cavallucci E, Mancini M, Bitossi A, Baldereschi M, Sorbi S. A systematic review of the quality of studies on dementia prevalence in Italy. *BMC Health Serv Res.* 2016; 16(1): 507. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1871-y>.
9. Chan KY, Wang W, Wu JJ, Liu L, Theodoratou E, Car J. et al. Epidemiology of Alzheimer's disease and other forms of dementia in China, 1990–2010: a systematic review and analysis. *Lancet.* 2013; 381: 2016–23. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60221-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60221-4).
10. Connolly A, Gaehl E, Martin H, Morris J, Purandare N. Underdiagnosis of dementia in primary care: Variations in the observed prevalence and comparisons to the expected prevalence. *Aging Ment Health.* 2011; 15: 978–84. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.596805>.

11. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M. et al. Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet*. 2005; 366: 2112–7. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67889-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67889-0).
12. Fiest KM, Jetté N, Roberts JI, Maxwell CJ, Smith EE, Black SE. et al. The Prevalence and Incidence of Dementia: a Systematic Review and Meta-analysis. *Can J Neurol Sci*. 2016; 43(1): S3-S50. doi: <https://doi.org/10.1017/cjn.2016.18>.
13. Fiest KM, Roberts JI, Maxwell CJ, Hogan DB, Smith EE, Frolkis A, et al. Prevalence and Incidence of Dementia Due to Alzheimer's Disease: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Neurol Sci*. 2016; 43 Suppl 1:S51–82. doi: <https://doi.org/10.1017/cjn.2016.36>.
14. Forette F, Boller F. Hypertension and the risk of dementia in the elderly. *Am J Med*. 1991; 90(3): S14-9. doi: [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(91\)90430-6](https://doi.org/10.1016/0002-9343(91)90430-6).
15. Gale SA, Acar D, Daffner KR. Dementia. *Am J Med*. 2018; 131(10): 1161–9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.01.022>.
16. Galeotti F, Giusti A, Meduri F, Raschetti R, Scardetti P, Vanacore N. Epidemiological data on dementia. WP4 ALCOVE Deliverable n°4. "Recommendations to improve epidemiological data on Alzheimer disease & dementia with overview data and definition of best practices for data collection". Synthesis Report. 2013. Dostopno na: https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/20102201/20102201_d4-00_en_ps.pdf (citirano 20. 2. 2020).
17. GBD 2016 Dementia Collaborators. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2019; 18(1): 88–106. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30403-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30403-4).
18. Google Scholar. Dostopno na: <https://scholar.google.com/> (citirano: 20. 2. 2020).
19. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E. et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychophar* 2011; 21(10): 718–79. doi: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008>.
20. Hendrie HC, Murrell J, Gao S, Unverzagt FW, Ogunniyi A, Hall KS. International studies in dementia with particular emphasis on populations of African origin. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2006; 20(3 Suppl 2): S42–S46. doi: <https://doi.org/10.1097/00002093-200607001-00005>.
21. Hofman A, Rocca WA, Brayne C, Breteler MMB, Clarke M, Cooper B. et al. The prevalence of dementia in Europe: A collaborative study of 1980-1990 findings. *Int JEpidemiol*. 1991; 20(3): 736–48. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/20.3.736>.
22. Horton R. GBD 2010: understanding disease, injury, and risk. *The Lancet*. 2012; 380(9859): 2053–4. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62133-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62133-3).
23. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *The Lancet Neurology*. 2008; 7(9): 812–6. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70169-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70169-8).
24. Lang L, Clifford A, Wei L, Zhang D, Leung D, Augustine G. et al. Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis. *BMJ Open* 2017; 7(2):e011146. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011146>.
25. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler M. et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group*. *Neurology*. 2000; 54: S4–9. Dostopno na: https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Lobo/publication/12464923_Prevalence_of_dementia_and_major_subtypes_in_Europe_A_collaborative_study_of_population-based_cohorts/links/561cae2d08aea8036724b53a/Prevalence-of-dementia-and-major-subtypes-in-Europe-A-collaborative-study-of-population-based-cohorts.pdf (citirano 20. 2. 2020).
26. Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, De-la-Camara C, Ventura T. et al. Prevalence of dementia in a southern European population in two different time periods: the ZARADEMP Project. *Acta Psychiatr Scand*. 2007; 116: 299–307. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01006.x>.
27. Lopes MA, Hototian SR, Reis GC, Elkis H, Bottino CMC. Systematic review of dementia prevalence 1994 to 2000. *Dement Neuropsychol* 2007; 1(3): 230–40. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-57642008DN10300003>.
28. MEDLINE, PubMed, and PMC (PubMed Central): How are they different? Dostopno na: <https://www.nlm.nih.gov/bsd/difference.html> (citirano 20. 2. 2020).

29. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Verzija 6. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije_sifranti/mkb/mkb10-am-v6_v04_splet-04112020.pdf (citirano 20. 2. 2020)
30. Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, 10. verzija, 1. knjiga. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995.
31. Misiak B, Cialkowska-Kuzminska M, Frydecka D, Chladzinska-Kiejna S, Kiejna A. European studies on the prevalence of dementia in the elderly: time for a step towards a methodological consensus. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013; 28(12): 1211–21. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.3948>.
32. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*. 2009; 6(7): e1000097. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
33. Nowrangi MA, Rao V, Lyketsos CG. Epidemiology, Assessment, and Treatment of Dementia. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34(2): 275–94. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.004>.
34. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle. Paris: ECD Publishing, 2016. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en> (citirano 20. 2. 2020).
35. Patterson C. World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New frontiers. Alzheimer's Disease International (ADI). 2018. Dostopno na: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2018.pdf> (citirano 20. 2. 2020)
36. Peterlin B, Kobal J, Teran N, Flisar D, Lovrecić L. Epidemiology of Huntington's disease in Slovenia. *Acta Neurol Scand*. 2009; 119(6): 371–5. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2008.01110.x>.
37. Prince M, Ali GC, Guerchet M, Prina AM, Albanese E, Wu YT. Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimers Res Ther* 2016; 8(1): 23. doi: <https://doi.org/10.1186/s13195-016-0188-8>.
38. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*. 2013; 9(1): 63–75.e2. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>.
39. Prince M, Bryce R, Ferri C. World Alzheimer Report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention. London: Alzheimer's Disease International. 2011. Dostopno na: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2011.pdf> (citirano 20. 2. 2020).
40. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina M. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International; 2015. Dostopno na: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf> (citirano 20. 2. 2020)
41. PubMed Central (PMC). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/> (citirano 20. 2. 2020).
42. PubMed. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> (citirano 20. 2. 2020).
43. Raggi A, Leonardi M. Burden and cost of neurological diseases: a European North-South comparison. *Acta Neurol Scand*. 2015; 132: 16–22. doi: <https://doi.org/10.1111/ane.12339>.
44. Riederer P, Korczyn AD, Ali SS, Bajenaru O, Choi MS, Chopp M. et al. The diabetic brain and cognition. *J Neural Transm*. 2017; 124(11): 1431–54. doi: <https://doi.org/10.1007/s00702-017-1763-2>.
45. Rizzi L, Rosset I, Roriz-Cruz M. Global epidemiology of dementia: Alzheimer's and vascular types. *Biomed Res Int*. 2014; 908915. doi: <https://doi.org/10.1155/2014/908915>.
46. Rocca WA, Hofman A, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Copeland JR. et al. The prevalence of vascular dementia in Europe: facts and fragments from 1980-1990 studies. EURODEM-Prevalence Research Group. *Ann Neurol*. 1991; 30(6): 817–24. doi: <https://doi.org/10.1002/ana.410300611>.
47. Rodríguez-Gómez O, Rodrigo A, Iradier F, Santos-Santos MA, Hundemer H, Ciudad A. et al. The MOPEAD project: Advancing patient engagement for the detection of "hidden" undiagnosed cases of Alzheimer's disease in the community. *Alzheimers Dement* 2019; 15(6): 828–39. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.02.003>.
48. Slovenia. 2013: The prevalence of dementia in Europe. 2014. Dostopno na: <https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Slovenia> (citirano 20. 2. 2020).

49. Stephan BCM, Birdi R, Tang EYH, Cosco TD, Donini LM, Licher S. et al. Secular Trends in Dementia Prevalence and Incidence Worldwide: A Systematic Review. *J Alzheimers Dis.* 2018; 66(2): 653–80. doi: <https://doi.org/10.3233/JAD-180375>.
50. Subic A, Cermakova P, Norrving B, Winblad B, von Euler M, Kramberger MG. et al. Management of acute ischaemic stroke in patients with dementia. *J Intern Med.* 2017; 281(4): 348–64. doi: <https://doi.org/10.1111/joim.12588>.
51. Suh G-H, Shah A. A review of the epidemiological transition in dementia-cross-national comparisons of the indices related to Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2001; 104(1): 4–11. doi: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00210.x>.
52. Wancata J, Musalek M, Alexandrowicz R, Krautgartner M. Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. *Eur Psychiatr.* 2003; 18: 306–13. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.03.003>.
53. Wilkins CH, Wilkins KL, Meisel M, Depke M, Williams J, Edwards DF. Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2007; 55: 1771–6. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01417.x>.
54. Wimo A, Guerchet M, Ali G-C, Wu Y-T, Prina AM, Winblad B. et al. The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimer's & Dementia.* 2017; 13: 1–7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.07.150>.
55. Wimo A, Winblad B, Aguero-Torres H, vonStrauss E. The magnitude of dementia occurrence in the world. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2004; 17: 63–7.
56. Winblad B, Amouyel P CH, Wilkins KL, Meisel M, Depke M, Williams J, Edwards y H. et al. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurol.* 2016; 15: 455–532. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(16\)00062-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(16)00062-4).
57. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011; 21(9): 655–79. doi: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>.
58. World Health Organization. Dementia: A public health priority. London, Alzheimer's Disease International in World Health Organization; 2012. Dostopno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf;jsessionid=E128350C03BC5665D042E31CCB66E11A?sequence=1 (citirano 20. 2. 2020)
59. World Health Organization. Dementia: number of people affected to triple in next 30 years. 2017. Dostopno na: <http://www.who.int/news-room/detail/07-12-2017-dementia-number-of-people-affected-to-triple-in-next-30-years> (citirano 20. 2. 2020).
60. Wu YT, Beiser AS, Breteler MMB, Fratiglioni L, Helmer C, Hendrie HC. et al. The changing prevalence and incidence of dementia over time - current evidence. *Nat Rev Neurol.* 2017; 13(6): 327–39. doi: <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2017.63>.
61. Xie J, Brayne C, Matthews FE. Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study collaborators. Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up. *BMJ.* 2008; 336(7638): 258–62. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.39433.616678.25>.



PREVALENCA DEMENCE V SPLOŠNI POPULACIJI:

pregled in primerjava ocen prevalence demence za svet, Evropo, Slovenijo in ocena za Slovenijo za leto 2018 ter projekcija za leto 2030

Mercedes Lovrečič¹ in Barbara Lovrečič²

¹Primarijka, docentka predmet Psihijatrija, docentka predmet Javno zdravje, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka psihiatrije, svetnica;
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija in
Zdravstveni dom Izola, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola

E-naslov: mercedes.lovrecic@nijz.si.

²Primarijka, asistentka, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka socialne medicine, specialistka javnega zdravja, svetnica; Nacionalni inštitut za javno zdravje,
Trubarjeva ulica 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: barbara.lovrecic@nijz.si.

Izvleček

Uvod: Demenca postaja vse pomembnejši javnozdravstveni problem. Do leta 2050 naj bi polovica držav v svetu imela urejeno redno zbiranje podatkov za epidemiološko spremljanje demence, o stanju pa naj bi Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) poročala vsaki dve leti. Strokovnjaki napovedujejo v svetu kar trikratni porast prevalenca demence do leta 2050. Namen našega prispevka je na podlagi pregleda literature ugotoviti prevalenco demence v splošni populaciji v Sloveniji, Evropi in v svetu v zadnjih 20 letih ter na osnovi dostopnih podatkov za prebivalstvo za Slovenijo izračunati prevalenco za leto 2018 in napovedati prevalenco demence za leto 2030.

Metode: S pomočjo izbora ključnih besed smo pregledali relevantno literaturo, ki smo jo iskali po različnih digitalnih zbirkah podatkov. Na osnovi pregleda literature smo izbrali metodologijo za izračun prevalenca demence v splošni populaciji na način, ki omogoča primerljivost podatkov s predhodno izvedenimi evropskimi študijami.

Rezultati: Po našem izračunu je bilo leta 2018 v Sloveniji 36.942 oseb z demenco, starejših od 60 let (11.297 moških in 25.645 žensk), leta 2030 bo v Sloveniji 48.228 oseb z demenco, starejših od 60 let (16.312 moških in 31.916 žensk).

Razprava: Ocene prevalenca demence za Slovenijo so bile v preteklosti narejene v okviru ocen za Evropo. Število oseb z demenco naj bi do leta 2030 v Evropi drastično naraslo, kar je povezano s staranjem prebivalstva in podaljševanjem pričakovane življenjske dobe. Tudi naši izračuni potrjujejo porast primerov demence v Sloveniji do leta 2030.

Zaključek: Za namene vzpostavitve epidemiološkega spremljanja demence smo opravili prvo oceno prevalenca demence v splošni populaciji za leto 2018 in napoved za leto 2030 na osnovi podatkov slovenske populacije.

Ključne besede: prevalenca demence v splošni populaciji, projekcije prevalenca, prevalenca demence v Sloveniji na osnovi podatkov slovenske populacije

1. UVOD

Za demenco je značilen kognitivni upad, ki ovira samostojnost in vsakdanje aktivnosti prizadete osebe ter pomembno vpliva na kakovost življenja posameznikov, njihovih svojcev in/ali skrbnikov. Ima negativen vpliv na telesno, duševno, zdravstveno, socialno in ekonomsko področje, prizadene posameznika, njegove svojce, skrbnike in širšo družbo (11). Podaljševanje pričakovane in dejanske življenjske dobe je vzrok za čedalje večje število starejših, s starostjo pa pojavnost demence narašča (26). Demenca postaja vse pomembnejši javnozdravstveni problem, predstavlja pomembno zdravstveno breme za posameznika in svojce ter ima ekonomske, socialne in širše družbene razsežnosti (20, 30). Demenca in kognitivni upad sta vodilna vzroka invalidnosti in odvisnosti od pomoči drugih, demenca predstavlja peti vzrok smrti v svetu (13, 23). Prevalenca demence strmo narašča, še posebej v državah v razvoju. Strokovnjaki napovedujejo do leta 2050 več kot 150 milijonov primerov demence, kar predstavlja trikrat več primerov v primerjavi z ocenami o trenutni pojavnosti primerov demence (16).

Sindrom demence je v svetu pogosto spregledan, zdravstveno stanje pa pogosto neprepoznano kljub stiku z zdravstvenimi in socialnimi službami pomoči (23). Izsledki raziskav kažejo, da je v razvitem delu sveta manj kot polovica demenc rutinsko prepoznanih in diagnosticiranih v primarnem zdravstvenem varstvu. Za države v razvoju je stopnja odkritih in zdravljenih demenc še bolj neugodna (6, 27, 28). Za ustrezno oceno razširjenosti in pojavnosti demence in spremljajoče problematike so nujne ocene prevalence demence, ki predstavljajo izhodišče in osnovo za odločevalce v politiki in načrtovanje ustreznih ukrepov, usmerjenih v zmanjševanje posledic (19, 9).

Namen prispevka je bil na podlagi pregleda literature ugotoviti, kakšno je gibanje prevalence demence v splošni populaciji v svetu, Evropi in v Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih ter obenem oceniti prevalenco demence za Slovenijo za leto 2018 in napovedati za leto 2030 na osnovi podatkov za prebivalstvo Slovenije, na način, ki bi bil primerljiv z ocenami za Evropo. Predstavlja pobudo za izračune prevalence demence v Sloveniji in projekcije na osnovi podatkov o slovenski populaciji ter vzpostavitev sistema spremljanja na osnovi kakovostnih, zanesljivih in primerljivih podatkov.

2. METODE

Za iskanje objav smo uporabili digitalni zbirki PubMed in Google Scholar glede na najboljše ujemanje s ključnimi besedami <dementia>, <dementia in Europe>, <dementia in Slovenia>, <prevalence of dementia>, <prevalence of dementia, Europe>, <prevalence of dementia, Slovenia>. Vključili smo objavljene članke v obdobju od leta 2000 do leta 2019 v angleškem jeziku, ki so se nanašali na oceno prevalence za vse vrste demence skupaj. Izključitveni kriteriji so bili objave v jeziku, ki ni angleški, znanstveni članki, objave, ki so vključevale živalske modele, posamezne primere ali skupine primerov, klinične študije, demence po posamezni bolezni in po dejavnih tveganja ter primere, ko ni šlo za prosto dostopne objave. Dva recenzenta sta neodvisno pregledovala naslove in izvlečke. Od teh zadetkov smo upoštevali metaanalize in sistematične preglede literature, ki so vključevale oceno prevalence demence za Evropo. Ocene prevalence demence smo iskali tudi posebej za Slovenijo. Pregled literature smo dopolnili s pregledom navedenih virov v izbranih prispevkih. Druge oblike prispevkov smo navedli, ko je bilo to primerno.

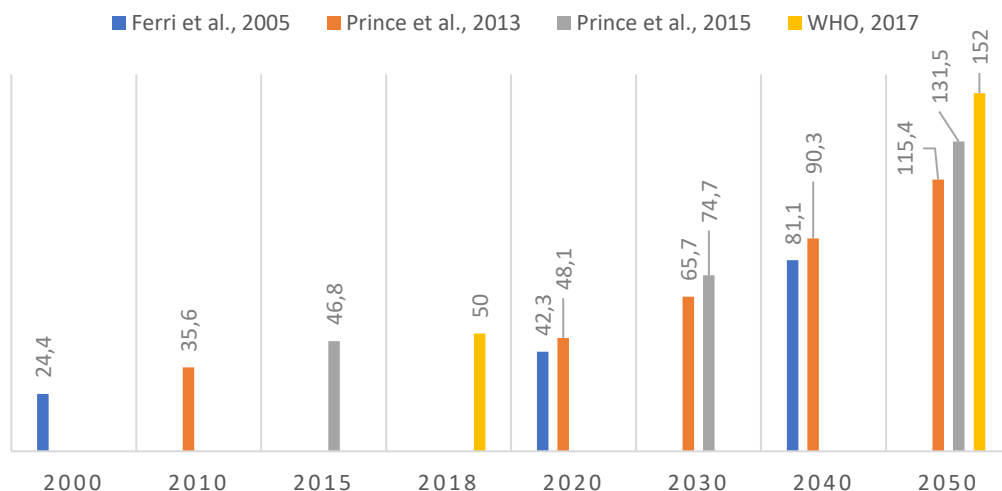
Za izračun ocene prevalence za Slovenijo smo upoštevali število prebivalcev za leto 2018 in projekcijo števila prebivalcev za leto 2030 na osnovi javno dostopnih podatkov Statističnega urada RS (SURS) (24). Za izračun smo izbrali starostno standardizirane stopnje demence po starosti in spolu, ki so jih izračunali na osnovi treh evropskih raziskav (*EuroCoDe – European Collaboration on Dementia*, *Eurodem – European Community Concerted Action Epidemiology on Prevention of Dementia*, *ALCOVE – Alzheimer’s Cooperative Valuation in Europe*).

3. REZULTATI

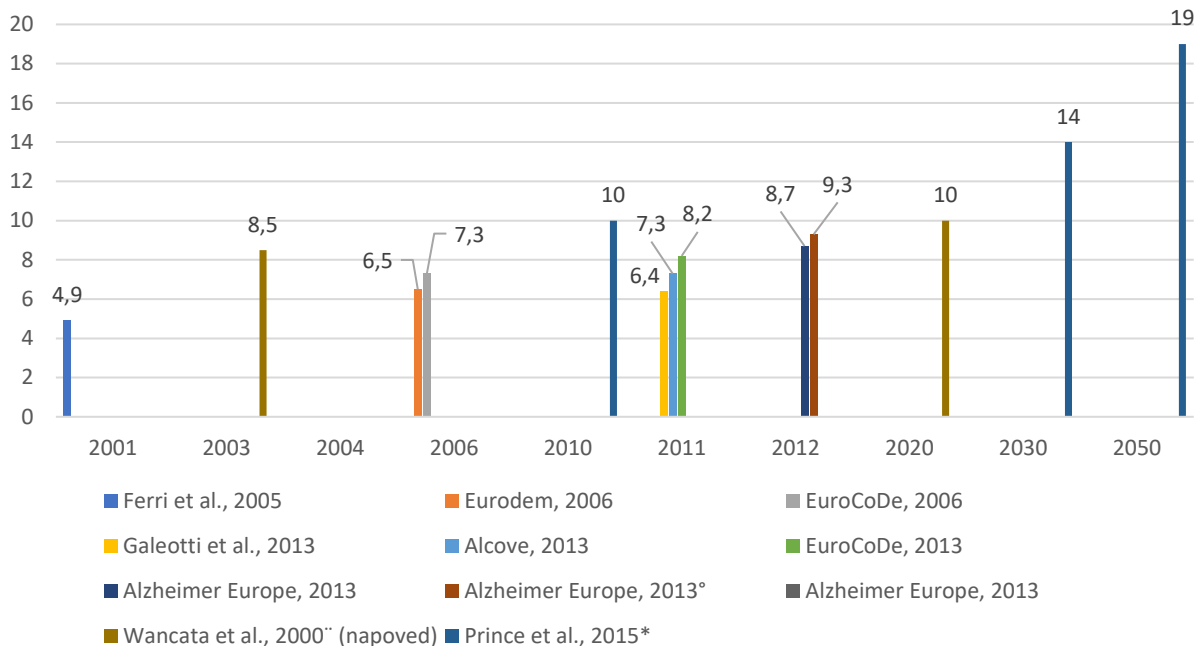
Z zgoraj opisanimi iskalnimi nizi smo pri pregledu podatkovne baze PubMed/Medline dobili 5140 zadetkov, pri pregledu primernosti smo izločili objave, ki niso bile v angleškem jeziku, upoštevali smo sistematične preglede literature in metaanalize. V naslednjem koraku smo po pregledu naslovov in izvlečkov dobili 50 zadetkov sistematičnih pregledov literature in metaanaliz. V zadnjem koraku preverjanja vseh vključitvenih in izključitvenih kriterijev smo izbrali 4 prosto dostopne članke, ki smo jih pregledali. Posebej za Slovenijo smo našli 36 zadetkov po letu 2000 za <prevalence of dementia, Slovenia>. Po pregledu naslovov in izvlečkov smo izbrali 5 člankov, ki smo jih pregledali. V nobenem od pregledanih člankov nismo zasledili ocene prevalence za demenco za Slovenijo.

Na enak način smo pregledali tudi podatkovno bazo Google Scholar. Ob upoštevanju enakih kriterijev smo dobili 4400 objav. Po izključitvi objav, ki niso ustrezale kriterijem (angleški jezik, sistematični pregledi literature in metaanalize), smo po pregledu naslovov izbrali 50 objav. Ponovno smo preverili vse vključitvene in izključitvene kriterije. Dobili smo 17 objav, ki smo jih vključili v pregled. Po izločitvi dvojnikov smo dobili skupno 10 objav, ki so vključene v pregled literature. Nobena objava ni bila specifična samo za Slovenijo.

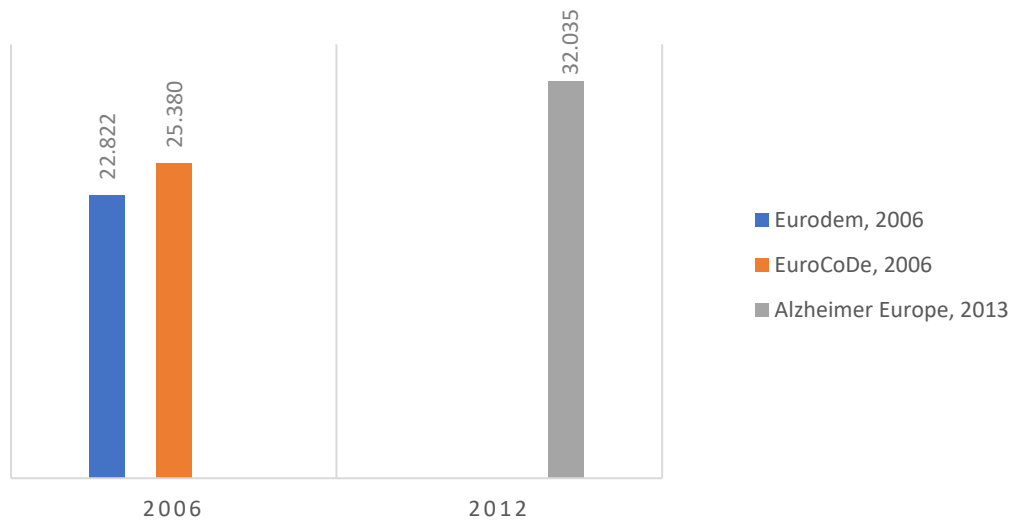
V zadnjih dvajsetih letih je bilo narejenih več ocen prevalence demence za svet in Evropo, nekaj ocen je bilo narejenih tudi za Slovenijo. Rezultati ocen prevalence za svet so prikazani na Sliki 1, za Evropo na Sliki 2, in za Slovenijo na Sliki 3.



Slika 1: Ocenjena prevalenca demence v svetu po letih v milijonih primerov.



Slika 2: Ocenjena prevalenca demence v Evropi po letih v milijonih primerov.



Slika 3: Ocenjena prevalenca demence v Sloveniji po letih v tisočih primerov.

Po podatkih SURS-a smo v letu 2018 v Sloveniji imeli 2.070.050 prebivalcev (1.030.234 moških in 1.039.816 žensk). 19,6 % prebivalcev je bilo starih 65 let ali več (16,8 % moških in 22,6 % žensk), 5,3% prebivalcev je bilo starih 80 let ali več (24).

V letu 2018 smo v Sloveniji, po opravljenem izračunu, imeli 11.297 moških, starejših od 60 let z demenco, kar je predstavljalo 4,6 % vseh moških, starejših od 60 let in 25.645 žensk, starejših od 60 let z demenco (več kot dvakrat več žensk v primerjavi z moškimi), kar je predstavljalo 8,3 % vseh žensk, starejših od 60 let. Skupaj je bilo 36.942 vseh oseb z demenco, ki so bile stare 60 let ali več (Tabela 1).

Tabela 1: Prevalenca demence po stopnji (%) in številu primerov demence po izbranih starostnih razponih (5-letnih), po spolu in skupaj, Slovenija, 2018

Razpon starosti v letih	Moški			Ženske			Skupaj		
	Število prebivalcev*	Prevalenca (%)	Število primerov	Število prebivalk*	Prevalenca (%)	Število primerov	Število prebivalcev *	Prevalenca (%)	Število primerov
60–64	72.635	0,2	145	73.309	0,9	660	145.944	0,5	805
65–69	62.728	1,8	1.129	66.234	1,4	927	128.962	1,6	2.056
70–74	40.840	3,2	1.307	48.768	3,8	1.853	89.608	3,5	3.160
75–79	33.536	7,0	2.348	45.836	7,6	3.484	79.372	7,4	5.832
80–84	21.611	14,5	3.134	36.440	16,4	5.976	58.051	15,7	9.110
85–89	10.473	20,9	2.189	24.748	28,5	7.053	35.221	26,2	9.242
90–94	3.014	29,2	880	10.337	44,4	4.590	13.351	41,0	5.470
>95	510	32,4	165	2.258	48,8	1.102	2.768	45,8	1.267
Skupno	245.347	4,6	11.297	307.930	8,3	25.645	553.277	6,7	36.942

Legenda: *Število prebivalcev v Sloveniji leta 2018 - podatki SURS (24)

Po projekcijah bi imeli v Sloveniji leta 2030 25 % prebivalcev, starih 65 let ali več, in 6,8 % prebivalcev, starih 80 let ali več (24). Na osnovi izračuna lahko utemeljeno pričakujemo, da bomo v Sloveniji v letu 2030 imeli 31.916 primerov demence pri ženskah, starih 60 let ali več, in 16.312 primerov demence pri moški v enaki starosti. Skoraj dvakrat več primerov bomo imeli pri ženskah v primerjavi z moškimi, skupno 48.228 primerov demence pri prebivalcih, starih 60 let ali več. Pričakovana porast v številu primerov demenc v splošni populaciji v letu 2030 je 30-odstoten v primerjavi z letom 2018. Projekcija prevalenca demence za leto 2030 po stopnji (%) in številu primerov demence po izbranih 5-letnih starostnih razponih, po spolu in skupaj za Slovenijo je prikazana v Tabeli 2.

Tabela 2: Izračunana prevalenca demence po stopnji (%) in številu primerov demence po izbranih 5-letnih starostnih razponih, po spolu in skupaj, Slovenija, projekcija za 2030

Razpon starosti v letih	Moški			Ženske			Skupaj		
	Število prebivalcev*	Prevalenca (%)	Število primerov	Število prebivalcev*	Prevalenca (%)	Število primerov	Število prebivalcev*	Prevalenca (%)	Število primerov
60–64	72.294	0,2	145	72.832	0,9	655	145.126	0,6	800
65–69	67.309	1,8	1.212	71.372	1,4	999	138.681	1,6	2.211
70–74	60.871	3,2	1.948	67.578	3,8	2.568	128.449	3,5	4.516
75–79	50.846	7,0	3.559	60.998	7,6	4.636	111.844	7,3	8.195
80–84	29.316	14,5	4.251	41.647	16,4	6.830	70.963	15,6	11.081
85–89	15.627	20,9	3.266	28.652	28,5	8.166	44.279	25,8	11.432
90–94	5.803	29,2	1.694	14.491	44,4	6.434	20.294	40,0	8.128
>95	730	32,4	237	3.337	48,8	1.628	4.067	45,9	1.865
Skupno	302.796	5,4	16.312	360.907	8,8	31.916	663.703	7,3	48.228

Legenda: *Število prebivalcev v Sloveniji leta 2030 - podatki SURS (24)

4. RAZPRAVA

Demenca je pomemben javnozdravstveni problem tako v svetu kot v Evropi in ena najpogostejših bolezni starejših, ki pomembno vpliva na invalidnost in umrljivost (1). V zadnjih dvajsetih letih je bilo narejenih več ocen prevalenc demence v svetu in v Evropi. Vsaka nadaljnja ocena je bila višja od predhodne. Epidemiološke ocene (prevalence demence) za Slovenijo med prispevki slovenskih avtorjev nismo našli (le za posamezne bolezni (1)), ocene so bile narejene v okviru ocen za Evropo (evropski projekti *Eurodem*, *EuroCoDe* in *ALCOVE*).

Avtorji ugotavljajo, da naj bi v svetu število oseb z demenco med letoma 2010 in 2030 narastlo za 85 %, v evropski regiji SZO za 40 %, med letoma 2010 in 2050 pa v svetu za 225 % in v Evropi za 87 % (2). Po ocenah iz leta 2015 naj bi do leta 2030 imeli 74,7 milijona in do leta 2050 131,5 milijona primerov demence v svetu (20). Po kasnejših podatkih SZO je v letu 2018 v svetu živelo okrog 50 milijonov oseb z demenco, do leta 2050 naj bi se število potrojilo na 152 milijonov (31).

Stopnje pojavnosti demence naraščajo v vseh regijah sveta, povezane so s staranjem prebivalstva in podaljševanjem življenjske dobe (19, 31). Po projekcijah SZO bi do leta 2050 število oseb, starih 60 let ali več, narastlo na 1250 milijonov in predstavljalo več kot petino svetovne populacije, od katerih jih bo 79 % živelo v manj razvitih regijah sveta (7, 33). Med letoma 2001 in 2040 naj bi v svetu število oseb z demenco narastlo za 234 %, v evropski regiji SZO pa med 84 % in 169 % (7). Na projekcije bi lahko

značilno vplivali preventivni ukrepi in izboljšanje dostopnosti ter učinkovitosti zdravstvene obravnave (18). Poleg razlik v regijah sveta se prevalenca demence lahko razlikuje v regijah znotraj posameznih držav, kar otežuje epidemiološko oceno (5, 19).

Alzheimer Europe je pripravil ocene prevalence demence za EU-28¹: v letu 2012 je bilo skupaj 8,7 milijona oseb z demenco (2,9 milijona moških in 5,8 milijona žensk), kar je bilo v povprečju 1,6 % populacije.

V Sloveniji je bilo leta 2012, po ocenah organizacije Alzheimer Europe, več kot 32.000 oseb z demenco (dobrih 22.700 žensk in več kot 9.000 moških), kar je predstavljalo 1,57 % vseh prebivalcev (povprečje EU 1,55%) (2).

Stopnja prevalence demence je za različne evropske države, v primerjavi z drugimi regijami sveta, relativno primerljiva (21). V nekaterih posameznih državah se v zadnjih dveh desetletjih beleži upad trenda incidence in prevalence demence (ZDA, ZK, Švedska), kar je vzpodbudno (25). Na stabilno ali upadajočo incidenco in prevalenco demence v posameznih evropskih državah (25, 34) bi lahko vplivale družbene spremembe, izboljšanje življenjskih pogojev, izobrazba in zdravstvena oskrba (34).

Starostno standardizirana stopnja prevalence za demenco pri osebah, starih 60 let, se v večini regijah sveta giblje med 5 in 7 % (8, 19). Prevalenca demence narašča s starostjo (21) od okrog 2–3 % med osebami v starosti 70–75 let do 20–25 % med osebami v starosti 85 let ali več (7), po tej starosti, po mnenju nekaterih avtorjev obstaja premalo podatkov, ki bi potrjevali, da razširjenost demence še vedno narašča (10), drugi avtorji pa ocenjujejo prevalenco na več kot 30 % med osebami v starosti 90 let in več (18). Izsledki vseh raziskav kažejo, da prevalenca narašča z naraščanjem starosti in da je prevalenca večja pri ženskah v primerjavi z moškimi, (18, 19, 20), prevalenca narašča prej in hitreje pri ženskah (80–84 let) v primerjavi z moškimi (85–89 let) (15, 22). Starostno specifične stopnje prevalence demence za različne regije sveta se v zadnjih desetletjih manj razlikujejo in vse bolj približujejo, na kar lahko vplivajo preventivni ukrepi (z nižanjem incidence), izboljšanje zgodnjega prepoznavanja znakov in diagnostike ter zdravljenja (zamik bolezni in daljšanje preživetja), intervencije, ki vplivajo na pojav bolezni (preprečevanje in upočasnitev napredovanja bolezni) (19).

V času nastajanja prispevka je zadnjo oceno prevalence za leto 2012 za Slovenijo opravila organizacija Alzheimer Europe (3), pred tem so ocene bile opravljene za leto 2006, v vseh primerih za starost od 30 let dalje in so znašale med 1,14 in 1,57 % prebivalcev. Naša ocena je bila narejena na podatkih o prebivalcih Slovenije, vendar za osebe, stare 60 let ali več. Po nam dostopnih informacijah gre za prvo oceno prevalence, ki je bila opravljena v Sloveniji za leti 2018 in 2030 na osnovi podatkov za Slovenijo ter je primerljiva z ocenami, ki so bile opravljene za Evropo. Tudi v našem primeru projekcije za Slovenijo kažejo podobno kot za svet in za Evropo, na porast prevalence demence do leta 2030, na projekcijo pa lahko v prihodnje vplivajo tudi preventivni ukrepi in boljša dostopnost in učinkovitost zdravljenja. Zaradi podaljševanja življenjske dobe pričakujemo porast števila oseb z demenco (34) tudi v Sloveniji v prihodnjih desetletjih.

¹ Starosti 30–59 let in po 5-letnih starostnih skupinah od 60–95 + let, statistika ZN za populacijo za 2012.

5. ZAKLJUČEK

Breme bolezni za demenco je visoko. Z javnozdravstvenega vidika je ocena prevalence demence osnova za načrtovanje in organizacijo ukrepov zdravstvenih in socialnih služb in oceno morebitnega vpliva preventivnih strategij na zdravstveno breme bolezni, pri čemer je splošno znano, da dve tretjini demenc predstavlja Alzheimerjeva demenca, za katero ne poznamo vzroka bolezni. V skladu z akcijskim načrtom SZO (2017–2025) naj bi do leta 2025 polovica držav redno zbirala podatke na osnovi temeljnega nabora kazalnikov za epidemiološko spremljanje demence v sklopu nacionalnega informacijskega sistema zdravstvenega in socialnega varstva in SZO o stanju poročala vsaki dve leti (29). Ocena prevalence demence med prebivalci na osnovi nacionalnih podatkov lahko predstavlja pomemben korak k epidemiološkemu spremljanju demence.

Glede na pojav problematike SARS-CoV2 ter pandemije covid-19, ki najbolj prizadene najbolj ranljivo skupino starejših ter predvidenih razsežnosti različnih oblik kriz, ki bodo nedvomno sledile (zdravstvena, psihološka, ekonomska) s posledicami, ki jih socio-ekonomske razlike prinašajo v družbo, bo načrtovanje aktivnosti in služb še bolj pomembno, za kar potrebujemo ocene prevalence demence na osnovi slovenskih podatkov.

Literatura:

1. Alzheimer Europe. European commission, health and consumers directorate-general. Directorate C - Public Health and Risk Assessment. C2 - Health information. Estimated number of people with dementia. 2009. Dostopno na: https://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/docs/dementia2_en.pdf (citirano 20. 2. 2020).
2. Alzheimer Europe. Prevalence of dementia in Europe. 2013. Dostopno na: <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe> (citirano 20. 2. 2020).
3. Alzheimer Europe. Slovenia. 2013: The prevalence of dementia in Europe. 2014. Dostopno na: <https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Slovenia> (19. 6. 2020).
4. Berr C, Wancata J, Ritchie K. Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005; 15(4): 463–71. doi: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.003>.
5. Bruti G, Cavallucci E, Mancini M, Bitossi A, Baldereschi M, Sorbi S. A systematic review of the quality of studies on dementia prevalence in Italy. *BMC Health Serv Res.* 2016; 16: 615. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1871-y>.
6. Connolly A, Gaehl E, Martin H, Morris J, Purandare N. Underdiagnosis of dementia in primary care: Variations in the observed prevalence and comparisons to the expected prevalence. *Aging Ment Health.* 2011; 15: 978–84. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.596805>.
7. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M. et al. Alzheimer's Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet.* 2005; 366(9503): 2112–7. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67889-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67889-0).
8. Ferri CP, Sousa R, Albanese E, Riberio WS, Honyashiki M. World Alzheimer Report 2009. London: Alzheimer's Disease International, 2009. Dostopno na: <https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf> (citirano 20. 2. 2020).
9. Fiest KM, Jetté N, Roberts JI, Maxwell CJ, Smith EE, Black SE. et al. The Prevalence and Incidence of Dementia: a Systematic Review and Meta-analysis. *Can J Neurol Sci.* 2016; 43(1): S3–50. doi: <https://doi.org/10.1017/cjn.2016.18>.

