

STAROSTNIKI: OD EPIDEMIOLOGIJE DO SPECIFIČNIH LASTNOSTI POPULACIJE - NEKATERI SPREGLEDANI (JAVNO)ZDRAVSTVENI PROBLEMI STAREJŠIH

OLDER ADULTS: FROM EPIDEMIOLOGY TO THE SPECIFIC CHARACTERISTICS OF THE POPULATION - SOME OF THE OVERLOOKED (PUBLIC) HEALTH PROBLEMS OF THE OLDER ADULTS POPULATION

AVTOR / AUTHOR:

prim. doc. dr. Mojca Gabrijelčič Blenkuš,
dr. med., spec. javnega zdravja
Monika Robnik, dipl. san. inž. (UN)

Nacionalni inštitut za javno zdravje

NASLOV ZA DOPISOVANJE / CORRESPONDENCE:

E-mail: mojca.gabrijelcic@nijz.si

POVZETEK

Pričujoči prispevek se ukvarja z večinoma spregledanimi in podcenjenimi, za starost značilnimi in pomembnimi boleznimi in stanji. S starostjo namreč naraščajo geriatrična stanja in bolezni - krhkost, padci, demenca in urinska inkontinenca, poleg tega pa tudi problematika ustnega zdravja. Zmanjševanje bremena omenjenih bolezni in stanj lahko pomembno poveča kakovost in neodvisnost življenja starejših ter zmanjša stroške zdravstvenega, socialnega in drugih sistemov.

Z javnozdravstvenega vidika je za vse navedene bolezni in stanja, značilne za starejšo populacijo, potrebno pripraviti enoten strateški pristop, ki bo pri implementaciji posegel izven medicinsko-zdravstvenega okvira in zagotovil izvajanje za vse starejše dostopnih ukrepov v vseh relevantnih okoljih ter pri tem povezal vse ključne sektorje in deležnike.

KLJUČNE BESEDE:

epidemiologija staranja, demenca, inkontinenca, padci, krhkost

POVZETEK

This article deals with the quite often overlooked and to some extent undervalued, the age-specific and important diseases and conditions of older population. With ageing, geriatric conditions and diseases are raising - frailty, falls, dementia and urinary incontinence, as well as the problems of oral health. Reducing the burden of those diseases and conditions may significantly increase the quality of life and independence of older people and on the other hand reduce the costs of health, social and other systems.

From a public health point of view, all the above mentioned diseases and conditions, typical for the older population, call for a preparation of a common strategic approach for the comprehensive measures in and outside the medical health frameworks to ensure the implementation of accessible measures for all older people in all relevant living environments, thereby linking all key sectors and stakeholders.

KLJUČNE BESEDE:

epidemiology of ageing, dementia, urinary incontinence, falls and frailty in older people



1 UVOD

Hitrost demografskega staranja populacije je v večini držav razvitega sveta hitrejša kot je bila v preteklosti. Razloge lahko v temelju pripišemo podaljševanju pričakovane življenjske dobe in zmanjševanju stopnje rodnosti. Kljub temu, da starejši ljudje živijo dlje, je predvsem v državah z visokim dohodkom kakovost podaljšanih let življenja nejasna (1). Za izboljšanje kakovosti življenja v starejšem obdobju je potreben javnozdravstveni strateški pristop s celovitimi strukturnimi ukrepi v vseh relevantnih sektorjih. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je opredelila glavne izzive, na katere morajo odgovoriti sodobne družbe, da se bodo lahko uspešno, s celovitimi ukrepi odzvale in prilagodile na potrebe starajoče se družbe. Eden izmed izzivov, pomemben tudi za izbiro ustreznega terapevtskega pristopa, je raznolikost med starejšimi – ne le v zdravstvenem, ampak tudi v funkcionalnem stanju posameznika, ki je povezano s kronološko starostjo organizma (2). Razpon fizioloških vrednosti različnih parametrov v organskih sistemih je pri starejših širši kot pri mlajših (3). Zaradi tega mora biti javnozdravstvena politika oblikovana tako, da ob upoštevanju tako raznolikosti kot značilnosti starosti z ukrepi zajame čim večje število starejših ljudi (4).

Fiziološke spremembe, ki se pojavljajo s staranjem organizma in vplivajo na spremembe v njegovem delovanju, so kompleksne. Staranje je na biološkem nivoju povezano s postopnim kopičenjem molekularnih in celičnih poškodb. S časom te poškodbe vodijo do postopnega zmanjšanja fizioloških rezerv, kar poveča tveganje za nastanek številnih, predvsem kroničnih bolezni (5, 6). Po 60. letu starosti je velik del bremen različnih bolezni in nezmožnosti tudi posledica izgub, povezanih s staranjem (izguba sluha, vida, gibalnih sposobnosti) ter pojavom kroničnih nenalezljivih bolezni, vključno s srčno-žilnimi boleznimi (SŽB), kroničnimi boleznimi dihal, različnimi vrstami raka in demenco. Poleg tega se zaradi interakcij med fiziološkimi spremembami organizma, posamezno prisotno boleznijo ali multimorbidnostjo pojavijo pri starejših različna kompleksna in predvsem kronična zdravstvena stanja, ki jih je težje opisati s pomočjo Mednarodne klasifikacije bolezni in poškodb (7), kot je na primer krhkost (6), ki je danes predmet številnih raziskav in poizkusov definiranja (8). Zdravstvena oskrba, ki upošteva in upravlja s kompleksnimi potrebami starejših, je učinkovitejša kot oskrba, ki se osredotoča na specifične bolezni posameznika (9).