10. Forette F, Boller F. Hypertension and the risk of dementia in the elderly. *The American Journal of Medicine*. 1991; 90(3): S14–9. doi: [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(91\)90430-6](https://doi.org/10.1016/0002-9343(91)90430-6).
11. Gale SA, Acar D, Daffner KR. Dementia. *Am J Med*. 2018; 131(10): 1161–9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.01.022>.
12. Galeotti F, Giusti A, Meduri F, Raschetti R, Scardetti P, Vanacore N. Epidemiological data on dementia. WP4 ALCOVE Deliverable n°4. "Recommendations to improve epidemiological data on Alzheimer disease & dementia with overview data and definition of best practices for data collection". Synthesis Report. 2013. Dostopno na: https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/20102201/20102201_d4-00_en_ps.pdf (citirano 20. 2. 2020).
13. Horton R. GBD 2010: Understanding disease, injury, and risk. *The Lancet*. 2012; 380(9859): 2053–4. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62133-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62133-3)
14. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *The Lancet Neurology*. 2008; 7(9): 812–6. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70169-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70169-8).
15. Lopes MA, Hototian SR, Reis GC, Elkis H, Bottino CMC. Systematic review of dementia prevalence 1994 to 2000. *Dement Neuropsychol*. 2007; 1(3): 230–40. doi: <https://doi.org/10.1016/j.opht.2020.12.029>.
16. Patterson C. World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New frontiers. Alzheimer's Disease International (ADI). 2018. Dostopno na: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2018.pdf> (citirano 20. 2. 2020).
17. Peterlin B, Kobal J, Teran N, Flisar D, Lovrečić L. Epidemiology of Huntington's disease in Slovenia. *Acta Neurol Scand*. 2009; 119(6): 371–5. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2008.01110.x>.
18. Prince M, Ali GC, Guerchet M, Prina AM, Albanese E, Wu YT. Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimers Res Ther* 2016; 8(1): 23. doi: <https://doi.org/10.1186/s13195-016-0188-8>.
19. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*. 2013; 9(1): 63–75.e2. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>.
20. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina M, Alzheimer's disease international. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Alzheimer's Disease International. 2015. dostopno na: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf> (citirano 18. 6. 2020).
21. Rizzi L, Rosset I, Roriz-Cruz M. Global epidemiology of dementia: Alzheimer's and vascular types. *Biomed Res Int*. 2014; 908915. doi: <https://doi.org/10.1155/2014/908915>.
22. Rocca WA, Hofman A, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Copeland JR. et al. The prevalence of vascular dementia in Europe: facts and fragments from 1980-1990 studies. EURODEM-Prevalence Research Group. *Ann Neurol*. 1991; 30(6): 817–24. doi: <https://doi.org/10.1002/ana.410300611>.
23. Rodríguez-Gómez O, Rodrigo A, Iradier F, Santos-Santos MA, Hundemer H, Ciudin A, et al. The MOPEAD project: Advancing patient engagement for the detection of "hidden" undiagnosed cases of Alzheimer's disease in the community. *Alzheimers Dement*. 2019; 15(6): 828–39. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.02.003>.
24. SiStat. Statistični urad republike Slovenije. Dostopno na: https://pxweb.stat.si/SiStatDb/pxweb/sl/10_Dem_soc/10_Dem_soc_05_prebivalstvo_10_stevilo_preb_05_05C10_prebivalstvo_kohez/05C1006S.px/table/tableViewLayout2/ (citirano 19. 6. 2020).
25. Stephan BCM, Birdi R, Tang EYH, Cosco TD, Donini LM, Licher S, et al. Secular Trends in Dementia Prevalence and Incidence Worldwide: A Systematic Review. *J Alzheimers Dis*. 2018; 66(2): 653–80. doi: 10.3233/JAD-180375.
26. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects. The 2004 Revision. New York: United Nations, 2005.
27. Wilkins CH, Wilkins KL, Meisel M, Depke M, Williams J, Edwards DF. Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55: 1771–6. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01417.x>.
28. Winblad B, Amouyel P, Andrieu S, Ballard C, Brayne C, Brodaty H. et al. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurol* 2016; 15: 455–532. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(16\)00062-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(16)00062-4).

29. World Health Organisation. Global action plan on the public health response to dementia, 2017–2025. Geneva: World Health Organization, 2017.
30. World Health Organization. Dementia: a public health priority. Alzheimer’s Disease International and World Health Organization: London, UK. 2012.
31. World Health Organisation. Dementia: number of people affected to triple in next 30 years, 7 Dec 2017. Dostopno na: <http://www.who.int/news-room/detail/07-12-2017-dementia-number-of-people-affected-to-triple-in-next-30-years> (citirano 18. 6. 2020).
32. World Health Organisation. World Health Report 2003-Shaping the future. Geneva: WHO, 2003.
33. World Health Organisation. World Healthy Report. Reducing risks, promoting healthy life. WHO, 2002.
34. Wu YT, Beiser AS, Breteler MMB, Fratiglioni L, Helmer C, Hendrie HC. et al. The changing prevalence and incidence of dementia over time - current evidence. Nat Rev Neurol. 2017; 13(6): 327–39. doi: <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2017.63>.



PREDPISOVANJE ZDRAVIL ZA ZDRAVLJENJE DEMENCE V SLOVENIJI V OBDOBJU 2008–2020

Marjetka Jelenc¹, Mercedes Lovrečič², Aleš Korošec³, Sabina Sedlak⁴

¹Doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka javnega zdravja;
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija
E-naslov: marjetka.jelenc@nijz.si

²Primarijka, docentka predmet Psihijatrija, docentka predmet Javno zdravje, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka psihiatrije, svetnica;
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija in
Zdravstveni dom Izola, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola
E-naslov: mercedes.lovreccic@nijz.si

³Univerzitetni diplomirani mikrobiolog;
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija
E-naslov: ales.korosec@nijz.si

⁴Univerzitetna diplomirana ekonomistka;
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija
E-naslov: sabina.sedlak@nijz.si

Izvleček

Namen: Posledice demence predstavljajo naraščajoč socialni, zdravstveni in ekonomski problem. Najširši cilj spremljanja porabe zdravil je podaljševanje življenja, preprečevanje bolezni ter varovanje in izboljševanje zdravja. Namen študije je bil oceniti najnovejše trende predpisovanja zdravil, specifičnih za zdravljenje demence v 2008–2020 po spolu in starostnih skupinah v Sloveniji.

Metode: Izvedena je bila retrospektivna, opazovalna študija ambulantno predpisanih zdravil za zdravljenje demence na podlagi podatkov iz *Baze ambulantno predpisanih zdravil Republike Slovenije*. Analiza je bila izvedena glede na spol, starost in časovno obdobje, analizirana je bila ATC skupina N06D.

Rezultati: Število receptov se je povečalo za kar 169 %. Zaviralci encima acetilholinesteraze so bili najpogosteje predpisana zdravila za zdravljenje demence, ambulantno predpisovanje tovrstnih zdravil se je povečalo, tako pri moških kot pri ženskah.

Razprava: Število pacientov, ki so prejeli vsaj en recept za zdravila za zdravljenje demence, se je več kot podvojilo. Ker so za zdravljenje bolezni v uporabi simptomatska zdravila, ki so najučinkovitejša v zgodnjih fazah razvoja bolezni je zgodnja diagnostika demence ključnega pomena.

Zaključek: Kljub velikemu porastu števila receptov za zdravila za zdravljenje demence v Sloveniji v obdobju od 2008 do 2020 vsi bolniki z demenco še vedno niso zdravljeni z ustreznimi zdravili, zlasti v zgodnji fazi bolezni, ko demenca še ni prepoznana ali diagnosticirana.

Ključne besede: demenca, zdravila, predpisovanje, recepti, Slovenija

1. UVOD

Prebivalstvo naše države se stara in s starostjo narašča tudi število kroničnih nenalezljivih bolezni, kamor uvrščamo različne oblike demence. S podobno situacijo se soočajo številne druge evropske države (6). Iz literature je razvidno, da po svetu živi preko 47 milijonov oseb z demenco, do leta 2050 pa naj bi se to število potrojilo (12). Pri demenci gre za kronično nevrodegenerativno motnjo, katere razvoj traja več let, izrazi pa se v obliki sindroma demence. Alzheimerjeva bolezen je najpogostejša oblika demence; sledijo ji vaskularna demenca, demenca Lewyjevih telesc ter frontotemporalna in mešana demenca. Vse druge oblike bolezni so redkejše (10).

Razvoj bolezni, ki je pogostejša pri starejši populaciji, delimo na tri faze, in sicer zgodnjo, srednjo in pozno fazo, povprečno pa se bolezen razvija od 8 do 12 let. Same meje med posameznimi fazami niso povsem natančno določene, razen tega se simptomi pri posameznikih izražajo različno (8, 11).

Demence pa ne povezujemo samo s problematiko staranja prebivalstva, ampak tudi s težavami glede možnosti zdravljenja bolezni. Namreč, zdravila, ki bi nevrodegenerativni proces demence signifikantno upočasnilo ali celo zaustavilo, kljub intenzivnemu testiranju številnih potencialnih učinkovin in različnim raziskavam še ni na voljo. V uporabi so tako imenovana simptomatska zdravila za zdravljenje demence, ki pa so najučinkovitejša v zgodnjih fazah razvoja bolezni (2, 5).

Zaviralci acetilholinesteraze donepezil, rivastigmin in galantamin vplivajo na holinergične povezave v centralnem živčnem sistemu; vsa ta zdravila imajo dokazano antiholinergično delovanje. Galantamin deluje tudi kot alosterični modulator na nikotinske holinergične receptorje. Opisani zaviralci acetilholinesteraze so registrirani za blago do zmerno demenco. Četrto zdravilo za demenco, poleg zgoraj navedenih treh, je memantin. Gre za prvo registrirano zdravilo, ki učinkuje na receptor za N-metil-D-aspartat (NMDA) ter na glutamatergične poti.

Vsekakor imajo opisana zdravila zelo koristne simptomatske učinke, predpisuje pa se jih za upočasnitev upada kakovosti življenja oseb z demenco (5). Ključnega pomena pri demenci pa je poleg ustreznega zdravljenja, zgodnje odkrivanje oz. diagnosticiranje bolezni. V kolikor družinski zdravnik ugotovi, da ni reverzibilnih znakov za kognitivni upad, da se pri bolniku ni pojavil hitro ter da pozabljivost in spremenjeno vedenje obstajata brez jasnih nevroloških vzrokov in znakov, lahko pomisli na Alzheimerjevo demenco. V izogib izgubljanju dragocenega časa lahko družinski zdravnik v Sloveniji predpiše kognitivne modulatorje, tako zaviralce acetilholinesteraze, kot antagonist receptorjev glutamata - ne da bi čakal na specialistični pregled in izvid psihiatra oz. nevrologa, skladno s slovenskimi smernicami za zdravljenje bolnikov z demenco. Gre za administrativno spremembo predpisovanja, ki jo je sprejel Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) v skladu s slovenskimi *Smernicami za obravnavo pacientov z demenco* (1). Trenutno torej za zdravljenje demence zdravila, ki bi spreminjalo sam potek bolezni, nimamo. Zdravljenje je osredotočeno predvsem na izboljšanje kognitivnih in nevropsihiatričnih simptomov, pomembne pa so tudi psihosocialne in psihoterapevtske strategije (10).

Spremljanje porabe zdravil je eden od segmentov javnega zdravja, katerega najširši cilj je preprečevanje bolezni, podaljševanje življenja ter varovanje in izboljševanje zdravja. Podatke o porabi zdravil se analizira z namenom podajanja informacij o preskrbi z zdravili, ocenjevanja razlik v predpisovanju zdravil

po spolu, starostnih skupinah, po regijah in po specialnostih zdravnikov, ki zdravila predpisujejo, posrednega pridobivanja podatkov o obolevnosti po starostnih skupinah in regijah, ocenjevanja odstopanja od terapevtskih smernic, osveščanja o velikem pomenu odgovornega predpisovanja zdravil, s katerim lahko izvajalci zdravstvene dejavnosti in bolniki izboljšajo učinke zdravljenja, zmanjšajo tveganje za nastanek neželenih učinkov in zmanjšajo stroške v zdravstvu, snovanja preventivne dejavnosti ter nenazadnje nudenja informacij za spremljanje in načrtovanje sistema zdravstvenega varstva (9). Namen pričujoče analize je bil oceniti spremembe oz. trende predpisovanja zdravil za zdravljenje demence v obdobju 2008–2020 v Sloveniji, po spolu in starostnih skupinah.

2. METODE

Baza ambulantno predpisanih zdravil na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) *Republike Slovenije* je predstavljala vir podatkov za pričujočo retrospektivno, opazovalno analizo, v katero so bili zajeti podatki o številu izdanih receptov za zdravila za zdravljenje demence v obdobju od leta 2008 do leta 2020. Analizirani so bili iz lekarn pridobljeni recepti ambulantno predpisanih zdravil. Vsi podatki so bili pridobljeni skladno z *Zakonom o zbirkah podatkov na področju zdravstva* (15). Ker so bili uporabljeni podatki že anonimizirani, soglasje Republiške etične komisije za analizo ni bilo potrebno. Analiza temelji na anatomsko-terapevtsko-kemijski (ATC) klasifikaciji zdravil Svetovne zdravstvene organizacije (SZO). Po klasifikacijskem sistemu ATC so zdravila za živčni sistem (skupina N) razdeljena v sedem skupin (N01–N07); zdravila za zdravljenje demence (N06D) so razvrščena med podskupine psihoanaleptikov N06 (14).

Analizirana je bila celotna ATC skupina N06D (zdravila: donepezil, rivastigmin, galantamin in memantin). Podatki ATC so bili uporabljeni za izračun števila definiranih dnevni odmerkov zdravila (DDD) za vsako lastniško ime zdravila in njegovo pakiranje znotraj ATC skupine N06D. DDD je statistična mera in je opredeljena kot pričakovan povprečni dnevni vzdrževalni odmerek zdravila za njegovo glavno indikacijo pri odraslih. Dejanski terapevtski odmerki pri individualnih bolnikih in skupinah bolnikov so lahko različni, vendar je potrebno standardizirati porabo zdravil v raziskovalne namene med državami, skupinami ljudi in leti. Število DDD na 1000 prebivalcev na dan (v nadaljevanju DID) se izračuna kot vsota števila DDD za vsako posamezno učinkovino, deljeno s 365 in celotnim številom prebivalcev v Sloveniji na dan 1. julija vsakega leta, pomnoženo s 1000 (14).

Analiza ambulantno predpisanih zdravil za zdravljenje demence je bila izvedena glede na spol, starost in časovno obdobje. Za analizo podatkov je bila uporabljena statistična programska oprema IBM SPSS Statistics različica 25 za Windows (SPSS Inc, Chicago, IL, ZDA). Zbrani podatki so bili predstavljeni z opisno statistiko (številke, odstotki) v tabeli in z uporabo stolpičnih diagramov in grafov. Glede starosti so podatki prikazani po petletnih starostnih skupinah, zadnja skupina predstavlja starost 90 let ali več. Starostno specifična prevalenčna stopnja uporabnikov zdravil za zdravljenje demence je izračunana kot delež uporabnikov zdravil za zdravljenje demence med celotnim številom prebivalcev Slovenije na dan 1. julija, ločeno za vsako leto in glede na spol in starostno skupino.

3. REZULTATI

Število pacientov, ki so prejeli vsaj en recept za zdravila za zdravljenje demence iz skupine N06D, se je med letoma 2008 in 2020, glede na rezultate pričujoče retrospektivne opazovalne analize, več kot podvojilo. V opazovanem obdobju so bila najpogosteje predpisana zdravila za zdravljenje demence v Sloveniji zaviralci encima acetilholinesteraze. Oznake ATC in DDD, ki jih je dodelila SZO za zdravila donepezil, rivastigmin, galantamin in memantin, so prikazani v Tabeli 1.

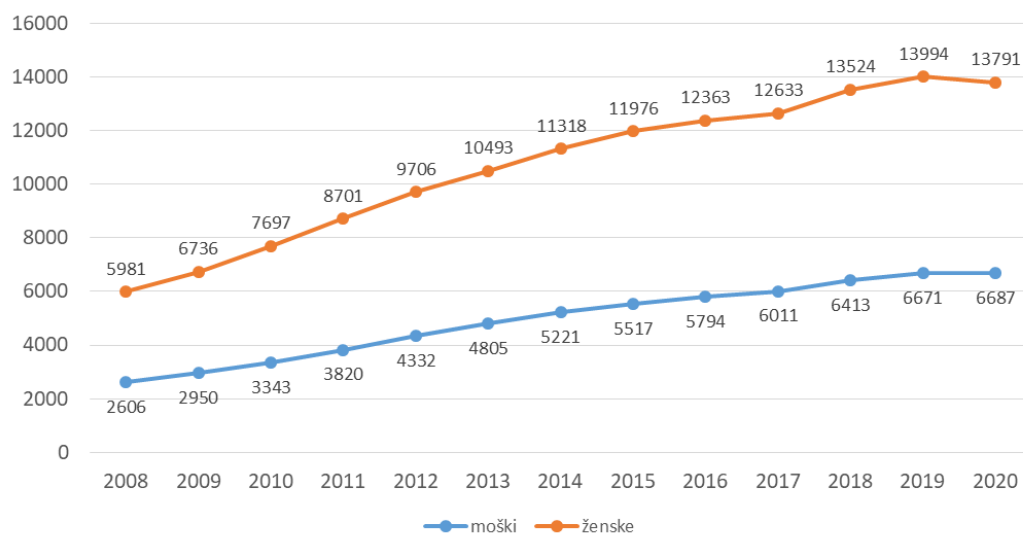
Tabela 1: Oznake ATC in DDD za donepezil, rivastigmin, galantamin in memantin.

ATC oznaka	Ime zdravila	DDD
N06DA02	donepezil	7,5 mg O
N06DA03	rivastigmin	9 mg O/9,5 mg TD
N06DA04	galantamin	16 mg O
N06DX01	memantin	20 mg O

Opomba: 'O' pomeni oralni način in 'TD' transdermalni način administracije zdravila.

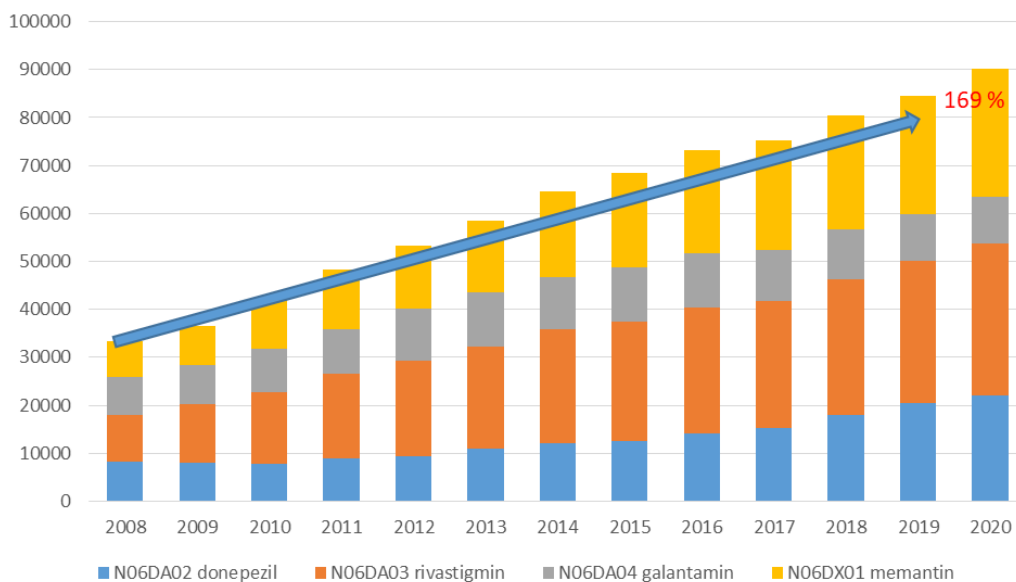
Vir: Jelenc, idr., 2020.

Slika 1 prikazuje število pacientov, ki so v obdobju od 2008 do 2020 prejeli vsaj en recept za zdravila za zdravljenje demence iz skupine N06D po spolu. Število žensk, ki so prejele zdravila za zdravljenje demence, se je v tem obdobju povečalo za 131 %, število moških pa za 157 %. Vendar se je razmerje med ženskami in moškimi zmanjšalo z 2,30 na 2,06.



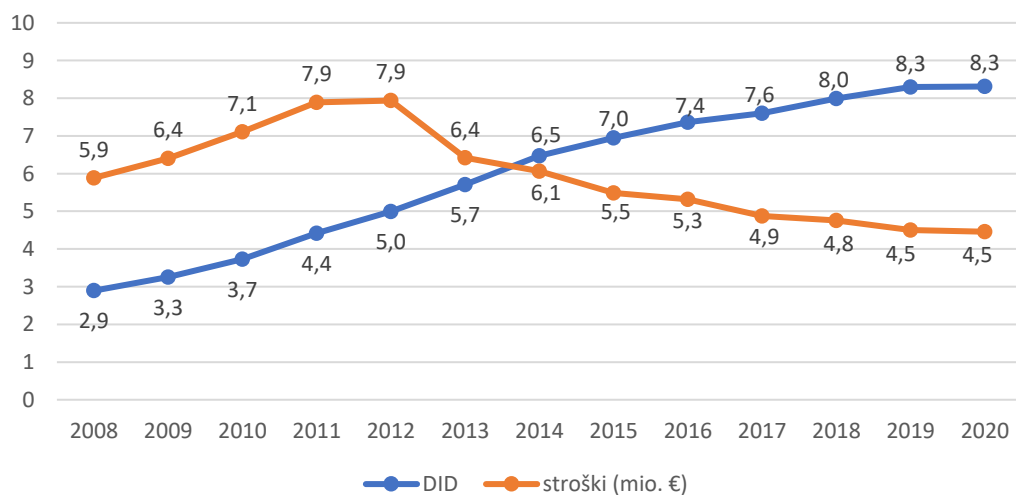
Slika 1: Število pacientov, ki so v obdobju 2008–2020 prejeli vsaj en recept za zdravila za zdravljenje demence iz skupine N06D, razdeljenih po spolu.

Analiza je pokazala, da se je število receptov za zdravila za zdravljenje demence med letoma 2008 in 2020 povečalo za 169 %. Naraščanje števila receptov za zdravila za zdravljenje demence je prikazano na Sliki 2.



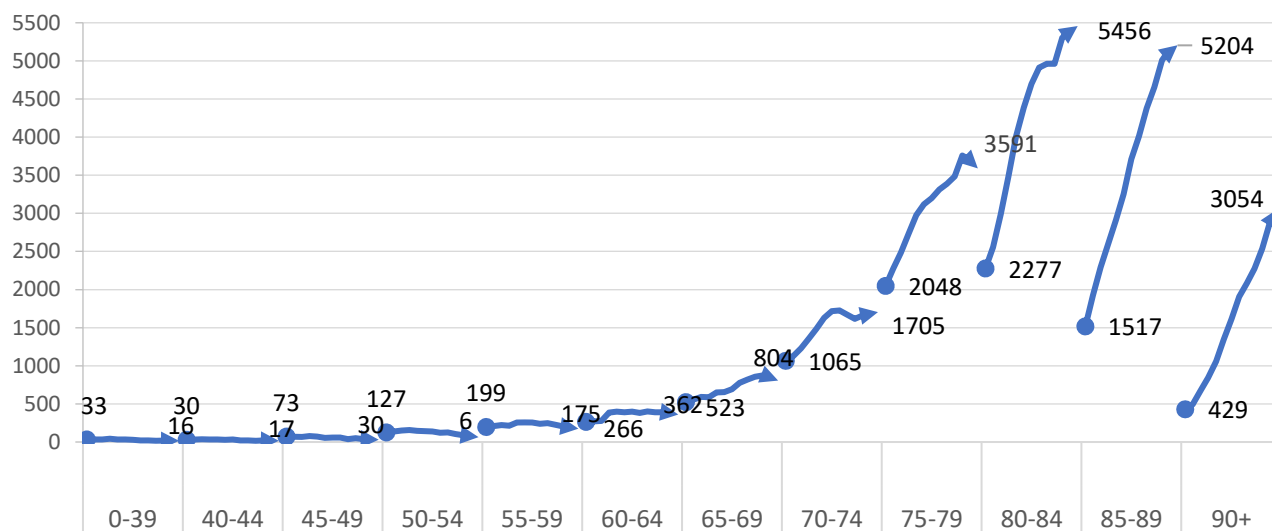
Slika 2: Naraščanje števila receptov za zdravila za zdravljenje demence po letih v obdobju od 2008 do 2020.

Kljub povečanju predpisovanja zdravil za zdravljenje demence se stroški za opisana zdravila od leta 2012 zmanjšujejo kot prikazuje Slika 3.



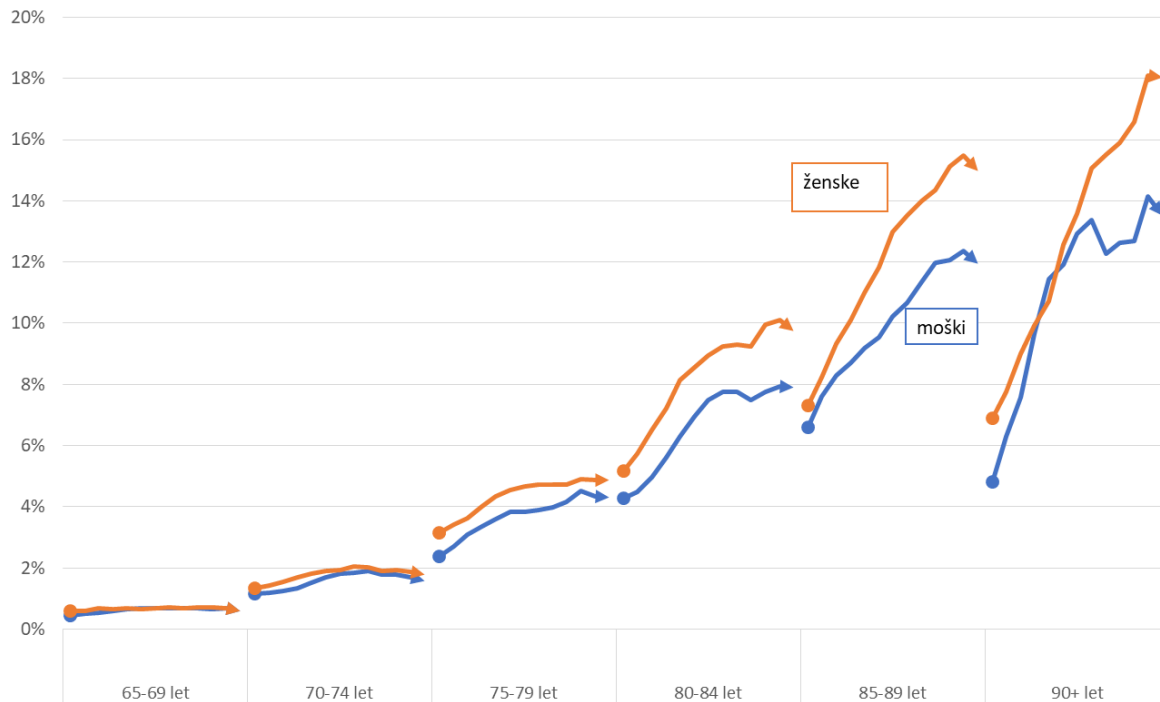
Slika 3: Prikaz porabe zdravil za zdravljenje demence v DDD/1000 prebivalcev na dan (DID) in stroškov za ta zdravila.

Število bolnikov, ki so prejeli vsaj en recept za zdravila za zdravljenje demence, razvrščeno po starostnih skupinah in letih predpisa, je predstavljeno na Sliki 4. Večina receptov za zdravila za zdravljenje demence je bila predpisana bolnikom, starejšim od 80 let.



Slika 4: Število bolnikov, ki so prejeli vsaj en recept za zdravila za zdravljenje demence, razvrščenih po starosti in letu predpisa (leta 2008 (●) do leta 2020 (▶)).

Slika 5 prikazuje starostno specifično stopnjo prejemnikov zdravil za zdravljenje demence v časovnem obdobju od 2008 do 2020, razporejeno po spolu. V referenčnem obdobju se ni povečalo le število bolnikov, temveč tudi delež prejemnikov teh zdravil. Med moškimi, starimi od 85 do 89 let, se je starostno specifična stopnja zvišala s 6,6 % leta 2008 na 12,4 % leta 2019, leta 2020 pa se je nekoliko znižala (na 12,0 %), med ženskami pa s 7,3 % na 15,5 % leta 2019, leta 2020 pa se je znižala na 15,0 %. Pri ženskah, starih 90 let in več, je bila stopnja prejetja receptov za zdravila proti demenci več kot 18 %.



Slika 5: Stopnja razširjenosti prejemnikov zdravil za zdravljenje demence glede na starost in spol v obdobju od leta 2008 (●) do leta 2020 (►).

4. RAZPRAVA

S pričujočo retrospektivno, opazovalno študijo smo želeli oceniti trende predpisovanja zdravil za zdravljenje demence v Sloveniji v obdobju od leta 2008 do 2020, po spolu in po starostnih skupinah. Demenca in njene posledice ne predstavljajo namreč le zdravstvenega, temveč tudi socialni in gospodarski problem, ki se bo, glede na staranje prebivalstva oz. demografska gibanja v prihodnosti, zelo verjetno povečeval. Etiološko zdravljenje demence še ne obstaja, čeprav bi ga nujno potrebovali. Obstoječa zdravila demence ne pozdravijo, ampak lahko le upočasnijo njeno napredovanje in simptomi bolezni se lahko postopoma izboljšajo (3).

Zgodnje odkrivanje in diagnosticiranje demence je zelo pomembno, saj je zdravljenje učinkovitejše, v kolikor je uvedeno v zgodnejši fazi bolezni. Žal je diagnoza demence pogosto postavljena v napredovalih oblikah bolezni (13). Kognitivni modulatorji, zaviralci acetilholinesteraze in antagonisti receptorjev glutamata so zdravila, s katerimi danes zdravimo demenco (5, 2).

Zelo pomembno je prepoznavanje in zdravljenje različnih nespecifičnih simptomov demence v zgodnji fazi bolezni še pred postavitvijo diagnoze, kot sta npr. nespečnost in depresija. Vsi ti nespecifični simptomi nediagnosticirane osnovne bolezni se običajno zdravijo z zdravili, s čimer je povezana pomanjkljivost pričujoče raziskave, ki namreč ni vključevala zdravil za zdravljenje spremljevalnih simptomov nediagnosticirane bolezni.

Ugotovili smo, da se je število bolnikov, ki so prejeli vsaj en recept za zdravila iz skupine N06D v opazovanem obdobju, več kot podvojilo. Povišanje je večje med moškimi, kot med ženskami. Število receptov za zdravila za zdravljenje demence se je v obdobju od leta 2008 do leta 2020 povečalo za 169 %.

Stroški za zdravila so se od leta 2008 do leta 2012 zviševali, med letoma 2012 in 2020 pa so se zmanjševali. Gre za posledico padca cen zdravil, ko so na trg vstopili cenejši proizvajalci generičnih izdelkov. Obenem se je v opazovanem obdobju povečalo število starejših prebivalcev. Na primer, leta 2008 je bilo v Sloveniji okrog 330 tisoč prebivalcev, starejših od 65 let, v letu 2018 pa npr. že 407 tisoč prebivalcev, starejših od 65 let. Opazno zmanjšanje števila bolnikov v starostni skupini 70–74 let lahko pripišemo manjšemu številu rojstev med drugo svetovno vojno.

Trende predpisovanja zdravil v Sloveniji je zelo težko primerjati s trendi v drugih državah, zlasti z državami s podobnimi demografskimi podatki, saj je število študij s podobnim namenom zanemarljivo. Longitudinalna retrospektivna kohortna študija s ciljem opisa sprememb v deležu ljudi z diagnozo demence in zdravil, ki so jim bila predpisana v desetletnem obdobju 2005–2015, je bila izvedena v Veliki Britaniji. Po uvedbi nacionalnih strategij za demenco se je predpisovanje zdravil proti demenci v Veliki Britaniji več kot podvojilo, ugotavljajo avtorji (4). Trende predpisovanja zdravil za zdravljenje demence v Sloveniji smo začeli spremljati pred štirimi leti, ko smo izvedli prve raziskave (6, 7). Študija, ki jo predstavljamo, pa je posodobitev in nadgradnja zadnje izmed omenjenih raziskav (7).

Pričujoča študija je imela dve pomanjkljivosti. V analizo namreč niso bila vključena zdravila za zdravljenje nespecifičnih simptomov demence v fazah, ko bolezen še ni diagnosticirana. Zelo verjetno ustrezna zdravila prejema le del bolnikov z demenco, so pa tudi osebe z neprepoznano, nediagnosticirano demenco v različnih fazah, predvsem zgodnjih. Z boljšo zgodnjo diagnostiko in vključitvijo teh oseb v zdravljenje bi lahko bistveno pripomogli h kakovosti njihovega življenja, kar bi posledično olajšalo življenje družin teh oseb in njihovih skrbnikov. Druga pomanjkljivost pričujoče študije se nanaša na vključitev in analizo le ambulantnih receptov, saj so podatki o bolnišnični porabi zdravil na voljo le zadnji dve leti.

5. ZAKLJUČKI

V prikazani retrospektivni, opazovalni študiji smo ugotovili, da so bila v Sloveniji v obdobju 2008–2020 najpogosteje predpisana zdravila za zdravljenje demence zaviralci encimov acetilholinesteraze. Ambulantno predpisovanje zdravil za zdravljenje te bolezni se je v proučevanem obdobju povečalo pri obeh spolih, število prejemnikov vsaj enega recepta za zdravljenje demence pa se je več kot podvojilo, kar lahko pripišemo večji dostopnosti do zdravljenja od leta 2018, ko so bili sprejeti pomembni ukrepi ZZZS. Zagotovo še vedno obstajajo bolniki z neprepoznano in nediagnosticirano demenco v zgodnji fazi bolezni, ki še niso ustrezno zdravljeni. Ravno zgodnja diagnoza bolezni in ustrezno zdravljenje sta zelo pomembna za pacienta, njegovo družino in skrbnike.

Literatura

1. Blejc U. Ob demenci ne smemo izgubljati časa. *Pharmonia*. 2018; 26: 42.
2. Cummings J, Morstorf T, Lee G. Alzheimer's disease drug development pipeline: 2016. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*. 2016, 2: 222–3.
3. Cummings J. Disease modification and neuroprotection in neurodegenerative disorders. *Translational Neurodegeneration*. 2017; 6: 25.
4. Donegan K, Fox N, Black N, Livingston G, Banerjee S, Burns A. Trends in diagnosis and treatment for people with dementia in the UK from 2005 to 2015: a longitudinal retrospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2017; 2 (3): e149–e156.
5. Gregorič Kramberger M. Demenca je izziv sodobne družbe. *Farmacevtski vestnik: strokovno glasilo slovenske farmacije*. 2017; 68 (2): 123–8.
6. Jelenc M, Kostnapfel T, Eržen I. Naraščanje porabe zdravil za zdravljenje demence v Sloveniji. In: Kregar-Velikonja N, ur. *Celostna obravnava pacienta: zbornik prispevkov: mednarodna znanstvena konferenca, 15. november 2018*. Novo Mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede; 2018: 186–90.
7. Jelenc M, Korošec A, Lovrečič M. Trends in prescription of drugs for the treatment of dementia in Slovenia in the period from 2008 to 2018. *Revija za zdravstvene vede*. 2020; 7 (1): 19–30.
8. Kogoj A. Vedenjske in psihične spremembe pri demenci. *VZŠ, Celje* 2011; 11.
9. Kostnapfel Rihtar T, Klepac P. Uvod-Pomen spremljanja porabe zdravil. In: Kostnapfel Rihtar T, Albreht T, ur. *Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji 2014*. Ljubljana, NIJZ; 2014; 5.
10. Krajnc N, Savšek L, 2019. Demenca: definicija, oblike in možnosti zdravljenja. *Medicinski razgledi*. 2019; 58 (4): 473–89.
11. Ministrstvo za zdravje RS. Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020. Dostopno na: https://www.zod-lj.si/images/Strategija_obvladovanja_demence.pdf (citirano 10. 5. 2021).
12. Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, Chene G, Dufouil C, Seshadri S. Incidence of dementia over three decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med*. 2016; 374: 523–32.
13. Sommerlad A, Perera G, Singh-Manoux A, Lewis G, Stewart R, Livingston G. Accuracy of general hospital dementia diagnoses in England: Sensitivity, specificity, and predictors of diagnostic accuracy 2008–2016. *Alzheimer's & Dementia*. 2018; 14: 933–43.
14. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Definition and General Considerations. Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway. Dostopno na: https://www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/ (citirano 12. 5. 2021).
15. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (2000). Uradni list RS št. 65/00. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1419> (citirano 15. 5. 2021).



PADCI PRI STAREJŠIH ODRASLIH

Mateja Rok Simon¹

¹ Primarijka, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka javnega zdravja, specialistka socialne medicine
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija
E-naslov: mateja.rok.simon@nijz.si

Izvleček

Uvod: Padci so glavni vzrok smrtnih poškodb in hospitalizacij starejših odraslih zaradi nezgod, zato je pomembno poznavanje dejavnikov tveganja za načrtovanje preventivnih intervencij.

Metode: V raziskavo so bili zajeti v zdravstveni statistiki zabeleženi primeri odraslih v starosti nad 64 let, ki so se poškodovali zaradi padcev, in so bili v letih 2018–2020 zaradi poškodb hospitalizirani (N = 27.554) ali so umrli (N = 2231).

Rezultati: Incidenca hospitalizacij in umrljivost zaradi padcev sta s starostjo naraščali pri moških in ženskah ($p < 0,001$). Ženske (85–89 let) so imele večje tveganje za hospitalizacijo kot moški (OR = 1,15 (1,03–1,28); $p = 0,011$), moški pa za smrt (OR = 1,11 (0,84–1,47); $p = 0,738$). Največ je bilo hospitalizacij zaradi padcev na isti ravni (58,4 %), ki so se zgodili doma in v bližnji okolici doma (81,7 %), njihov delež pa je naraščal s starostjo ($p < 0,001$). V starosti 85-89 let je bilo tveganje za poškodbe zaradi padcev v notranjih prostorih večje kot pri mlajših (65–69 let), tako pri ženskah (OR = 2,05 (1,72–2,43); $p < 0,001$), kot pri moških (OR = 2,05 (1,66–2,54); $p < 0,001$). S starostjo je statistično značilno naraščal tudi delež spremljajočih bolezni, zabeleženih ob padcu: arterijske hipertenzije, osteoporoze, aritmije, demence, infekcije sečil in urinske inkontinence.

Zaključki: Večino padcev pri starejših odraslih bi lahko preprečili z vsakoletnim presejanjem na individualne dejavnike tveganja za padce in izvajanjem z dokazi podprtih multikomponentnih intervencij.

Ključne besede: padci, starejši odrasli, hospitalizacije, umrljivost, dejavniki tveganja

1. UVOD

Slovenska populacija se stara. Delež prebivalcev, starejših od 64 let, trenutno znaša 21 % (83), po ocenah pa bo do leta 2050 kar 31 % prebivalcev Slovenije starejših od 64 let, še hitreje pa se bo povečevalo število prebivalcev, starejših od 80 let (29). Zaradi staranja prebivalstva se povečuje tudi število starejših odraslih, ki se poškodujejo predvsem zaradi padcev, tako da so poškodbe, ki se zgodijo v nezgodah doma in v prostem času, že postale najpogostejši vzrok smrti zaradi nezgod pred prometnimi nezgodami (74). Vsako leto pade 20–30 % starejših odraslih, od katerih jih zaradi poškodb 10 % potrebuje zdravniško pomoč (87, 90). Padci so neposreden vzrok za 95 % vseh zlomov kolka pri starejših odraslih in glavni razlog za hospitalizacije zaradi poškodb, vodijo v odvisnost od tuje pomoči, socialno izolacijo, zmanjšano kakovost življenja in smrt (41, 74).

V zadnjih desetletjih se je močno povečalo število raziskav, v katerih so identificirali dejavnike tveganja za padce pri starejših odraslih. Poznavanje notranjih in zunanjih dejavnikov tveganja je namreč pomembno za nadaljnje ukrepanje, saj so raziskave potrdile, da lahko z zgodnjim odkrivanjem in ustreznimi preventivnimi intervencijami občutno zmanjšamo število padcev med starejšimi (15, 21, 53, 67, 89). Običajno so padci pri starejših posledica kompleksne kombinacije in interakcije med različnimi dejavniki (27, 42), tveganje za padec pa raste linearno s številom dejavnikov tveganja. Dejavnike tveganja uvrščamo v več skupin, npr. ravnotežje in gibanje, bivalno okolje, psihološki dejavniki, komorbidnost, zdravila, senzorične in živčno-mišične motnje, socialno-demografski dejavniki (42). S starostjo je tveganje za padec večje zaradi dejavnikov naravnega procesa staranja, kroničnih in akutnih obolenj, zaradi katerih začne slabeti telesna moč, človek prej občuti utrujenost, slabše vidi, sliši, ima slabše kognitivne funkcije, postane počasnejši in manj spreten pri gibanju (27). Starejši ljudje imajo tudi številne kronične bolezni in zato jemljejo več zdravil hkrati, interakcije in stranski učinki zdravil pa lahko povzročijo ortostatsko hipotenzijo, vrtoglavico in motnje ravnotežja (33). Dejavniki fizičnega okolja so prisotni v 30 % do 50 % primerov padcev in odsevajo urejenost, varnost objektov in bivalnega okolja, s povečanim tveganjem za poškodbe pri padcih pa je povezan tudi nizek socialno ekonomski položaj (44, 73).

Namen raziskave je predstavitev glavnih epidemioloških značilnosti padcev starejših odraslih v Sloveniji in najnovejših dognanj o notranjih in zunanjih dejavnikih tveganja za padce, ki so osnova za načrtovanje preventivnih intervencij in ustrezno ukrepanje.

2. METODE

2.1. Definicije

Poškodbe so akutne fizične okvare, ki so v zdravstveni statistiki podrobno opredeljene glede na vrsto (površinska poškodba, rana, zlom, izpah, zvin, nateg, zastrupitev itn.) in poškodovani del telesa (glava, vrat, okončine, prsni koš, trebuh itn.). Zunanji vzrok nastanka poškodbe opredeljuje, ali je poškodba nastala namerno ali nenamerno ter razjasni vzroke in okoliščine nastanka poškodbe. Vrsta poškodbe, poškodovani del telesa in zunanji vzrok poškodbe so opredeljeni s kodami Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10-AM) (63).

2.2. Preiskovanci in materiali

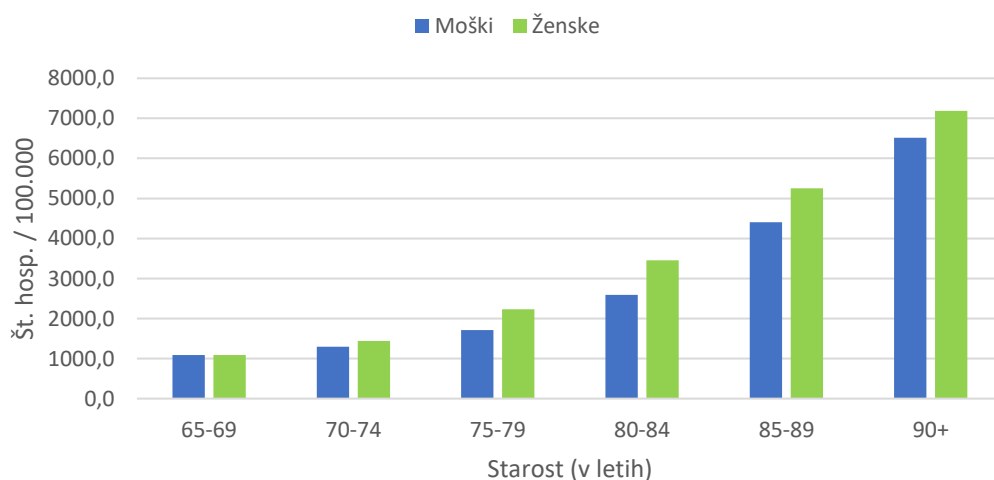
V raziskavo so bili zajeti v zdravstveni statistiki zabeleženi primeri odraslih v starosti nad 64 let, ki so se poškodovali zaradi padcev, in so bili v letih 2018–2020 zaradi poškodb hospitalizirani ali so umrli. V analizo so bili vključeni tudi tujci, ki so umrli (ali so bili hospitalizirani) na območju Slovenije, in slovenski prebivalci, ki so umrli v tujini. Analizirani so bili primeri, pri katerih je bila glavna diagnoza hospitalizacije oziroma osnovni vzrok smrti opredeljen kot poškodba (S00–T78), ki je nastala zaradi padca (W00–W19) (63). Podatke o osebah, ki so umrle zaradi poškodb, smo pridobili iz Zbirke podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi) (62), podatke o hospitalizacijah pa iz Podatkovne zbirke o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb in zastrupitev (61), ki ju upravlja Nacionalni inštitut za javno zdravje. Vir podatkov o številu prebivalcev v starosti nad 64 let v Sloveniji je Statistični urad Republike Slovenije (84).

2.3. Statistična analiza

V deskriptivni analizi so bile izračunane absolutne in relativne frekvence (v %) primerov po neodvisnih spremenljivkah (starost, spol, vrsta poškodbe, zunanji vzrok, dodatne diagnoze, kraj nezgode, aktivnost v času nezgode) ter po starosti in spolu specifične stopnje umrljivosti in hospitalizacij (na 100.000). V univariatni analizi je bila povezanost med izidom in dejavniki tveganja ocenjena z izračunom razmerja obetov (OR) in označena kot statistično značilna, če je bila vrednost $p \leq 0,05$. Analiza je bila izvedena s programom SPSS za Windows, verzija 21.0 (SPSS Inc, Chicago IL, USA).

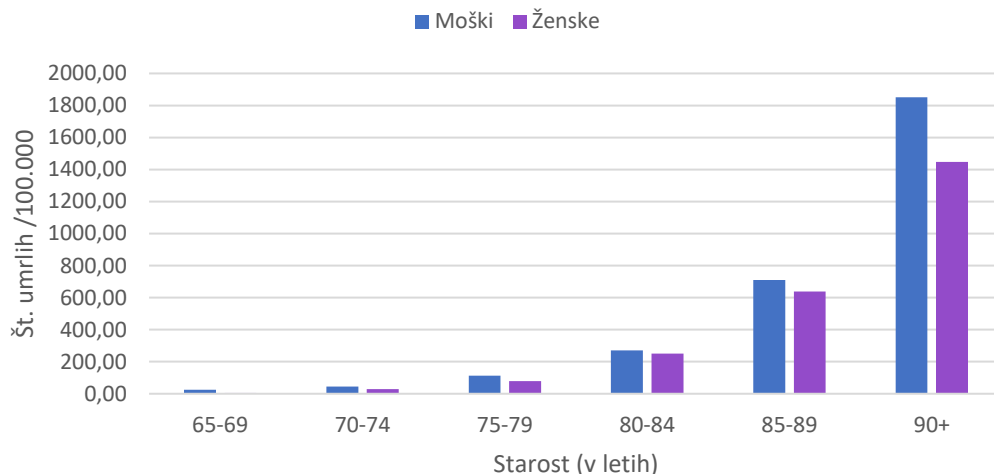
3. REZULTATI

V letih 2018–2020 je bila v Sloveniji večina nenamernih poškodb starejših odraslih, ki so bili hospitalizirani, posledica padcev (87,7 %), le manjši delež pa jih je nastal v drugih nezgodah, npr. v prometnih nezgodah (4,6 %) in zaradi delovanja neživih mehaničnih sil (udarca ob/s predmetom, stisnjenja med predmete, stika z električnim orodjem ali gospodinjskimi aparati) (3,6 %).



Slika 1: Hospitalizacije (na 100.000) starejših od 64 let zaradi padcev po starosti in spolu, Slovenija, 2018–2020.

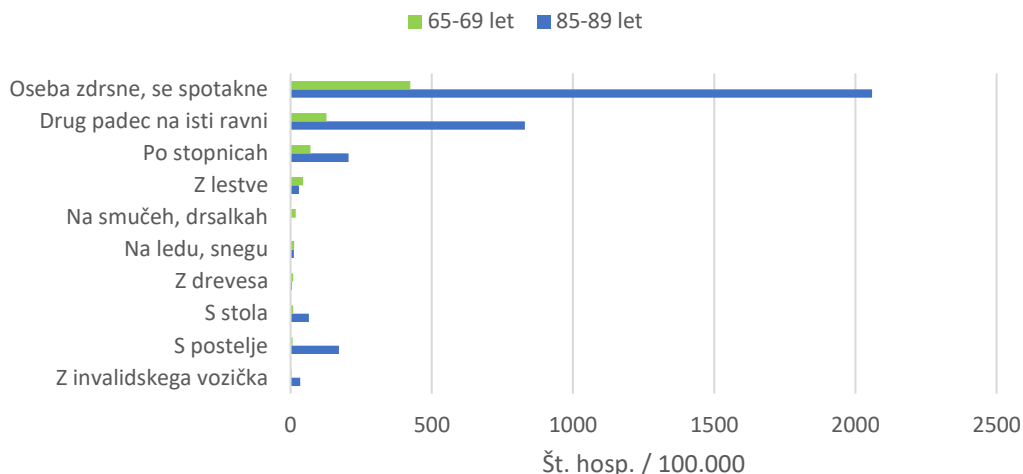
Zaradi poškodb pri padcu se je v bolnišnici zdravilo letno 3.158 moških in 6.026 žensk, starejših od 64 let. Incidenca hospitalizacij zaradi padcev je s starostjo statistično značilno naraščala pri moških in pri ženskah ($p_M < 0,001$, $p_{\bar{Z}} < 0,001$) (Slika 1). Pri tem so imele npr. ženske v starosti 85–89 let 1,2-krat večje tveganje za hospitalizacijo zaradi poškodb pri padcu kot moški ($OR = 1,15 (1,03–1,28)$; $p = 0,011$).



Slika 2: Umrljivost (na 100.000) starejših od 64 let zaradi padcev po starosti in spolu, Slovenija, 2018–2020.

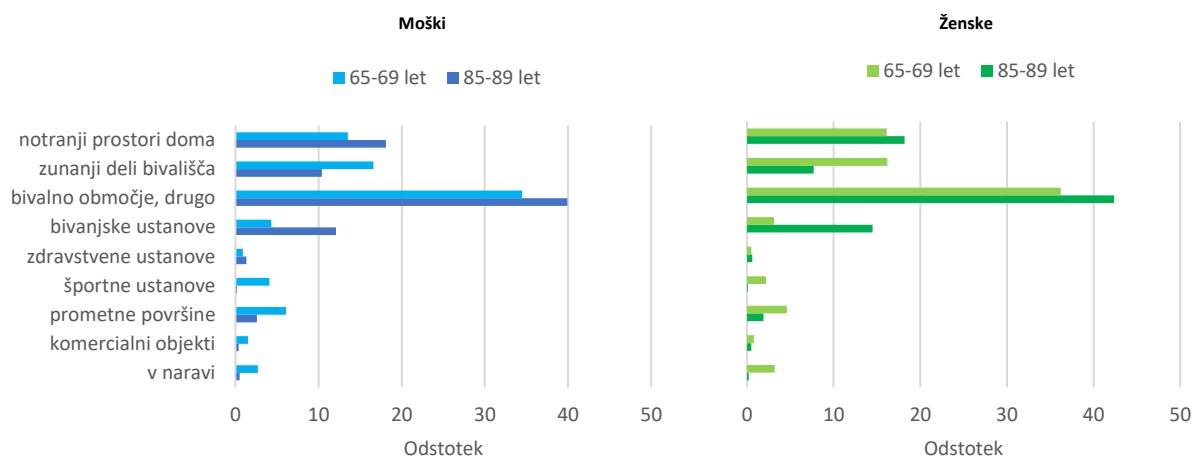
Zaradi padcev je umrlo letno 744 oseb, starejših od 64 let, od tega 264 moških in 480 žensk. Med njimi jih je 300 umrlo že v bolnišnici, smrtnost pa je znašala 0,6 % v starosti 65–69 let in je narasla na 6,5 % v starosti nad 90 let.

Tako kot obolevnost, je tudi umrljivost starejših zaradi padcev statistično značilno naraščala s starostjo pri moških in pri ženskah ($p_M < 0,001$, $p_{\bar{Z}} < 0,001$) in je bila izrazita predvsem po 85. letu. Nasprotno od obolevnosti je bila umrljivost v vseh starostih višja pri moških, razlika med spoloma pa se je s starostjo povečevala (Slika 2). Npr. v starosti 85–89 let so imeli moški večje tveganje za smrt zaradi padca kot ženske ($OR = 1,11 (0,84–1,47)$; $p = 0,738$), prav tako tudi v starosti nad 90 let ($OR = 1,28 (0,96–1,71)$; $p = 0,098$).



Slika 3: Hospitalizacije (na 100.000) starejših od 64 let zaradi padcev po starosti in vrsti padca, Slovenija, 2018–2020

Starejši ljudje so bili najpogosteje hospitalizirani zaradi padcev na isti ravni, ko jim je zdrsnilo, so se spotaknili ali zapletli (58,4 %), sledili so padci po stopnicah (7,6 %), s postelje (3,3 %), z lestve (2,4 %), na ledu, snegu (0,9 %), s stola (1,5 %), z invalidskega vozička (0,7 %), z drevesa (0,7 %) in padci na smučeh, drsalkah (0,6 %). S starostjo se pogostost padcev na isti ravni ter padcev s postelje in stola močno poveča (Slika 3).



Slika 4: Hospitalizacije (na 100.000) starejših od 64 let zaradi padcev po spolu, starosti in kraju nezgode, Slovenija, 2018–2020

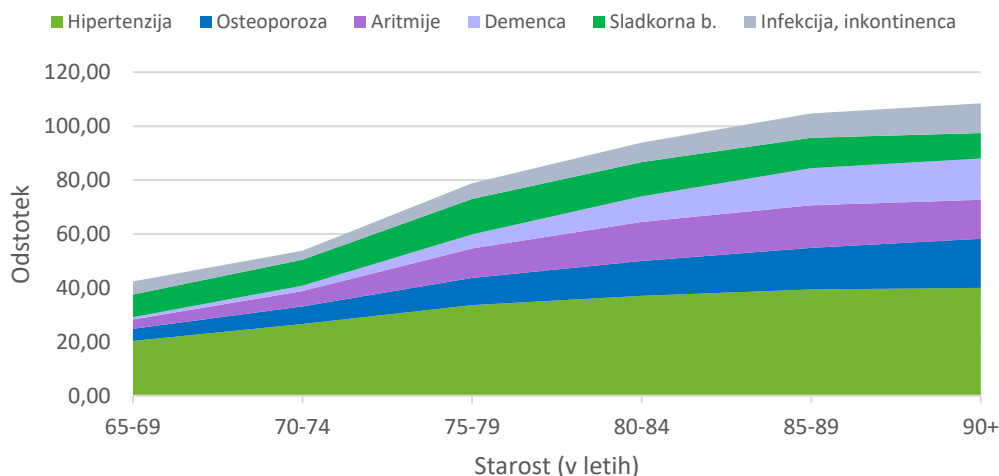
Večina padcev se je zgodila doma in v bližnji okolici doma (81,7 %), precej manj pa v bivanjskih ustanovah (10,5 %), na prometnih površinah (3,1 %), v naravi (1,3 %) in v zdravstvenih ustanovah (0,8 %). V času padca so starejši ljudje največkrat opravljali prostočasne aktivnosti (40,3 %) in življenjske aktivnosti (42,9 %) ter delali (15,2 %), predvsem vzdrževali dom in vrt, kuhali in čistili ter nakupovali.

Delež padcev doma in v bivanjskih ustanovah je s starostjo statistično značilno naraščal ($p < 0,001$), hkrati pa je padal delež padcev na prometnih površinah, v športnih ustanovah in v naravi ($p < 0,001$). S starostjo se pogostost padcev premakne tudi iz zunanjega okolja v notranje prostore (Slika 4), pri čemer se je v starosti 85–89 let tveganje za poškodbe zaradi padcev v notranjih bivalnih prostorih povečalo v primerjavi z mlajšimi osebami (65–69 let) tako pri ženskah (OR = 2,05 (1,72–2,43); $p < 0,001$) kot pri moških (OR = 2,05 (1,66–2,54); $p < 0,001$).

Tabela 1: Delež (%) hospitalizacij moških in žensk v starosti 65–69 let in 85–89 let zaradi padcev po vrsti poškodbe in spolu, Slovenija, 2018–2020.

	Moški		Ženske	
	65–69 let	85–89 let	65–69 let	85–89 let
Površinska poškodba, rana glave	14,7	19,4	5,1	15,4
Znotrajlobanjska poškodba	12,1	14,3	5,1	6,6
Zlom reber, prsne hrbtenice	8,8	7,8	4,1	4,9
Zlom ledvene hrbtenice	6,0	9,9	6,0	10,7
Zlom rame, nadlakti	4,7	2,3	8,9	3,8
Zlom podlakti	3,5	1,0	17,6	2,7
Zlom stegenice	12,6	32,3	16,5	43,8
Zlom goleni, gležnja	8,3	1,3	18,3	2,4

Pri padcu so bili moški v starosti 65–69 let največkrat hospitalizirani zaradi poškodb glave in zloma stegenice, ženske pa zaradi zloma goleni in skočnega sklepa, podlakti in zloma stegenice (Tabela 1). S starostjo se je delež najpogostejših poškodb, ki so zahtevale zdravljenje v bolnišnici, spremenil, pri čemer so bili pri moških in pri ženskah v starosti 85–89 let daleč največkrat zabeleženi zlomi stegenice.



Slika 5: Delež spremljajočih bolezni in stanj pri starejših od 64 let, hospitaliziranih zaradi padcev, po starosti, Slovenija, 2018–2020

Pri osebah, starejših od 64 let, ki so bile hospitalizirane zaradi padca, so bile kot spremljajoče bolezni in stanja največkrat zabeležene hipertenzivne bolezni (arterijska hipertenzija) (34,4 %), druge bolezni srca (aritmije) (21,5 %), motnje gostote in zgradbe kosti (osteoporozna) (11,6 %), sladkorna bolezen (11,0 %), organske duševne motnje (demenca) (8,9 %), anemije (7,9 %) in bolezni sečil (infekcije, inkontinenca) (6,5 %). S starostjo statistično značilno narašča delež zabeleženih spremljajočih bolezni: arterijska hipertenzija¹, osteoporozna², aritmije³, demenca⁴ ter infekcije sečil in urinska inkontinenca⁵ ($p_1 = 0,003$, $p_2 < 0,001$, $p_3 = 0,008$, $p_4 < 0,001$, $p_5 < 0,001$), z izjemo sladkorne bolezni ($p = 0,602$) (Slika 5).

4. RAZPRAVA

Glavne epidemiološke značilnosti poškodovanih starejših odraslih in dejavniki tveganja za padce, ki so bili vključeni v analizo podatkov zdravstvene statistike, se bistveno ne razlikujejo od ugotovitev v drugih raziskavah. Prednost naše raziskave je uporaba nacionalnih podatkov zdravstvene statistike, ki vključuje vse primere poškodb starejših odraslih zaradi padcev, ki so zahtevale sprejem na zdravljenje v bolnišnico. Vendar imajo podatki zdravstvene statistike tudi svoje omejitve, npr. omejen nabor dejavnikov tveganja in okoliščin nastanka padca ter diferencialno misklasifikacijo pri beleženju dodatnih diagnoz, kar je izrazito predvsem pri demenci zaradi nizke stopnje diagnosticiranih primerov.

4.1. Socialno-demografski dejavniki

Tveganje za padce narašča s starostjo (35). Npr. osebe, starejše od 85 let, imajo štirikrat večje tveganje za padce kot tiste v starosti 65–85 let (9), kar potrjujejo tudi rezultati naše raziskave. Staranje s seboj prinaša slabitev številnih fizioloških sistemov, npr. mišično-kostnega, srčno-žilnega, ravnotežnega in proprioceptivnega sistema, koordinacije, počasnejši je posturalni odgovor in oslABLJENE so kognitivne funkcije, kar negativno vpliva na učinkovito ohranjanje ravnotežja in gibanja ter povečuje tveganje za padce (28). S starostjo narašča tudi število kroničnih bolezni in s tem večje tveganje za padce (80),

medtem ko je pri osebah z dobrim splošnim zdravjem tveganje za padce posledica predvsem akumulacije drugih dejavnikov tveganja (34). Starejši ljudje so zaradi večje prevalence kroničnih obolenj in starostnih fizioloških sprememb bolj ranljivi za nastanek poškodb pri padcu in dalj časa okrevajo, kar vodi v slabšo telesno in psihično kondicijo ter poveča tveganje za ponovne padce (75). V 5–10 % primerov imajo padci za posledico težke poškodbe, kot so zlomi in znotrajlobanjske poškodbe (3, 75). Tudi naša raziskava je potrdila, da incidenca zlomov s starostjo statistično značilno narašča pri obeh spolih, pri čemer je bilo pri starejših osebah največ hospitalizacij zaradi zloma kolka.

Starost bolj negativno vpliva na tveganje za padce pri ženskah, kar je lahko posledica večje prevalence dejavnikov tveganja, vezanih na starost (16). Zaradi tega ženske v primerjavi z moškimi pogosteje padejo doma, kjer kljub svojim manjzmožnostim opravljajo različna gospodinjska dela (1, 25, 26), kar se sklada z rezultati naše raziskave. Po drugi strani pa ženske po poškodbi bolje okrevajo in imajo manjšo umrljivost zaradi padcev v primerjavi z moškimi (92), kar ugotovljamo tudi v naši raziskavi.

4.2. Ravnotežje in gibanje

Težave pri hoji in motnje ravnotežja so pri starejših ljudeh najmočnejši dejavniki tveganja za padce, saj je tveganje od 2- do 3-krat večje kot pri osebah, ki teh težav nimajo (18, 88). Upočasnjena hoja in slabšanje mobilnosti sta stalnica pri normalnem staranju, oba pa sta tudi močna dejavnika tveganja za padce (42). Hoja je pri starejših ljudeh bolj toga in slabše koordinirana, refleksi in mišična moč so oslavljeni, skrajša se dolžina koraka in višina dvigovanja nog, kar zmanjša sposobnost preprečitve padca, če osebi nepričakovano zdrsne ali se med hojo spotakne (43). Pri Parkinsonovi bolezni je tveganje za padce večje pri podtipu, pri katerem so v ospredju motnje stabilnosti v pokončnem položaju in epizode zamrznitve gibanja pri hoji v primerjavi s podtipom, pri katerem kot simptom prevladuje tremor (68). Težave pri gibanju in ravnotežju, pa tudi senzorične in živčno-mišične motnje, kognitivne motnje ter polifarmacija so povezane tudi s krhkostjo starejših (42, 92). Za fizično krhkost so značilne slaba vzdržljivost in energija, zmanjšanje mišične moči, izguba mišične mase, počasnost in omejena telesna dejavnost, katerih posledica je večje nihanje telesa v pokončnem položaju, slabše premagovanje ovir in povečano tveganje za padce (4, 85). Tudi pri osebah z oslabljeno kognitivno funkcijo se pojavi večja variabilnost hoje (hitrost in dolžina korakov) predvsem ob hkratnem izvajanju dveh nalog, če obe zahtevata multiple kognitivne sposobnosti (82). Tako je večja variabilnost hoje opisana pri starejših s krhkostjo, Parkinsonovo in Alzheimerjevo boleznijo (5, 68), stopnja spremembe hoje pa je odvisna od kognitivnih rezerv, na katere negativno vplivajo staranje in patološke spremembe zaradi bolezni (2).

Za vzdrževanje ravnotežja je potrebno usklajeno delovanje somato-senzoričnega, vidnega in vestibularnega sistema. Okvara enega ali več sistemov zmanjša senzorične informacije, ki jih potrebuje centralni živčni sistem, kar negativno vpliva na ravnotežje in poveča tveganje za padce (39, 42). Disfunkcija ravnotežnega sistema je med starejšimi ljudmi pogosta, saj četrтина slovenskih anketirancev, starejših od 50 let, navaja težave z ravnotežjem, od tega jih ima 6 % hude težave (90). Kljub pogostosti so spremembe v ravnotežni funkciji pri starejših ljudeh, ki padejo, pogosto nediagnosticirane ali zanemarjene, ker ljudje motnje ravnotežja običajno opisujejo z nespecifičnimi simptomi, kot so vrtoglavica, splošna nestabilnost, omotica, omedlevica ipd., in teh težav ne prepoznajo kot problem (49, 88). Kljub temu pa zaradi vrtoglavice zmanjšajo svoje telesne dejavnosti, kar negativno vpliva na njihovo telesno kondicijo, zmanjša mišično moč kolčnih mišic in s tem dodatno poveča tveganje za padce (88).

4.3. Kognitivne motnje

Oslabljena kognitivna funkcija je prav tako povezana z večjim tveganjem starejših za padce (13, 56). Kognitivne motnje se pojavljajo skupaj z motnjami gibanja že v zgodnji fazi nevro-degenerativnih bolezni (23), z resnostjo kognitivnih motenj pa naraščata tudi prevalenci motenj gibanja in padcev (54). Povezanost gibanja in kognitivnih funkcij ter njun skupni učinek na padce, je verjetno mehanizem, s katerim lahko razložimo povečano tveganje za padce pri starejših odraslih z demenco (54, 95). S tem se skladajo tudi rezultati naše raziskave, ki kažejo, da s starostjo statistično značilno narašča delež demence, ki je bila zabeležena kot spremljajoča diagnoza pri hospitaliziranih zaradi padca, prav tako pa s starostjo raste tudi tveganje za padce.

Oslabljena kognitivna funkcija povzroča motnje pozornosti in izvršilne funkcije, kar ogrozi stabilnost pokončne drže in normalno hojo (93, 94). Stabilnost pokončne drže je odvisna od koordinacije motoričnega in senzoričnega sistema pri sprejemanju in odzivanju na dražljaje iz okolja, kar omogoča načrtovanje gibov, deljeno pozornost in ustrezno uravnavanje gibov telesa ob nenadnih zunanjih motnjah in ovirah (20). Kognitivne okvare povzročajo motnje v delovanju senzorično-motoričnega procesiranja, kar se kaže kot počasna hoja (14, 55), težave pri obvladovanju ravnotežja in stabilnosti v pokončnem položaju (5, 79), ter povečajo tveganje za padce (19, 58). Okvara izvršilne funkcije pa oslabi predvsem zmožnost opravljanja več nalog hkrati. Pri ljudeh z demenco že enostavna dodatna naloga oslabi kontrolo drže in zmanjša zmožnost ustrezne reakcije, če osebi spodrsne ali se spotakne, kar povzroči padec (8, 38). Demenco spremljajo tudi motnje pozornosti pri opravljanju dveh nalog hkrati, vedenjske motnje, motnje orientacije in spomina, ki so pomembni dejavniki tveganja za padce (59, 81, 86). Ljudje z demenco pogosto napačno presodijo potencialne nevarnosti v njihovem okolju, precenjujejo svoje gibalne sposobnosti, v primeru vznemirjenega vedenja pa jemljejo nevroleptična zdravila, kar vse poveča tveganje za padce (58, 69, 86).

4.4. Psihološki dejavniki

Simptomi depresije so povezani s psihomotorično počasnostjo in okvaro izvršilne funkcije (72), ki povečata tveganje za padce (47). Osebe s simptomi depresije so počasne, imajo tipično počasnejše naučene in avtomatske gibe ter slabše obvladujejo ravnotežje zaradi počasnejšega uravnavanja nihanja v stoječem položaju (70). Depresivni ljudje imajo tudi manj energije, zato se izogibajo telesni dejavnosti, okvara izvršilne funkcije pa slabi zmožnost opravljanja več nalog hkrati, kar dodatno poveča tveganje za padce (38). Anksioznost v kombinaciji z impulzivnostjo in vedenjskimi motnjami pri starejših osebah z demenco poveča tveganje za padce, prav tako tudi strah pred padci, ki se najpogosteje pojavlja pri osebah z začetno obliko demence (30, 46).

Strah je dejavnik tveganja za padce (77), ki je povezan s predhodnimi padci, starostjo nad 80 let, ženskim spolom, slabim vidom, komorbidnostjo, funkcionalno manjzmožnostjo, zmanjšano kognitivno funkcijo in s slabšo varnostjo doma (48, 57, 60, 66), kar kaže na multifaktorsko naravo tega stanja. Zaradi stalnega premljevanja anksioznih misli o nevarnosti padca, se v primeru hoje in istočasnih drugih kognitivno zahtevnih nalog, npr. pogovora, zmanjša razpoložljivost delovnega spomina in poveča tveganje za padce (59). Poleg tega osebe zaradi strahu zmanjšajo vsakodnevno območje gibanja, kar posledično vodi v slabšo mišično-kostno funkcijo, slabše vzdrževanje ravnotežja in padce (31).

4.5. Kronične bolezni in zdravila

S staranjem povezane kronične bolezni so napovedni dejavniki za zmerno zmanjšano funkcionalno zmožnost, ki je povezana z večjim tveganjem za padce (37). Tudi podatki naše raziskave potrjujejo, da se deleži spremljajočih kroničnih bolezni (arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, osteoporoza, aritmije, demenca, urinska inkontinenca), ki so bile zabeležene ob hospitalizaciji zaradi padca, s starostjo povečujejo. Tveganje za padce narašča s številom kroničnih bolezni (80), vendar je povečano tudi pri osebah, ki dobro funkcionirajo (27). Razlog je v tem, da zaradi kroničnih bolezni pogosto jemljejo več zdravil in taka, ki povečajo tveganje za padce (27).

Jemanje štirih ali več zdravil hkrati (polifarmacija) poveča tveganje za stranske učinke zdravil in interakcije med njimi (17), to pa poveča tveganje za padce (32, 78), pri čemer večje število zdravil poveča tveganje za padce bolj kot vrsta zdravil (18, 45). Starejše osebe s polifarmacijo najpogosteje jemljejo zdravila za srčno-žilne bolezni (40), npr. antiaritmike (razred 1a), digoxin, diuretike in antihipertenzivna zdravila, ki zaradi stranskih učinkov povečajo tveganje za padce (10, 22). Po nekaterih podatkih 20 % starejših ljudi, ki živijo doma, poleg drugih zdravil jemlje tudi psihotropna zdravila (antidepresivi, benzodiazepini, antipsihotiki) (71), ki pomembno povečajo tveganje za padce pri starejših odraslih (24, 52, 64). Trajanje jemanja teh zdravil pa je pozitivno povezano z večjim tveganjem za ponovne padce (36). Mehanizem, preko katerega se poveča tveganje za padce, je vpliv na senzorno-motorične funkcije, ravnotežje in ortostatski krvni pritisk, kar oslabi taktilno senzitivnost, moč v spodnjih udih, kontrolo ravnotežja in podaljša reakcijski čas (6, 50, 95).

4.6. Bivalno okolje in socialno-ekonomski položaj

Nevarnosti v bivalnem okolju so povezane s tveganjem za padce pri starejših ljudeh, vendar so same po sebi nezadosten vzrok za padce (51, 65). Bolj pomembna je interakcija med psihofizičnimi sposobnostmi starejšega človeka in njegovo izpostavljenostjo dejavnikom iz okolja (51). Osebe, ki padejo v notranjih prostorih, so starejše, ženskega spola, imajo več fizičnih manjzmožnosti in stanj, ki so povezana s slabšim zdravjem, jemljejo več zdravil vključno s psihotropnimi zdravili in imajo slabše kognitivne funkcije v primerjavi s tistimi, ki padejo zunaj (25), kar potrjujejo tudi podatki naše analize. Pri osebah z demenco je npr. že uporaba pripomočka za hojo lahko kognitivno prezahtevna, saj preusmeri pozornost na uporabo pripomočka, s tem pa zmanjša zmožnost osebe, da vzdržuje ravnotežje in stabilnost v pokončnem položaju (7). V zunanjem okolju pa pogosteje padejo starejši odrasli z normalno živčno-mišično funkcijo, ko izvajajo intenzivne dnevne aktivnosti, in so v primerjavi s tistimi, ki padejo doma, mlajši in pogosteje moškega spola (4).

Starejši odrasli s slabšim socialno-ekonomskim položajem imajo večje tveganje za padce in poškodbe (73, 76). Nižji dohodek in socialno-ekonomski položaj sta povezana s slabšimi bivalnimi pogoji (prenatrpana stanovanja, neprimerne talne podlage, slaba osvetlitev), s slabimi življenjskimi navadami, slabšo socialno mrežo in slabšo dostopnostjo do zdravstvene službe, kar vpliva na slabše zdravje, povečano incidenco kroničnih bolezni, večjo uporabo zdravil, večje funkcionalne omejitve in povečano tveganje za padce in poškodbe (11, 12, 76, 91).

5. ZAKLJUČKI

Večino padcev starejših odraslih bi lahko preprečili. Strokovna združenja priporočajo uporabo multisektorskega modela, ki omogoča izboljšanje osveščenosti starejših odraslih o preprečevanju padcev in zdravljenju, predvideva vsakoletno presejanje starejših odraslih z oceno individualnih dejavnikov tveganja za padce, izvajanje z dokazi podprtih intervencij, s katerimi lahko občutno zmanjšamo število padcev med starejšimi, in spremljanje pozitivnih učinkov predlaganih multikomponentnih intervencij (67). Učinkovita je predvsem kombinacija z dokazi podprtih intervencij, kot so telesna vadba za izboljšanje ravnotežja, moči in hoje, ukinitvev psihoaktivnih in drugih zdravil ali zmanjšanje njihove doze, prilagoditev ali spremembe v bivalnem okolju, obvladovanje ortostatske hipotenzije, obvladovanje težav s stopali in izbira ustrezne obutve (15, 21, 53, 67, 89).

Do nedavnega so demenco in padce proučevali v raziskavah ločeno, kar je pripeljalo do nastanka vrzeli v razumevanju kognitivno-motoričnih interakcij kot dejavnika tveganja za padce in njegove izločitve iz preventivnih strategij. V novejših raziskavah pa se pri ljudeh z demenco že priporoča umestitev ocene hoje in kognitivnih (predvsem izvršilnih) funkcij v vsakoletno oceno tveganja za padce ter na osnovi rezultatov ocene vključitev vadbe za izboljšanje hoje, moči in ravnotežja, strategij za izboljšanje pozornosti in kognitivnih funkcij, predvsem planiranja in reševanja problemov, v multikomponentne intervencije za preprečevanje padcev (54, 95).

Literatura

1. Agudelo-Botero M, Giraldo-Rodríguez L, Murillo-González JC, Mino-León D, Cruz-Arenas E. Factors associated with occasional and recurrent falls in Mexican community-dwelling older people. *PLoS One*. 2018;13(2): e0192926. doi: 10.1371/journal.pone.0192926.
2. Amboni M, Barone P, Hausdorff JM. Cognitive contributions to gait and falls: evidence and implications. *Mov Disord*. 2013; 28(11): 1520–33. doi: 10.1002/mds.25674.
3. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*. 2013; 75(1): 51–61. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.02.009.
4. Asai T, Misu S, Sawa R, Doi T, Yamada M. Multi-chronic musculoskeletal pain is a useful clinical index to predict the risk of falls in older adults with normal motor function. *Aging Clin Exp Res*. 2015; 27(5): 711–6. doi: 10.1007/s40520-015-0340-5.
5. Bahureksa L, Najafi B, Saleh A, Sabbagh M, Coon D, Mohler MJ, et al. The Impact of Mild Cognitive Impairment on Gait and Balance: A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Using Instrumented Assessment. *Gerontology*. 2017; 63(1): 67–83.
6. Bakken MS, Engeland A, Engesaeter LB, Ranhoff AH, Hunskaar S, Ruths S. Risk of hip fracture among older people using anxiolytic and hypnotic drugs: a nationwide prospective cohort study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014; 70(7): 873–80. doi: 10.1007/s00228-014-1684-z.
7. Bateni H, Maki BE. Assistive devices for balance and mobility: benefits, demands, and adverse consequences. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005; 86(1): 134–45. doi: 10.1016/j.apmr.2004.04.023.
8. Boisgontier MP, Beets IA, Duysens J, Nieuwboer A, Krampe RT, Swinnen SP. Age-related differences in attentional cost associated with postural dual tasks: increased recruitment of generic cognitive resources in older adults. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013; 37(8): 1824–37. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.07.014.

9. Bor A, Matuz M, Csator dai M, Szalai G, Bálint A, Benkő R, et al. Medication use and risk of falls among nursing home residents: a retrospective cohort study. *Int J Clin Pharm*. 2017; 39(2): 408–15. doi: 10.1007/s11096-017-0426-6.
10. Boyle N, Naganathan V, Cumming RG. Medication and falls: risk and optimization. *Clin Geriatr Med*. 2010; 26(4): 583–605. doi: 10.1016/j.cger.2010.06.007.
11. Brennan SL, Holloway KL, Williams LJ, Kotowicz MA, Bucki-Smith G, Moloney DJ, et al. The social gradient of fractures at any skeletal site in men and women: data from the Geelong Osteoporosis Study Fracture Grid. *Osteoporos Int*. 2015; 26(4): 1351–9. doi: 10.1007/s00198-014-3004-y.
12. Brennan SL, Yan L, Lix LM, Morin SN, Majumdar SR, Leslie WD. Sex- and age-specific associations between income and incident major osteoporotic fractures in Canadian men and women: a population-based analysis. *Osteoporos Int*. 2015; 26(1): 59–65. doi: 10.1007/s00198-014-2914-z.
13. Buckley C, Cockle L, McArdle R, Rehman RZU, Del Din S, Mazzà C, et al. The Role of Movement Analysis in Diagnosing and Monitoring Neurodegenerative Conditions: Insights from Gait and Postural Control. *Brain Sci*. 2019; 9(2). pii: E34. doi: 10.3390/brainsci9020034.
14. Buracchio T, Dodge HH, Howieson D, Wasserman D, Kaye J. The trajectory of gait speed preceding mild cognitive impairment. *Arch Neurol*. 2010; 67(8): 980–6. doi: 10.1001/archneurol.2010.159.
15. Centers for Disease Control and Prevention. STEADI materials for health care providers. Dostopno na: <https://www.cdc.gov/steadi/materials.html> (citirano 9. 7. 2021).
16. Chang VC, Do MT. Risk factors for falls among seniors: implications of gender. *Am J Epidemiol*. 2015; 181(7): 521–31. doi: 10.1093/aje/kwu268.
17. Cresswell KM, Fernando B, McKinsty B, Sheikh A. Adverse drug events in the elderly. *Br Med Bull*. 2007; 83: 259–74.
18. Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, Foschi R, La Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2010; 21(5): 658–68. doi: 10.1097/EDE.0b013e3181e89905.
19. Delbaere K, Kochan NA, Close JC, Menant JC, Sturnieks DL, Brodaty H, et al. Mild cognitive impairment as a predictor of falls in community-dwelling older people. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012; 20(10): 845–53. doi: 10.1097/JGP.0b013e31824afbc4.
20. Demnitz N, Esser P, Dawes H, Valkanova V, Johansen-Berg H, Ebmeier KP, et al. A systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies examining the relationship between mobility and cognition in healthy older adults. *Gait Posture*. 2016; 50: 164–74. doi: 10.1016/j.gaitpost.2016.08.028.
21. Demurtas J, Schoene D, Torbahn G, Marengoni A, Grande G, Zou L, et al. Physical Activity and Exercise in Mild Cognitive Impairment and Dementia: An Umbrella Review of Intervention and Observational Studies. *J Am Med Dir Assoc*. 2020; 21(10): 1415–22.e6. doi: 10.1016/j.jamda.2020.08.031.
22. de Vries M, Seppala LJ, Daams JG, van de Glind EMM, Masud T, van der Velde N, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: I. Cardiovascular Drugs. *J Am Med Dir Assoc*. 2018; 19(4): 371.e1–371.e9. doi: 10.1016/j.jamda.2017.12.013.
23. Domellöf ME, Elgh E, Forsgren L. The relation between cognition and motor dysfunction in drug-naive newly diagnosed patients with Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2011; 26(12): 2183–9. doi: 10.1002/mds.23814.
24. Du Y, Wolf IK, Knopf H. Association of psychotropic drug use with falls among older adults in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults 2008–2011 (DEGS1). *PLoS One*. 2017; 12(8): e0182432. doi: 10.1371/journal.pone.0182432.
25. Duckham RL, Procter-Gray E, Hannan MT, Leveille SG, Lipsitz LA, Li W. Sex differences in circumstances and consequences of outdoor and indoor falls in older adults in the MOBILIZE Boston cohort study. *BMC Geriatr*. 2013; 13: 133. doi: 10.1186/1471-2318-13-133.
26. Ek S, Rizzuto D, Fratiglioni L, Calderón-Larrañaga A, Johnell K, Sjöberg L, et al. Risk Factors for Injurious Falls in Older Adults: The Role of Sex and Length of Follow-Up. *J Am Geriatr Soc*. 2019; 67(2): 246–53. doi: 10.1111/jgs.15657.
27. Ek S, Rizzuto D, Fratiglioni L, Johnell K, Xu W, Welmer AK. Risk Profiles for Injurious Falls in People Over 60: A Population-Based Cohort Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018; 73(2): 233–9. doi: 10.1093/gerona/glx115.
28. Enderlin C, Rooker J, Ball S, Hippensteel D, Alderman J, Fisher SJ, et al. Summary of factors contributing to falls in older adults and nursing implications. *Geriatr Nurs*. 2015; 36(5): 397–406. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.08.006. Review.