SZO definira termin "zdravo staranje" kot proces razvijanja in vzdrževanja funkcionalne zmožnosti organizma, ki omogoča optimalno zdravje in blagostanje v starosti. Tudi pri zdravem staranju je pomen strukturnih dejavnikov okolja značilno vplivnejši od odločitev in zmožnosti posameznika, še posebej pri bolj socialno-ekonomsko ranljivih skupinah starejših (10). Individualna funkcionalna zmožnost je tako končna kombinacija raznovrstnih zmožnosti aktivnosti posameznika in priložnosti v njegovem okolju ter povezav med obema (2).

S starostjo je v primerjavi z mlajšimi starostnimi skupinami povezano tudi naraščanje verjetnosti za multimorbidnost, kar vodi v vzajemno delovanje različnih stanj: med enim bolezenskim stanjem in učinki zdravljenja zaradi drugega bolezenskega stanja. Učinek multimorbidnosti na delovanje organizma in kvaliteto posameznikovega življenja je tako večji kot seštevek individualnih učinkov, ki jih lahko pričakujemo pri teh bolezenskih stanjih (11).

Tako kot drugje v razvitem svetu tudi v Sloveniji zbolevalo in umiramo največ zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni, predvsem srčno-žilnih bolezni in raka, ki jima lahko pripišemo 70 odstotkov vseh smrti (12). Med dejavniki tveganja tudi v Sloveniji največji izziv ob debelosti, neuravnoteženi prehrani in sedečem življenjskem slogu predstavljata škodljiva raba alkohola in raba tobaka. Izziv predstavlja tudi vrsta drugih kroničnih bolezni in stanj, kot so npr. kronične bolezni dihal, depresija in druge duševne bolezni ter nevrodegenerativne in kostno-mišične bolezni.

Ukvarjanje z zgoraj opisanimi dejavniki tveganja in bolezenskimi stanji pa pogosto pripelje do tega, da spregledamo za starost značilne posebne sindrome in stanja, povezane z opisanimi starostniki fiziološkimi in funkcionalnimi spremembami organizma, ki se jim bomo posvetili v pričujočem prispevku. S starostjo namreč naraščajo starostna krhkost in trije veliki geriatrični izzivi – padci, demenca in inkontinenca. SZO je obvladovanje krhkosti, preventivo padcev, obvladovanje demence in urinske inkontinence ter poleg tega pomen dobrega ustnega zdravja uvrstila med prioriteta področja javnega zdravja pri starejših (4). Namen članka je prikazati manj pogosto obravnavane zdravstvene probleme starostnikov ter opozoriti na njihove ključne značilnosti.

2 MATERIALI IN METODE

Za pričujoči prikaz je bil pripravljen pregled ključnih tujih in domačih literaturnih podatkovnih virov, ki so opisani v na-

daljevanju poglavja. Po potrebi so bile s pomočjo programskega orodja IBM SPSS Statistics 21 opravljene dodatne deskriptivne analize podatkovnih baz, s katerimi razpolaga Nacionalni inštitut za javno zdravje.

2.1 ANKETA O ŽIVLJENJSKIH POGOJIH

Anketa o življenjskih pogojih (angleško Statistics on Income and Living Conditions – SILC) je presečna longitudinalna raziskava, ki jo koordinira Eurostat. Podatki so pridobljeni s strani držav članic. V raziskavo niso vključene osebe, ki živijo v institucijah (13, 14). Za namen izboljšanja primerljivosti med državami je v SILC uveden Minimalni evropski zdravstveni modul, ki je sestavljen iz treh splošnih vprašanj o treh dimenzijah zdravja (13).

V tem dokumentu sta predstavljena kazalnika o kroničnih boleznih in lastnem zaznavanju zdravja. Pridobljena sta iz presečne študije za Slovenijo, izvedene v letu 2010.

2.2 EUROPEAN HEALTH INTERVIEW SURVEY - EHIS

Samoporočani podatki o urinski inkontinenci (za leti 2007 in 2014) in o ustnem zdravju (za leto 2007) so bili pridobljeni iz raziskave EHIS, ki jo je izvedel NIJZ. V metodologiji so upoštevana priporočila Eurostata. Enote opazovanja so prebivalci Slovenije, starejši od 15 let, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih. Osnova za vzorčni okvir so popisni okolišev in Centralni register prebivalstva. Zbiranje podatkov je potekalo z osebnim anketiranjem na naslovih izbranih oseb z vprašalnikom na papirju. (15, 16).