29. European Commission. The 2018 Ageing Report. European Economy Institutional Paper 065. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017. Dostopno na: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf (citirano 16. 3. 2020).
30. Fernando E, Fraser M, Hendriksen J, Kim CH, Muir-Hunter SW. Risk Factors Associated with Falls in Older Adults with Dementia: A Systematic Review. *Physiother Can.* 2017; 69(2): 161–70. doi: 10.3138/ptc.2016-14.
31. Gadelha AB, Neri SGR, Nóbrega OT, Pereira JC, Bottaro M, Fonsêca A, et al. Muscle quality is associated with dynamic balance, fear of falling, and falls in older women. *Exp Gerontol.* 2018; 104: 1–6. doi: 10.1016/j.exger.2018.01.003.
32. García BP, González SM, Muñoz AMC, Antón-Solanas I, Caballero VG, Vela RJ. Risk of drug-related falls among noninstitutionalized older adults. *Rev Esc Enferm USP.* 2018; 52: e03319. doi: 10.1590/s1980-220x2017012603319.
33. Glab KL, Wooding FG, Tuiskula KA. Medication-related falls in the elderly: mechanisms and prevention strategies. *Consult Pharm.* 2014; 29(6): 413–7. doi: 10.4140/TCP.n.2014.413.
34. Grundstrom AC, Guse CE, Layde PM. Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012; 54(3): 421–8. doi: 10.1016/j.archger.2011.06.008.
35. Hacıdursunoğlu Erbaş D, Çınar F, Eti Aslan F. Elderly patients and falls: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res.* 2021. doi: 10.1007/s40520-021-01843-w. Online ahead of print.
36. Hanlon JT, Boudreau RM, Roumani YF, Newman AB, Ruby CM, Wright RM, et al. Number and dosage of central nervous system medications on recurrent falls in community elders: the Health, Aging and Body Composition study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009; 64(4): 492–8. doi: 10.1093/gerona/gln043.
37. Hill KD, Wee R. Psychotropic drug-induced falls in older people: a review of interventions aimed at reducing the problem. *Drugs Aging.* 2012; 29(1): 15–30. doi: 10.2165/11598420-000000000-00000.
38. Hoffman GJ, Hays RD, Wallace SP, Shapiro MF, Ettner SL. Depressive symptomatology and fall risk among community-dwelling older adults. *Soc Sci Med.* 2017; 178: 206–13. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.02.020.
39. Horak FB. Postural orientation and equilibrium: what do we need to know about neural control of balance to prevent falls? *Age Ageing.* 2006; 35 Suppl 2: ii7–ii11.
40. Hsu HF, Chen KM, Belcastro F, Chen YF. Polypharmacy and pattern of medication use in community-dwelling older adults: A systematic review. *J Clin Nurs.* 2021; 30(7–8): 918–28. doi: 10.1111/jocn.15595.
41. Ioannidis G, Papaioannou A, Hopman WM, Akhtar-Danesh N, Anastassiades T, Pickard I, et al. Relation between fractures and mortality: Results from the Canadian multicentre osteoporosis study. *CMAJ.* 2009; 181(5): 265–71.
42. Jehu DA, Davis JC, Falck RS, Bennett KJ, Tai D, Souza MF, et al. Risk factors for recurrent falls in older adults: A systematic review with meta-analysis. *Maturitas.* 2021; 144: 23–8. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.10.021.
43. Jensen JL, Brown LA, Woollacott MH. Compensatory stepping: the biomechanics of a preferred response among older adults. *Exp Aging Res.* 2001; 27(4): 361–76.
44. Karlsson MK, Vonschewelov T, Karlsson C, Cöster M, Rosengen BE. Prevention of falls in the elderly: a review. *Scand J Public Health.* 2013; 41(5): 442–54. doi: 10.1177/1403494813483215.
45. Kojima T, Akishita M, Nakamura T, Nomura K, Ogawa S, Iijima K, et al. Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. *Geriatr Gerontol Int.* 2012; 12(3): 425–30. doi: 10.1111/j.1447-0594.2011.00783.x.
46. Kwon KY, Lee M, Ju H, Im K. Risk Factors for Falls in Patients with de novo Parkinson's Disease: A Focus on Motor and Non-Motor Symptoms. *J Mov Disord.* 2020; 13(2): 142–5. doi: 10.14802/jmd.20009.
47. Launay C, De Decker L, Annweiler C, Kabeshova A, Fantino B, Beauchet O. Association of depressive symptoms with recurrent falls: a cross-sectional elderly population based study and a systematic review. *J Nutr Health Aging.* 2013; 17(2): 152–7. doi: 10.1007/s12603-012-0370-z.
48. Lavedán A, Viladrosa M, Jürschik P, Botigué T, Nuín C, Masot O, et al. Fear of falling in community-dwelling older adults: A cause of falls, a consequence, or both? *PLoS One.* 2018; 13(3): e0194967. doi: 10.1371/journal.pone.0194967.
49. Lawson J, Johnson I, Bamiou DE, Newton JL. Benign paroxysmal positional vertigo: clinical characteristics of dizzy patients referred to a Falls and Syncope Unit. *QJM.* 2005; 98(5): 357–64.
50. LeWitt PA, Kymes S, Hauser RA. Parkinson Disease and Orthostatic Hypotension in the Elderly: Recognition and Management of Risk Factors for Falls. *Aging Dis.* 2020; 11(3): 679–91. doi: 10.14336/AD.2019.0805.

51. Lord SR, Menz HB, Sherrington C. Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age Ageing*. 2006; 35(2): ii55–ii59. Review.
52. Marcum ZA, Perera S, Thorpe JM, Switzer GE, Castle NG, Strotmeyer ES, et al. Antidepressant Use and Recurrent Falls in Community-Dwelling Older Adults: Findings From the Health ABC Study. *Ann Pharmacother*. 2016; 50(7): 525–33. doi: 10.1177/1060028016644466.
53. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013; 158(5 Pt 2): 390–6. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005.
54. Montero-Odasso M, Speechley M. Falls in Cognitively Impaired Older Adults: Implications for Risk Assessment And Prevention. *J Am Geriatr Soc*. 2018; 66(2): 367–75. doi: 10.1111/jgs.15219.
55. Montero-Odasso M, Oteng-Amoako A, Speechley M, Gopaul K, Beauchet O, Annweiler C, et al. The motor signature of mild cognitive impairment: results from the gait and brain study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014; 69(11): 1415–21. doi: 10.1093/gerona/flu155.
56. Montero-Odasso M, Verghese J, Beauchet O, Hausdorff JM. Gait and cognition: a complementary approach to understanding brain function and the risk of falling. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60(11): 2127–36. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04209.x.
57. Mortazavi H, Tabatabaiechehr M, Taherpour M, Masoumi M. Relationship Between Home Safety and Prevalence of Falls and Fear of Falling Among Elderly People: a Cross-sectional Study. *Mater Sociomed*. 2018; 30(2): 103–7. doi: 10.5455/msm.2018.30.103-107.
58. Muir SW, Gopaul K, Montero Odasso MM. The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2012; 41(3): 299–308. doi: 10.1093/ageing/afs012.
59. Muir-Hunter SW, Wittwer JE2. Dual-task testing to predict falls in community-dwelling older adults: a systematic review. *Physiotherapy*. 2016; 102(1): 29–40. doi: 10.1016/j.physio.2015.04.011.
60. Murphy SL, Dubin JA, Gill TM. The development of fear of falling among community-living older women: predisposing factors and subsequent fall events. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003; 58(10): M943–7.
61. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb in zastrupitev, 2015–2017. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2015–2017.
62. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi), 2015–2017. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2015–2017.
63. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. Šesta izdaja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2013. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije_sifranti/mkb/mkb10-am-v6_v04_splet-04112020.pdf. (citirano 5. 7. 2021)
64. Naples JG, Kotlarczyk MP, Perera S, Greenspan SL, Hanlon JT. Non-tricyclic and Non-selective Serotonin Reuptake Inhibitor Antidepressants and Recurrent Falls in Frail Older Women. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016; 24(12): 1221–7. doi: 10.1016/j.jagp.2016.08.008.
65. Nicklett EJ, Lohman MC, Smith ML. Neighborhood Environment and Falls among Community-Dwelling Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2017; 14(2): pii: E175. doi: 10.3390/ijerph14020175.
66. Padubidri A, Al Snih S, Samper-Ternent R, Markides KS, Ottenbacher KJ, Raji MA. Falls and cognitive decline in Mexican Americans 75 years and older. *Clin Interv Aging*. 2014; 9: 719–26. doi: 10.2147/CIA.S59448.
67. Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011; 59(1): 148–57. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x.
68. Pelicioni PHS, Menant JC, Latt MD, Lord SR. Falls in Parkinson's Disease Subtypes: Risk Factors, Locations and Circumstances. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(12): 2216. doi: 10.3390/ijerph16122216.
69. Perttilä NM, Öhman H, Strandberg TE, Kautiainen H, Raivio M, Laakkonen ML, et al. How Do Community-Dwelling Persons with Alzheimer Disease Fall? Falls in the FINALEX Study. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2017; 7(2): 195–203. doi: 10.1159/000477394.

70. Pieruccini-Faria F, Muir-Hunter SW, Montero-Odasso M. Do depressive symptoms affect balance in older adults with mild cognitive impairment? Results from the "gait and brain study". *Exp Gerontol.* 2018; 108: 106–11. doi: 10.1016/j.exger.2018.04.004.
71. Prévile M, Hébert R, Boyer R, Bravo G. Correlates of psychotropic drug use in the elderly compared to adults aged 18-64: results from the Quebec Health Survey. *Aging Ment Health.* 2001; 5(3): 216–24.
72. Rajtar-Zembaty A, Sařakowski A, Rajtar-Zembaty J, Starowicz-Filip A. Executive dysfunction in late-life depression. *Psychiatr Pol.* 2017; 51(4): 705–18. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/63765.
73. Rok Simon M. Umrljivost starejših zaradi padcev. In: Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Zaletel M, Hočevar Grom A, Lesnik T, eds. *Neenakosti v zdravju: izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju.* Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021; 64.
74. Rok Simon M, Gabrijelčič Blenkuš M, Delfar N. Padci. In: Rok Simon M, ed. *Poškodbe v Sloveniji – Zakaj so problem javnega zdravja in kaj lahko storimo?* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2013: 44–66.
75. Rubenstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med.* 2002; 18(2): 141–58.
76. Ryu E, Juhn YJ, Wheeler PH, Hathcock MA, Wi CI, Olson JE, et al. Individual housing-based socioeconomic status predicts risk of accidental falls among adults. *Ann Epidemiol.* 2017; 27(7): 415–20.e2. doi: 10.1016/j.annepidem.2017.05.019.
77. Scheffer AC, Schuurmans MJ, van Dijk N, van der Hooft T, de Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing.* 2008; 37(1): 19–24. doi: 10.1093/ageing/afm169.
78. Seppala LJ, van de Glind EMM, Daams JG, Ploegmakers KJ, de Vries M, Wermelink AMAT, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-analysis. III. Others. *J Am Med Dir Assoc.* 2018; 19(4): 372.e1–372.e8. doi: 10.1016/j.jamda.2017.12.099.
79. Shin BM, Han SJ, Jung JH, Kim JE, Fregni F. Effect of mild cognitive impairment on balance. *J Neurol Sci.* 2011; 305(1–2): 121–5. doi: 10.1016/j.jns.2011.02.031.
80. Sibley KM, Voth J, Munce SE, Straus SE, Jaglal SB. Chronic disease and falls in community-dwelling Canadians over 65 years old: a population-based study exploring associations with number and pattern of chronic conditions. *BMC Geriatr.* 2014; 14: 22. doi: 10.1186/1471-2318-14-22.
81. Smith E, Cusack T, Blake C. The effect of a dual task on gait speed in community dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Gait Posture.* 2016; 44: 250–8. doi: 10.1016/j.gaitpost.2015.12.017.
82. Srygley JM, Mirelman A, Herman T, Giladi N, Hausdorff JM. When does walking alter thinking? Age and task associated findings. *Brain Res.* 2009; 1253: 92–9. doi: 10.1016/j.brainres.2008.11.067.
83. Statistični urad RS. Število in sestava prebivalstva. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17/104> (citirano 5. 7. 2021).
84. Statistični urad RS. Število prebivalcev iz popisov prebivalcev na dan 1. julij, 2018-2020. Dostopno na: https://pxweb.stat.si/SiStatDb/pxweb/sl/10_Dem_soc/10_Dem_soc_05_prebivalstvo_10_stevilo_preb_10_05C20_p_rebivalstvo_stat_regije/05C2002S.px/ (citirano 5. 7. 2021)
85. Swanenburg J, de Bruin ED, Uebelhart D, Mulder T. Falls prediction in elderly people: a 1-year prospective study. *Gait Posture.* 2010; 31(3): 317–21. doi: 10.1016/j.gaitpost.2009.11.013.
86. Sylliaas H, Selbaek G, Bergland A. Do behavioral disturbances predict falls among nursing home residents? *Aging Clin Exp Res.* 2012; 24(3): 251–6.
87. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med.* 2003; 348(1): 42. PMID: 12510042.
88. Tuunainen E, Rasku J, Jäntti P, Pyykkö I. Risk factors of falls in community dwelling active elderly. *Auris Nasus Larynx.* 2014; 41(1): 10–6. doi: 10.1016/j.anl.2013.05.002.
89. Vlaeyen E, Coussement J, Leysens G, Van der Elst E, Delbaere K, Cambier D, et al. Characteristics and effectiveness of fall prevention programs in nursing homes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc.* 2015; 63(2): 211–21. doi: 10.1111/jgs.13254.
90. Voljč B. Stališča, potrebe in zmožnosti prebivalcev Republike Slovenije v starosti nad 50 let na področju zdravja in socialnega funkcioniranja. Analiza zdravstvenega dela raziskave. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje; 2012. Dostopno na: http://www.inst-antontrstenjaka.si/repository/datoteke/projekti/Volj_ZDRAVJE_IN_ZDRAVSTVO_-_celota_18.3.2012.pdf (citirano 22. 9. 2020).

91. World Health Organization. Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. Dostopno na: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf> (citirano 25. 11. 2020).
92. Xu BY, Yan S, Low LL, Vasanwala FF, Low SG. Predictors of poor functional outcomes and mortality in patients with hip fracture: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord.* 2019; 20(1): 568. doi: 10.1186/s12891-019-2950-0.
93. Yarnall A, Rochester L, Burn DJ. The interplay of cholinergic function, attention, and falls in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2011; 26(14): 2496–503. doi: 10.1002/mds.23932.
94. Yogev-Seligmann G, Hausdorff JM, Giladi N. The role of executive function and attention in gait. *Mov Disord.* 2008; 23(3): 329–42; quiz 472.
95. Zhang W, Low LF, Schwenk M, Mills N, Gwynn JD, Clemson L. Review of Gait, Cognition, and Fall Risks with Implications for Fall Prevention in Older Adults with Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2019; 48(1–2): 17–29. doi: 10.1159/000504340.



EKONOMSKO BREME DEMENCE V SLOVENIJI V OBDOBJU 2015–2018

Sabina Sedlak¹, Barbara Lovrečič², Jože Sambt³, Marjetka Jelenc⁴

¹ Univerzitetna diplomirana ekonomistka

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

E-naslov: sabina.sedlak@nijz.si

² Primarijka, asistentka, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka socialne medicine, specialistka javnega zdravja, svetnica

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

E-naslov: barbara.lovrecic@nijz.si

³ Doktor znanosti, redni profesor na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani

Ekonomska fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 12, 1000 Ljubljana, Slovenija

E-naslov: joze.sambt@ef.uni-lj.si

⁴ Doktorica znanosti, doktorica medicine, specialistka javnega zdravja

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

E-naslov: marjetka.jelenc@nijz.si

Izvleček

Namen: Poznavanje ekonomskega bremena bolezni je ključno pri razporejanju finančnih sredstev iz proračuna zdravstvene blagajne. Namenjena sredstva za zdravstvo v določenem letu je potrebno primerjati s tem, koliko določena bolezen državo stane. Ekonomski vidik bremena predstavlja osnovo, ki jo je potrebno upoštevati pri planiranju in sprejemanju ukrepov. Namen raziskave je bil prikazati ekonomsko breme demence v Sloveniji, v obdobju 2015–2018.

Metode: V raziskavi je izračunano ekonomsko breme demence na podlagi podatkov, pridobljenih iz zdravstveno podatkovnih zbirk. Ekonomski stroški demence so izračunani s pomočjo neposrednih in posrednih stroškov.

Rezultati: Ekonomsko breme demence predstavlja letno 0,05 % BDP oz. 0,3 % vseh izdatkov za zdravstvo.

Razprava: Rezultati analize so pokazali visoko ekonomsko breme demence, a vanjo zaradi omejitev pri pridobivanju podatkov niso bili zajeti vsi neposredni in posredni stroški, ki jih pripisujemo demenci. Ocenjeno breme demence je zato zagotovo podcenjeno.

Zaključek: Osebe z demenco so izredno ranljiva ciljna skupina, njihove potrebe zahtevajo multidisciplinarni pristop, nadgrajene socialnovarstvene programe in prilagojeno bivalno okolje. Zdravstvene težave, ki nastanejo zaradi demence, prizadenejo osebo z demenco, njene skrbnike ter vodijo v prezgodnjo upokojitev in slabšo kakovost življenja. Ker demenca postaja resen javnozdravstveni problem, je ključnega pomena preventivna dejavnost ter sprejeti ukrepi in zakoni na državni ravni.

Ključne besede: demenca, ekonomsko breme, neposredni in posredni stroški

1. UVOD

Demenca je bolezen, ki bo v prihodnosti zaradi demografskih sprememb in starajoče se družbe še pogostejša (1). Demenca ni le zdravstveni problem, ampak velik ekonomski in socialni problem, saj obremenjuje celotno družbo.

Na eni strani je demenca breme za svojce in tiste, ki skrbijo za osebo z demenco, saj predstavlja finančno breme, povzroča čustveno stisko in ob dolgoletni oskrbi bolnika vodi do izgorevanja (7). Za eno osebo z demenco namreč v povprečju skrbijo vsaj trije ljudje (4). Na drugi strani pa predstavlja demenca veliko breme za zdravstveni sistem (7).

Leta 2015 je demenca prizadela 47 milijonov ljudi po vsem svetu, kar je približno 5 % starejše svetovne populacije. Po projekcijah naj bi se do leta 2030 število prizadetih povečalo na 75 milijonov, do leta 2050 pa celo na 132 milijonov (10). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije so svetovni posredni in neposredni stroški demence v letu 2015 znašali 818 milijard USD letno, kar pomeni 1 % svetovnega bruto domačega proizvoda (BDP) (4).

Raziskave o stroških bolezni prikazujejo ekonomsko breme bolezni in ocenjujejo, kaj pridobimo s tem, če se uspe zmanjšati vpliv bolezni ali bolezen vsaj zamakniti na kasnejše obdobje. S pomočjo takšnih raziskav lahko ocenjujemo ekonomski vpliv bolezni na zdravstveni sistem in celotno družbo. Tudi v drugih državah se raziskovalci odločajo za oceno neposrednih in posrednih stroškov bolezni. Iz nekaterih objavljenih prispevkov tujih avtorjev lahko dobimo delni vpogled v ekonomske posledice bolezni, ki jih zaradi različnega nabora podatkov in prilagojenih metodologij ocenjevanja težko primerjamo (8).

Pristop k obravnavi, komunikacija in prilagojeno okolje oseb z demenco morajo biti podprti tudi s finančno konstrukcijo te bolezni. Pri finančni oceni bolezni je veliko izzivov, ki so povezani z razpoložljivostjo in kakovostjo podatkov.

Prva raziskava s področja bremena demence je bila na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) predstavljena v letu 2020 (7), v pričujoči raziskavi pa je zajeto širše časovno obdobje.

Namen pričujoče raziskave je bil prikazati ekonomsko breme demence v obdobju 2015–2018 v Sloveniji, in sicer na podlagi rutinskih zdravstveno podatkovnih zbirk, saj postaja demenca velik javnozdravstveni problem tako v Sloveniji, kot v številnih drugih državah po svetu.

2. METODE

Raziskava temelji na metodologiji prikaza neposrednih in posrednih stroškov. S pomočjo izračuna neposrednih in posrednih stroškov lahko ocenjujemo ekonomski vpliv bolezni na zdravstveni sistem (8). Izračunani neposredni stroški so povezani z zdravljenjem, medtem ko so izračunani posredni stroški povezani z izgubljeno produktivnostjo, ko je oseba zaradi zdravstvenih težav odsotna z dela ter z izgubljenim prihodnjim zaslužkom oz. izgubljenim dohodkom. Izgubljeni dohodek iz dela zaradi nezmožnosti za delo in izgubljeno neplačano gospodinjsko delo zaradi nezmožnosti za delo sta izračunana po metodologiji računov nacionalnih transferjev (*angl.* National Transfer Accounts (NTA)) in

temeljita na izračunih in rezultatih, predstavljenih v priločniku z naslovom *The European NTA Manual* (2) in v publikaciji, ki jo je izdal Demografski inštitut na Dunaju (7), s tem da so bili vhodni podatki povečani za rast povprečne plače za obdobje 2015–2018. Uporabljeni so tudi rezultati za vrednost neplačanega dela iz publikacije z naslovom *Incorporating household production into the National Transfer* (5) in priločnika o metodologiji NTA (9), kjer so vrednosti neplačanega dela iz leta 2000/2001, ko je bila izvedena anketa o porabi časa, prav tako povečane za rast povprečne plače na obdobje 2015–2018. Opisani podatki so bili osnova za izračune teh dveh kategorij posrednih stroškov. Vsi stroški so prikazani presečno na ravni enega leta, vendar pa se stroški izgubljenega dohodka iz dela zaradi nezmožnosti za delo in izgubljenega neplačanega gospodinjskega dela zaradi nezmožnosti za delo nanašajo na posameznike, za katere smo iz Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ) pridobili podatke – to so novi primeri predčasnih upokojitev v posameznem letu zaradi demence. Tako niso zajeti izgubljeni dohodki iz dela za posameznike, ki so se zaradi demence predčasno upokojili v predhodnih letih. Prav tako je za te posameznike izračunana vrednost izgubljenega neplačanega gospodinjskega dela, čeprav bi bilo potrebno znižanje upoštevati za vse posameznike z demenco v določenem letu in ne le za nove primere. S tem so posredni stroški na osnovi metodologije NTA le eksperimentalni in precej podcenjeni. Celovitejše ocene bodo možne v prihodnosti, ko bomo upoštevali podatke za vse osebe z demenco v Sloveniji, porazdeljene po starosti in spolu.

Raziskava izhaja iz mikro ravni, ko posamezna oseba zaradi težav oz. bolezni obišče zdravnika in prikazuje, kako bolezen finančno ovrednotimo ter kakšna je obremenitev zdravstvenega sistema (7).

V raziskavi je za storitve zdravstvene službe, kot so obiski na primarni in sekundarni ravni, hospitalizacije, zdravila, začasna odsotnost z dela ter prezgodnja upokojitev, uporabljen nabor diagnoz po *Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene* (3).

Podatki, ki so vključeni v izračun, so zbrani v rutinskih zbirkah NIJZ; nekateri, kot so prezgodnje upokojitve zaradi diagnoze demenca, pa so pridobljeni na ZPIZ-u. Na podlagi podatkov o številu izvedenskih mnenj invalidske komisije so izračunani posredni stroški na presečno leto, ki pokažejo učinek proizvodnje oz. dohodka, če se nekdo zaradi demence ne bi predčasno upokojil. Cene pregledov in obravnjav ter drugi finančni podatki so pridobljeni na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).

Veliko breme za družbo pa poleg obravnavanih zdravstvenih posledic predstavljajo tudi socialne in druge posledice demence, ki smo jih v naši analizi do določene mere upoštevali. Vključeni so stroški različnih ovrednotenih pomoči za osebo z demenco, npr., ko je oseba z demenco nastanjena v domu za starejše občane, ali če oseba koristi dodatek za pomoč in postrežbo v primeru, ko ta potrebuje 24-urni nadzor svojcev in obvezno strokovno pomoč za stalno izvajanje zdravstvene nege ali pa, če družinski člani oz. drugi namenijo čas posamezniku, ki je zbolel za demenco (7).

3. REZULTATI

Ocenjeno ekonomsko breme izbranih diagnoz bolezni v obdobju 2015–2018 za Slovenijo znaša letno okoli 0,3 % vseh izdatkov za zdravstvo, kar predstavlja letno 0,05 % BDP v tem obdobju.

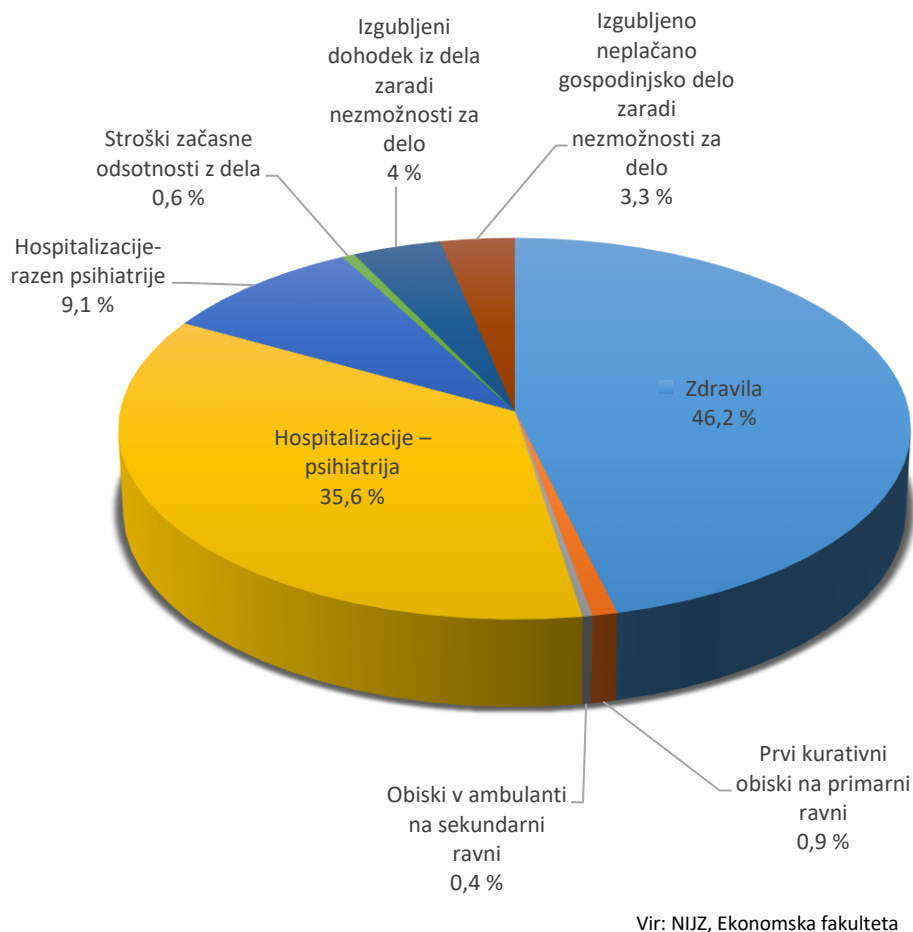
Posredni stroški predstavljajo 863.288 EUR oz. 0,02 % vseh izdatkov za zdravstvo, neposredni stroški pa predstavljajo 10.173.987 EUR oz. 0,29 % vseh izdatkov za zdravstvo. Od tega med neposrednimi stroški predstavljajo zdravila 0,15 % vseh izdatkov za zdravstvo, sledijo hospitalizacije z 0,14 % in obiski na primarni ter sekundarni ravni z 0,004 % vseh izdatkov za zdravstvo. Ekonomsko breme zaradi demence, ki nastane na ravni enega leta, v obdobju 2015–2018 v Sloveniji, prikazuje Tabela 1.

Tabela 1: Skupno ekonomsko breme zaradi demence, ki nastane na ravni enega leta, v obdobju 2015–2018, v Sloveniji.

	BREME BOLEZNI				
	Leto 2015	Leto 2016	Leto 2017	Leto 2018	Povprečje za 2015–2018
	NEPOSREDNI STROŠKI (V EUR)				
Zdravila	5.478.973	5.302.678	4.862.746	4.749.951	5.098.587
Prvi kurativni obiski na primarni ravni	102.207	103.057	96.742	112.932	103.735
Obiski v ambulanti na sekundarni ravni	37.587	42.142	40.739	41.352	40.455
Hospitalizacije – psihiatrija	3.672.733	3.815.478	3.892.821	4.323.552	3.926.146
Hospitalizacije – razen psihiatrije	1.234.063	1.001.384	829.745	955.064	1.005.064
SKUPAJ	10.525.563	10.264.739	9.722.793	10.182.851	10.173.987
	POSREDNI STROŠKI (V EUR)				
Stroški začasne odsotnosti z dela	50.513	47.194	64.268	83.264	61.310
Izgubljeni dohodek iz dela zaradi nezmožnosti za delo	499.557	453.804	419.412	372.158	436.233
Izgubljeno neplačano gospodinjstvo delo zaradi nezmožnosti za delo	429.752	439.342	300.100	293.789	365.746
SKUPAJ – na ravni enega leta z vključeno vrednostjo gospodinjanskega dela	929.309	893.146	719.512	665.947	801.979
SKUPAJ	979.822	940.340	783.780	749.211	863.288
NEPOSREDNI IN POSREDNI STROŠKI SKUPAJ	11.505.385	11.205.079	10.506.573	10.932.062	11.037.275

Vir: NIJZ, Ekonomska fakulteta.

Ocenjeno ekonomsko breme demence po vrsti stroška v obdobju 2015–2018 za Slovenijo vidimo na Sliki 1. Zdravila in hospitalizacije predstavljajo največji delež med vsemi neposrednimi in posrednimi stroški, sledi izgubljen dohodek iz dela zaradi nezmožnosti za delo ter izgubljeno neplačano gospodinjstvo zaradi nezmožnosti za delo.



Slika 1: Ocenjeno ekonomsko breme demence po vrsti stroška, v obdobju 2015–2018, za Slovenijo.

Veliko breme za družbo poleg obravnavanih zdravstvenih posledic demence predstavljajo tudi socialne in druge posledice demence, ki smo jih v Tabeli 2 do določene mere upoštevali. Tabela 2 namreč prikazuje ovrednoteno pomoč v EUR, ki jo v Sloveniji lahko izberemo za osebo z demenco. Vrednosti so povprečja na posamezno leto v obdobju 2015–2018. Tudi tu so v izračun vključeni le novi primeri predčasnih upokojitev zaradi demence v posameznem letu, ki smo jih pridobili od ZPIZ-a in so prav tako močno podcenjeni.

Tabela 2: Vrednost pomoči v EUR, ki jo lahko v Sloveniji izberemo za osebo z demenco, izraženo kot letno povprečje za obdobje 2015–2018.

Povprečje 2015–2018	
Stroški v primeru, da je oseba z demenco nastanjena v domu za starejše občane (v EUR)	493.200
Stroški z vidika javnih financ, v primeru, da oseba z demenco koristi dodatek za postrežbo in pomoč (upravičenec potrebuje 24-urni nadzor svojcev (laična pomoč) in obvezno strokovno pomoč (najmanj zdravstveni tehnik) za stalno izvajanje zdravstvene nege (v EUR)	176.808
Stroški v primeru neformalne oskrbe na domu (stroški so v obliki vrednosti časa, ki ga drugi družinski člani namenjajo posamezniku, ki je zbolel za demenco) (v EUR)	311.976

Vir: NIJZ, Ekonomska fakulteta.

Če bi izračunanemu ekonomskemu bremenu demence dodali še stroške različnih ovrednotenih pomoči, bi se le-to povečalo na 11,2 milijona EUR oz. do 11,5 milijona EUR, odvisno od tega, kakšno pomoč za osebo z demenco bi izbrali. Ekonomsko breme bi bilo tudi v tem primeru letno okoli 0,3 % vseh izdatkov za zdravstvo. Za celotno oceno socialnih in drugih posledic bi bilo potrebno pridobiti podatke drugih inštitucij in njihovih razpoložljivih podatkov (7).

4. RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli oceniti ekonomske stroške demence v obdobju 2015–2018 v Sloveniji ter javno-zdravstveni problem osvetliti tudi s finančnega zornega kota. Ugotovili smo, da ima demenca tudi finančne posledice za celotno družbo, saj je ekonomsko breme demence v obdobju 2015–2018 visoko in bi bilo še višje z vključitvijo dodatnih neposrednih in posrednih stroškov ter s celovitim upoštevanjem socialnih in drugih posledic.

Ekonomske izračuni bremena demence so zelo pomemben vir informacij za odločevalce, saj se na tej podlagi lahko pripravi dober finančni načrt, ki ublaži tako socialne in druge posledice, kot tudi zmanjša finančno breme, ki ga nosijo osebe z demenco in tisti, ki zanjo skrbijo.

Kljub temu, da so rezultati analize pokazali visoko ekonomsko breme, se zavedamo, da je ocenjeno breme demence močno podcenjeno, saj v analizo niso zajeti vsi neposredni in posredni stroški, ki jih pripisujemo demenci zaradi omejitev pri pridobivanju podatkov. V raziskavo so zajeti le podatki rutinskih zdravstveno podatkovnih zbirk NIJZ in podatki o predčasnih upokojitvah pridobljenih iz ZPIZ-a. Pri izračunih izgubljenega dohodka iz dela in izgubljenega neplačanega gospodinjskega dela ter pri prejeti pomoči, ki jo lahko izberemo za osebe z demenco, so upoštevani le posamezniki, ki so se v posameznem letu na novo invalidsko upokojili, in ne vsi, za katere bi bili ti stroški aktualni. Ti stroški so tako zaenkrat mnogokratno podcenjeni. Zato je pri interpretaciji rezultatov potrebna previdnost. Pri pripravi analize

smo naleteli na številne omejitve tudi glede zanesljivosti podatkov, še posebej glede zdravstvenih obravnav v primarnem zdravstvenem varstvu, ki se nanašajo na zdravstveno obravnavo demence. Pri statističnem spremljanju ambulantne in bolnišnične zdravstvene obravnave oseb z demenco pa smo se soočili tudi z nekaterimi metodološkimi omejitvami (7).

Nekaj vpogleda v izračun ekonomskega bremena demence nam kažejo objavljene študije in prispevki tujih avtorjev, a se zaradi različnih metodologij ocenjevanja težko primerjajo. Izbira metodologije je močno vezana na razpoložljivost podatkov v posamezni državi. Dosegljivost in kakovost podatkov sta ključni, zato smo v našem primeru uporabili metodologijo neposrednih in posrednih stroškov in poskušali čim bolj celovito oceniti stroške, ki nastanejo presečno na ravni enega leta.

Ker se bo breme v prihodnosti zaradi demografskih sprememb in starajoče se družbe še povečevalo, so ključnega pomena preventivna dejavnost in ukrepi, kot npr. zgodnje diagnosticiranje in zdravljenje demence, dostop do celostne obravnave in socialnovarstvenih programov, pomoč pri ustrezni obravnavi obolelih in kakovostni oskrbi, prilagoditvi okolja oseb z demenco ter promoviranje zdravega načina življenja. Strokovni kader mora imeti dostop do kakovostnega izobraževanja, ki vključuje novosti s tega področja in nove vsebine, vključene v izobraževalne programe. Vse to bi bilo potrebno sprejeti na najvišji državni ravni z vključitvijo v nacionalno strategijo. Le tako bi pripomogli k upočasnitvi naraščanja bremena demence, njenemu zamiku v kasnejše obdobje življenja ter k destigmatizaciji bolezni (7).

5. ZAKLJUČKI

V prikazani raziskavi smo ugotovili, da je bilo v Sloveniji v obdobju 2015–2018 ocenjeno breme demence visoko, saj predstavlja letno 0,05 % BDP. Izračunani stroški so zaradi podatkovnih omejitev močno podcenjeni.

Iz podatkovnih zbirk NIJZ smo pri zunajbolnišnični statistiki upoštevali le prve obiske, kjer lahko določimo diagnozo, pri ponovnih obiskih to ni mogoče. Prav tako diagnoze, ki so zabeležene kot razlogi prvih kurativnih obiskov, so postavljene ob prvem obisku pacienta in, če se ob nadaljnjih obiskih ali celo hospitalizacijah pacienta izkaže, da diagnoza na prvem obisku ni bila pravilna, podatki za nazaj niso popravljeni. V podatkovnih zbirkah tudi niso zabeležena izdana bolnišnična zdravila, torej v analizo niso vključeni stroški zdravil, ki jih pacienti prejmejo v bolnišnicah, je pa potrebno poudariti, da so načeloma stroški vključeni v ceno SPP. Ker osnovni namen zbiranja podatkov ni namenjen izračunu bremena bolezni imajo tako zbrani podatki določene omejitve. Vsi izračuni v nadaljevanju tako predstavljajo le ocene, saj v sistem izračunov vstopa mnogo faktorjev napak in približkov. Napake so povezane tudi s kodiranjem bolezni po MKB-10 ter v primeru bolnišničnih obravnav tudi z razvrščanjem pacientov v skupine primerljivih primerov, s čimer so neposredno povezana plačila. V podatkih pa se odraža tudi določena stopnja stigmatizacije na področju demence.

Zdravstvene težave, ki nastanejo zaradi bolezni, vodijo v slabšo kakovost življenja, prezgodnjo upokožitev in prizadenejo tako osebo z demenco kot tudi vse, ki skrbijo zanjo. Demenca je hudo breme za svojece oz. tiste, ki skrbijo za osebo z demenco, saj povzroča čustveno stisko in ob dolgoletni oskrbi vodi do izgorevanja skrbnikov ter ob finančni obremenitvi vodi v zelo težke situacije posameznikov in družin. Na

drugi strani pa vsaka prezgodnja upokojitev zaradi demence predstavlja izgubo človeškega kapitala, kar predstavlja tudi za družbo veliko socialno in ekonomsko škodo.

Osebe z demenco so izredno ranljiva ciljna skupina, njihove potrebe zahtevajo multidisciplinarni pristop, odziv ter nadgrajene in s finančno konstrukcijo podprte socialnovarstvene programe in dobro organizirano okolje, v katerem bivajo. Dobra razporeditev finančnih sredstev ter vlaganje v preventivo bo pripomoglo k izboljšanju tako kakovosti življenja oseb z demenco kot njihovih svojcev in skrbnikov, katerih večji delež bremena trenutno nosijo. Na dolgi rok pa bi se zmanjšalo tudi breme celotne družbe.

Eden od pomembnih javnozdravstvenih ciljev je preprečevanje takih dogodkov v največji možni meri predvsem s tesnim sodelovanjem in povezovanjem strokovnjakov z različnih področij ter ukrepi na državni ravni.

Literatura

1. Cajnko A. Kako se lotiti zmanjšanja bremena demence za posameznika, družino. 2015. Dostopno na: [http://www.zdus-zveza.si/docs/AHA.SI/Kako se lotiti zmanjsanja bremena demence za posameznika, druzino LEKT.pdf](http://www.zdus-zveza.si/docs/AHA.SI/Kako_se_lotiti_zmanjsanja_bremena_demence_za_posameznika_druzino_LEKT.pdf) (citirano 6.7.2021).
2. Istenič T, Šeme A, Hammer B, Lotrič Dolinar A, in Sambt J. The European NTA Manual. 2016. AGENTA Public Deliverable. Dostopno na: <http://www.agenta-project.eu/Jacomo/upload/publications/d-2.3-submitted.pdf> (citirano 13.7.2021).
3. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene 2005: 15–225.
4. Ministrstvo za zdravje RS. Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020. Dostopno na: https://www.zod-lj.si/images/Strategija_obvladovanja_demence.pdf (citirano 10.8.2021).
5. Sambt J, Donehower G, in Verbič M. Incorporating household production into the National Transfer Accounts for Slovenia. *Post-Communist Economies*. 2016: 28(2): 249–67.
6. Sambt J, Istenič T, in Hammer B. The European National Transfer Account : data and application AGENTA, Ageing Europe : an application of National Transfer Account for explaining and projecting trends in public finances. 2017: 2–9. Vienna: Vienna Institute of Demography.
7. Sedlak S, Lovrečič M, Jelenc M, Lovrečič B, Zaletel M, Sambt J. Ekonomske posledice demence v Sloveniji v obdobju 2015-2017. *NIJZ*. 2020: 5–23.
8. Toth M. *Ekonomika v zdravstvu*. 2004; 20–4.
9. Vargha L, Šeme A, Gál R I, Hammer B, in Sambt J. Manual of NTTA methodology and guidelines to the AGENTA NTTA data explorer. 2016. Dostopna na: <http://www.agenta-project.eu/Jacomo/upload/publications/d-2.3-submitted.pdf>. (citirano 15.4.2020)
10. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025. 2017. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>. (citirano 23.7.2021)



NEVROPSIHIATRIČNE POSLEDICE COVID-19

Mercedes Lovrečič¹, Lucija Grkman² in Barbara Lovrečič³

¹Primarijka, docentka predmet Psihija, docentka predmet Javno zdravje, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka psihiatrije, svetnica;

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija in
Zdravstveni dom Izola, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola

E-naslov: mercedes.lovrecic@nijz.si.

²Diplomirana sanitarna inženirka;

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: lucija.grkman@nijz.si

³Primarijka, asistentka, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka socialne medicine, specialistka javnega zdravja, svetnica;

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva ulica 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: barbara.lovrecic@nijz.si.

Izvleček

Uvod: Od razglasitve pandemije 11. marca 2020 s strani Svetovne zdravstvene organizacije do danes je širjenje okužb še vedno aktivno, posledice za zdravje pa so tako telesne kot duševne.

Metode: V podatkovni bazi PubMed smo skladno s smernicami PRISMA izvedli sistematični pregled literature. Prispevke smo iskali v mesecu februarju 2021 na podlagi ključnih besed »neuropsychiatric sequelae«, »mental disorders«, »covid-19« za obdobje med 1. 3. 2020 in 1. 2. 2021.

Rezultati: Pregledni članek vključuje prispevke o nevropsihiatričnih posledicah bolezni covid-19, ki so bili zaznani že v preteklih epidemijah respiratornih virusov. Nevropsihiatrične simptome poleg invazije virusa v živčni sistem povzročajo še poškodba možganov, imunski odziv, odziv na zdravljenje ter stres v povezavi z okužbo in prebolevanjem bolezni. Nevropsihiatrični simptomi se kažejo kot cerebrovaskularne motnje, encefalopatija, encefalitis, delirij, depresija, anksioznost in psihoze, dolgoročno pa lahko prispevajo k post travmatski stresni motnji in kognitivnim motnjam.

Razprava: Nevropsihiatrične posledice povečujejo breme pandemije na javno zdravje in povečajo stroške zdravstvene oskrbe. V prihodnosti lahko pričakujemo dolgoročne posledice, kot so kognitivne in duševne motnje tudi po preboleli bolezni covid-19.

Zaključek: Monitoring nevropsihiatričnih zapletov ob covidu-19 predstavlja pomemben del javno-zdravstvenega odziva na pandemijo covid-19.

Ključne besede: covid-19, nevropsihiatrične posledice, duševne motnje, kognitivne motnje, dolgoročne posledice

1. UVOD

Decembra 2019 se je v Kitajskem mestu Wuhan pojavila nova pljučnica, kasneje znana kot bolezen covid-19, ki jo povzroča virus SARS-CoV-2. Kmalu se je razširila po vseh celinah, v Evropi so bili prvi potrjeni primeri 24. januarja v Franciji, 25. januarja v Nemčiji, 27. januarja na Finskem in 31. januarja v Italiji, ki je kmalu za tem postala novo evropsko žarišče te bolezni. 11. marca 2020 je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) bolezen covid-19 razglasila za pandemijo (16).

Covid-19 se najpogosteje kaže z znaki okužbe zgornjih dihal, s simptomi vročine (98,6 %), utrujenosti (69,6 %) in suhim kašljem (59,4 %). Vsa okužena populacija nima tipičnih simptomov ali pa ima poleg naštetih tudi druge simptome. Ker je pandemija še vedno aktivna, se tekom širitve okužb spremlja tako akutne kot kronične posledice bolezni. Zaznan je bil vpliv virusa na centralno-živčni sistem ter nevrološki simptomi pri nekaterih obolelih. Po podatkih izvedene študije v Wuhanu se nevrološki simptomi kažejo pri 36,4 % bolnikov (1). Med pandemijo so raziskovalci ugotavljali porast duševnih motenj tako pri okuženih kot v splošni populaciji. Duševne motnje so povezane tudi s sistemskimi ukrepi, usmerjenimi v preprečevanje širjenja okužb, pogosta posledica socialnega distanciranja in izolacije, izpostavljenosti kroničnemu stresu, brezposelnosti in finančnih bremen, izpostavljenosti negativnim informacijam v zvezi s pandemijo (32) ter osebnih izkušenj posameznika, na primer soočenje z boleznijo in stigmo (30). Pri duševnih težavah, ki se pojavljajo pri okuženih, ni nujno, da so te pogojene z zunanjimi stresorji, ampak so posledica okužbe, ki lahko povzroči sistemske zaplete bolezni, tudi centralno-živčnega sistema. V preglednem članku so obravnavane do sedaj znane nevropsihiatrične posledice covida-19.

2. METODE

Potekal je sistematični pregled literature v skladu s smernicami metodologije PRISMA (*angl.* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (26).

Na podlagi dosedanjega znanja in spremljanja tematike o posledicah pandemije covida-19 smo se osredotočili na nevropsihiatrične simptome in posledice, ki so bile znane tudi pri preteklih epidemijah respiratornih virusov.

Za iskanje literature smo uporabili podatkovno bazo PubMed. Prispevke smo iskali v mesecu februarju 2021 na podlagi ključnih besed »neuropsychiatric sequelae«, »mental disorders«, »covid-19«. Na dan 1. 2. 2021 je bilo najdenih 45 zadetkov.

Po prvem pregledu naslovov in izvlečkov smo izključili 13 prispevkov po naslednjih kriterijih izločanja:

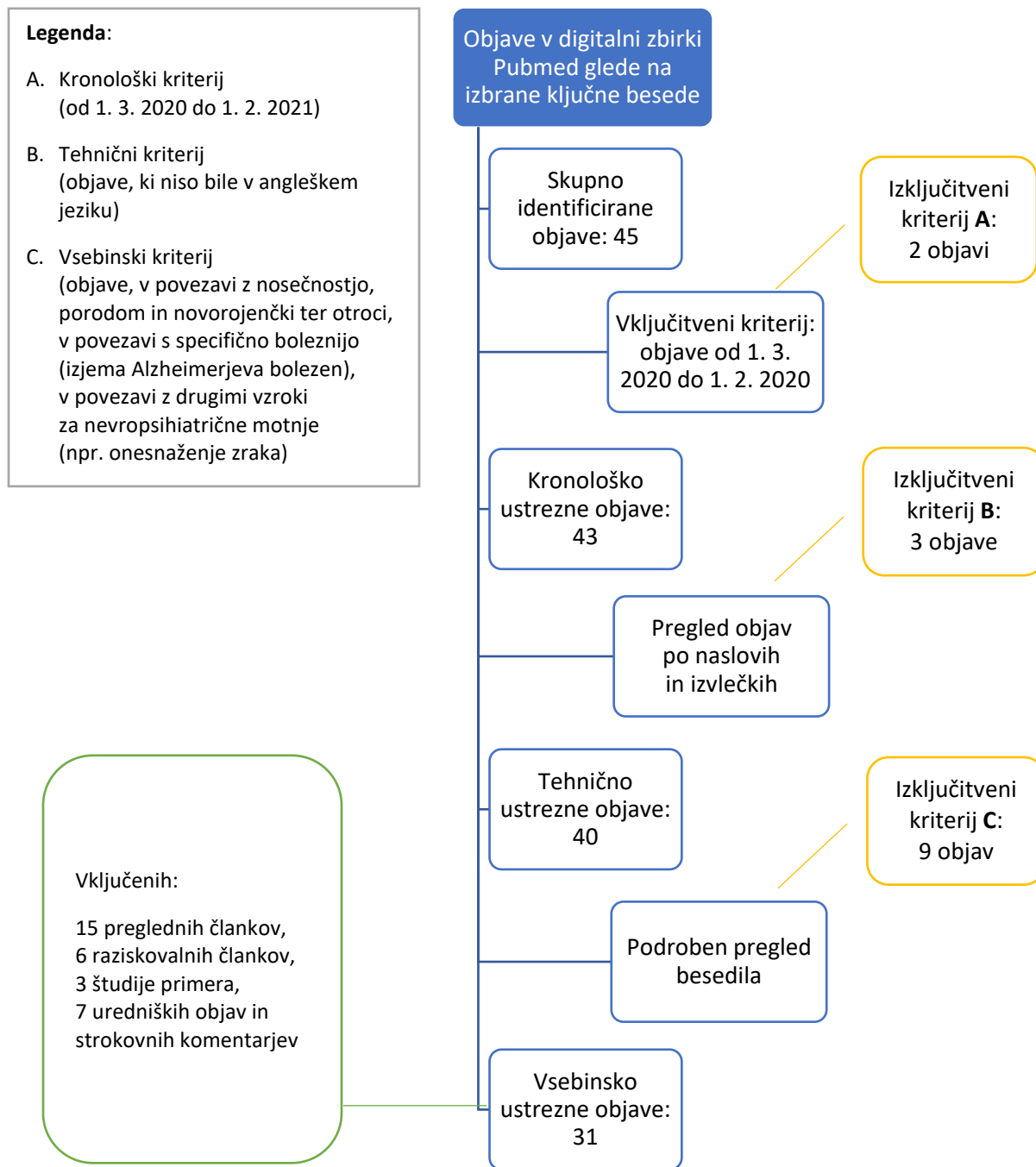
- A. Kronološki kriterij (omejili smo se na časovno obdobje od 1. 3. 2020 do 1. 2. 2021).
- B. Tehnični kriterij (objave, ki niso bile v angleškem jeziku).
- C. Vsebinski kriterij (objave, v povezavi z nosečnostjo, porodom in novorojenčki ter otroci, objave v povezavi s specifično boleznijo (izjema Alzheimerjeva bolezen) ter v povezavi z drugimi vzroki za nevropsihiatrične motnje (npr. onesnaženje zraka).

Preostale članke smo še enkrat podrobneje pregledali in jih vključili v rezultate prispevka. Povzeli smo številčne podatke iz preglednih in raziskovalnih člankov ter za obravnavano temo pomembnejše zbrali v Tabeli 1. Povzeli smo vsebinske podatke povezave nevropsihiatričnih posledic med novo pandemijo in preteklimi epidemijami, do sedaj znane nevropsihiatrične simptome, ki so se pojavljali pri pacientih ter mehanizme, ki pri covidu-19 sprožajo nevropsihiatrične simptome.

3. REZULTATI

Z vpisom izbranih ključnih besed smo v bazi PubMed dobili 45 zadetkov. Ob upoštevanju kronološkega kriterija smo izločili 2 članka. Z izločitvijo člankov, ki niso v angleškem jeziku, smo podrobneje pregledali naslove in izvlečke 40 člankov.

Shema izbire literature je prikazana na Sliki 1. Prikazuje število zadetkov v podatkovni bazi PubMed, število izločenih objav glede na izločitvene kriterije ter število ustreznih objav. V zadnjem koraku preverjanja vseh vsebinskih vključitvenih in izključitvenih kriterijev smo izbrali 31 prosto dostopnih člankov, ki smo jih pregledali in vključili v rezultate. Vključenih je 15 preglednih člankov, 6 raziskovalnih člankov, 3 študije primerov (»case report«) ter 7 uredniških objav in strokovnih komentarjev. Po vsebinskem izključitvenem kriteriju smo izločili 2 pregledna članka, 4 raziskovalne članke in 3 uredniške objave.



Slika 1: Shematski prikaz pregleda literature.

3.1. Povezava epidemij respiratornih virusov z vidika nevropsihiatričnih posledic

Strokovnjaki že od samega začetka izbruha pozivajo k oblikovanju ukrepov za spremljanje duševnega zdravja splošne javnosti in zdravstvenih delavcev na prvem mestu (36), predvsem na podlagi izkušenj preteklih epidemij respiratornih virusov. Do danes je bilo vključno z novim virusom SARS-CoV-2 odkritih 7 različnih tipov koronavirusa, ki se širijo med ljudmi in povzročajo obolenja. Štirje od njih povzročajo blage do zmerne okužbe zgornjih dihal, dva pa sta bila povzročitelja večjih epidemij (SARS in MERS) s potencialno hudo klinično sliko in visoko smrtnostjo, nov virus pa ima podoben potencial. Pri okužbah s SARS in MERS je bila smrtnost višja (32), kljub temu pa bo virus SARS-CoV-2 prinesel mnogo več posledic in tudi smrti zaradi razširjenosti in obsega učinkov na zdravstvene sisteme po vsem svetu. Izkazalo se je, da nov virus potencialno vpliva na živčni sistem in druge sisteme, kar je bilo znano že pri virusih SARS in MERS (25). Po epidemijah SARS in MERS je bila pri prebolelih odpuščenih iz bolnišnice pojavnost depresije 32,6-odstotna, anksiozne motnje 35,7-odstotna, kognitivnih motenj 34,1-odstotna, nespečnosti 42-odstotna (10). Pri SARS-CoV-1 je bilo 54,5 % prebolelih diagnosticiranih s post travmatsko stresno motnjo (36). Pri obravnavi covid-19 lahko s podatki iz preteklosti vlečemo nekatere vzporednice, kljub temu pa je potrebna dodatna previdnost, saj je malo znanega o dolgoročnih vplivih nove bolezni (30).

3.2. Vpliv covid-19 na nevropsihiatrične simptome

Ob izbruhu virusa je bilo največ pozornosti namenjenih najpogostejšim zdravstvenim zapletom v povezavi z okužbo dihal, manj pa drugim zapletom (38). SZO je covid-19 razvrstila po štirih stopnjah resnosti – blaga oblika, pljučnica, huda pljučnica ter sindrom akutne dihalne stiske. Najpogostejša pot prenosa virusa SARS-CoV-2 je ob tesnem stiku z okuženo osebo z vdihom kužnih aerosolnih kapljic, ki se bolj intenzivno izločajo pri kašljanju, kihanju in glasnem govorjenju ter medicinskih posegih, kot je intubacija (32). Pljuča so glavni organ, ki ga prizadene covid-19. Najpogostejši simptomi so suh kašelj, vročina, pomanjkanje sape. V težjem poteku bolezni pride do sindroma akutne dihalne stiske, ki jo lahko spremlja anksioznost in panika (7). Življenjsko nevarni zapleti so poleg sindroma akutne dihalne stiske še akutna možganska kap, miokardni infarkt in odpoved ledvic (25). Huda okužba se pojavi pri 15–20 % okužene populacije (11). Znano je, da virus poleg dihal lahko prizadene tudi druge organe, vključno z možgani (38), kar pomeni, da je vpliv bolezni sistemski. Poškodbe dihalnega sistema vodijo v hipoksijo, ta pa v poškodbe možganov (31). Prisotne so lahko gastrointestinalne, srčno-žilne, imunološke, hematološke in pa nevrološke zdravstvene težave (7), ki se med seboj prepletajo in stopnjujejo. Možna posledica bolezni in poškodb možganov so nevropsihiatrične motnje, ki se tudi v kombinaciji s stresom kažejo kot depresija, anksioznost ter druge različne psihoze in duševne motnje (30, 34). Visoka stopnja hospitaliziranih bolnikov je pripomogla k prepoznavnosti nevropsihiatričnih zapletov bolezni kljub temu, da te niso opredeljene kot pogoste.

Okužba centralnega živčnega sistema povzroča sekundarne nevrološke simptome. Ena od hipotez predvideva, da virus v živčni sistem prehaja po vohalno živčni poti (preko vohalnega sistema) (11) ali s selitvijo okuženih levkocitov skozi možgansko pregrado (27). Simptomi okužbe centralnega

živčnega sistema so omotica, glavobol in cerebrovaskularne motnje, simptomi okužbe perifernega živčnega sistema pa začasna izguba okusa in/ali vonja ter bolečine v mišicah in sklepih. Okužba živčevja vodi v nevropsihiatrične simptome kot so encefalopatija, kognitivne motnje in motnje razpoloženja, nespečnost, različne psihoze ter celo samomorilnost (11). Glavobol lahko nakazuje na virusni encefalitis ter vodi do cerebrovaskularnih motenj (31). Vpliv virusa na živčni sistem se kaže tudi v nepravilnosti pri delovanju perifernih organov. Nevronska poškodba kardio-respiratornih centrov v možganskem deblu prispeva k akutni odpovedi dihal, ki se pojavlja pri bolnikih z resno obliko bolezni (25). S tega vidika je preprečevanje in zdravljenje okužbe centralno – živčnega sistema potrebno za zmanjšanje respiratornih simptomov in preprečevanje smrti (20).

Na potek in resnost bolezni vpliva tudi sam imunski odziv, ki lahko sproži prekomerno sistemsko vnetje, tako imenovano »citokinsko nevihta« (30, 31), ki, sama ali v kombinaciji z okužbo živčevja ter stresom, slabša klinično sliko bolezni (34). »Citokinska nevihta« s pretirano produkcijo citokinov povzroča lokalna, pljučna in sistemska vnetja (27) ter vodi v sindrom akutne respiratorne stiske ali v disfunkcijo organov (15). Poleg tega je povezana z vrsto duševnih in kognitivnih motenj (27, 34).

Nekateri avtorji opozarjajo na možno povezavo med gastrointestinalnimi težavami, ki se pojavljajo pri 40 % okuženih s covidom-19, in nevropsihiatričnimi simptomi. Infekcija z novim virusom lahko spodbudi spremembo v črevesni mikrobioti, ki je prav tako vpletena v patogenezo nevropsihiatričnih simptomov (36).

Še vedno ni na razpolago podatkov, ki bi povzeli vsa akutna in kronična tveganja bolezni (15), saj je možno, da se pokažejo tudi čez več let. Zgodnje prepoznavanje nevroloških in nevropsihiatričnih sprememb lahko prispeva k zmanjševanju hude obolevnosti in umrljivosti (25). Spremljanje simptomov, ki so posledica vpletenosti živčnega sistema v patogenezo bolezni in zdravljenje le-teh je lahko ključnega pomena za okrevanje bolnika (20). S trenutnega vidika je možno, da bo v prihajajočih letih pri prebolelih osebah povečana pojavnost nevroloških in nevropsihiatričnih ter dolgoročnih nevrološko degenerativnih posledic, ki jih lahko sproži možgansko (32) ter sistemsko vnetje.

V populaciji obstajajo skupine, ki so bolj podvržene tveganju za okužbo ter z njo povezanimi zapleti. Tak primer so osebe z debelostjo. Debelost je kronična bolezen. Sistemske okvare pri virusni okužbi se pri teh bolnikih pogosto pojavljajo (27). Povečano tveganje za razvoj zapletov v povezavi s centralno-živčnim sistemom se kaže pri moških s pridruženimi boleznimi (28), vpliv zunanjega stresa na duševno zdravje pa je pogostejši pri ženskah (10, 32). Smrtnih primerov je največ med starejšo populacijo, pri kateri je opazna ranljivost. Tveganje za nevropsihiatrične motnje stopnjuje socialna izolacija in šibka socialna mreža, ki je pogosta pri starejših posameznikih. Tako telesna kot socialna šibkost prispevata k povečani umrljivosti (21). Osamljenost predstavlja večje tveganje pri osebah z nevrološko degenerativnimi motnjami (31) ter depresijo (28).

Med bolj ranljive spadajo tudi osebe z različnimi kroničnimi boleznimi, ki prejemajo imunosupresivna zdravila, kar jih naredi bolj dovzetne za okužbo. Bolniki z nevrološko degenerativno boleznijo so bolj izpostavljeni okužbi, saj je možno, da niso sposobni upoštevati vseh higienskih standardov ter ukrepov socialne distance. Sočasna okužba s covidom-19 pri bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo ali drugo obliko demence povečuje tveganje za razvoj nevroloških zapletov (19, 23). Ob okužbi oseb z demenco obstaja tveganje, da se obstoječa kognitivna odstopanja nepopravljivo poslabšajo (23). Pomembno je prepoznati paciente, ki imajo povečano tveganje. Obstoječa duševna bolezen poveča ranljivost posameznika pri okužbi, poleg tega je tekom pandemije opaziti več sprememb v duševnem

zdravju pri osebah, ki so okužene ali so prebolele bolezen. Stres pospeši razvoj sočasnih duševnih bolezni ter je pomemben z vidika biološke komponente, zaradi katere lahko vpliva na patološke spremembe med okužbo. Razumevanje skupne patologije obeh stanj je ključno pri optimalnem zdravljenju. Prevalenca depresije se je v primerjavi z obdobjem pred covidom-19 v ZDA povečala 3-krat, podobno je v ostalih državah (15). Izsledki raziskav kažejo, da psihosocialna pomoč izboljša delovanje imunskega sistema – smiselno bi bilo preučiti obseg učinkov psihosocialnih intervencij v povezavi s covidom-19 (28).

Vpliv na pojav nevropsihiatričnih simptomov imata tudi hospitalizacija in zdravljenje (30). S širitvijo pandemije vedno več psihiatrov sodeluje pri obravnavi posameznikov z okužbo s SARS-CoV-2 in s sočasno duševno motnjo. Nekateri pristopi k zdravljenju imajo potencial za razvoj nevropsihiatričnih posledic, tudi zaradi interakcije različnih zdravil (7). Specifično predpisanega zdravljenja za covid-19 ni. Nekatera zdravila, ki so se izkazala za učinkovita pri zdravljenju bolezni s podobnimi simptomi, se uporabljajo tudi pri zdravljenju in lajšanju bolezni covid-19 (13). Kot primer izpostavljam zdravljenje s kortikosteroidi, ki se v nekaterih primerih uporabljajo za ublažitev »citokinske nevihte«. Stranski učinki se lahko kažejo kot depresija, motnje razpoloženja, nespečnost, delirij, demenca in psihoza (7). Pri zdravljenju covid-19 se uporablja večje odmerke v kratkem časovnem obdobju, kar je najpogosteje povezano s spremembami v razpoloženju in delirijem (13). Uporaba protiretrovirusnih zdravil povzroča neželene učinke na centralni in periferni živčni sistem, ki je lahko že prizadet zaradi okužbe (13). Za zaviranje akutnega respiratornega sindroma se med drugim uporabljata klorokin in hidroksiklorokin. Stranski učinki obeh so glavobol, vrtoglavica in nespečnost. Po klorokinu so možne psihoze, medtem ko lahko stres ob okužbi v kombinaciji z uporabo hidroksiklorokina poveča tveganje za samomorilne misli. V tem primeru je potrebno spremljanje bolnikovega duševnega stanja (14). Covid-19 je bolezen, ki prinaša nove izzive na področju psihiatrije, saj tako nekatera zdravila kot sam virus povzročata nevropsihiatrične simptome. Z novimi spoznanji o patogenezi bolezni ter njenimi posledicami se terapevtski pristopi spreminjajo in niso enotni (13). Potrebno je vključevanje psihiatrov in zdravljenje v kombinaciji s psihoterapijo. Tak način je učinkovit pri 82,3 % pacientov po dveh tednih (20).

Z vidika preprečevanja škodljivih interakcij med zdravili za zdravljenje virusne okužbe in duševnih motenj je varnejše zdravljenje z ne-invazivno nevromodulacijo. Metoda cilja na stimulacijo specifičnih regij, s čimer blaži simptome okužbe. Lahko se uporablja za ublažitev okužbe z uravnavanjem systemskega vnetja, preprečevanje vnetja živčevja, lajšanje simptomov mišično – skeletne bolečine ter utrujenosti. Uporablja se kot kognitivna in telesna rehabilitacija po preboleli bolezni ter za zdravljenje duševne stiske, povezane z izbruhom virusa ali okužbo. Uporaba metode bi bila primerna za stabilne bolnike s covidom-19 ter pri zdravstvenem osebju, pri katerem je znan vpliv kroničnega stresa na delovnem mestu na duševno zdravje zaposlenega (5).

3.3. Encefalopatija, encefalitis in epilepsija

Encefalopatija je sindrom možganske disfunkcije, ki oslabi zavest. Osnova zanjo je »citokinska nevihta«, ki se pojavi pri bolnikih z resno obliko bolezni (36). Poleg tega je dejavnik tveganja za encefalopatijo možganska hipoksija. Retrospektivna analiza v Wuhanu je pokazala encefalopatijo pri enem od petih hospitaliziranih bolnikov (10). Študije primerov v Wuhanu nakazujejo, da se

pri 20 % pacientov, ki umrejo zaradi covid-19, pokažejo simptomi encefalopatije. Encefalitis je vnetje možganov, ki ga najpogosteje povzročajo virusi. Prvi primer virusnega encefalitisa je bil potrjen z analizo cerebrospinalne tekočine pri umrlem (6). Virusni encefalitis povečuje možnost epileptičnih napadov. Študije nakazujejo, da bakterijske in virusne infekcije povečujejo tveganje za nenadno smrt zaradi epilepsije (34), zato bi bilo potrebno spremljati povezavo med epilepsijo in covidom-19. Pojav encefalopatije in encefalitisa ob okužbi s SARS-CoV-2 potrjujejo predvsem študije posameznih primerov – pri bolnikih na intenzivni negi, pri bolnikih, ki se zdravijo s pomočjo ventilatorja ter pri osebah, pri katerih je opazna zaspanost, zmedenost ali vznemirjenost. Encefalopatija in encefalitis sta najresnejša akutna nevropsihiatrična zapleta covid-19 (4).

3.4. Cerebrovaskularne motnje

Okužba z virusom SARS-CoV-2 lahko sproži tako imenovano »citokinsko nevihto«, posledico te pa so cerebrovaskularne motnje (10). Povezane so z daljšo hospitalizacijo, z akutno respiratorno stisko, ki se pojavlja pri bolnikih s hudo obliko bolezni ter s splošnim slabšim izidom bolezni. Študije na Kitajskem so med pandemijo potrdile stopnjo cerebrovaskularnih dogodkov (akutna ishemična kap) od 3 pa vse do 17 %, pogostejši so bili pri osebah s hipertenzijo in diabetesom (32). Po podatkih retrospektivne študije v Wuhanu je 6 % hospitaliziranih s potrjeno okužbo razvilo cerebrovaskularne motnje.

Pri pacientih, hospitaliziranih zaradi kapi, ki so pozitivni tudi na virus SARS-CoV-2, se kaže višja stopnja smrtnosti, v primerjavi z negativnimi na virus, prav tako hospitaliziranih zaradi kapi (31). Tudi o cerebrovaskularnih dogodkih, kot je kap, poročajo predvsem študije posameznih primerov, ne kažejo pa se pogoste in značilne povezave med kapjo in covidom-19 (4).

3.5. Delirij

Delirij je duševno stanje, ki je pri bolnikih s covidom-19 lahko posledica invazije virusa v živčni sistem (10), »citokinske nevihte« (36) ali encefalopatije, ki jo povzroči vnetje ali drug sistemski vpliv virusa (10), hipoksije ali določenih zdravil (4). Bolj pomemben je pri starejših, ki so bolj dovzetni za nevrološko kognitivne zaplete (36) ter pri covid-19 pozitivnih pacientih v paliativni oskrbi, kjer je prevalenca delirija visoka (4). Akutni delirij podaljšuje hospitalizacijo in povzroča večje tveganje za duševne bolezni in težave pri vrnitvi v normalen ritem življenja (30). Pri metaanalizi bolnikov na intenzivni terapiji so poleg akutnih simptomov delirija dokazali nevrološka kognitivna odstopanja tudi po 18 mesecih po odpustu. Delirij je pogost zaplet v akutni fazi tako pri okužbi s SARS, MERS kot pri covidu-19 (30). Lahko je edini simptom okužbe s SARS-CoV-2, na kar kažejo študije primerov (6). Vsak pacient, ki je v bolnišnico sprejet zaradi covid-19 naj bi bil obravnavan kot oseba s povečanim tveganjem za pojav delirija, zdravljenje je odvisno od klinične slike, pri čemer je potrebno upoštevati interakcijo med posameznimi zdravili (3).

3.6. Depresija, anksioznost, psihoze in druge duševne motnje

Tveganje za duševne motnje izhaja iz same virusne okužbe, imunskega odziva pri okužbi, stresa, povezanega z boleznijo, ali iz zdravljenja bolezni (36). Depresija je pogosta pri vnetni poškodbi možganov (34), ali pa se pojavi kot odgovor na prekomerno sistemsko vnetje, ki je v nekaterih primerih posledica imunskega odziva na okužbo (10). Raziskave govorijo o povezavi med depresijo, povišanimi vnetnimi parametri ter nevrološko prizadetostjo, ki pa je lahko tudi posledica staranja. Številne študije nakazujejo na vlogo ravni citokinov pri regulaciji čustev in vedenja. Zmožnost obvladovanja čustev je pri bolj ranljivih osebah v času pandemije še dodatno ogrožena zaradi povečanega stresa (34). Strah v povezavi z novo boleznijo in pred posledicami, ki jih prinaša pandemija, se bolj vidno odraža kot anksioznost pri bolnikih z že obstoječo duševno motnjo (10, 12). Obstajajo nekatere skupne patogeneze covid-19 in duševnih motenj. Motnje v regulaciji citokinov v centralnem živčevju se pojavljajo tudi pri bolnikih z bipolarno motnjo, obsesivno–kompulzivna motnja se pojavlja pri bolnikih, ki so preboleli virusni encefalitis, tveganje za samomorilnost pa povečujejo tako zunanji stresorji kot vnetni procesi v telesu ob nastopu okužbe (34). Glede na izsledke raziskovalcev je pomembno spremljanje sprememb v duševnem stanju bolnikov s covidom-19, še posebno pa so ogrožene starejše in osebe z demenco, pri katerih je delirij, ki ga lahko spremljajo tako vidne kot slušne halucinacije, lahko posledica starostne degenerativne nevrološke bolezni, kot novo nastalega stanja zaradi okužbe (34). Bolnikom z diagnosticirano shizofrenijo se je po okužbi z novim virusom stanje poslabšalo tudi ob jemanju zdravil, kar nakazuje, da virus bistveno prispeva h pojavi akutne psihoze (4). Bolniki z že obstoječo duševno motnjo in tisti, ki jo razvijejo med okužbo, bi morali poleg zdravil za lajšanje bolezni covid-19, prejemati tudi zdravila za lajšanje duševnih motenj in ustrezno psihološko pomoč (11). Psihotične motnje, kot posledico sekundarnega nevrološkega obolenja, zdravljenja ter povečanega stresa, v času prebolevanja covid-19 razvije od 0,9 do 4 % okuženih (11).

3.7. Post travmatski stresni sindrom in dolgoročne posledice

Prepričanje, da se po koncu travmatičnega dogodka (npr. po odpustu iz bolnišnice ali po koncu epidemije) konča stres pri vseh bolnikih in drugih posameznikih, je napačno. Pri bolj dovzetnih osebah ima aktivni stres, še posebej podaljšan v času, dolgoročen vpliv na možganske procese. Post travmatski stresni sindrom (PTSS) je duševna motnja, povezana s travmo in stresom. Pri prizadeti osebi se ponavljajo in vračajo travmatični spomini, ki vplivajo na duševno zdravje. Poleg tega ima vpliv na imunski sistem. PTSS se lahko pojavlja sočasno z depresijo in tesnobo ter povečuje tveganje za samomorilnost. Pri okuženih z novim virusom se tveganje za pojav PTSS povečuje z resnostjo bolezni – s stopnjo sistema vnetja, invazijo virusa v možgane – ter dovzetnostjo za stres posameznika (34).

Pretekle epidemije so dokaz, da posledice širjenja virusa niso le akutne, temveč se kažejo še dolgo po zavezitvi. Glede na razširjenost virusa SARS-CoV-2 in trajanje pandemije covid-19 lahko upravičeno pričakujemo mnogo bolj intenzivne dolgoročne učinke (9). Po koncu pandemije bo v zdravstvu povečan pritisk s strani odloženih terapij, možen pa bo tudi pritisk zaradi posledic pri

osebah, ki so prebolele covid-19. Sindrom akutne respiratorne stiske, poškodbe možganov ter zdravljenje z ventilatorjem prispevajo k razvoju kognitivnih motenj ter dolgoročni degenerativni nevrološki okvari. V Franciji je 14 % covid-19 pozitivnih pacientov v intenzivni negi imelo prisotne nevrološke simptome, od tega so se pri 33 % nevrološka odstopanja kazala tudi po odpustu iz bolnišnice (31). Virus v svetu prizadene veliko ljudi z različnimi genetskimi in drugimi predispozicijami, kar pomeni, da se odzivi in potek bolezni razlikujejo pri posameznikih. Spremljanje prihajajočih kroničnih nevroloških sprememb je pomembno pri odkrivanju in razumevanju mehanizmov bolezni. Zaradi visoke prevalence okužb je veliko možnosti za raziskovanje znotraj različnih skupin v populaciji (2). Na vsakodnevno življenje, kot negativen stres, vpliva pretiran strah pred okužbo, ki so ga raziskovalci poimenovali »koronofobija« (17).

Virusne ali druge okužbe med nosečnostjo lahko vplivajo na plod ali izid nosečnosti. Vertikalni prenos okužbe z matere na otroka sicer ni izključen. Glede na razpoložljive dokaze ni zaznanih nevroloških posledic na novorojenčkih, ki so bili rojeni materam, okuženim s covidom-19, kljub temu pa je potrebno tudi dolgoročno spremljanje. Učinki, povezani z nevrološkim razvojem, kot je pojavnost duševnih motenj, so lahko opazni šele v pozni najstniški ali zgodnji odrasli dobi (29).

3.8. Razširjenost pojava nevropsihiatričnih posledic ob covidu-19: Podatki izvedenih raziskav tekom pandemije covid-19

Prve raziskave, izvedene predvsem na Kitajskem, kjer je najprej prišlo do izbruha virusa, so izpostavile pomen vpeljevanja ustreznih strategij na področju duševnega zdravja, kot nujen način za blažitev posledic, ki jih prinaša pandemija tudi po umiritvi širjenja virusa (4, 17). Tekom epidemije je bil opazen porast duševnih obolenj. Depresija je porasla za 16,5 %, anksioznost za 28,8 %, ter motnje spanja in stres za 8,1 % (9). Pri raziskavi, izvedeni med 230 zdravstvenimi delavci, je bila incidenca tesnobe 23,0 %, pojavnost stresnih motenj pa 27,4 %, simptomi se pogosteje pojavljajo pri ženskah (20).

Do sedaj je bilo izvedenih le malo raziskav, ki obravnavajo nevropsihiatrične simptome in posledice virusa SARS-CoV-2, po večini nevropsihiatrične simptome opisujejo posamezne študije primerov (11). Ocenjeno je, da približno tretjina resno bolnih zaradi okužbe s SARS-CoV-2 razvije nevropsihiatrične simptome (10). Nevrološke spremembe, kot je delirij ali motnje zavesti, se pogosteje pojavijo pri resno bolnih (14,8 %), kot pri tistih z manj resno obliko (2,4 %). Kap se pojavi pri resno bolnih pri 5,7 %, z manj resno obliko pri 0,8 %. Motnje zavesti so bolj pogoste pri tistih, ki so nato umrli (22 %), kot pri preživelih (1 %) (23). Po podatkih ene izmed raziskav je izmed 44.672 okuženih, 5 % (2087) hudo bolnih in razvije sindrom akutne dihalne stiske ter simptome dihalne odpovedi. Po okrevanju od prvotne bolezni to vodi v bolezn, povezane z možgani, degenerativno nevrološka odstopanja, depresijo, anksioznost in upad v kakovosti življenja (27). 89 % pacientov s covidom-19, ki potrebujejo pomoč pri dihanju, ima nevrološke spremembe (28). Spremenjen duševni status je pogost pri bolnikih s hudo okužbo, simptom pa po navadi prevladuje pri starejših, pri katerih je vzrok za te lahko (še ne odkrita) nevrološka degenerativna bolezen. (37). Bolniki z nevrološko degenerativno boleznijo niso ogroženi le neposredno ob okužbi. Razlogi za upad kognitivnih in motoričnih sposobnosti so tudi zaprtje centrov, kjer se izvajajo kognitivne stimulacije, težave pri razumevanju

ново nastale situacije ter s tem povezane duševne motnje (19). V Tabeli 1 je zbran pregled raziskav in študij primerov nevropsihiatričnih simptomov, tekom pandemije covid-19.

Tabela 1: Pregled raziskav in študij primerov nevropsihiatričnih posledic bolezni covid-19 tekom pandemije covid-19.