Na urinsko inkontinenco se je nanašalo vprašanje: "Ali imate, oz. ste že kdaj imeli katero izmed naslednjih boleznih ali bolezenskih stanj – Motnje zadrževanja urina, težave z delovanjem sečnega mehurja?" (17), na ustno zdravje pa vprašanja »Ali lahko odgriznete in prežvečite trdo hrano, npr. čvrsto jabolko, brez kakršnih koli pripomočkov (zobne proteze)« ter »Kdaj ste zase osebno zadnjič obiskali zobozdravnika ali ortodonta?«

2.3 EUROPEAN DETAILED MORTALITY DATABASE - DMDB

Podatki, ki se nanašajo na padce, so bili pridobljeni iz DMDB. Slednja vključuje podatke o umrljivosti po vzroku smrti, starosti in spolu, ki jih države članice poročajo Svetovni zdravstveni organizaciji. Vzrok smrti je izbran s kodnim sistemom ICD-10, s kodami W00- W19, ki se nanašajo na padce (18).

2.4 SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE - SHARE

Podatki o krhkosti so pridobljeni iz objav na podlagi raziskave SHARE). Gre za presečno študijo 18 227 randomizirano zbranih posameznikov, starejših od 50 let, v letu 2004. Podatki, ki se nanašajo na krhkost, so dostopni za 16 584 posameznikov. Prevalenca krhkosti je bila ocenjena za posameznike med 50-64 letom in starejših od 65 let za posamezno državo. V omenjenem članku so ocenili krhkost s pomočjo multivariatne logistične regresije (19).

2.5 DEMENCA

V Sloveniji na nacionalni ravni ne vodimo baze podatkov, ki bi se nanašala na demenco. Za namen članka smo pregledali vire v brskalniku Google in Google Scholar, saj smo za Slovenijo pričakovali tudi manj formalne literaturne vire. Iskali smo s ključnima besedama: demenca, Slovenija, prav tako v angleščini: dementia, Slovenia. Vključitveni kriterij je bil primarni vir, izključitvena kriterija medijski in društveni zapisi, pregledanih je bilo prvih deset slovenskih in angleških strani. V članku so na podlagi treh ustrezni slovenskih in štirih ustreznih angleških zadetkov podane ocene za Slovenijo ter Evropo.

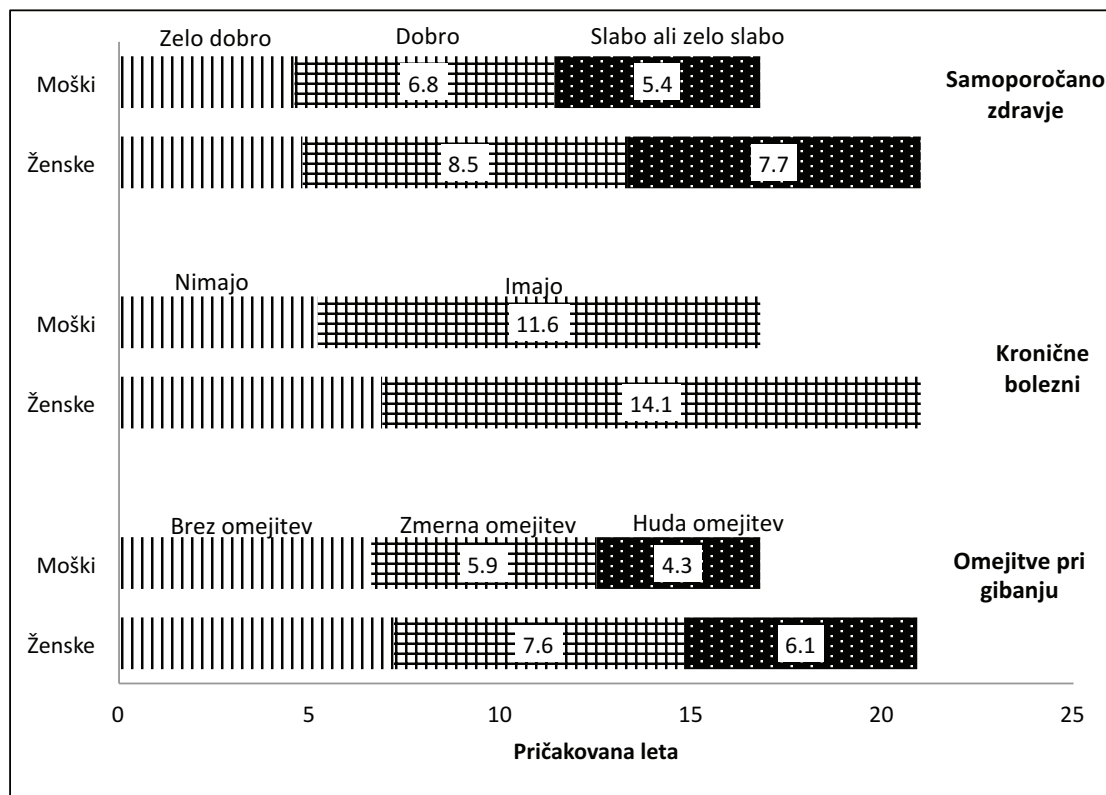
3 REZULTATI IN RAZPRAVA

Pričakovana življenjska doba je kazalnik, ki ga največkrat navajamo, ko opisujemo osnovne zdravstvene značilnosti obravnavane populacije. Vendar pa s tem lahko zgrešimo kakovost življenja, zato je v okviru pričakovane življenjske dobe pri 65. letu pomembno predstaviti tudi pričakovana leta zdravega življenja – tista leta, ki jih posameznik preživi kakovostno, ko sam obvladuje svoje življenje brez večjih oviranosti.

Pričakovana življenjska doba v starosti 65 let po podatkih SILC 2010 za Slovenijo znaša 21,0 let za ženske in 16,8 let za moške (13). Slika 1 predstavlja samoporočano zdravje, pojav kroničnih boleznih ter omejitev v pričakovanih letih po 65. letu starosti.

Ženske tako po 65. letu preživijo 7,2 let (34 % njihovega preostalega življenja) brez omejitev, kar lahko definiramo tudi kot "leta zdravega življenja", medtem ko 7,6 let preživijo v zmerni oviranosti in 6,1 let v hudi oviranosti. Moški po 65. letu preživijo v povprečju 6,6 let brez omejitev, 5,9 let v zmerni oviranosti in 4,3 leta v hudi oviranosti (13).





Slika 1. Pričakovana leta v starosti 65 let, glede na omejitve (Leta zdravega življenja), kronične bolezni in samoporočano zdravje za Slovenijo (13).
Figure 1. Life expectancies at age 65 based on activity limitation (Healthy Life Years), chronic morbidity and perceived health for Slovenia (13).

Slovenija v primerjavi z drugimi evropskimi državami pri zdravih letih življenja po 65 letu precej zaostaja, naši starejši prebivalci preživijo pomembno daljša obdobja v zmerni ali hudi oviranosti. Priložnosti za izboljšave je veliko za celoten zdravstveni sistem in vse zdravstvene delavce, pa tudi za ukrepe promocije zdravja v različnih sektorjih, s posebnim poudarkom na skrbi za bolj ranljive podskupine prebivalcev (20).

3.1 DEMENCA

S starostjo povezane nevrodegenerativne bolezni, predvsem demenca, postajajo vedno večji izziv zdravstvenega sistema in hkrati velik družbeni problem. Poseben problem predstavljajo različne oblike demence, ki so z vidika družbenih stroškov najdražja skupina bolezni. Če je bolezen odkrita dovolj zgodaj, jo je mogoče z zdravili zavreti, upočasniti ali njeno napredovanje celo zaustaviti. Če se napredovanje bolezni zavre za dve leti, se stroški zmanjšajo za 20 %, če se zavre za 5 let, se stroški prepolovijo, zato je sistematično zgodnje odkrivanje in ukrepanje ključno (21).

V letu 2015 je bilo oseb z demenco v svetu več kot 47 milijonov. Ocenjujejo, da bo število zbolelih do leta 2030 več kot 75 milijonov, po sedanjih napovedih naj bi se do leta 2050 potrojilo (22). Po navedbah Skupnega ukrepa EU za raziskovanje degenerativnih bolezni živčevja (JPND - EU joint programme on neurodegenerative disease research) je zaradi demence trenutno prizadetih 7 milijonov Evropejcev. Vsakih 20 let naj bi se število oseb z demenco podvojilo (23). V Sloveniji nimamo primerne registra bolnikov z demenco, s pomočjo katerega bi prišli do zanesljivih podatkov o številu bolnikov (24). Ocenjujejo, da je danes v Sloveniji približno 32.000 bolnikov z demenco, od tega najmanj 5 odstotkov bolnikov oboli zaradi družinske oblike bolezni. Zaradi kompleksnosti različnih oblik demence je veliko primerov še neprepoznanih, zato je verjetno je realna številka večja od ocenjene (25).

Večina evropskih držav ima za uspešno razreševanje problematike demence že več let sprejete nacionalne in akcijske načrte. V Sloveniji z zaostankom nastajajo ustrezni javnozdravstveni ukrepi, število obolelih pa tudi pri nas narašča hitreje kot razreševanje problematike. Temeljni javnozdrav-

stveni cilj na področju obvladovanja demence je načrtno in povezano izvajanje dejavnosti, ki bodo pripomogle k počasnejšemu naraščanju števila oseb z demenco ter izboljšale življenje oseb z demenco in tistih, ki zanje skrbijo (20).

3.2 URINSKA INKONTINENCA

Urinska inkontinenca je nehoteno uhajanje urina, ki je v naši družbi stigmatizirana in spregledana težava starejših. Pojav urinske inkontinence pomeni povečano verjetnost za napoved potrebe po negi (26, 27). Je ena najpomembnejših oslabeitev v starosti, ki narašča s starostjo, lahko že po 50. letu, in je med mlajšimi starejšimi (65 – 75 let) pogostejša pri ženskah kot pri moških. Pri starosti 75 let ali več se pogostost po spolu izenači, inkontinenco najdemo pri dobri četrtini populacije. V Evropi je ocenjena prevalenca v populaciji med 1,8 in 30,5 % (28). V Sloveniji ima samoporočano težavo z urinsko inkontinenco približno četrtina starejših, kar prikazuje Preglednica 1 (15, 16). V starostni skupini 65 let ali več je trikrat več samoporočane urinske kontinence (21,8 % , kot pri starostni skupini 45-64 let. Primerjava urinske inkontinence med spoloma, pokaže, da se z urinsko inkontinenco na splošno veliko pogostejše srečujejo ženske kot moški (15, 16).