Opazovana skupina	Glavne ugotovitve		Vir
214 hospitaliziranih bolnikov s covidom-19	Raziskava izvedena v Wuhanu, kjer je prišlo do prvega izbruha virusa.	36,4 % hospitaliziranih bolnikov je razvilo (večinoma blage) nevrološke simptome.	30
58 hospitaliziranih bolnikov s covidom-19	Francoska raziskava posledic prebolevanja bolezni covid-19 v bolnišnici.	Po odpustu iz bolnišnice so se pri tretjini prebolelih kazale nevropsihiatrične posledice.	25
170 oseb v 14-dnevni samoizolaciji	Analiza prisotnosti stresnih simptomov, anksioznosti in upada v kakovosti spanja.	Vsi segmenti so se v času samoizolacije poslabšali. Bolj opazen je bil upad pri osebah z manj razvito socialno mrežo.	32
59 bolnikov s potrjeno okužbo s SARS-CoV-2	Raziskava izvedena v Italiji.	Pri 33,9 % bolnikih prisotna izguba vonja ali okusa, pri 18,6 % pa oba omenjena simptoma (7*)	10
40.469 bolnikov s potrjeno okužbo s SARS-CoV-2	Raziskava pri bolnikih, starejših od 18 let, z nevrološkimi ali duševnimi diagnozami v času okužbe ali mesec dni po njej.	Pri 22,5 % (9086) bolnikih potrjeni nevropsihiatrični simptomi (glavobol, motnje spanja, encefalopatija, ishemični napadi, vrtoglavica, epileptični napadi, izguba vonja in okusa, tesnoba, motnje razpoloženja, samomorilne misli).	25
89 bolnikov s potrjeno okužbo s SARS-CoV-2	Psihološko ocenjevanje.	52 % brez simptomov duševnih motenj, 35 % blagi simptomi duševnih motenj, 13 % hudi simptomi duševnih motenj.	20
125 hospitaliziranih bolnikov s covidom-19	Raziskava, izvedena v Veliki Britaniji pri pacientih z nevrološkimi zapleti.	62 % cerebrovaskularne motnje, 59 % spremenjeno duševno stanje. Možen vzrok za nevrološke zaplete: virusni encefalitis, sistemska vnetja, disfunkcija perifernih organov, cerebrovaskularne spremembe	28
40 oseb z degenerativno nevrološko boleznijo	Raziskava vpliva pandemije na nevropsihiatrične simptome pri 20 osebah z blago kognitivno motnjo in 20 osebah z Alzheimerjevo boleznijo.	30 % bolnikov ter 40 % njihovih negovalcev je po petih tednih uvedbe ukrepov za omejitev širjenja virusa poročalo o poslabšanju zdravstvenega stanja: porast vznemirjenosti, apatije in motenj motoričnih sposobnosti pri bolnikih. V obeh skupinah so se nevropsihiatričnih simptomi poslabšali z enako intenziteto.	19
153 hospitaliziranih bolnikov s covidom-19	Raziskava o zapletih covid-19, ki prizadenejo možgane, izvedena v Veliki Britaniji s spletnim vprašalnikom z možnostjo hitrih odgovorov. Vprašalnik so izpolnjevali zdravniki različnih	39 (31 %) akutna sprememba v duševnem zdravju: nevrološki simptomi encefalitisa (18 %), encefalopatije (23 %) ter nevropsihiatrične motnje, kot so nova psihoza, kognitivna motnja ali druga	37

	specializacij, zato obstaja možnost za pristranskost rezultatov. Obravnavane primere bolnikov so razdelili na mlajše od 60 let in starejše od 60 let.	duševna motnja (59 %). 18 od 37 je bilo mlajših od 60 let (49 %), 19 od 37 (51 %) pa starejših od 60 let. Pri 3 osebah ni bilo podatka o starosti. Pojavnost obravnavanih zapletov je bila enako porazdeljena med mlajšo in starejšo populacijo.	
285 prostovoljcev	Prva študija prisotnosti simptomov, ki vodijo v PTSS na Kitajskem v obdobju med januarjem in februarja 2020.	Simptomi PTSS so bili zaznani pri 7 %, pogostejši pri ženskah ter osebah s slabšo kakovostjo spanja.	32
7236 prostovoljcev	On-line anketa o kakovosti spanja, izvedena na Kitajskem.	Izsledki ankete so potrdili, da je pojavnost duševnih simptomov odvisna od kakovosti spanja; 35,1 % anksiozne motnje, 20,1 % depresivni simptomi, 18,2 % motnje spanja.	32
Študija primera	36-letna bolnica s potrjeno okužbo s SARS-CoV-2, hospitalizirana zaradi nove psihoze. Potrjena okužba, blagi simptomi okužbe zgornjih dihal, ni potrebovala terapije za zdravljenje same okužbe.	Po 4 dneh od potrjene okužbe se je pri bolnici z negativno osebno in družinsko anamnezo za predhodne duševne bolezni pojavila nova psihoza (sprememba vedenja, blodnje in nespečnost) sprožena zaradi psihosocialnih stresorjev in/ali okužbe. Simptomi psihoze so se izboljšali po zdravljenju z antipsihotiki in benzodiazepini, ter po izboljšanju bolezenskih znakov covid-19.	33
Študije primerov	30-letni moški, brez predhodnih psihoz, hospitaliziran zaradi anksioznosti, halucinacij, paničnih napadov in samomorilnosti. 34-letna ženska, pozitivna osebna anamneza za predhodne panične motnje. Pojavila se je visoka stopnja anksioznosti, vznemirjenosti, občutki otopelosti, mravljinčenje. Po poročanju svojcev panične motnje v preteklosti niso bile tako izrazite. 33-letni moški, odvisen od opioidov, brez psihoz v preteklosti. Pojavile so se halucinacije in paranoidne blodnje.	Vsi so imeli pozitiven PCR test na SARS-CoV-2, a brez tipičnih telesnih simptomov, vsi so imeli povišano vrednost CPR v krvi, ki kaže na vnetje. Psihotični simptomi bi bili lahko povezani s stresom, ki ga prinaša izpostavljenost virusu in njegovim posledicam, vendar nihče ni kazal pretirane zaskrbljenosti glede virusa in same okužbe. Povišana vrednost vnetnih mediatorjev nakazuje odziv imunskega sistema na virus, kot možen vzrok za pojav psihoz.	12
Študije primerov	58-letni moški s kognitivno nevrološko motnjo, nastanjen v socialno-varstvenem zavodu z osebno anamnezo vedenjskih in psihotičnih motenj ter sindromom odvisnosti od alkohola. V bolnišnico sprejet zaradi paranoidnosti in agresivnega vedenja do negovalcev. 70-letni moški z demenco, živel samostojno, obiskovala ga je patronažna sestra. Hospitaliziran po akutnih	Skupna značilnost vsem so znana kognitivna odstopanja, kot možna posledica okužbe pa se je pojavil delirij. Prva opazna sprememba po okužbi je bila z vidika duševnega stanja. Samo v enem primeru so se kazali respiratorni simptomi. Vsi so imeli povišane vnetne parametre – neurejen imunski odziv – posledica delirij. Vsi so v neki fazi bolezni prenehali konzumirati peroralno – možna posledica	6

	<p>spremembah v duševnem zdravju, otežen govor, zavračal je obisk patronažne sestre (prvič).</p> <p>68-letni moški z znano shizofrenijo, nastanjen v socialno-varstvenem zavodu. Spremenjen duševni status po padcu.</p> <p>87-letna ženska z demenco v varovani enoti. Z znanimi nevrološko kognitivno motnjo, depresijo, psihozo, predhodno večkrat hospitalizirana. Pred ponovno hospitalizacijo je bila anksiozna, zaradi prepovedi obiskov družinskih članov. Imela je znake respiratorne okužbe. V bolnišnici je umrla.</p>	<p>izgube vonja in okusa, ali zmedenosti.</p>	
--	---	---	--

4. RAZPRAVA

Ne glede na to, da se nevropsihiatrične posledice pojavljajo pri manjšem deležu obolelih s covidom-19, obstaja tveganje za doprinos k bremenu pandemije na javno zdravje s strani le-teh. Zaskrbljenost temelji na predpostavki, da bo zaradi razširjenosti virusa in trajanja pandemije kljub temu prizadetih znatno večje število posameznikov, na porast duševnih boleznih pa bodo prispevali tudi posredni dejavniki pandemije, kot so kronični stres, omejen dostop do zdravstvenega varstva v obdobju pandemije, ukrepi za preprečevanje širjenja epidemije in prilagajanje nanje ter njihove posledice, izguba delovnih mest, ekonomska kriza posameznikov in širše družbe ter drugi. Nekateri preboleli že poročajo o raznovrstnih dlje trajajočih simptomih, ki so v prihodnosti lahko povezani z dodatnimi zdravstvenimi težavami ali slabšim socialno-ekonomskim statusom (8). Opozarja se na upad v temeljnih pravicah oseb z duševno motnjo in tudi drugih bolnikov med pandemijo. Zdravstvene institucije morajo stremeti k vzdrževanju kakovosti storitev in zaščiti pravic bolnikov (35). Ob prihajajočem valu duševnih boleznih bo to pomemben izziv tudi v prihodnje. Strokovnjaki opozarjajo na potrebo po longitudinalnih študijah za opredelitev tako akutnih kot kroničnih simptomov in njihovih posledicah (28, 36, 37). Poleg tega je potrebno zgodnje odkrivanje sistemskih zapletov boleznih, izvajanje ustreznih laboratorijskih preiskav, prilagoditev zdravih življenjskih navad ogroženim skupinam in splošni populaciji ter zdravljenje, rehabilitacija in psihološka podpora prebolelim. Pomembno je zbiranje in izmenjava kliničnih podatkov ter izmenjava izkušenj in izsledkov raziskav glede odzivov na zdravljenje, obolevnosti in umrljivosti zaradi prizadetosti centralnega živčnega sistema na globalni ravni. Zbiranje teh podatkov služi za vpeljevanje strategij blaženja dolgoročnih učinkov zlasti na možgane in duševno zdravje (29). Potrebno je sodelovanje strokovnjakov in organizacij. Kot primer skupina »CoroNerve« v Veliki Britaniji zbira podatke in obvešča strokovno javnost o nevroloških in nevropsihiatričnih motnjah med hospitaliziranimi bolniki s pomočjo kliničnih poročil (8). Večina študij se nanaša na hospitalizirane in kritično bolne paciente, v nadaljnjem raziskovanju bi bilo dobro vključiti primere, povezane z blago obliko boleznih, za pridobitev celotne slike mehanizma in patogeneze nove bolezni.

Posledice pandemije se kažejo in se bodo tudi v prihodnje kazale v vseh segmentih življenja – tako v zdravstvenem, družbenem kot ekonomskem. Širjenje virusa vpliva na vso populacijo, lahko z vidika okužbe in bolezni, ali pa ima posreden vpliv. Povišana stopnja stresa, negotova prihodnost, spremembe na delovnem in izobraževalnem področju, izgorelost med ključnimi delavci ter povišana tveganja za samomor kažejo na to, da po pandemiji prihaja obdobje krize duševnega zdravja (36), zato je na področju javnega duševnega zdravja potrebno sprejeti ustrezne ukrepe.

Razvijanje pandemije ostaja nepredvidljivo, obstaja grožnja za poglobitev neenakosti glede dostopnosti do zdravstvenega varstva. Nenadno povečano potrebo po zdravstveni oskrbi duševnega zdravja med pandemijo bi bilo smiselno izkoristiti kot priložnost za izboljšanje dostopnosti in kakovosti na področju duševnega zdravja za vse družbene skupine (24).

V okviru javnozdravstvenega odziva na covid-19 je potrebno vključiti vidik duševnega zdravja ter psihosocialno podporo okuženim, zdravstvenim delavcem in splošni populaciji. Poleg ozaveščanja o preprečevanju okužb je potrebno izobraževati o dejavnikih tveganja za duševno zdravje. Potrebno je identificirati potencialne stresorje in ogroženim nuditi ustrezno pomoč (24). Posebno pozornost je potrebno nameniti zaščiti oseb z duševnimi težavami, ki so neposredno povezane z okužbo s SARS-CoV-2 in njenimi posledicami ter storitve prilagoditi povečanim potrebam (18). Glede na stopnjo duševnih stisk in kognitivnih odstopanj, ki se pričakujejo pri prebolelih, je smiselno vzpostaviti time strokovnjakov različnih strok za obravnavo in spremljanje teh bolnikov. Ustrezno bi bilo uvesti programe podpore svojcem bolnikov, ki so umrli zaradi bolezni covid-19, saj je žalovanje lahko bolj travmatično v kriznih razmerah (24). Z vidika preprečevanja okužb je prišlo do porasta virtualnih posvetov tudi pri obravnavah duševnih težav. Digitalizacija je dostopnost do zdravstvenega varstva oseb z duševno motnjo povečala. Virtualna obravnava se je izkazala ekvivalenta tisti v živo, po točnosti diagnoze, učinkovitosti in zadovoljstvu bolnikov (18), vendar ta način ni primeren za vse bolnike. Zaradi povečanega bremena težav, povezanih z duševnim zdravjem med hospitaliziranimi bolniki, nekateri tuji avtorji izpostavljajo izvajanje kratkih psihoterapevtskih intervencij s strani vseh zdravstvenih delavcev kot ustrezno rešitev (18). Pri nekaterih bolnikih z blago duševno motnjo, kot je blaga depresija ali anksioznost, ni potrebna takojšna pomoč specialista, ampak bi te težave z ustreznim prenosom znanja lahko izvajalo tudi drugo zdravstveno osebje. Delovanje te strategije bi bilo potrebno preučiti v nadaljnjih študijah (18).

Med omejitvami raziskave izstopata, kratko časovno obdobje in novo nastala problematika, kar narekuje potrebo po preučevanju tega področja v daljšem časovnem obdobju.

5. ZAKLJUČEK

V primeru nevroloških zapletov bolezni covid-19, ki lahko vodijo tudi v duševne motnje, je potrebno ciljno usmerjeno zdravljenje. Do ustreznega zdravljenja, ki čim bolj preprečuje dolgoročne posledice pripomore tudi sistem kliničnega spremljanja, epidemiološke in klinične ter post mortem raziskave. Na globalni ravni je potrebna identifikacija prednostnih nalog in razvoj usklajenega sistema za spremljanje posledic covid-19 (22).

Nekateri izmed ključni izzivov za leto 2021 na področju javnega zdravstva, podanih s strani SZO, so preprečevanje prenosa okužb, zagotavljanje ustreznih zdravstvenih sistemov za blažitev vpliva covid-19 ter cepljenje za zmanjševanje obolenosti in umrljivosti. Prav tako bo sestavni del javnozdravstvenega odziva prizadevanje k večji podpori duševnemu zdravju in psihosocialni podpori ter ustrezna dostopnost do zdravstvenega varstva oseb z duševno motnjo (39).

Literatura

1. Alomari SO, Abou-Mrad Z, Bydon A. COVID-19 and the central nervous system. *Clin Neurol Neurosurg.* 2020; 198: 106116. doi: 10.1016/j.clineuro.2020.106116.
2. André A, Félix C, Corvacho M, Nzwalo H. On the plausibility of late neuropsychiatric manifestations associated with the COVID-19 pandemic. *J Neurol Sci.* 2020; 417: 117060. doi: 10.1016/j.jns.2020.117060.
3. Baller EB, Hogan CS, Fusunyan MA, Ivkovic A, Luccarelli JW, Madva E, et al. Neurocovid: Pharmacological Recommendations for Delirium Associated With COVID-19. *Psychosomatics.* 2020; 61(6): 585–96. doi: 10.1016/j.psym.2020.05.013.
4. Banerjee D, Viswanath B. Neuropsychiatric manifestations of COVID-19 and possible pathogenic mechanisms: Insights from other coronaviruses. *Asian J Psychiatr.* 2020; 54: 102350. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102350.
5. Baptista AF, Baltar A, Okano AH, Moreira A, Campos ACP, Fernandes AM, et al. Applications of Non-invasive Neuromodulation for the Management of Disorders Related to COVID-19. *Front Neurol.* 2020; 11: 573718. doi: 10.3389/fneur.2020.573718.
6. Beach SR, Praschan NC, Hogan C, Dotson S, Merideth F, Kontos N, et al. Delirium in COVID-19: A case series and exploration of potential mechanisms for central nervous system involvement. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020; 65: 47–53. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.05.008.
7. Bilbul M, Papparone P, Kim AM, Mutalik S, Ernst CL. Psychopharmacology of COVID-19. *Psychosomatics.* 2020; 61(5): 411–27. doi: 10.1016/j.psym.2020.05.006.
8. Butler M, Pollak TA, Rooney AG, Michael BD, Nicholson TR. Neuropsychiatric complications of covid-19. *BMJ.* 2020; 371: m3871. doi: 10.1136/bmj.m3871.
9. Dasgupta A, Kalhan A, Kalra S. Long term complications and rehabilitation of COVID-19 patients. *J Pak Med Assoc.* 2020; 70 Suppl 3: S131–S135. doi: 10.5455/JPMA.32.
10. de Sousa Moreira JL, Barbosa SMB, Vieira JG, Chaves NCB, Felix EBG, Feitosa PWG, et al. The psychiatric and neuropsychiatric repercussions associated with severe infections of COVID-19 and other coronaviruses. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2021; 106: 110159. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110159.
11. Dinakaran D, Manjunatha N, Naveen Kumar C, Suresh BM. Neuropsychiatric aspects of COVID-19 pandemic: A selective review. *Asian J Psychiatr.* 2020; 53: 102188. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102188.
12. Ferrando SJ, Klepacz L, Lynch S, Tavakkoli M, Dornbush R, Baharani R, et al. COVID-19 Psychosis: A Potential New Neuropsychiatric Condition Triggered by Novel Coronavirus Infection and the Inflammatory Response? *Psychosomatics.* 2020; 61(5): 551–5. doi: 10.1016/j.psym.2020.05.012.
13. García CAC, Sánchez EBA, Huerta DH, Gómez-Arnau J. Covid-19 treatment-induced neuropsychiatric adverse effects. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020; 67: 163–4. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.06.001.
14. Hamm BS, Rosenthal LJ. Psychiatric Aspects of Chloroquine and Hydroxychloroquine Treatment in the Wake of Coronavirus Disease-2019: Psychopharmacological Interactions and Neuropsychiatric Sequelae. *Psychosomatics.* 2020; 61(6): 597–606. doi: 10.1016/j.psym.2020.06.022.

15. Jansen van Vuren E, Steyn SF, Brink CB, Möller M, Viljoen FP, Harvey BH. The neuropsychiatric manifestations of COVID-19: Interactions with psychiatric illness and pharmacological treatment. *Biomed Pharmacother.* 2021; 135: 111200. doi: 10.1016/j.biopha.2020.111200.
16. Karadag E. Increase in COVID-19 cases and case-fatality and case-recovery rates in Europe: A cross-temporal meta-analysis. *J Med Virol.* 2020; 92(9): 1511–7. doi: 10.1002/jmv.26035.
17. Khushnood K, Sultan N, Awan MMA. Neuro-psychiatric Effects of COVID-19. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2020; 30(10): 181–2. doi: 10.29271/jcsp.2020.supp2.S181.
18. Lange KW. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and global mental health. *Glob Health J.* 2021[v tisku]. doi: 10.1016/j.glohj.2021.02.004.
19. Lara B, Carnes A, Dakterzada F, Benitez I, Piñol-Ripoll G. Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Spanish patients with Alzheimer's disease during the COVID-19 lockdown. *Eur J Neurol.* 2020; 27(9): 1744–7. doi: 10.1111/ene.14339.
20. Li H, Xue Q, Xu X. Involvement of the Nervous System in SARS-CoV-2 Infection. *Neurotox Res.* 2020; 38(1): 1–7. doi: 10.1007/s12640-020-00219-8.
21. Lozupone M, La Montagna M, Di Gioia I, Sardone R, Resta E, Daniele A, et al. Social Frailty in the COVID-19 Pandemic Era. *Front Psychiatry.* 2020; 11: 577113. doi: 10.3389/fpsy.2020.577113.
22. Méndez R, Balanzá-Martínez V, Luperdi SC, Estrada I, Latorre A, González-Jiménez P et al. Short-term neuropsychiatric outcomes and quality of life in COVID-19 survivors. *J Intern Med.* 2021; [v tisku]. Doi: 10.1111/joim.13262.
23. Mok VCT, Pendlebury S, Wong A, Alladi S, Au L, Bath PM, et al. Tackling challenges in care of Alzheimer's disease and other dementias amid the COVID-19 pandemic, now and in the future. *Alzheimers Dement.* 2020; 16(11): 1571–81. doi: 10.1002/alz.12143.
24. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(9): 813–24. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30307-2.
25. Nalleballe K, Reddy Onteddu S, Sharma R, Dandu V, Brown A, Jasti M, et al. Spectrum of neuropsychiatric manifestations in COVID-19. *Brain Behav Immun.* 2020; 88: 71–4. doi: 10.1016/j.bbi.2020.06.020.
26. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021; 372: n160. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>.
27. Pan Y, Zhao S, Chen F. Letter to the Editor: "What Are the Long-Term Neurological and Neuropsychiatric Consequences of COVID-19?". *World Neurosurg.* 2020; 144: 310–1. doi: 10.1016/j.wneu.2020.09.158.
28. Panariello F, Cellini L, Speciani M, De Ronchi D, Atti AR. How Does SARS-CoV-2 Affect the Central Nervous System? A Working Hypothesis. *Front Psychiatry.* 2020; 11: 582345. doi: 10.3389/fpsy.2020.582345.
29. Pantelis C, Jayaram M, Hannan AJ, Wesselingh R, Nithianantharajah J, Wannan CM, et al. Neurological, neuropsychiatric and neurodevelopmental complications of COVID-19. *Aust N Z J Psychiatry.* 2020; 4867420961472. doi: 10.1177/0004867420961472.
30. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(7): 611–27. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.
31. Roy D, Ghosh R, Dubey S, Dubey MJ, Benito-León J, Kanti Ray B. Neurological and Neuropsychiatric Impacts of COVID-19 Pandemic. *Can J Neurol Sci.* 2021; 48(1): 9–24. doi: 10.1017/cjn.2020.173.
32. Sinanović O, Muftić M, Sinanović S. COVID-19 Pandemia: Neuropsychiatric Comorbidity and Consequences. *Psychiatr Danub.* 2020; 32(2): 236–44. doi: 10.24869/psyd.2020.236.
33. Smith CM, Komisar JR, Mourad A, Kincaid BR. COVID-19-associated brief psychotic disorder. *BMJ Case Rep.* 2020; 13(8): e236940. doi: 10.1136/bcr-2020-236940.

34. Steardo L Jr, Steardo L, Verkhatsky A. Psychiatric face of COVID-19. *Transl Psychiatry*. 2020; 10(1): 261. doi: 10.1038/s41398-020-00949-5.
35. Thome J, Coogan AN, Simon F, Fischer M, Tucha O, Faltraco F, et al. The impact of the COVID-19 outbreak on the medico-legal and human rights of psychiatric patients. *Eur Psychiatry*. 2020; 63(1): e50. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.58.
36. Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behav Immun*. 2020; 87: 34–9. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.027.
37. Varatharaj A, Thomas N, Ellul MA, Davies NWS, Pollak TA, Tenorio EL, et al. CoroNerve Study Group. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(10): 875–82. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30287-X.
38. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020; 89: 531–42. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.048.
39. WHO – World Health Organisation. Covid-19 Strategic preparedness and response plan. 2021. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-strategic-preparedness-and-response-plan> (citirano 5. 3. 2021).



VPLIV PANDEMIJE COVIDA-19 NA ZAPOSLENE V DOMOVIH STAREJŠIH OBČANOV

Barbara Lovrečič¹, Lucija Grkman² in Mercedes Lovrečič³

¹Primarijka, asistentka, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka socialne medicine, specialistka javnega zdravja, svetnica;

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva ulica 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: barbara.lovrecic@nijz.si.

²Diplomirana sanitarna inženirka.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva ulica 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: lucija.grkman@nijz.si.

³Primarijka, docentka predmet Psihijatrija, docentka predmet Javno zdravje, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka psihiatrije, svetnica;

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana in

Zdravstveni dom Izola, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola

E-naslov: mercedes.lovrecic@nijz.si.

Izvleček

Uvod: Domovi starejših občanov (DSO) so bili zaradi hitrega širjenja virusa SARS-CoV-2 ena najbolj prizadetih ustanov z vidika okužb in ukrepov za preprečevanje širjenja le-teh. Posledice so čutili tako varovanci DSO kot zaposleni.

Metode: Skladno s smernicami PRISMA smo izvedli sistematični pregled literature v podatkovni bazi PubMed. Iskali smo prispevke na podlagi ključnih besed in besednih zvez »nursing home«, »Covid-19«, »healthcare workers« in »nursing home«, »covid-19«, »social workers«, objavljene od 1. 3. 2020 do 17. 5. 2021.

Rezultati: Predvsem v prvem valu epidemije, so se v večini DSO soočali s pomanjkanjem osebne varovalne opreme in ustreznih smernic za strokovno delo. Okužbe in socialna izolacija so pri varovancih sprožili več čustvenih stisk, kar se še posebno pri bolnikih z demenco odraža v povečani stopnji duševnih težav in težavnih vedenj, ki dodatno bremenijo zaposlene ob naraščanju števila hudih potekov covid-19 in smrti med varovanci DSO. Izsledki raziskav kažejo povečano izgorelost in večje stopnje duševnih težav pri zaposlenih v DSO ne glede na delovno mesto.

Razprava: Varovanci DSO s kognitivnimi motnjami se težje prilagajajo novih razmeram. Ob tem je povečana poraba zdravil za nevropsihiatrične simptome, ki so postali pogostejši, kar je najverjetneje posledica pandemije, kar dodatno bremeni zaposlene v DSO. Zaposleni v DSO se soočajo z visoko smrtnostjo zaradi covid-19, strahom pred okužbo, občutki krivde in nemoči. Posledice epidemije predstavljajo dodatne dejavnike tveganja za duševno zdravje zaposlenih v DSO, ki so se že pred pojavom epidemije soočali s preobremenjenostjo, izgorelostjo in drugimi duševnimi težavami.

Zaključek: Medtem ko spremljamo in izvajamo ukrepe za zaščito varovancev, je potrebno izvajati ukrepe za zmanjševanje posledic v povezavi s pandemijo tudi pri zaposlenih v DSO.

1. UVOD

Pandemija covid-19 je močno prizadela socialno varstvene ustanove, še posebej domove starejših občanov (DSO), predvsem tiste, v katerih je prišlo do vdora SARS-CoV-2 in hitrega širjenja okužb. V več državah po svetu so DSO predstavljali epicentre okužb in bolezni. Življenje varovancev in delo zaposlenih se je močno spremenilo. V DSO so se vzpostavljale različne enote: zelena (brez okužb), rumena oziroma siva (s sumi na okužbo) ter rdeča covid-19 cona. Pri tem je prišlo do premeščanja varovancev in premeščanja kadra po različnih enotah. DSO so postali negovalne bolnišnice za starejše bolnike s covidom-19, v primerjavi z drugimi zdravstvenimi ustanovami je bil bolj opazen primanjkljaj osebne varovalne opreme (OVO) v prvem valu epidemije, poleg tega so se spreminjali protokoli glede preprečevanja okužb. Že pred pandemijo je bil kader v DSO kronično podhranjen, kar se je zaradi samoizolacij, karanten in bolezni zaposlenih še poslabšalo. Pomanjkanje osebja, primernih prostorov za nastanitev bolnikov s covidom-19, OVO, ustreznih strokovnih smernic za delo in nove okoliščine, s katerimi se še niso soočali, je vplivalo na duševno zdravje zaposlenih. Poleg tega se je pojavljala stigma, strah in kronični stres zaradi delovnih obremenitev in porasta hude oblike bolezni in smrti, kar predstavlja dejavnike tveganja za izgorelost, anksiozne motnje in post travmatski stresni sindrom (13). Pogosto imajo varovanci DSO številne kronične bolezni in kognitivni upad, ki je posledica Alzheimerjeve bolezni ali drugih oblik demence, zato je ta populacija toliko bolj ranljiva, prizadevanje za njihovo dobro počutje in skrb za ohranjanje zdravja v času veljave ukrepov za preprečevanje okužbe in širjenja okužbe s SARS-CoV-2 pa še težje (11). V Bergamu je samo v 20 dneh prvega vala umrlo 600 varovancev DSO med 6400 posteljnih kapacitet (16). Tretjina smrtnih primerov covid-19 v ZDA je povezanih z Alzheimerjevo boleznijo (11).

V prispevku obravnavamo različne vidike vpliva pandemije na zaposlene zdravstvene in socialne delavce, zaposlene v DSO; obe skupini sta v kontaktu tako z varovanci, kot s svojci. V prispevku smo izpostavili povečano breme zaposlenih pri obravnavi varovancev z demenco v času pandemije.

2. METODE

Prispevek smo pripravili v skladu z smernicami metodologije PRISMA (*angl.* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (10).

Literaturo smo iskali v podatkovni bazi PubMed, na podlagi kombinacije ključnih besed »nursing home«, »Covid-19«, »healthcare workers« in »nursing home«, »covid-19«, »social workers«. Skupno je bilo najdenih 242 prispevkov od tega je bilo dostopnih 165. Omejili smo se na objave od 1. 3. 2020 dalje in tako pregledali 159 naslovov in izvlečkov prispevkov.

Upoštevali smo sledeče kriterije izločanja:

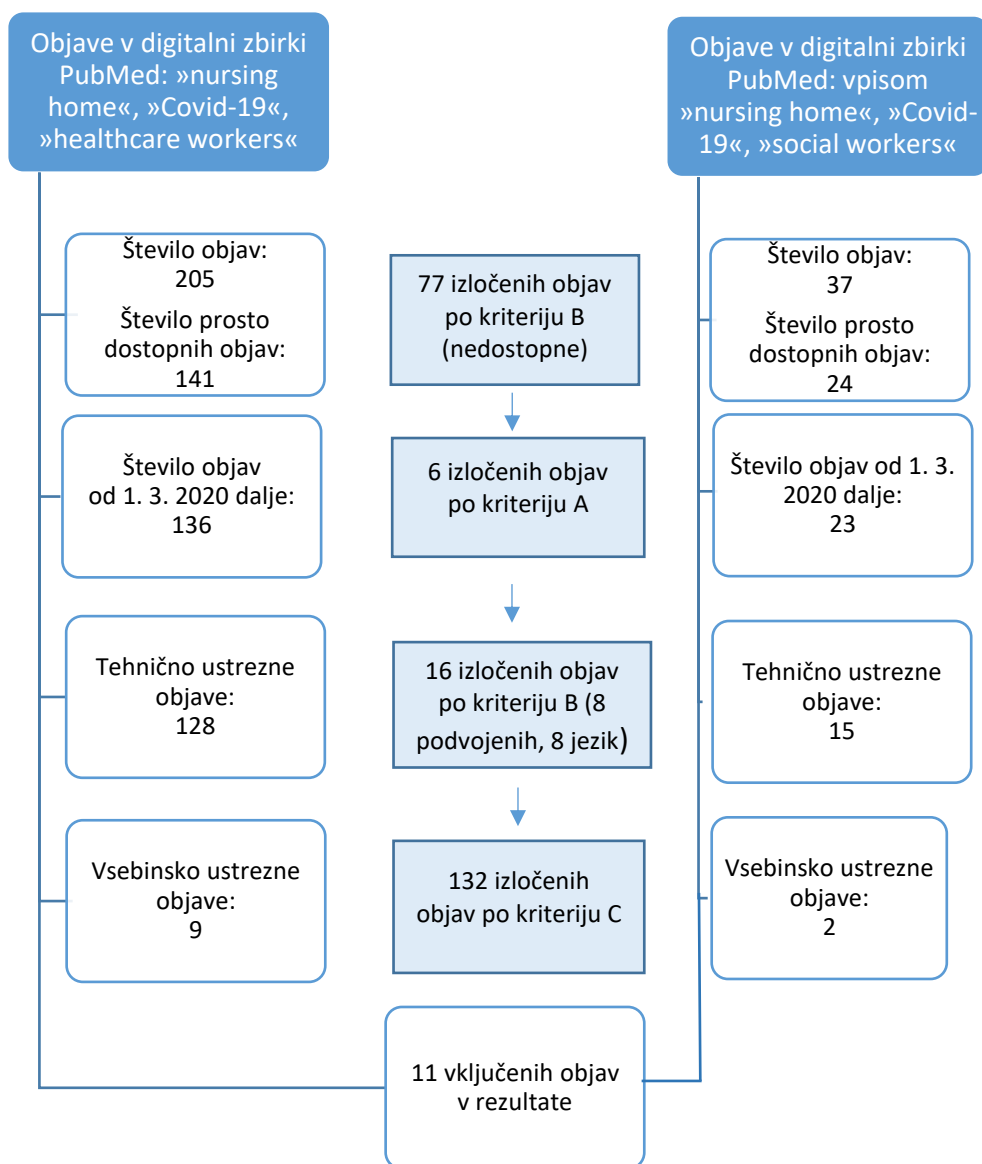
- A. Kronološki kriterij (omejili smo se na časovno obdobje od 1. 3. 2020 do 17. 5. 2021).
- B. Tehnični kriterij (objave, ki niso prosto dostopne, niso v angleškem jeziku ali so podvojene).
- C. Vsebinski kriterij (objave, ki so se nanašale zgolj na širjenje okužb, testiranje ali cepljenje, druge zdravstvene ustanove (in ne DSO) ter zaposlene v zdravstvu na splošno, na paliativno

nego, domačo oskrbo in domače negovalce, otroke, porod, predpisovanje zdravil, telemedicino in smernice ter objave v povezavi s preteklimi epidemijami).

Preostale objave smo še enkrat podrobneje pregledali in za prispevek relevantne vključili v rezultate prispevka. Devet prispevkov o raziskavah s področja vpliva pandemije na zaposlene v negovalnih ustanovah in DSO je zbranih v Tabeli 1.

3. REZULTATI

V bazi PubMed smo z vpisom ključnih besed »nursing home«, »Covid-19«, »healthcare workers« dobili 205 zadetkov, z vpisom »nursing home«, »covid-19«, »social workers« pa 37 zadetkov, od tega je bilo dostopnih zaporedoma 141 in 24 prispevkov. Ob upoštevanju kronološkega kriterija smo podrobneje pregledali 159 člankov. Izključili smo še 8 podvojenih objav in 8 objav v drugih tujih jezikih, kot je angleščina. Po pregledu naslovov in izvlečkov smo oblikovali vsebinske vključitvene in izključitvene kriterij. Shema izbire literature je prikazana na Sliki 1. Prikazuje število zadetkov v podatkovni bazi PubMed, število izločenih objav glede na izločitvene kriterije ter število ustreznih objav. V zadnjem koraku preverjanja vseh vsebinskih vključitvenih in izključitvenih kriterijev smo izbrali 11 prosto dostopnih člankov, ki smo jih pregledali in vključili v rezultate in glavne ugotovitve 9 raziskav smo podali v Tabeli 1.



Legenda:

- A. Kronološki kriterij (časovno obdobje od 1. 3. 2020 do 17. 5. 2021).
- B. Tehnični kriterij (objave, ki niso prosto dostopne, niso v angleškem jeziku ali so podvojene).
- C. Vsebinski kriterij (izključitev objav, ki so se nanašale zgolj na širjenje okužb, testiranje ali cepljenje, na druge zdravstvene ustanove (in ne DSO) ter zaposlene v zdravstvu na splošno, na paliativno nego, domačo oskrbo in domače negovalce, otroke in porod, predpisovanje zdravil, telemedicino in smernice ter objave v povezavi s preteklimi epidemijami).

Slika 1: Shematski prikaz izbire literature.

V številnih državah po svetu – od ZDA, Kanade (15) do držav centralne in vzhodne Evrope (8) – so bili DSO epicentri izbruha okužb z virusom SARS-CoV-2 (8, 15). Iz izsledkov več raziskav je razvidno, da varovanci in zaposleni v DSO skupno prispevajo tretjino vseh smrti zaradi covid-19 (19), od 19 do 72 % smrti, povezanih s covidom-19 je bilo med varovanci DSO (12). Po podatkih v ZDA je bilo oktobra 2020 322.000 potrjenih okužb med zaposlenimi v DSO in 1.100 smrti med njimi (18).

Raziskava v šestih DSO v Londonu je pokazala, da je bilo kljub ukrepom za preprečevanje okužb v obdobju od 10. do 13. aprila 21 % osebja pozitivnega na nov virus (53 od 254 oseb), od tega 23 % (12 oseb) asimptomatskih v času testiranja. Osebe, ki je bilo razporejeno na delo v različnih DSO, je bilo pogosteje v rednem kontaktu s covidom-19 v primerjavi z osebjem, ki je delo opravljalo v enem DSO (7). Po podatkih nacionalne raziskave med prebivalci v ZDA, se je med zaposlenimi v DSO kazalo višje tveganje za hud potek covid-19 v primerjavi z ostalimi prebivalci, med 552 osebami je bilo takih 50 %, 19,6 % pa jih je imelo potencialno povečano tveganje – med njimi se je pojavljala zmerna do huda astma, hipertenzija, nosečnost, kajenje in debelost (5).

Zaradi narave dela je telesni stik med varovanci in zaposlenimi v DSO nujen in povečuje možnost okužb na obeh straneh. Zaradi različnih oblik oviranosti varovanci DSO ne zmorejo pravilno in učinkovito izvajati vseh higienskih ukrepov. Po podatkih raziskave v ZDA je imelo med 43.510 varovanci DSO 65,5 % oseb demenco, 46,8 % hipertenzijo, 20,9 % pa posledice kapi in 20,6 % diabetes (15).

V DSO so od začetka epidemije (pandemije) izvajali popolno prepoved obiskov kot enega najbolj učinkovitih ukrepov za omejitev vnosa okužb v DSO. S tem se je zmanjševalo tveganje za okužbo pri varovancih in zaposlenih v DSO, hkrati pa je dlje časa trajajoča prepoved obiskov negativno vplivala na čustveno stanje vseh udeleženi skupin – svojcev, varovancev in zaposlenih. V DSO ni mogoče zagotoviti intenzivne nege ter prostorov za izolacijo tako kot v bolnišničnem okolju. V Italiji, ki spada med najbolj prizadete države prvega vala epidemije, so s pomočjo vprašalnika glede uvedenih ukrepov in prilagoditev na pandemijo ocenjevali 3292 DSO, odzvalo se jih je 1356 (41,3%). Izsledki kažejo, da so bili od 8. marca 2020 obiski, z izjemo obiskov pri umirajočih, prepovedani v vseh DSO (le v enem DSO te prepovedi ni bilo). Večina DSO je poročala o uvedbi alternativne poti komunikacije med svojci in varovanci (v 6 DSO tega niso izvajali). 68,8 % DSO se je posluževalo video in telefonskih klicev, 19,4 % video klicev in 6,5 % zgolj telefonskih klicev in e-pošte. Komunikacija in interakcija z zunanjim svetom je pravica varovancev. Socialna izolacija in osamljenost sta vzrok trpljenja pri starejši populaciji, zato je smiselno izvajati alternativne ukrepe za zmanjševanje posledic socialne izolacije. Avtorji raziskave zaključujejo, da je potrebno zagotavljati varne obiske družinskih članov za krepitev telesnega in duševnega zdravja ter posledičnega tveganja za depresijo, tesnobo, poslabšanje demence, ob tem je pomembno ohranjanje različnih telesnih in miselnih aktivnosti. Navkljub alternativnim rešitvam bodo varovanci DSO še vedno doživljali trenutke osamljenosti, kar telesno in čustveno bremeni tudi zaposlene (3).

Zaposleni v DSO so bili že pred pandemijo covid-19 preobremenjeni in kadrovsko podhranjeni. Glede na nove razmere se predvideva, da se bodo s podobnimi težavami soočili tudi v prihodnje, posledično pa bodo zaposleni doživljali višjo stopnjo izgorelosti. Poleg tega stres povzroča sama izpostavljenost okužbi (18). Širjenje okužb v DSO in ukrepi samoizolacije, karantene in obolevanje zaposlenih povzročajo dodatno pomanjkanje kadra. 16–18 % DSO v ZDA poroča o pomanjkanju medicinskih sester in negovalnega osebja v času pandemije. Pri približno 1 od 6 DSO primanjkuje kadra (19). V DSO, kjer se je pojavil covid-19, so se soočili tudi s pomanjkanjem OVO (5, 19) in prekomernimi delovnimi nalogami ter povečano smrtnostjo varovancev (12).