V nekaterih družbah inkontinenco že obravnavajo kot vsako drugo bolezen, ne da bi bili bolniki zato socialno prizadeti, v Sloveniji pa jo zaznamuje izrazita stigma. Za vzdrževanje kontinence ter obvladovanje inkontinence je ključni javnozdravstveni cilj priprava nacionalnega pristopa, ki bo temeljil na pozitivnem aktivnostih za vzdrževanje kontinence ter s tem zmanjšal stigo in povečal socialno sprejemljivost te bolezni. S tem bodo vzpostavljeni pogoji za izvajanje sodobnih ukrepov na tem področju tudi v Sloveniji. Posebno pozornost je potrebno nameniti zagotavljanju enake dostopnosti do storitev in pripomočkov, da ukrepi ne bi povečali neenakosti v zdravju (20).

3.3 KRHKOST

Ena od definicij krhkost opiše kot postopen, s starostjo povezan upad fizioloških sistemov pod določeno funkcio-

nalno mejo, kar je povezano z zmanjševanjem rezerv v zmogljivosti različnih fizioloških sistemov posameznika. Posledično se poveča občutljivost za stresorje in povečuje tveganje za nastanek številnih neugodnih zdravstvenih izidov (8). Definicija (starostne) krhkosti še ni poenotena, pri celostnem razumevanju koncepta krhkosti je vključenih več področij – tudi socialno in duševno, ne le telesno. Telesni temelj predstavlja propadanje skeletne mišične mase, ki je del fizioloških procesov med staranjem, kar postopoma vodi do sarkopenije, ki skupaj z osteoporozo zmanjšuje funkcionalno telesno maso in pripomore h krhki starosti (29).

Pri razvoju krhkosti se poveča možnost padcev, potreba po pomoči drugih, lahko se pojavi večja obolevnost in z njo povezano večje število hospitalizacij in več bivanj v različnih oblikah institucij, pa tudi možnost slabših izidov zdravljenja najrazličnejših zdravstvenih težav (6).

V obsežni evropski študiji so ocenili prevalenco krhkosti v starostni kategoriji 50–64 let na 4,1 %, v starosti 65 let ali več pa prevalenca naraste na 17 %. Prevalenco tveganja za krhkost (»pred-krhkost«) so ocenili na 37,4 % oziroma 42,3 % glede na obe predhodno omenjeni starostni skupini. Prevalenca krhkosti se razlikuje med državami, višjo izmerimo v južni Evropi (30). Pri ženskah je krhkost skoraj dvakrat višja kot pri moških, izrazito pa poraste pri obeh spolih po 80. letu starosti (6).

Javnozdravstveni namen in cilj obvladovanja krhkosti je ohraniti posameznikove funkcijske telesne, duševne, socialne in duhovne zmožnosti čim dlje časa ter vrniti funkcijsko zmožnost »predkrhkim« in krhkim starejšim odraslim ter s tem povečati pričakovana zdrava leta življenja in predvsem povečati kakovost življenja starejših. Za doseganje tega cilja je potrebno obvladovanje prehranske ogroženosti, obvladovanje funkcijske oziroma gibalne manjše zmožnosti, obvladovanje oziroma vzdrževanje miselno-spoznavnih zmožnosti ter omogočanje ustrezne socialne vključenosti starejših. Z vsemi naštetimi aktivnostmi bi zagotovili ohranjanje optimalnih funkcijskih (telesnih, duševnih, socialnih) zmožnosti, kakovostnejše življenje ter samostojno, dejavno

Preglednica 1. Samoporočana urinska inkontinenca (motnje zadrževanja urina oziroma težave z delovanjem sečnega mehurja), v Sloveniji (n = 2116) (15, 16).

Table 1. Self-reported urinary incontinence (problems with the functioning of the urinary bladder), in Slovenia (n=2116) (15,16).

Leto	Spol		Starostna skupina	
	Moški (%) n= 994	Ženske (%) n= 1122	45 - 64 let (%) n= 695	65 let ali več (%) n= 393
2014	5,8	10,6	7,35	21,8

in neodvisno življenje v kasno starost, obenem pa tudi zmanjšano obolevnost, zmanjšano breme bolezni in zmanjšane stroške zdravljenja in oskrbe starejših (20).

3.4 PADCI

Zaradi staranja prebivalstva so padci postali glavni vzrok umrljivosti zaradi nezgod v Sloveniji. Starejši v primerjavi z mlajšimi prebivalci pogosteje padejo in se smrtno poškodujejo (31). Poškodbe zaradi padcev so najpogostejše pri otrocih in starejših od 65 let, medtem ko je umrljivost zaradi posledic padcev najvišja pri ljudeh po 75. letu starosti, predvsem zaradi pogostejših padcev in poškodb (32) ter tudi zaradi višje smrtnosti. Vzrok za padce in poškodbe je kombinacija bioloških, vedenjskih, socio-ekonomskih dejavnikov in dejavnikov fizičnega okolja (32). Starejši ljudje večinoma padejo in se poškodujejo doma pri vsakodnevnih opravilih, na primer vzdrževanju doma ali vrta, kuhanju, čiščenju, in na ulicah v bližnji okolici doma (33).

SZO na podlagi objavljenih člankov in meta analiz ocenjuje, da 30 % oseb, starejših od 65 let in več kot 50 % oseb, starejših od 85 let, ki živijo v institucionalnem varstvu, pade vsaj enkrat letno (2). Podatke za Slovenijo prikazuje Preglednica 2. Iz nje je razvidno, da je tudi v Sloveniji med umrlimi poškodovanci zaradi padcev kar 83 % (oziroma 435) ljudi, starejših od 65 let. Umrljivost zaradi padcev pri

moških po 65. letu starosti je nekoliko višja kot pri ženskah (18).

Za preventivo padcev med starejšimi bi bilo potrebno pripraviti na vladni ravni usklajeno nacionalno strategijo. Na vseh upravnih ravneh, od vladne do lokalne, bi bilo potrebno opredeliti ukrepe za zmanjševanje padcev in nosilce odgovornosti, prav tako na strokovnih in izvajalskih ravneh. Izboljšati bi bilo potrebno tako osveščanje javnosti o pomenu in načinu preprečevanja padcev kot tudi spremljanje padanja pri starejših za opredelitev uspešnosti ukrepov. Ključni strateški javnozdravstveni cilj je, da naj se v Sloveniji pojavnost padcev in njihovih posledic v naslednjem desetletju zmanjša za najmanj desetino, kar naj omogoči znižanje zdravstvenih, socialnih in ekonomskih posledic padcev oziroma njihovega družbenega bremena (20).

3.5 USTNO ZDRAVJE

Ustno zdravje je ključno, a dostikrat prezrto področje zdravega staranja, saj ima pomemben vpliv na splošno zdravje in blagostanje, posebej pri bolj ranljivih in prikrajšanih starejših osebah. Brezobost je med starejšimi ljudmi pogosta, glavna vzroka sta predvsem zobni karies in napredovala parodontalna bolezen. Brezobost upada v državah z višjim dohodkom, saj starejši z ortodontskimi posegi lažje ohranjajo svoje zobe v funkcionalnem stanju. Izguba zob blago narašča v

Preglednica 2. Umrljivost zaradi padcev v Sloveniji, v splošni populaciji in pri starejših, za leto 2010 (ICD 10 koda: W00- W19) (18).

Table 2. Mortality because of falls in Slovenia, in general population and in older adults, in 2010 (ICD 10 codes: W00- W19) (18).

Spol/ starost	Starostno standardizirana stopnja umrljivosti na 100 000	Groba stopnja umrljivosti 100 000	Število smrti	% od vseh smrti	Starostno standardizirana izgubljena leta potencialnega življenja (PYLL)	Izgubljena leta potencialnega življenja na 100 000	% vseh izgubljenih let potencialnega življenja	Populacija
Ženske (65 +)	91,9	125	25 6	3,1 4	19,28	19,3	0,83	205169
Moški (65 +)	148	134	17 9	2,7 8	94,25	94,3	1,90	134031
65 + (skupno)	112	128	43 5	2,9 8	54,15	54,2	1,53	339200
Ženske	11,5	26,1	27 0	2,9 0	37,95	38,0	1,31	103454 5
Moški	22,8	25,1	25 5	2,7 4	142,81	143	2,95	101471 6
Vsa leta (skupno)	16,4	25,6	52 5	2,8 2	91,85	91,9	2,44	204926 1

Preglednica 3. Ali lahko odgriznete in prežvečite trdo hrano, na primer čvrsto jabolko brez kakršnih koli pripomočkov? (15).

Table 3. Can you bite and chew firm food, such as a firm apple without any tools? (15).

Ali lahko odgriznete in prežvečite trdo hrano, na primer čvrsto jabolko brez kakršnih koli pripomočkov?	Skupaj – vse starostne skupine (%)	Starost	
		45-64 let (%)	65 let + (%)
Da, brez težav	80,3	77,0	40,9
Da, z manjšimi težavami	6,0	8,1	13,6
Da, z večjimi težavami	4,2	6,1	10,9
Sploh ne	9,5	8,9	34,6
Skupaj	100,0	100,0	100,0
n	2118	697	393

državah z nižjim dohodkom. Prevalenca težav z ustnim zdravjem med starejšimi znaša 42 % v državah z nižjim dohodkom in 29 % v državah z višjim dohodkom (33).

Nekaj podatkov o stanju ustnega zdravja pri starejših v Sloveniji lahko pridobimo iz Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007 (EHIS). Iz preglednice 3 (15) je vidno, da s starostjo naraščajo težave pri žvečenju trde hrane (na primer jabolka).