Izsledki ameriške raziskave kažejo, da se je od 152 sodelujočih v raziskavi, ki so bili zaposleni v DSO, tri četrtine oseb soočilo vsaj z enim primerom covid-19. Administrativni in vodstveni delavci, vključeni v raziskavo, poročajo o težavah pri naročanju OVO, težave pri sledenju navodilom, razporejanju kadra, komunikaciji s svojci in obvladovanju stroškov. Med sodelujočim negovalnim in

zdravstvenim osebjem v raziskavi je opazno povečano čustveno breme ob okužbah in posledicah covid-19 pri varovancih in prizadetosti njihovih družin, predvsem ob predhodnem dolgoletnem sodelovanju in čustveni navezanosti. Pri zaposlenih v DSO so bili opazni bolj intenzivni simptomi izgorelosti (18).

Izgorelost je odgovor posameznika, povezan z dlje trajajočim stresom. Negativno vpliva na zadovoljstvo pri delu, produktivnost in dobro počutje zaposlenega, posledično na pacienta. Je bolj izrazita pri zaposlenih v DSO kot v zdravstvenih institucijah. Zaposleni v DSO imajo velike obremenitve, večinoma opravljajo nego in varstvo starejših, še posebej pri starejših od 85 let s številnimi kroničnimi boleznimi. Zaradi nizkih plač je težavno zaposlovanje osebja. Po podatkih različnih raziskav od 30 do 50 % zdravstvenih delavcev v DSO doživi izgorelost. V Sloveniji in v drugih državah centralne in vzhodne Evrope so se DSO med epidemijo spremenili v negovalne bolnišnice za starejše bolnike s covidom-19. Izsledki anketiranih zaposlenih v DSO kažejo na jasno izražene sindrome izgorelosti ne glede na starost, spol in poklic. Pogosti so simptomi kronične utrujenosti, motnje spanja, pomanjkanje energije, čustveni odkloni (frustracije, razdražljivost, jeza, strah), kognitivni simptomi (duševna utrujenost, težave s sprejemanjem odločitev), vedenjski simptomi (negativizem, cinizem, razdražljivost, disforično razpoloženje). Dodatno čustveno breme za zaposlene v DSO je predstavljala nadomestna vloga »svojca« pri varovancih, ki so umirali sami zaradi prepovedi obiskov. Rezultati kažejo, da so zaposleni v DSO že leta 2013 trpeli za izgorelostjo, ne glede na spol in leta, ta pa se je v času pandemije še poglobila (8).

Zaposleni v zdravstvu imajo ne glede na delovno mesto v času krize povečano tveganje za psihološko stisko. Podatki spletne raziskave v Veliki Britaniji med 1194 zdravstvenimi in socialnimi delavci, zaposlenimi v bolnišnicah, DSO (29,6 %) ali drugi zdravstveni ustanovi, kažejo, da je bilo 56 % sodelujočih zmerno do zelo zaskrbljenih za okužbo, 77,6 % pa jih je bilo zmerno do zelo zaskrbljenih za okužbo drugih. 75,6 % jih je delalo v stiku s covidom-19, 17,7 % jih je covid-19 prebolelo, 12,9 % jih je imelo sum na covid-19. 30,2 % oseb je mnenja, da je podpora vodstva nezadostna. Pri 32,8 % se je povečala poraba alkohola, cigaret in drugih psihoaktivnih snovi, 36,5 % se jih je soočilo z zmerno do hudo stigmo, 57,9 % sodelujočih kaže simptome, značilne za post travmatski stresni sindrom. Med zaposlenimi zdravstvenimi in socialnimi delavci v prvi frontni liniji boja s pandemijo se pogosteje pojavljajo simptomi post travmatskega stresnega sindroma, opazna je povečana prisotnost depresije in tesnobe. V raziskavi izpostavljajo, da je za identificiranje dejavnikov tveganja pojava duševnih simptomov pomembna ocena razširjenosti le-teh (6).

Spletna raziskava duševnega zdravja zaposlenih v DSO na Poljskem je pokazala, da so na duševno zdravje tekom pandemije najbolj vplivali dejavniki: dostopnost OVO, dostopnost delovnih strokovnih smernic za obvladovanje okužb, kadrovska stiska in dostop do psihiatrične oziroma psihosocialne podpore. Dostop do OVO varuje telesno in duševno zdravje. Vzpostavitev delovnih strokovnih smernic v času krize zmanjšuje simptome tesnobe in nespečnosti. Z resnostjo duševnih simptomov je povezana stopnja kadrovske podhranjenosti. Dostopnost psihiatrične podpore omogoča boljše spopadanje s posledicami pandemije (12).

Psihosocialna podpora je pomembna v kaotičnih časih, ljudem pomaga pri graditvi naravne odpornosti na stresno situacijo – pomemben je dostop do informacij in čustvene podpore. Izvajanje psihosocialne podpore je bilo omejeno v času ukrepov preprečevanja širjenja virusa, poleg tega jo je potrebovalo vse več oseb, kar je oteževalo delo izvajalcem psihosocialne pomoči. Socialni delavci v zdravstvenih ustanovah (predvsem v DSO) so se morali prilagoditi na nove razmere in nove načine

povezovanja z varovanci in njihovimi svojci. Zaradi pomanjkanja OVO in nezadostnega znanja o varni uporabi le-te socialni delavci niso mogli vstopati v varne interakcije z varovanci. Z njimi so bili večinoma v kontaktu preko telefona, e-pošte ali preko prenašanja informacij s pomočjo negovalnega osebja. Socialni delavci so povezovalni člen med ustanovo in družinami varovancev. Izvajanje psihosocialne podpore v času, ko so varovanci, družina in zaposleni pod kroničnim stresom, zahteva ustrezne veščine in kompetence. Svojci se pogosteje počutijo nemočne, doživljajo občutke jeze in tesnobe, socialni delavci lahko predstavljajo vir za čustveno razbremenitev, sam pogovor pa zmanjšuje tesnobo svojcev, poleg tega razbremeni negovalno osebje. Zagotavljanje psihosocialne podpore je bilo že pred krizo covid-19 oteženo zaradi kadrovske podhranjenosti strokovnih delavcev, tekom nje pa je bila ta še bolj izrazita v tistih DSO, kjer je bilo veliko okužb in posledično smrti (2). Raziskava o pripravljenosti socialnih delavcev na pandemijo je pokazala, da tretjina ni bila pripravljena nanjo. Vprašanih je bilo 63 socialnih delavcev, večina je bilo žensk (98,4 %). 31,7 % se jih je čutilo nepripravljene, 23,8 % pa dobro pripravljene na pandemijo. Kot najpomembnejši dejavnik za uspešno delovanje med pandemijo se je pri 36,5 % izkazala medsebojna profesionalna podpora (pogovor s sodelavcem). Na individualni ravni socialni delavci poročajo o stresu, tesnobi, duševni izčrpanosti ob novih stresorjih, kot so izpostavljanje okužbi, dolgem delavniku, soočanje z novimi stiskami varovancev, kot je izolacija od družin ter povečani smrtnosti. Na organizacijski ravni pa poročajo o pomanjkljivem vodenju in navodilih ter pomanjkanju OVO v začetkih epidemije (9). Podobne izsledke o izzivih v prvem valu epidemije lahko povzamemo po telefonski in spletni raziskavi v ZDA med administrativnimi delavci, zaposlenimi v DSO (223 zaposlenih), ki kot najbolj pogosto težavo navajajo pomanjkanje kadra (52 %), 46 % izvajanje covid-19 protokola, 42 % pomanjkanje OVO, 30 % pa težave s testiranjem. Kot največji izziv tudi v prihodnje izpostavljajo razporejanje kadra ter dobavo in zaloge OVO (14).

Tabela 1: Pregled prispevkov o vplivu pandemije covid-19 na zaposlene v DSO.

Vzorec preiskovancev	Država	Obdobje	Ugotovitve	Vir
254 zaposlenih	Velika Britanija (London)	10–13 April 2020	21 % osebja pozitivnega na nov virus v tem obdobju. Osebje, ki dela v različnih DSO, je pogosteje v rednem kontaktu s covidom-19 in ima povečano tveganje za okužbo v primerjavi z osebjem, ki dela v enem DSO.	7
552 zaposlenih	ZDA	Podatki iz leta 2017–2018	50 % zaposlenih v DSO ima povečano tveganje za hud potek covid-19, 19,6 % jih ima potencialno povečano tveganje za hud potek covid-19 v primerjavi s splošno populacijo.	5
1356 DSO	Italija	Obdobje po 8. marcu 2020	V vseh (z izjemo enega) DSO prepoved obiskov. Osamljenost med varovanci predstavlja večje breme za zaposlene.	3
152 zaposlenih v DSO	ZDA	11. maj–4. junij 2020	Izkušnje: pomanjkanje OVO, kadra, navodil, težave pri komunikaciji s svojci, povečana izgorelost.	18
Zaposleni v DSO	Slovenija	Pomlad 2013 in pomlad 2020	V letu 2020 je nižja stopnja zadovoljstva z delom, v primerjavi z letom 2013, ne glede na starost, leta in delovno mesto ter višja stopnja izgorelosti.	8
1194 zdravstvenih in socialnih delavcev (vse zdravstvene)	Velika Britanija	27. maj–23. julij 2020	Med zaposlenimi zdravstvenimi in socialnimi delavci v prvi frontni liniji boja s pandemijo se pojavljajo simptomi post travmatskega stresnega sindroma, več depresije in	6

ustanove)			anksioznih motenj.	
230 zaposlenih v DSO (vsa delovna mesta)	Poljska	25. maj–25. junij 2020	Na duševno zdravje tekom pandemije so najbolj vplivali dejavniki: dostopnost OVO, dostopnost delovnih smernic za obvladovanje okužb, kadrovska stiska in dostop do psihiatrične oziroma psihosocialne podpore.	12
223 administrativnih delavcev	ZDA	22. julij–11. september 2020	Največji izzivi: 52 % pomanjkanje kadra, 46 % izvajanje covid-19 protokola, 41% pomanjkanje OVO, 30 % težave pri testiranju, 63 % jih napoveduje, da bo v prihodnje kadrovanje največji izziv, 45 % enako za zaloge.	14
63 socialnih delavcev v DSO	ZDA	28. april–12. maj 2020	Tretjina vprašanih je bila nepripravljenih na pandemijo. Socialni delavci poročajo o stresu, tesnobi, duševni izčrpanosti ob novih stresorjih, pomanjkljivem vodenju in navodilih ter pomanjkanju OVO.	9

4. RAZPRAVA

Zaposlenim v bolnišnicah je bilo tekom pandemije namenjeno veliko medijske pozornosti, kjer so bili upravičeno izpostavljeni kot »junaki«, hkrati pa se je o DSO poročalo zgolj o izbruhih okužb ter vplivih ukrepov na varovance, pozabljalo pa na osebe, ki zanje skrbi (13).

DSO so rizična območja za širjenje virusa, saj so prebivalci starejše osebe s pogostimi sočasnimi boleznimi, za kar so najbolj ranljiva skupina z vidika okužbe. V ZDA varovanci DSO predstavljajo 27 %, v Evropi 50 % in v Kanadi 88 % vseh smrti zaradi covid-19 (1).

Prebivalci DSO so se že pred pandemijo soočali z osamljenostjo, ta pa se je ob ukrepih za preprečevanje vnosa in širjenja okužb v DSO, skupaj s stopnjo tesnobe in depresije, še povečala. Tehnološke rešitve (video klici ipd.) pogosto niso uspešne zaradi slabe digitalne pismenosti, kognitivne motnje ali drugih težav. Prav tako doživljajo stisko zaradi ne-možnosti izbire ali bodo sledili vsem ukrepom, imajo omejen dostop do informacij (17) in občutijo strah pred smrtjo v izolaciji. Še posebno ranljiva skupina so osebe z demenco, takih je v svetu več kot 50 milijonov prebivalcev (17), po ocenah je prisotna pri dveh tretjinah varovancev DSO. Tekom pandemije je opazna povečana poraba zdravil za nevropsihiatrične simptome (1). Varovanci, okuženi s covidom-19, so premeščeni v druge oddelke, sprememba okolja pa osebo z demenco dodatno spravlja v stisko. Navedeno otežuje demenco in poveča trpljenje bolnikov. Pri starejših se pogosto pojavljajo stanja, kot so hipertenzija, diabetes in srčne bolezni, ki povečujejo tveganje za »citokinsko nevihto« ob okužbi s SARS-CoV-2 (11). Ker se Alzheimerjeva bolezen kaže kot motnje spomina, krajevna in časovna dezorientacija ob okrnjenih drugih višjih živčnih funkcijah, je razumevanje in prilagajanje novim razmeram za te bolnike mnogo težje. T. i. »lockdown« ima pomemben vpliv na nevropsihiatrične simptome pri bolnikih z demenco (11), poleg tega se lahko pojavi delirij ali drugi nevropsihiatrični zapleti, povezani s okužbo ali hipoksijo (4). 50 % bolnikov z Alzheimerjevo boleznijo se v času te bolezni sooča z različnimi stopnjami depresije. Po podatkih raziskav se s hudo obliko depresije sooča med 20 in 30 % bolnikov, 25–71 % bolnikov pa s tesnobo. Depresija in tesnoba sta poleg izgube spomina nevropsihiatrična simptoma z največjo prevalenco med bolniki z Alzheimerjevo boleznijo. Avtorji raziskave, ki so proučevali 58 bolnikov z blago obliko Alzheimerjeve bolezni, so potrdili porast depresije in anksioznih motenj med varovanci DSO z Alzheimerjevo

boleznijo (4). Pojavlja se povečana potreba po podpori osebam z demenco (ker ta napreduje), kar ima negativen vpliv na zaposlene (11, 4). Pojavlja se več simptomov delirija in odklonov vedenj, odklanjanje hrane, apatičnost in drugo (16). Zaradi zaskrbljenosti za dobro počutje varovancev, preobremenjenosti v kombinaciji s strahom pred okužbo, se pri zaposlenih stopnjuje stopnja tesnobe, izčrpanosti in izgorelosti (17, 1). Potrebne so tudi nove prilagoditve, kot so uporaba OVO, ki v preteklosti v DSO ni bila v pogosti uporabi, ter podaljševanje delavnika, kar povzroča dodaten stres (1). Po poročanju DSO v Italiji so zdravniki doživljali občutke krivde, da niso pravočasno izolirali okuženih, zato je prišlo do prenosa virusa, nezmožnosti dobre klinične napovedi zaradi nepredvidljivosti bolezni, poleg tega so bili priča zbolevanju in smrti kolegov, ki so se okužili kljub vsem previdnostnim ukrepom. Soočanje s povečano umrljivostjo varovancev je čustveno naporno, saj gre za dolgotrajne odnose med zaposlenim in varovancem ter pogosto čustveno navezanostjo (16).

Med omejitvami raziskave izstopata, kratko časovno obdobje in novo nastala problematika, kar narekuje potrebo po preučevanju tega področja v daljšem časovnem obdobju.

5. ZAKLJUČEK

Na podlagi izsledkov raziskav lahko povzamemo, da so zaposleni v DSO že pred pandemijo bili soočeni s pomanjkanjem kadra, čustveno napornim delom in izgorelostjo, med pandemijo se je problematika stopnjevala. Napovedi o poslabšanju duševnega in kognitivnega stanja varovancev zaradi pandemije se odražajo s povečanim bremenom zaposlenih v DSO. V okviru javnozdravstvenih ukrepov je potrebno sprejeti take ukrepe za zaščito zaposlenih, ki so usmerjeni tudi v preprečevanja opustitve opravljanja tega poklica.

Literatura

1. Ayalon L, Zisberg A, Cohn-Schwartz E, Cohen-Mansfield J, Perel-Levin S, Bar-Asher Siegal E. Long-term care settings in the times of COVID-19: challenges and future directions. *Int Psychogeriatr.* 2020; 32(10): 1239–43. doi:10.1017/S1041610220001416.
2. Bern-Klug M, Beaulieu E. COVID-19 Highlights the Need for Trained Social Workers in Nursing Homes. *J Am Med Dir Assoc.* 2020; 21(7): 970–2. doi: 10.1016/j.jamda.2020.05.049.
3. Bolcato M, Trabucco Aurilio M, Di Mizio G, Piccioni A, Feola A, Bonsignore A, Tettamanti C, Ciliberti R, Rodriguez D, Aprile A. The Difficult Balance between Ensuring the Right of Nursing Home Residents to Communication and Their Safety. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(5): 2484. doi: 10.3390/ijerph18052484.
4. El Haj M, Altintas E, Chapelet G, Kapogiannis D, Gallouj K. High depression and anxiety in people with Alzheimer's disease living in retirement homes during the covid-19 crisis. *Psychiatry Res.* 2020; 291: 113294. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113294.
5. Greene J, Gibson DM. Workers at long-term care facilities and their risk for severe COVID-19 illness. *Prev Med.* 2021; 143: 106328. doi:10.1016/j.ypmed.2020.106328.
6. Greene T, Harju-Seppänen J, Adeniji M, et al. Predictors and rates of PTSD, depression and anxiety in UK frontline health and social care workers during COVID-19. *Eur J Psychotraumatol.* 2021; 12(1): 1882781. doi:10.1080/20008198.2021.1882781.

7. Ladhani SN, Chow JY, Janarthanan R, et al. Increased risk of SARS-CoV-2 infection in staff working across different care homes: enhanced CoVID-19 outbreak investigations in London care Homes. *J Infect.* 2020; 81(4): 621–4. doi:10.1016/j.jinf.2020.07.027.
8. Leskovic L, Erjavec K, Leskovic R, Vukovič G. Burnout and job satisfaction of healthcare workers in Slovenian nursing homes in rural areas during the COVID-19 pandemic. *Ann Agric Environ Med.* 2020; 27(4): 664–71.
9. Miller VJ, Fields NL, Anderson KA, Kusmaul N, Maxwell C. Nursing Home Social Workers Perceptions of Preparedness and Coping for COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2021; 76(4): e219–e224. doi: 10.1093/geronb/gbaa143.
10. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021; 372: n160. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>.
11. Ryoo N, Pyun JM, Baek MJ, et al. Coping with Dementia in the Middle of the COVID-19 Pandemic. *J Korean Med Sci.* 2020; 35(42): e383.
12. Senczyszyn A, Lion KM, Szcześniak D, et al. Mental Health Impact of SARS-COV-2 Pandemic on Long-Term Care Facility Personnel in Poland. *J Am Med Dir Assoc.* 2020; 21(11): 1576–7. doi:10.1016/j.jamda.2020.09.020.
13. Seshadri S, Concannon C, Woods JA, McCullough KM, Dumyati GK. "It's like fighting a war with rocks": Nursing home healthcare workers' experiences during the COVID-19 pandemic [published online ahead of print, 2020 Aug 5]. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2020; 1–2. doi:10.1017/ice.2020.393.
14. SteelFisher GK, Epstein AM, Grabowski DC, Joynt Maddox KE, Orav EJ, Barnett ML. Persistent challenges of COVID-19 in skilled nursing facilities: The administrator perspective. *J Am Geriatr Soc.* 2021; 69(4): 875–8. doi:10.1111/jgs.17062.
15. Thompson DC, Barbu MG, Beiu C, et al. The Impact of COVID-19 Pandemic on Long-Term Care Facilities Worldwide: An Overview on International Issues. *Biomed Res Int.* 2020; 2020: 8870249. Published 2020 Nov 4.
16. Trabucchi M, De Leo D. Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(5): 387–8.
17. Wang H, Li T, Barbarino P, et al. Dementia care during COVID-19. *Lancet.* 2020; 395(10231): 1190–1.
18. White EM, Wetle TF, Reddy A, Baier RR. Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID-19 Pandemic [published correction appears in *J Am Med Dir Assoc.* 2021 May; 22(5): 1123]. *J Am Med Dir Assoc.* 2021; 22(1): 199–203.
19. Xu H, Intrator O, Bowlblis JR. Shortages of Staff in Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic: What are the Driving Factors?. *J Am Med Dir Assoc.* 2020; 21(10): 1371–7.



PANDEMIJA COVIDA-19 IN DUŠEVNO ZDRAVJE STAREJŠIH ODRASLIH

Barbara Lovrečič¹, Nina Mavrič² in Mercedes Lovrečič³

¹ Primarijka, asistentka, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka socialne medicine, specialistka javnega zdravja, svetnica;

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva ulica 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: barbara.lovrecic@nijz.si.

² Magistra sanitarnega inženirstva

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: nina.mavric@nijz.si.

³ Primarijka, docentka predmet Psihijatrija, docentka predmet Javno zdravje, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka psihiatrije, svetnica;

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana in

Zdravstveni dom Izola, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola

E-naslov: mercedes.lovrecic@nijz.si.

Povzetek

Uvod: Število okužb s covidom-19 od prvega pojava v Wuhanu na Kitajskem še vedno narašča. Pandemija covid-19 in ukrepi v zvezi z njo so posegli v vsakdanje življenje posameznika in negativno vplivajo na duševno zdravje prebivalcev, še posebej starejših.

Metode: S pregledom podatkovnih zbirk Google Scholar, PubMed, ScienceDirect in Scopus smo proučili vpliv pandemije covid-19 na duševno zdravje starejših odraslih v Evropskih državah na osnovi pregleda literature po metodologiji PRISMA.

Rezultati: Različne države poročajo o slabšanju duševnega zdravja starejših odraslih, povečujejo se osamljenost, stres, simptomi depresije in tesnobe.

Razprava: O slabšanju duševnega zdravja starejših odraslih poroča več držav v svetu. Za preprečevanje poslabšanja duševnega zdravja pri starejših prebivalcih je potrebno zagotavljati razumljive, zadostne in dostopne informacije glede pandemije, ustrezno dostopnost do zdravstvenega varstva, še posebej na področju duševnega zdravja, preprečevati in zmanjševati občutke osamljenosti in zagotavljati socialno mrežo na alternativne in varne načine, ob ohranjanju zdravega življenjskega stila in telesni aktivnosti, ki je prilagojena potrebam starejših.

Zaključek: Osamljenost predstavlja dejavnik tveganja za slabše duševno zdravje pri starejših. Na voljo imamo javnozdravstvene ukrepe, ki lahko negativen vpliv pandemije na duševno zdravje zmanjšajo.

Ključne besede: duševno zdravje starejših, pandemija covid-19, osamljenost, stres, tesnoba, depresivni simptomi

1. UVOD

Koronavirusna bolezen 2019 (covid-19), ki jo povzroča virus SARS-CoV-2, se od prve okužbe v mestu Wuhan na Kitajskem v decembru 2019 še vedno širi po celem svetu in povzroča neprimerljivo krizo javnega zdravja. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je 11. 3. 2020 razglasila pandemijo nalezljive bolezni z največjim tveganjem (50, 48). Do vključno 19. 5. 2021 je bilo v svetu 163.869.893 potrjenih primerov (51). Prvi primer okužbe s covidom-19 smo v Sloveniji potrdili 4. 3. 2020 (32), do vključno 18. 5. 2021 pa je bilo potrjenih 250.453 primerov okužbe s covidom-19 (24). Med najbolj ranljivimi in prizadetimi skupinami za slabši potek bolezni in višjo smrtnost so starejši odrasli (49).

Z namenom preprečevanja in zmanjševanja širjenja okužb s SARS-CoV-2 in bolezni covid-19 ter za zaščito ranljivih skupin prebivalstva so številne države sprejele različne splošne preventivne ukrepe in priporočila, kot so higieniški ukrepi (skrb za higieno rok in kašlja), vzdrževanje medosebne razdalje, nošenje zaščitnih mask, zadrževanje doma, vse do prepovedi gibanja in popolnega zaprtja države ("lockdown") (25, 49). Pandemija in odziv družbe na pandemijo pripomoreta k številnim posledicam na duševnem zdravju pri starejših odraslih, ki so zaradi uvedbe ukrepov za zajezitev širjenja okužb s SARS-CoV-2 prikrajšani medosebnega stika s svojci in prijatelji ter drugimi osebami. Starejši odrasli so zato pogosto osamljeni, kar lahko poveča tveganje za pojav simptomov anksioznosti oz. tesnobe, depresije ter splošno poslabšanje duševnega zdravja.

V prispevku predstavljamo spremembe duševnega zdravja pri starejših odraslih v evropskih državah, kot so povečevanje osamljenosti, tesnobe in depresije, ki so posledica pandemije in ukrepov za preprečevanja širjenja okužb s SARS-CoV-2.

2. METODE

Izvedli smo sistematični pregled literature v skladu z metodologijo PRISMA (*angl.* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (27). Prispevke smo iskali v aprilu 2021 v štirih podatkovnih bazah: Google Scholar (9), PubMed (28), ScienceDirect (37) in Scopus (38) z uporabo ključnih besed: »COVID-19«, »mental health«, »elderly population«, »Europe«. Omejili smo se na prispevke, ki so bili objavljeni v angleškem jeziku in v obdobju od 1. decembra 2020 do 1. aprila 2021. Pri identificiranih člankih smo pregledali naslove in izvlečke. Upoštevali smo naslednje izključitvene kriterije:

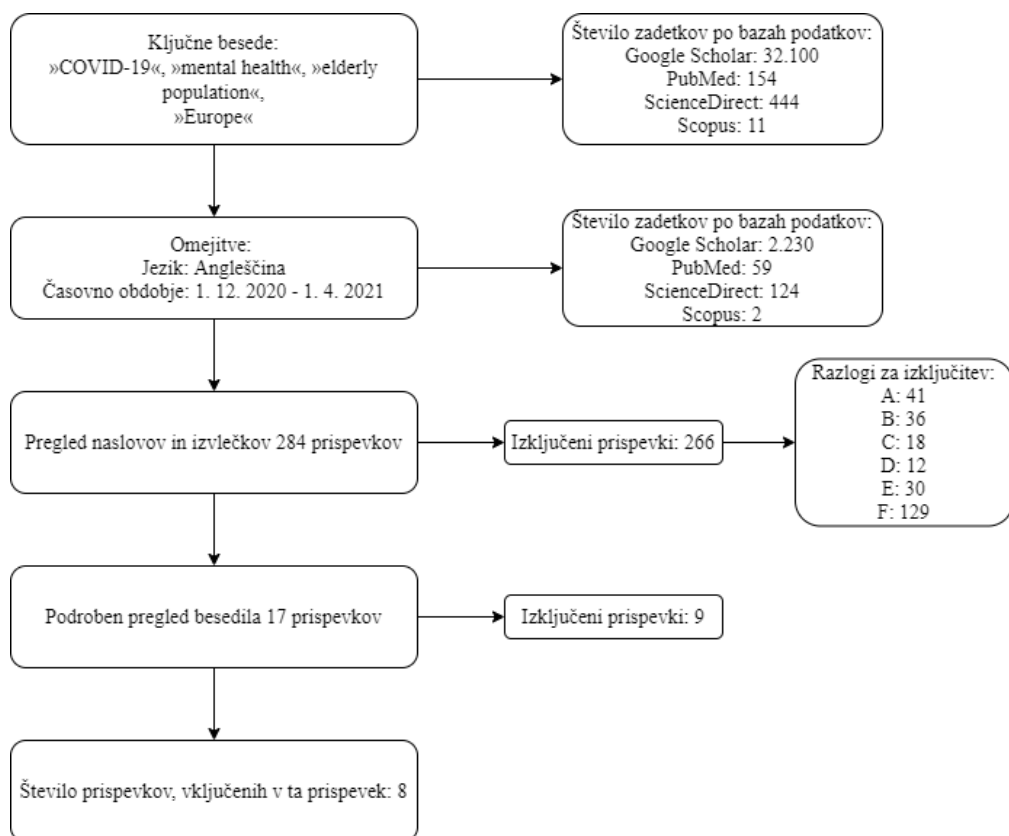
- A. povezava z raznimi boleznimi npr. rak, diabetes, demenca, srčno-žilne bolezni ipd. in stanji npr. nosečnost,
- B. nanašanje na druge starostne skupine npr. otroci, študenti, zaposleni ipd.,
- C. nanašanje na države izven Evropskega območja,
- D. nedostopnost članka,
- E. podvojenost članka,
- F. drugi razlogi (npr. cepljenje, nošenje mask, šport, prehrana, spolnost, vzgoja otrok ipd.).

Članke, ki smo jih označili kot ustrezne, smo podrobno pregledali in izbrane vključili v prispevek. Pregled literature smo dopolnili s pregledom navedenih virov v izbranih prispevkih. Druge oblike prispevkov smo navedli, ko je bilo to primerno.

3. REZULTATI

V vseh bazah podatkov smo z vpisom izbranih ključnih besed dobili 32.709 zadetkov. Po upoštevanju izključitvenih kriterijev (časovno obdobje objave članka, angleški jezik) smo v vseh štirih podatkovnih bazah dobili 2415 zadetkov znanstvenih prispevkov, objavljenih od 1. decembra 2020 do 1. aprila 2021. Po upoštevanju preostalih izključitvenih kriterijev smo identificirali 284 prispevkov. Po pregledu naslovov in izvlečkov smo izbrali 17 prispevkov in po preučitvi slednjih izbrali 8 znanstvenih člankov za vključitev v rezultate. Med pregledanimi prispevki se ni noben navezoval na vpliv pandemije covid-19 na duševno zdravje starejših odraslih na območje celotne Evrope. Identificirani znanstveni članki so preučevali prebivalce v posameznih državah na območju Evrope. Avtorji prispevkov so podatke pridobili s telefonskim ali spletnim anketiranjem celotne populacije kot tudi zgolj starejše populacije.

Celoten potek pregleda literature je shematsko prikazan na Sliki 1. Slika 1 prikazuje tudi število zadetkov po posameznih podatkovnih zbirkah glede na izbrane kriterije in število izločenih prispevkov zaradi posameznega razloga.



Razlogi za izključitev:

- A. povezava z različnimi boleznimi npr. rak, diabetes, demenca, srčno-žilne bolezni, ipd. in stanja npr. nosečnost,
- B. nanašanje na druge starostne skupine npr. otroci, študenti, zaposleni ipd.,
- C. nanašanje na države izven Evropskega območja,
- D. nedostopnost članka,
- E. podvojenost članka,
- F. drugi razlogi (npr. cepljenje, nošenje mask, šport, prehrana, spolnost, vzgoja otrok ipd.).

Slika 1: Shematski prikaz pregleda literature.

Tabela 1: Predstavitev primerjave rezultatov preučevanja vpliva pandemije in ukrepov za preprečevanje širjenja okužb s SARS-CoV-2 na duševno zdravje starejših odraslih v Evropi, po državah, populaciji vključeni v raziskavo, številu preiskovancev in starosti, obliki raziskave, metodi zbiranja podatkov, spremembi duševnega zdravja in viru.

Država	Populacija, vključena v študijo	Število preiskovancev (starost)	Oblika raziskave	Metoda zbiranja podatkov	Spremembe duševnega zdravja	Vir
Francija	Splošna odrasla populacija	914 (60–69 let) in 964 (≥ 70 let)	Longitudinalna študija	Spletni vprašalniki med marcem in majem 2020, primerjava z odgovori, podanimi 4 in 8 let pred raziskavo	<u>60–69 let:</u> 33,4 % poslabšanje duševnega zdravja; 10,3 % simptomi depresije; 9,5 % simptomi tesnobe. <u>Starejši od 70 let:</u> 41,5 % poslabšanje duševnega zdravja; 17,4 % simptomi depresije; 15,2 % simptomi tesnobe.	30
Poljska	Splošna odrasla populacija	247 (≥ 60 let)	Longitudinalna študija	Spletni vprašalniki	60–85 let: najvišja stopnja negotovosti in strahu zaradi pandemije	7
Anglija	Splošna odrasla populacija	10.943 (≥ 60 let)	Longitudinalna opazovalna študija	Primerjava stopenj osamljenosti pred in po epidemiji	V prvem tednu pandemije covid-19: 9,6 % zmerna do huda tesnoba; 13,3 % zmerna do huda depresije. V naslednjih 20 tednih sta stopnji tesnobe in depresije upadli, a v manjšem deležu v primerjavi z mlajšimi osebami.	5
Avstrija	Osebe, stare ≥ 60 let	557 (≥ 60 let)	Longitudinalna študija	3 faze zbiranja podatkov: primerjava osamljenosti pred in po epidemiji (SHARE 2013-17); ocena presečne korelacije ukrepov za preprečevanje širjenja SARS-CoV-2 in osamljenostjo ter longitudinalna analiza tedenskih sprememb osamljenosti med marcem in junijem 2020 – spletni in telefonski vprašalniki	V letu 2017: 93 % nikoli ali skoraj nikoli osamljeni, 6 % včasih in 1 % pogosto. V letu 2020 (maj): 62 % nikoli ali skoraj nikoli osamljeni, 29 % včasih in 9 % pogosto. Bolj osamljene tiste osebe, ki so jih ukrepi za preprečevanje širjenja okužb SARS-CoV-2 najbolj prizadeli.	41

Nizozemska	Osebe, stare ≥ 65 let	1.067 (≥ 65 let)	Longitudinalna študija	Spletni vprašalniki v oktobru in novembru 2019 in maju 2020	Višje ravni osamljenosti med pandemijo pri starejših od 65 let: 34 % je pogrešalo socialne stike: Imeli so manj stikov s svojci; Poslabšalo se je duševno zdravje zaradi skrbi glede osebnih in družbenih posledic pandemije, prepovedi gibanja, neupoštevanja vladnih ukrepov s strani posameznikov in izgube zaupanja v odgovorne institucije. Nekateri niso bili deležni pomoči, ko so jo potrebovali.	43
Srbija	Splošna odrasla populacija	151 (18–88 let in 56–86 let)	Presečna študija, 23. marec–25. april 2020	Metoda vzorčenja "snežne kepe" s spletnim vprašalnikom	Višje prevalence depresivnih, tesnobnih simptomov in simptomov stresa v primerjavi z drugimi avtorji. Nižje stopnje tesnobe in stresa pri starejših od 56 let v primerjavi s študentsko populacijo.	45
Švedska	Starejša odrasla populacija	5.913 (Rojeni med 1949 in 1955)	Longitudinalna študija	Primerjava rezultatov iz leta 2015 (21) in odgovori spletne ankete, zbrane med marcem in aprilom 2020	Ni sprememb glede počutja, zadovoljstva z življenjem in osamljenosti med letoma 2015 in 2020.	17
	Starejša odrasla populacija	1.854 (≥ 69 let)	Presečna študija	Spletni vprašalnik namenjen ciljni populaciji, odgovori zbrani med 12. 4. in 15. 5. 2020	Ni sprememb glede samoocene dobrega počutja in zdravja, več skrbi glede zdravstvenega stanja zaradi pandemije covid-19 ter skrbi za svojece zaradi pandemije covid-19.	10

V vseh primerih so avtorji poročali o poslabšanju duševnega zdravja med starejšimi prebivalci v povezavi s pandemijo covid-19 in ukrepi za preprečevanje širjenja okužb s SARS-CoV-2 (5, 7, 30, 34, 41, 43), razen v primeru Švedske, kjer avtorji niso ugotavljali sprememb glede počutja, zadovoljstva z življenjem in osamljenosti, so pa ugotovili višjo stopnjo zaskrbljenosti zaradi zdravstvenega stanja in skrbi za svojce (10, 17).

Francoski avtorji so poročali o poslabšanju duševnega zdravja, o povečani pojavnosti simptomov depresije in tesnobe med pandemijo covid-19 v primerjavi z obdobjem pred pandemijo, deleži so bili višji pri starejših v primerjavi z mlajšimi osebami in pri ženskah v primerjavi z moškimi (30).

Poljska raziskava je poročala o manjši ravni simptomov depresije ter tesnobe med starejšimi med pandemijo covid-19. Najstarejša skupina oseb (60–85 let) je občutila največ negotovosti in strahu zaradi pandemije, kljub temu je bila med obravnavanimi najmanj tesnobna in depresivna. Ocenjujejo, da sta bila negotovost in stres v tej skupini ljudi posledica grožnje, ki jo okužba s covidom-19 prinese osebam v tej starostni skupini (7).

V angleški raziskavi so pri starejših od 60 let v prvem tednu pandemije covid-19 ugotavljali pri slabi desetini oseb zmerno do hudo obliko tesnobe in več kot desetini oseb zmerno do hudo obliko depresije. V naslednjih 20 tednih je raven tesnobe in depresivnih simptomov upadala, a v manjši meri v primerjavi z mlajšo populacijo (5).

V Avstriji je bil delež prebivalcev, starejših od 60 let, ki so se počutili osamljene med pandemijo, bistveno višji v primerjavi z obdobjem pred pandemijo, za tretjino je upadel delež tistih, ki se niso nikoli ali skoraj nikoli počutili osamljene. V raziskavi so izpostavili, da so bolj osamljene tiste osebe, ki so jih ukrepi za preprečevanje širjenja okužb s covidom-19 najbolj prizadeli (41).

Na Nizozemskem so poročali o višjih stopnjah osamljenosti med pandemijo covid-19 pri osebah, starejših od 65 let. Tretjina anketiranih je pogrešala stike z ljudmi, manj pogosti so bili stiki s svojci, višje so bile stopnje zaskrbljenosti zaradi pandemije in težav zaradi ovir pri zagotavljanju zdravstvenega varstva (43).

Avtorji raziskave, izvedene v Srbiji, so poročali o visoki prevalenci depresivnih simptomov (42,0 %), simptomov tesnobe (44,5 %) in simptomov stresa (65,0 %) pri preiskovancih, deleži so bili višji v primerjavi z izsledki raziskav drugih avtorjev. Pri starejših od 56 let, v primerjavi s študentsko populacijo, so ugotavljali nižje stopnje tesnobe in stresa (45).

V švedski raziskavi prebivalci, rojeni med letoma 1949 in 1955, niso navajali sprememb glede počutja, zadovoljstva z življenjem in osamljenosti med osebami, v primerjavi z obdobjem pred pandemijo (17). Švedski prebivalci, starejši od 69 let, niso navajali sprememb glede samoocene dobrega počutja in zdravja, bili pa so bolj zaskrbljeni za zdravstveno stanje ter svojce zaradi pandemije covid-19 (10).

4. RAZPRAVA

4.1. Vpliv pandemije na duševno zdravje

Poslabšanje duševnega zdravja med epidemijami v preteklosti je znano (19). V Franciji so ugotavljali 39 % prevalenco tesnobe med influenco (35). 48 % celotne populacije v Sierr Leone v Afriki je navajalo simptome tesnobe in depresije eno leto po izbruhu ebole (14). Med epidemijo SARS leta 2003 v Hong Kongu na Kitajskem je 31,2 % oseb poročalo o pojavu simptomov depresije (11), zvišala se je stopnja samomorilnosti pri starejših od 65 let, zlasti med ženskami (2). V ZDA so poročali o povečani stopnji samomorilnosti med prvim valom influence leta 1918 (47), v Združenem Kraljestvu, na Irskem in v Parizu pa med t. i. Rusko epidemijo (40).

Nekateri avtorji navajajo, da se je med pandemijo covid-19 duševno zdravje, vključno z depresijo in tesnobo, v večji meri poslabšalo pri mlajših generacijah (5, 7, 26, 30, 45). Poslabšanje duševnega zdravja kot posledica "lockdown-a" se pojavlja pri vseh starostnih skupinah in vključuje povečane ravni tesnobe in depresije ter slabšo kakovost spanja (39).

O poslabšanju duševnega zdravja poroča mnogo starejših odraslih. Prevalenca tesnobe in depresije med starejšimi odraslimi se med posameznimi raziskavami spreminja. Simptome tesnobe navaja med 9,6 (5) in 17,4 % (30) preiskovancev, simptome depresije med 9,5 (30) in 13,3 % (5) starejših odraslih na območju Evrope. Med pandemijo covid-19 se je prevalenca pogoste osamljenosti zvišala za 8 %, prevalenca zmerne osamljenosti pa za 23 % na področju Avstrije (41). Na področju ZDA osamljenost navaja 54 % vprašanih starejših odraslih oseb (18).