Zanimiv je tudi podatek prej omenjene ankete o pogostosti obiskov pri zobozdravniku ali ortodontu (Preglednica 4). Osebe v starosti od 45-64 let obiščejo zdravnika približno 0,6-krat v zadnjih 4 tednih, medtem ko osebe starejše od 65 let približno 0,8 krat v enakem obdobju (15).

Tudi na področju ustnega zdravja starejših bi bilo potrebno pripraviti sistematičen in celovit pristop. Ključni javnozdravstveni cilji na področju ohranjanja dobrega ustnega zdravja starejših so zmanjšati število izgubljenih zob kot posledica bolezni zobnih in obzobnih tkiv v celotnem življenjskem poteku in v skupini starejših; zmanjšati delež spolne brez-zobosti med starejšimi in povečati delež oseb s funkcionalnim zobovjem; izboljšati spremljanje ustnega zdravja med starejšimi ter zmanjšati dejavnike tveganja za nastanek

zobnih in ustnih bolezni. Funkcionalno urejeno zobovje omogoča učinkovito žvečenje in uživanje pestre mešane prehrane v pozno starost, kar pomeni dobro oskrbljenost organizma s vsemi potrebnimi hranili in med drugim zmanjšano verjetnost nastanka starostne krhkosti zaradi prehranskih deficitov (20).

4 SKLEP

V prihodnjih letih lahko predvsem zaradi staranja populacije pričakujemo porast kroničnih nenalezljivih bolezni, npr. porast rakavih obolenj in nevrodegenerativnih bolezni. Preventiva navedenih bolezni je izziv za prebivalce v aktivni dobi in za starejše. Poseben izziv so relativno nizka pričakovana leta zdravega življenja v naši državi - to so leta, ki jih posameznik ne glede na pričakovano življenjsko dobo preživi v polnem zdravju in optimalni delovni sposobnosti. Omenjeni podatki o zdravih letih in kakovosti življenja po

Preglednica 4. Kdaj ste zase osebno zadnjič obiskali zobozdravnika ali ortodonta? (15, 16).

Table 4. When did you last visited a dentist or orthodontist (for yourself)? (15, 16).

Kdaj ste zase osebno zadnjič obiskali zobozdravnika ali ortodonta?	2007 (n= 2116)		2014 (n= 2118)		2007 (n= 2116)		2014 (n= 2118)	
	Moški (%)	Ženske (%)	Moški (%)	Ženske (%)	45-64 let (%)	65 let + (%)	45-64 let (%)	65 let + (%)
V zadnjih 12 mesecih	52,2	58,5	57,9	59,9	54,6	34,4	59,9	36,8
Pred več kot enim letom ali dlje	47,2	41,1	40,6	38,9	45,0	65,2	39,2	61,3

65. letu starosti zahtevajo resen razmislek in usmeritve za celoten zdravstveni sistem in vse zdravstvene delavce.

Ministrstvo za zdravje RS je zaradi ocenjenega bremena kroničnih nenalezljivih bolezni v populaciji zato za obvladovanje zgoraj opisanih zdravstvenih problemov in dejavnikov tveganja v celotnem življenjskem poteku že pripravilo strateške usmeritve in dokumente. Več kot desetletje se izvajajo tudi letni akcijski plani z vključevanjem različnih deležnikov (Preventiva srčno žilnih bolezni, Državni program obvladovanja raka, Državni program obvladovanja sladkorne bolezni). Manj pozornosti pa je bilo do sedaj usmerjene v tri velike zdravstvene probleme starostnikov, to je preventivo padcev, demenco in inkontinenco, pa tudi v bolezni zob in ustne votline ter obvladovanje krhkosti. Zmanjševanje bremena omenjenih bolezni in stanj lahko pomembno poveča kakovost in neodvisnost življenja starejših ter zmanjša stroške zdravstvenega, socialnega in drugih sistemov.

Z javnozdravstvenega vidika je za vse navedene bolezni in stanja, značilne za starejšo populacijo, potrebno pripraviti enoten strateški pristop, ki bo pri implementaciji posegel izven medicinsko zdravstvenega okvira in zagotovil izvajanje za vse starejše dostopnih ukrepov v vseh relevantnih okoljih ter pri tem povezal vse ključne sektorje in deležnike.

5 ZAHVALA

Predlogi javnozdravstvenih ukrepov v članku so povzeti na podlagi izdelkov projekta AHA.SI (na www.staranje.si). Avtorici članka se v imenu koordinatorja projekta zahvaljujeta vsem projektnim partnerjem in deležnikom, ki so sodelovali pri pripravi predlogov.

6 LITERATURA

1. Crimmins EM., Beltrán-Sánchez H., *Mortality and morbidity trends: Is there compression of morbidity?* *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2011; 66B(1): 75–86.
2. World Health Organization. *World report on ageing and health.* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf. Dostop: 09-02-2017.
3. Lee C, Dobson AJ, Brown WJ et al. *Cohort Profile: The Australian longitudinal study on women's health.* *Int J Epidemiol*, 2005; 34:987–991.
4. World Health Organization. *Active ageing: A policy framework.* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Dostop: 10-02-2017.
5. Steves CJ, Spector TD, Jackson SHD. *Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future.* *Age Ageing* 2012; 41: 581–586.
6. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, et al. *Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review.* *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 1487–1492.
7. Inštitut za varovanje zdravja RS. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. Šesta izdaja.* http://www.nijz.si/files/uploaded/ks_mkb10-am-v6_v02_splet.pdf. Dostop: 20-03-2017.
8. Cesari M, Prince M, Bernabei R et al. *Frailty: An emerging public health priority.* *Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009;64(6):675–681.
9. Low L, Yap M, Brodaty H. *A systematic review of different models of home and community care services for older persons.* *BMC Health Serv Res* 2011; 11(1): 93.
10. World Health Organization. *Closing the gap in a generation. Final Report. WHO Commission on social determinants of health.* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf. Dostop: 23-03-2017.
11. Marengoni A, Angleman S, Malis R et al. *Ageing with multimorbidity: A systematic review of the literature.* *Ageing Res Rev.* 2011; 10: 430–439.
12. World Health Organization. *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.* https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264_eng.pdf. Dostop: 20-03-2017.
13. European Health and Life Expectancy Information System. *Health Expectancy in Slovenia - EHLEIS Country Reports Issue 6 - April 2013.* http://www.eurohex.eu/hly/pdf/CountryReports_Issue6/Slovenia_a_Issue6.pdf. Dostop: 15-02-2017.
14. Eurostat – statistic explained. *Glossary: EU statistics on income and living conditions (EU-SILC).* [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:EU_statistics_on_income_and_living_conditions_\(EU-SILC\)](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:EU_statistics_on_income_and_living_conditions_(EU-SILC)). Dostop: 20-4-2017.
15. Nacionalni inštitut za javno zdravje. *Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.* www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/pod_ehis_pregled_podatkov_v20090331.xls. Dostop: 10-02-2017.
16. Nacionalni inštitut za javno zdravje. *Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2014.* <http://www.nijz.si/podatki/anketa-o-zdravju-in-zdravstvenem-varstvu>. Dostop: 10-02-2017.
17. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. *Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007 – vprašalnik.* http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/mg_ehis_glavni_vprasanik.pdf. Dostop: 10-2-2017.
18. European Detailed Mortality Database. *Comparisons between countries for one selected (group of) cause (s) of death.* <http://data.euro.who.int/dmdb/>. Dostop: 09-02-2017.
19. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J et al. *Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries.* *Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64(6): 675–681.
20. *Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji. Rezultati AHA.SI.* <http://www.staranje.si/aha-si/rezultati>. Dostop: 10-02-2017.
21. Wimo A, Jonsson L, Bond J et al. *The worldwide economic impact of dementia 2010.* *Alzheimers Dement* 2013; 9(1): 1-11.

22. Vos T, Gross J, Begg S et al. Projection of health care expenditure by disease: a case study from Australia. <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442457498>. Dostop: 09-02-2017.
23. EU Joint Programme - Neurodegenerative Disease Research. Tackling the challenge of Alzheimer's and other neurodegenerative disease in Europe. http://www.neurodegenerationresearch.eu/fileadmin/Document/s/2012/SRA-related/Translations/Slovenian_Translation.pdf. Dostop: 09-02-2017.
24. Kogoj A. Demenca — javnozdravstveni problem tudi v Sloveniji. *JAMA-SI* 2009; 17(6): 251-252.
25. Cajnko A. Kako se lotiti zmanjšanja bremena demence za posameznika, družino. http://www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/image/s/kako_se_lotiti_zmanjsanja_bremena_demence_za_posameznika_druzino_lect.pdf. Dostop: 12-02-2017.
26. Yuan HB, Williams BA, Liu M. Attitudes Toward Urinary Incontinence Among Community Nurses and Community-Dwelling Older People. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011;38(2):184-189.
27. Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(2):167-78.
28. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S et al. Global Prevalence and Economic Burden of Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review. *Eur Urol* 2014; 65(1): 79-95.
29. Rotovnik Kozjek N, Situlin R, Gabrijelčič Blenkuš M et al. Nutrition recommendations for older adults: the PANGeA study: scientific monography. <http://www.zrs-kp.si/monografije/single/nutrition-recommendations-for-older-adults-the-pan-2052>. Dostop: 20-03-2017.
30. Rok Simon M, Gabrijelčič Blenkuš M, Delfar N. Poškodbe v Sloveniji: zakaj so problem javnega zdravja in kaj lahko storimo? <http://www.njz.si/sl/publikacije/poskodbe-v-sloveniji-zakaj-so-problem-javnega-zdravja-in-kaj-lahko-storimo>. Dostop: 13-02-3017.
31. Riggs BL, Melton LJ, Robb RA et al. Population-Based Analysis of the Relationship of Whole Bone Strength Indices and Fall-Related Loads to Age- and Sex-Specific. *J Bone Miner Res* 2006; 21(2): 315-323.
32. Rok Simon M. Poškodbe doma in v prostem času. In: *Zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010: 98-99.
33. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S et al. Global oral health of older people – Call for public health action. *Community Dental Health* 2010; 27(2): 257-268.