Pri predhodnih epidemijah avtorji navajajo višje ravni tesnobe in depresije v primerjavi z epidemijo covid-19, kar razlagajo na različne načine. Na podlagi predhodnih raziskav so vlade lahko hitro in učinkovito določile ukrepe za preprečevanje širjenja virusa in hkrati za vzdrževanje duševnega zdravja, s čimer so se izognili večjim psihološkim vplivom. Na voljo je bilo več informacij glede samega virusa SARS-CoV-2, kar je vodilo k boljšemu obvladovanju razmer (39).

4.2. Ugotovitve glede vpliva pandemije covid-19 na duševno zdravje

Ugotovitvam o poslabšanju duševnega zdravja in osamljenosti v evropskih raziskavah (5, 7, 10, 17, 30, 35, 41, 43) pritrjujejo tudi druge raziskave v svetu. Izsledki raziskav s Kitajske ugotavljajo, da je bilo med pandemijo covid-19 37,1 % starejših odraslih depresivnih in tesnobnih (23), ter, da je bil čustven odziv oseb, starejših od 60 let, na covid-19 bolj očit in v primerjavi z osebami iz drugih starostnih skupin (20, 29). 54 % udeležencev raziskave, starejših od 60 let, na območju San Franciska v ZDA je vsaj enkrat tekom raziskave poročalo o povečani osamljenosti in s tem povezanimi simptomi tesnobe in depresije. Osebe, ki so poročale o poslabšanju osamljenosti, so bile zelo zaskrbljene zaradi same pandemije, negotovosti glede hrane in poslabšanja zdravstvenega stanja zaradi nedostopnosti zdravstvene oskrbe (18). Emerson ni poročal o prisotnosti duševnih motenj pri prebivalcih ZDA,

starejših od 60 let, kot posledic pandemije covid-19, 36 % preiskovancev se je zaradi covid-19 soočalo z zmernim do hudim stresom, 43 % je poročalo o osamljenosti (4).

Nekateri švedski avtorji so poročali o nespremenjenem duševnem zdravju starejših odraslih med pandemijo covid-19 (17), kar je bilo najverjetneje povezano z blažjimi ukrepi, ki niso toliko posegali v vsakdanje življenje (npr. Švedska ni izdala popolne omejitve gibanja, ampak zgolj priporočila, naj se starejši od 70 let prostovoljno samoizolirajo) (10).

Izraelska raziskava ne ugotavlja bistvenega vpliva "lockdown-a" zaradi pandemije covid-19 na osamljenost ter z njo povezano tesnobo, depresijo in posttravmatsko motnjo med starejšimi odraslimi, povezava je bolj izrazita med posamezniki, ki se počutijo starejši od svoje dejanske starosti (36).

Izsledki raziskave Združenega Kraljestva izpostavljajo, da je 31,2 % izmed 125 oseb, starejših od 60 let, ob nastopu okužbe s covidom-19 med drugim poročalo o spremenjenem duševnem stanju, vključno s spremembo osebnosti, vedenja, kognicije in zavesti, 59 % od teh je izpolnjevalo merila za psihiatrične diagnoze, najpogosteje prvih psihoz, nevroloških kognitivnih motenj ali motenj razpoloženja (44).

4.3. Možnosti za preprečevanje negativnih vplivov pandemije covid-19 na starejše odrasle

Zaradi socialne izolacije, prekinitve socialnih stikov, manj priložnosti za druženje in socialno udejstvovanje je tveganje za razvoj duševnih motenj, kot sta tesnoba in depresija, zlasti pri starejših odraslih, povečano, kar lahko pripomore tudi k večjem tveganju za poskus samomora. Posredne negativne vplive pandemije covid-19 pri starejših odraslih, kot je osamljenost, razvoj in poslabšanje duševnih motenj, lahko zmanjšujemo in preprečujemo z javnozdravstvenimi ukrepi na več ravneh. Starejšim odraslim je potrebno nuditi dovolj razumljivih informacij, zakaj je socialno distanciranje in zmanjševanje socialnih stikov potrebno. Informacije lahko nudimo preko različnih medijev: televizije, radija, socialnih omrežij na internetu, tiskanih medijev. Za spopadanje s socialno izolacijo zaradi "lockdown-a" spodbujamo uporabo drugih virov komuniciranja, kot so telefonski in video-klici, SMS-sporočila in e-sporočila namesto osebne komunikacije (46). Za preprečevanje osamljenosti so lahko v pomoč podporne skupine in skupine za samopomoč (42). Podporo lahko omogočamo tudi s strani delavcev v skupnosti, svojcev in prijateljev starejših oseb, dobrotelnih organizacij, prostovoljcev in zdravstvenega osebja (1). Z dodatnimi ukrepi, kot so zagotovitev zadostnih sredstev (hrane, zdravil ipd.), lahko zmanjšujemo raven stresa in poslabšanja duševnega stanja zaradi pandemije (46). V pomoč je tudi neprekinjeno zdravstveno varstvo starejših in spodbujanje dela na domu svojcev starejših in njihovih skrbnikov (42). Za ohranjanje duševnega zdravja starejših je priporočljiv zdrav telesni slog. Starejši odrasli so imeli tekom pandemije manj možnosti za gibanje na odprtih in javnih površinah, kar lahko vodi v poslabšanje njihovega duševnega zdravja (8). Pri izbiri programa vadbe za starejše odrasle pazimo, da je vadba prilagojena (način, pogostost, obseg in intenzivnost vadbe). Najustrenejši način vadbe vključuje aerobiko, vaje za ravnotežje, koordinacijo in mobilnost, poleg tega pa v poštev pride tudi kognitivni trening (15). K ohranjanju duševnega zdravja lahko pripomore vzdrževanje ritma spanja in ustreznih prehranskih navad. Spremembe ritma

spanja lahko negativno vplivajo na duševno zdravje in vplivajo na pojav simptomov depresije in tesnobe (1). Priporočeno je vzdrževanje dobrih prehranskih navad in skrb za urejeno in uravnoteženo prehrano (35).

Starejši ljudje, še posebej, če živijo sami, lahko imajo občutke nepomembnosti, ki krepijo tesnobo in strah, da se njihov obstoj ne zdi pomemben družbi – med epidemijo se tak občutek lahko povečuje (npr. omejitve glede možnosti zdravljenja za starejše) in predstavlja dejavnik tveganja za slabše duševno zdravje (6). Občutek pomembnosti pri starejših osebah lahko ohranjamo z enostavnimi pristopi, kot so telefonski klic, pogovor in pomoč, ko jo starejša oseba potrebuje. Starejša oseba občuti občutek pomembnosti tudi z opravljanjem raznih opravil, kot so vrtnarjenje in lahka hišna opravila (12). H krepitvi občutka pomembnosti prispeva izkazovanje pozornosti in naklonjenosti ter občutek, da je oseba cenjena (33, 34, 36).

Stremimo k neprekinjenemu zdravstvenemu varstvu, zlasti na področju duševnega zdravja (31). Med pandemijo in njenimi socialnimi omejitvami je lahko v pomoč uporaba tako imenovanega telezdravja, za dostop do teh storitev večina starejših potrebuje pomoč mlajših svojcev in prijateljev (46).

Kot pomanjkljivosti raziskave smo zaznali samoporočanje o spremembah na področju duševnega zdravja, ki ni bilo objektivizirano, zbiranje podatkov večinoma preko spletnih platform, novo nastala problematika pojavnosti covid-19 in relativno kratko časovno obdobje opazovanja.

5. ZAKLJUČEK

Glede na izsledke raziskav po Evropi in svetu lahko upravičeno sklepamo, da se je med pandemijo covid-19 raven duševnega zdravja med starejšimi odraslimi poslabšala. Starejše osebe se med pandemijo pogosto počutijo osamljene zaradi pomanjkanja socialnega stika s sočlovekom, s svojci, prijatelji in drugimi znanci, kar pripomore k upadu ravni duševnega zdravja med starejšimi odraslimi.

Občutek osamljenosti negativno prispeva k zdravstvenim problemom in je lahko tudi vzročni dejavnik za zgodnejšo smrt (13, 22). Občutki osamljenosti in nepomembnosti lahko pripomorejo k pojavu depresije, kar lahko preprečujemo s socialno mrežo, prilagojenimi stiki s svojci in prijatelji (3, 6).

Starejši odrasli imajo večje tveganje za slabše duševno zdravje med omejitvami in ukrepi za preprečevanje širjenja okužb in pogosto imajo manj sredstev in možnosti za ublažitev tega tveganja. Starejše odrasle in njihove svojce bi bilo potrebno spodbujati pri varnih stikih s svojci, prijatelji in znanci.

Priporočljivo je ohranjanje zdravega življenjskega stila, kot je vzdrževanje ritma spanja in redni časi obrokov, zdrava in uravnotežena prehrana, kognitivna stimulacija in izvajanje telesne aktivnosti. Koristne so tudi tehnike sproščanja. Pomembno je, da so starejše osebe vedno obveščene o različnih situacijah v svetu iz zanesljivih virov in da so negativne informacije v zvezi s pandemijo omejene na največ enkrat ali dvakrat dnevno.

Literatura:

1. Alvaro PK, Roberts RM, Harris JK. A Systematic Review Assessing Bidirectionality between Sleep Disturbances, Anxiety, and Depression. *Sleep*. 2013; 36(7): 1059–68. doi: <https://doi.org/10.5665/sleep.2810>.
2. Chan SM, Chiu FK, Lam CW, Leung PY, Conwell Y. Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006; 21(2): 113–8. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.1432>.
3. Dixon AL. Mattering in the Later Years: Older Adults' Experiences of Mattering to Others, Purpose in Life, Depression, and Wellness. *Adultspan Journal*. 2011; 6, 83–95. doi: <https://doi.org/10.1002/j.2161-0029.2007.tb00034.x>.
4. Emerson KG. Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44:e81. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.81>.
5. Fancourt D, Steptoe A, Bu F. Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *The Lancet Psychiatry*. 2021; 8(2): 141-149.d doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30482-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30482-X).
6. Flett GL, Heisel MJ. Aging and Feeling Valued Versus Expendable During the COVID-19 Pandemic and Beyond: a Review and Commentary of Why Mattering Is Fundamental to the Health and Well-Being of Older Adults. *Int J Ment Health Addiction*. 2020. doi: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00339-4>.
7. Gambin M, Sękowski M, Woźniak-Prus M, Wnuk A, Oleksy T, Cudo A, et al. Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity. *Comprehensive Psychiatry*. 2021; 105: 152222. doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152222>.

8. Goethals L, Barth N, Guyot J, Hupin D, Celarier T, Bongue B. Impact of home quarantine on physical activity among older adults living at home during the COVID-19 pandemic: qualitative interview study. *JMIR Aging*. 2020; 3(1): e19007. doi: <https://doi.org/10.2196/19007>.
9. Google Učjenjak. Dostopno na: <https://scholar.google.com/> (citirano: 20. 5. 2021).
10. Gustavsson J, Beckman L. Compliance to Recommendations and Mental Health Consequences among Elderly in Sweden during the Initial Phase of the COVID-19 Pandemic—A Cross Sectional Online Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17: 5380. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155380>.
11. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis*. 2004; 10(7): 1206–12. doi: <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>.
12. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(6): 547–60. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
13. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*. 2015; 10, 227–37. doi: <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.
14. Jalloh MF, Li W, Bunnell RE, Ethier KA, O'Leary A, Hageman KM, et al. Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra Leone, July 2015. *BMJ Glob Health*. 2018; 3(2): e000471. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000471>.
15. Jiménez-Pavón D, Carbonell-Baeza A, Lavie CJ. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. *Prog Cardiovasc Dis*. 2020; 63(3): 386–8. doi: 10.1016/j.pcad.2020.03.009.
16. Kittel B, Kritzinger S, Boomgaarden H, Prainsack B, Eberl JM, Kalleitner F, et al. The Austrian Corona Panel Project: monitoring individual and societal dynamics amidst the COVID-19 crisis. *Eur Polit Sci*. 2020. doi: <https://doi.org/10.1057/s41304-020-00294-7>.
17. Kivi M, Hansson I, Bjälkebring P. Up and about: Older adults' wellbeing during the COVID-19 pandemic in a Swedish longitudinal study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2021; Series B 76(2): e4–e9. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa084>.
18. Kotwal AA, Holt-Lunstad J, Newmark RL, Cenzer I, Smith AK, Covinsky KE. Social Isolation and Loneliness Among San Francisco Bay Area Older Adults During the COVID-19 Shelter-in-Place Orders. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020; 69(1): 20–9. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.16865>.
19. Leane E, Samuel M, Oh H, Poulet E, Brunelin J. Suicidal behaviors and ideation during emerging viral disease outbreaks before the COVID-19 pandemic: A systematic rapid review. *Preventive Medicine*. 2020; 141: 106264. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106264>.
20. Lee K, Jeong GC, Yim JE. Consideration of the Psychological and Mental Health of the Elderly during COVID-19: A Theoretical Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17(21), 8098. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17218098>.
21. Lindwall M, Berg AI, Bjälkebring P, Buratti S, Hansson I, Hassing L, et al. Psychological health in the retirement transition: Rationale and first findings in the health, ageing and retirement transitions in Sweden (HEARTS) Study. *Frontiers in Psychology*. 2017; 8, 1634. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01634>.
22. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med*. 2012; 74(6): 907–14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>.
23. Meng H, Xu Y, Dai J, Zhang Y, Liu B, Yang, H. Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. *Psychiatry Res*. 2020; 289: 112983. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112983>.
24. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dnevno spremljanje okužb s SARS-COV-2 (COVID-19). 2021. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/dnevno-spremljanje-okuzb-s-sars-cov-2-covid-19> (citirano: 20. 5. 2021).

25. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Preprečevanje okužbe z virusom SARS-CoV-2. 2020. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/preprecevanje-okuzbe-z-virusom-sars-cov-2-v-obdobju-sproscanja-ukrepov> (citirano: 20. 5. 2021).
26. Nwachukwu I, Nkire N, Shalaby R, Hrabok M, Vuong W, Gusnowski A, et al. COVID-19 Pandemic: Age-Related Differences in Measures of Stress, Anxiety and Depression in Canada. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(17): 6366. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17176366>.
27. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 372: n160. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>.
28. PubMed. National Library of Medicine. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> (citirano: 20. 5. 2021).
29. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr*. 2020; 33(2): e100213. doi: <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>.
30. Ramiz I, Contrand B, Castro MYR, Dupuy M, Lu L, Sztal-Kutas C, et al. A longitudinal study of mental health before and during COVID-19 lockdown in the French population. *Global Health*. 2021; 17: 29. doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00682-8>.
31. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(11): 1093–4. doi: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>.
32. Republika Slovenija GOV.SI. Koronavirus (SARS-CoV-2). Dostopno na: <https://www.gov.si/teme/koronavirus-sars-cov-2/> (citirano 4. 3. 2021).
33. Rosenberg M, McCullough BC. Mattering: Inferred significance and mental health among adolescents. *Research in Community & Mental Health*. 1981; 2: 163–82.
34. Rosenberg, M. Self-concept and psychological well-being in adolescence. In R. L. Leahy (Ed.), *The development of the self*. 1985: 205–46. Toronto: Academic.
35. Saadatian-Elahi M, Facy F, Del Signore C, Vanhems P. Perception of epidemic's related anxiety in the General French Population: A cross-sectional study in the Rhne-Alpes region. *BMC Public Health*. 2010; 10. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-191>.
36. Schlossberg NK. *Revitalizing retirement: reshaping your identity, relationships, and purpose*. Washington, DC: American Psychological Association. 2009.
37. ScienceDirect. Dostopno na: <https://www-sciencedirect-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/> (citirano: 20. 5. 2021).
38. Scopus. Dostopno na: <https://www.scopus.com/home.uri> (citirano: 20. 5. 2021).
39. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Health Aging*. 2020; 24(9): 938–47. doi: <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1469-2>.
40. Smith FB. The Russian influenza in the United Kingdom, 1889-1894. *Soc Hist Med*. 1995; 8(1): 55–73. doi: <https://doi.org/10.1093/shm/8.1.55>.
41. Stolz W, Mayerl H, Freidl W. The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria. *European Journal of Public Health*. 2021; 31(1): 44–9. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa238>.
42. The Kidness Pandemic. Dostopno na: <https://www.thekindnesspandemic.org/#/> (citirano 3. 5. 2021).
43. van Tilburg T, Steinmetz S, Stolte E, van der Roest H, de Vries D. H. Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2020; Series B, gdbaa111. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>.
44. Varatharaj A, Thomas N, Ellul MA, Davies NWS, Pollak TA, Tenorio EL, et al. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(10): 875–82. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30287-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30287-X).

45. Vujčić I, Safiye T, Milikić B, Popović E, Dubljanin D, Dubljanin E et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Epidemic and Mental Health Status in the General Adult Population of Serbia: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18(4): 1957. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041957>.
46. Wand APF, Zhong BL, Chiu HFK, Draper B, De Leo D. COVID-19: the implications for suicide in older adults. *International Psychogeriatrics*. 2020; 32(10): 1225–30. Doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610220000770>.
47. Wasserman IM. The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910-1920. *Suicide Life Threat Behav*. 1992; 22(2): 240–54. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1992.tb00231.x>.
48. World Health Organization. Archive: WHO Timeline-COVID-19. 2020. Dostopno na: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19> (citirano: 3. 5. 2021).
49. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): Risks and safety for older people. 2020. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-risks-and-safety-for-older-people> (citirano: 3. 5. 2021).
50. World Health Organization. COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global Research and Innovation Forum. 2020. Dostopno na: [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum) (citirano: 3. 5. 2021).
51. World Health Organization. Numbers at a glance. 2021. Dostopno na: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=Cj0KCQjwvr6EBhDOARIsAPpqUPH_bOUU7rloBk5H3T3hqtzk57f6a2gsYUcfMEcF64pjKgAH6ZeW2isaAlhXEALw_wcB (citirano: 20. 5. 2021).



VKLJUČEVANJE OSEB Z DEMENCO IN POMEN ZDRUŽENJA BOLNIKOV PRI RAZVOJU PODROČJA DEMENCE V SLOVENIJI

Štefanija Lukič Zlobec¹, David Krivec²

¹ Univerzitetna diplomirana ekonomistka;
Spominčica – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci, Luize Pesjakove 9, Ljubljana.

² Univerzitetni diplomirani sociolog;
Spominčica – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci, Luize Pesjakove 9, Ljubljana.

Uvod

Spominčico – Alzheimer Slovenije, Slovensko združenje za pomoč pri demenci, je po vzoru podobnih društev po Evropi leta 1997 ustanovil pokojni psihiater dr. Aleš Kogoj. Pri svojem delu z bolniki je ugotovil, da tudi svojci oseb z demenco potrebujejo izdatno pomoč in podporo tako za razumevanje narave bolezni kot pri vsakodnevni skrbi za zanje. Ustanovil je skupine za samopomoč svojcem in organiziral izobraževanje o demenci. Danes delujejo te skupine že v skoraj vseh domovih starejših občanov v Sloveniji.

Po smernicah in priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) ter Svetovne in Evropske organizacije Alzheimer (ADI ter AE), katerih aktivna članica je tudi Spominčica, so pomoč in podpora svojcem, ozaveščanje o bolezni demence, zmanjševanje stigme ter priprava nacionalnih strategij za obvladovanje demence poglobitve naloge društev in združenj za pomoč pri demenci. Zavedati se je namreč treba, da število bolnikov z demenco pri nas in drugod po svetu narašča, v Evropi je teh bolnikov 10 mio, v Sloveniji več kot 34.000.

Po dolgoletnih raziskavah in poskusih za odkritje učinkovitega zdravila, ki so potekale po vsem svetu, se je v letošnjem letu vendarle porodilo upanje za bolnike, svojce in stroko, saj je ameriška Uprava za hrano in zdravila (FDA) odobrila novo zdravilo za zdravljenje Alzheimerjeve bolezni. Čeprav je treba poudariti, da farmakološko zdravljenje ni edini pomembni dejavnik zdravljenja in oskrbe oseb z demenco, je nujno posameznikom zagotoviti čim večjo korist v najkrajšem možnem času ter jih vključiti v terapije, ki so na voljo.

Priprava nacionalne strategije za obvladovanje demence

V Sloveniji so prvo pobudo za pripravo nacionalne strategije za obvladovanje demence že leta 2009 dali dr. Aleš Kogoj, nevrolog, dr. Gorazd Bernard Stokin, in predstavnica Spominčice. Dr. Stokin je za revijo *Medicina* leta 2012 izjavil: »Če se ne spremeni odnos do demence, bodo naokoli hodili zdravi ljudje brez uma.«

Januarja 2010 je minister, Dorjan Marušič, imenoval deset člansko delovno skupino strokovnjakov za pripravo strategije. Leta 2011 jim je podaljšal mandat in aprila 2016 je bila sprejeta *Nacionalna strategija do leta 2020* (1). Tudi v drugih državah je potekala priprava strategij več let, saj je bila poleg strokovne potrebna tudi politična volja. Pripraviti je bilo treba tudi Akcijski načrt s finančnim okvirjem za uresničevanje strategije.

Že naslednje leto po sprejetju nacionalne strategije je Ministrstvo za zdravje (MZ), prvič objavilo javni razpis za izobraževanje zdravstvenih delavcev ter formalnih in neformalnih oskrbovalcev o demenci. Za izvajalce je bilo izbranih sedem partnerjev, med njimi Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Univerzitetna nevrološka klinika Ljubljana, Socialna zbornica Slovenija, Dom ob Savinji, Spominčica ... Pokrite so bile vse regije v Sloveniji, kar je bil pogoj razpisa. Tako smo skupaj izobrazili več kot 15.000 udeležencev, v kampanje ozaveščanja javnosti pa vključili še štirikrat toliko ljudi. Izobraževanja so izvajali različni strokovnjaki, svojci in prostovoljci (nevrologi, psihiatri, psihologi, socialni delavci,

delovni terapevti, družinski zdravniki, patronažne in medicinske sestre ...). Za izobraževanje je bilo veliko zanimanja. Izkazalo se je, da je za to področje in za vse, ki se ukvarjajo z osebami z demenco, potrebno permanentno izobraževanje.

Napredek

Izobraževanje in ozaveščanje je v veliki meri pripomoglo, da se je v zadnjih 15 letih zgodil velik napredek pri obravnavi bolnikov z demenco. K temu je pripomoglo tudi sodelovanje na mednarodnih konferencah, izmenjava pozitivnih praks in izkušenj. Nenehno se je potrjevalo, kako pomemben je nefarmakološki pristop in celostna obravnava ne le bolnika, temveč tudi družinskih članov in vključenost ožjega in širšega okolja, vseh podpornih služb in socialne mreže osebe z demenco in njegovih svojcev. Zelo pomembno in pomirjujoče za osebe z demenco je, da imajo dobro organizirano življenje, strukturiran dan, napolnjen z različnimi aktivnostmi in dejavnostmi, ki jih še zmorejo opravljati. To je velikega pomena tako v domovih starejših občanov kot tudi doma. Četudi bolnik v pozni fazi bolezni ne pozna več niti svojcev, kaj šele oskrbovalcev, je zanj odločilnega pomena njihov pristop, naklonjenost, občutek varnosti in topline, ki jih te osebe nudijo. Spominčica v svojih informativnih gradivih, zloženkah, na spletu, na svojem Facebook profilu, v glasilu *Spominčica* nenehno ponuja informacije, navodila, ideje in nasvete, kako ravnati z osebami z demenco v različnih fazah bolezni, kako jim zapolniti dan, kakšne aktivnosti, igre in dejavnosti jim ponuditi, kako jim pri tem pomagati, kako jih pridobiti za sodelovanje. V glasilu *Spominčica* in na svojih spletnih straneh objavlja tudi življenjske izkušnje in pričevanja svojcev ter opozarja na umetniška dela, v katerih se čedalje pogosteje pojavlja tematika o bolezni, ki ljudem povzroča izgubo spomina, identitete, sebe samega.

Načrti Svetovne zdravstvene organizacije in Svetovne Alzheimer organizacije do leta 2025

SZO je v sodelovanju z ADI in na njihovo večletno pobudo, leta 2017 pripravila in sprejela *Global Dementia Action Plan* – svetovni načrt za vse svoje članice za obdobje od 2017 do 2025 (3). Leta 2017 je SZO imela 194 članic in samo 27 jih je imelo sprejeto strategijo. Slovenija je bila med njimi. Članice imajo dolžnost, da vsako leto poročajo o implementaciji ciljev, zapisanih v nacionalnih strategijah. Prav v letošnjem letu meseca maja je na letni konferenci SZO posebej izpostavila poročila članic o izpolnjevanju teh ciljev.

Aktivnosti v Sloveniji

Minister Gantar je na pobudo Spominčice že novembra 2020 imenoval deset člansko skupino za pripravo *Strategije za obdobje od 2020 do 2030*. Do zamude imenovanja skupine je prišlo zaradi povsem nove situacije s pandemijo covid-19 v začetku marca 2020. V interdisciplinarno delovno skupino so bili na priporočilo SZO, ADI in AE imenovani psihiatri, nevrologi, družinski zdravnik, predstavnik Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), MZ, Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZEM) in Spominčice. Skupina je uspela v zelo kratkem roku in v novih pogojih zaradi pandemije covid-19 pripraviti dokument do skoraj zaključne faze. Pomembno je bilo sodelovanje vseh strokovnih delavcev, ki delajo na področju demence, vključno s predstavnikom bolnikov in Spominčice. Temeljni cilji strategije sledijo načelom SZO *Svetovnega akcijskega načrta za odgovor javnega zdravstva na demenco 2017–2025* (3):

1. Spoštovanje človekovih pravic in dostojanstva oseb z demenco;
2. Opolnomočenje in vključevanje oseb z demenco in njihovih svojcev ter skrbnikov;
3. Dokazano učinkovite storitve za zmanjšanje tveganja in oskrbo zaradi demence;
4. Medsektorsko sodelovanje;
5. Dostopnost do storitev;
6. Enakopravnost oseb;
7. Ustrezna pozornost preprečevanju, zdravljenju in oskrbi osebe z demenco ter podpora njihovim svojcem.

Ker je demenca eden od največjih zdravstvenih, socialnih in finančnih problemov sodobne družbe, se je aktivno vključila tudi politika, saj je raziskavam potrebno nameniti več denarja. Tudi zaradi pridruženih bolezni kot so inkontinenca, pogosti padci, potreba po hranjenju s sondo, sladkorna bolezen in druge, je AE dal pobudo, da postane demenca prioriteta javnega zdravja. Izjavo o tem so podpisali vsi slovenski poslanci v evropskem parlamentu že leta 2014. V volilnem letu 2019 je bila dana nova pobuda, da postane demenca prioriteta javnega zdravstva, raziskav, socialnega varstva in preventive. Pobudo je podpisala večina slovenskih poslancev Evropske Unije (EU) in Slovenija je bila za Francijo druga najbolj uspešna med članicami EU. Slovenski poslanci EU si prizadevajo v Evropskem parlamentu, kot tudi doma, da bi bilo področje demence ustrezno in dostojno urejeno, da bi ostali ti bolniki čim dlje vključeni v družbo in da bi bile njihove človekove pravice zaščitene enako, kot so zaščitene človekove pravice vseh zdravih ljudi. Že dr. Aleš Kogoj je nenehno poudarjal in v svoji zdravniški praksi udeleževal maksimalno spoštovanje do oseb z demenco in varovanje njihovega dostojanstva v vseh fazah bolezni.

Društva bolnikov po svetu so bila tista, ki so demenco iz popolne odrinjenosti pripeljala na plano. Demenca je bila vse do leta 1990 popolnoma stigmatizirana bolezen, ki je niso niti zdravili. Šele po 1990, ko je tedanji predsednik Združenih držav Amerike (ZDA) Ronald Reagan javno povedal, da je zbolel za Alzheimerjevo boleznijo, se je v javnosti začelo o njej govoriti in ji namenjati denar za raziskave. Ob koncu prejšnjega stoletja so se pojavila prva zdravila, ki boleznijo sicer niso zdravila, a so jih upočasnjevala.

Demenca v času covida-19

Vse aktivnosti, ki jih izvaja Spominčica s svojimi podružnicami po Sloveniji, smo v času covida-19, od marca 2020 prilagodili za splet. Nekatere od dejavnosti, kot so delavnice, izobraževanje, Alzheimer Cafeji ..., so postale celo bolj obiskane kot prej, ko so se izvajale v živo. Nekatere dejavnosti namerava Spominčica tudi po covidu-19 ohraniti v digitalni obliki, čeprav so nam vsem manjkali stiki v živo. Okrepili smo svetovalni telefon, ki deluje vsak dan v tednu, vanj so vključeni tudi zunanji strokovnjaki (nevrologi, psihiatri, pravnik, socialna delavka, psihologinja, medicinska sestra). Izvajamo akcijo ozaveščanja o demenci in opolnomočenja oseb z demenco in njihovih svojcev, da bodo znali poiskati pomoč in uveljavljati svoje pravice. Pomoč in podporo osebam z demenco in njihovim svojcem, ki so v času covida-19 v še večjih stiskah, lahko v takem obsegu izvajamo, saj smo bili uspešni na javnem razpisu in izvajamo operacijo *S sodobnimi pristopi krepimo moč starejšim ljudem, osebam z demenco in njihovim svojcem v obdobju COVID-19*, ki jo sofinancirata Republika Slovenija in EU iz Evropskega socialnega sklada.

V času covida-19 so bili bolniki z demenco v domovih starejših občanov in tudi tisti doma ter njihovi svojci izpostavljeni novim problemom in stiskam. AE je zato v začetku letošnjega leta pozvala vse članice, da zagotovijo bolnikom z Alzheimerjevo boleznijo in njihovim svojcem prioriteto pri cepljenju. Raziskave so pokazale, da je bila smrtnost pri njih zelo velika, saj so ti bolniki zaradi bolezni še bolj občutljivi in bolj dovzetni za virus.

Moto leta - Diagnoza

Večina oseb z demenco živi doma in samo vsak četrty ima diagnozo. Zato je ADI za moto svetovnega meseca Alzheimerjeve bolezni, september, izbrala besedo DIAGNOZA. S tem poudarjajo, kako zelo pomembno je, da dobijo osebe pravočasno diagnozo, saj zdravila, ki so na voljo, najboljše učinkujejo v začetni fazi bolezni. Za svojce in za bolnike pa je zelo pomembna.

Nadvse je pomembna podpora in obravnava bolnikov in njihovih svojcev tudi po postavljeni diagnozi, ko potrebujejo še veliko informacij o poteku bolezni in o težavah, ki jo spremljajo ter kako jih uspešno obvladovati. S pravočasno diagnozo se osebi z demenco in svojcem omogoča dostop do informacij, svetovanja, izobraževanja, pomoči in podpore ter usklajenega zdravljenja ves čas trajanja bolezni. Pravočasna diagnoza zagotavlja priložnost za učinkovito načrtovanje nadaljnje oskrbe, pomoči in podpore obolelim, svojcem in oskrbovalcem. Pomembno je, da prilagodijo svoje življenje, na način, da ohranjajo različne aktivnosti, socialne stike, redno in zdravo prehrano, dober spanec, miselne izzive in različno telesno dejavnost. Demenca traja od 10 do 15, včasih tudi do 20 let. Prizadene lahko tudi delovno aktivno populacijo, mlajše od 60 let. Bolniki in njihovi svojci potrebujejo poleg samega zdravljenja in izobraževanja tudi socialno, pravno, finančno in psihološko pomoč. Zavedati se je potrebno, da zdravila, četudi bodo kmalu v uporabi, morda ne bodo ustrezala vsem boleznim, ki povzročajo demenco, in tudi ne vsem bolnikom, ki imajo lahko različne kombinacije pridruženih bolezni.

Demenci prijazne točke – demenci prijazna družba

Da bi čim bolj ozavestili Slovenijo in zmanjšali stigmo, smo pri Spominčici uvedli nacionalno kampanjo ozaveščanja in julija 2017 odprli pri Uradu varuhinje človekovih pravic prvo Demenci prijazno točko. V Sloveniji jih je danes več kot 250. Z njimi tako zelo konkretno in ne le deklarativno gradimo demenci prijazno družbo. Te točke so odprte, če naštejemo le nekatere, na MDDSZEM, Socialni zbornici, Ministrstvu za notranje zadeve in policiji, Fakulteti za socialno delo, pri domovi starejših občanov, lekarnah, knjižnicah, zdravstvenih domovih ... Na njih osebe z demenco in njihovi svojci dobijo informacije glede uporabe različnih storitev v skupnosti, kot so uporaba javnega prevoza, dostop do trgovin, pošte, lekarn, bank, policije, upravne enote itn. Prav tako jim lahko posredujejo informacije o zdravnikih specialistih, o urejanju dodatka za pomoč in postrežbo, dnevnega varstva, pomoči na domu. Demenci prijazne točke (DPT) so slovenska posebnost, izvirna zamisel, ki je vzbudila veliko zanimanja tudi v drugih državah, kjer bodo prav gotovo deležne posnemanja (2).

Interes za odpiranje DPT je bil za vse pozitivno presenečenje, ki dokazuje, da je v Sloveniji veliko sočutja, solidarnosti in volje pomagati ljudem v stiski.

V mesecu septembru organizira Spominčica skupaj z NIJZ že tradicionalno konferenco o demenci, na kateri sodelujejo priznani strokovnjaki s tega področja. Letos bo konferenca mednarodna, izvedena ob upoštevanju vseh priporočil za varovanje pred covidom-19. September je tudi mesec, ko potekajo v vseh državah po svetu tradicionalni sprehodi za spomin. Javnost tako spomnimo in opozorimo na prisotnost bolezni med someščani in sodržavljanji, bolezni, ki je bila dolgo prikrivana in odrinjena na rob. Na svetovni dan Alzheimerjeve bolezni, 21. september, je v Sloveniji vsako leto tudi tiskovna konferenca na Zdravniški zbornici, s katere lahko mediji prenesejo mnoge sveže informacije in spoznanja o bolezni demence. V Sloveniji imamo mnogo primerov dobrih praks, za katere vlada zanimanje tudi v drugih državah. Med njimi je prav gotovo poleg DPT tudi povezanost domov starejših občanov z lokalnim okoljem.

V Spominčici zagotavljamo strokovno in učinkovito pomoč in podporo osebam z demenco, njihovim svojcem in skrbnikom. V ta namen izvajamo veliko različnih aktivnosti, različne vaje in delavnice za ohranjanje kognitivnih sposobnosti, delavnice za krepitev socialnih stikov, delavnice za preventivo pred prezgodnjo demenco. Nudimo osebno, telefonsko in spletno svetovanje.

Svoje poslanstvo nameravamo opravljati še naprej, ga dograjevati, pomagati bolnikom in njihovim svojcem do pravočasnih informacij, pridobivati in vzgajati prepotreben kader za nego, pomoč in družabništvo osebam z demenco, prispevati k vzgoji za sočutje in solidarnost v družbi.

Literatura:

1. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020. 2016. Dostopno na: https://www.zod-lj.si/images/Strategija_obvladovanja_demence.pdf (citirano: 21. 7. 2021).
2. Spominčica. Demenci prijazna točka DPT. Dostopno na: https://www.spomincica.si/?page_id=85825 (citirano: 21. 7. 2021).

3. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. 2017. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1> (citirano: 21. 7. 2021).



POMEMBNE POVEZAVE GLEDE PREPREČEVANJA ŠIRJANJA VIRUSA SARS-CoV-2 IN DRUGIH UKREPOV V ČASU PANDEMIJE COVID-19

Preprečevanje okužbe in širjenja virusa SARS-CoV-2

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/plakat_navodila_preprecitev-sirjenja.pdf

<https://www.nijz.si/sl/preprecevanje-okuzbe-z-virusom-sars-cov-2-v-obdobju-sproscanja-ukrepov>

Pravilna higiena kašlja

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/navodila_higiena-kaslja_0.pdf

Nasveti za umivanje rok

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/strip_umivanje_rok.pdf

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/strip_umivanje_rok_plakat-a3.pdf

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/navodila_higiena-rok_zdravstveni-delavci.pdf

Navodila za pripravo razkužila in uporaba razkužil

<https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/priprava-razkuzil.pdf>

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/strip_uporaba-razkuzila.pdf

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/strip_uporab-razkuzila_plakat-a3.pdf

Pravilna uporaba zaščitnih mask (Vir: Urad Vlade RS za komuniciranje)

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/maske2_lectorirano.pdf

Priporočila za starejše v času epidemije nove virusne bolezni COVID-19

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/priporocila_za_starejse_letak.pdf

Epidemija nove virusne bolezni COVID-19 in starejši

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/epidemija_nove_virusne_bolezni_covid19_in_starejsi.pdf

Obvladovanje stresa in gradiva za psihološko pomoč v času Covid-19

<https://www.nijz.si/sl/gradiva-za-psiholosko-pomoc-v-casu-soocanja-z-novim-koronavirusom-splosna-javnost-slovenski-jezik>

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/dusevno_zdravje_odrasli.pdf

Priporočila za čiščenje in ravnanje z odpadki v domači oskrbi pri ljudeh s COVID-19 (ali sumom na COVID-19) (letak)

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/priporocila_ciscenje_ravnanje_z_odpadki_nov.pdf

Obvestilo glede prepovedi dotikanja odvrženih odpadkov

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/obvestilo_odsuetovano_dotikanje_odvrzenih_odpadkov.pdf

Priporočila za obiskovalce javnih ustanov

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/obvestilo_javne_ustanove_preventivna_priporocila.pdf

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/obvestilo_javne_ustanove_priporocila_za_obiskovalce.pdf

Navodilo za izvedbo cepljenja pacientov z zmanjšano pokretnostjo na domu proti covid – 19 z vključitvijo patronažne službe

<https://www.nijz.si/sl/navodilo-za-izvedbo-cepljenja-pacientov-z-zmanjsano-pokretnostjo-na-domu-proti-covid-19-z>

EU Digitalno COVID potrdilo

<https://www.nijz.si/sl/eu-digitalno-covid-potrdilo>

Cepljenje proti covidu-19 - za strokovno javnost

<https://www.nijz.si/sl/cepljenje-proti-covid-19-za-strokovno-javnost>

Priporočila za izvajanje dejavnosti (COVID-19)

<https://www.nijz.si/sl/sproscanje-ukrepov-covid-19>

Priporočila za čiščenje in razkuževanje prostorov izven zdravstvenih ustanov v času preprečevanja širjenja okužbe s SARS-CoV-2

<https://www.nijz.si/sl/navodila-za-ciscenje-in-razkuzevanje-prostorov-izven-zdravstvenih-ustanov-v-katerih-se-je-zadrzeval>

Navodila za prezračevanje prostorov izven zdravstvenih ustanov v času širjenja okužbe COVID-19

<https://www.nijz.si/sl/navodila-za-prezracevanje-prostorov-izven-zdravstvenih-ustanov-v-casu-sirjenja-okuzbe-covid-19>

Aplikacija za mobilne naprave zVem

<https://www.nijz.si/sl/aplikacija-za-mobilne-naprave-zvem>

Koronavirus - zdravstveni delavci

<https://www.nijz.si/sl/koronavirus-zdravstveni-delavci>

Spremljanje koronavirusa SARS-CoV-2 (COVID-19)

<https://www.nijz.si/sl/pojav-novega-koronavirusa-2019-ncov>

Informacije za javnost v zvezi z oskrbo oči v času epidemije COVID-19

<https://www.nijz.si/sl/informacije-za-javnost-v-zvezi-z-oskrbo-oci-v-casu-epidemije-covid-19>

Povezava do vseh zbranih gradiv Koronavirus (SARS-CoV-2) (NIJZ):

<https://www.nijz.si/sl/koronavirus-sars-cov-2-gradiva>

