



LIJEČNIČKI VJESNIK

GLASILO HRVATSKOG LIJEČNIČKOG ZBORA

3. HRVATSKI GERONTOLOŠKI I GERIJATRIJSKI KONGRES

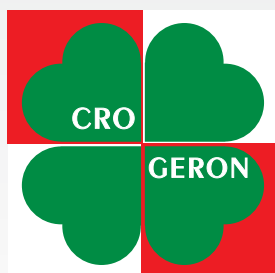
s međunarodnim sudjelovanjem
15. – 17. studenog 2016., Opatija, Hrvatska

3rd CROATIAN CONGRESS ON GERONTOLOGY AND GERIATRICS

with international participation
November 15-17, 2016, Opatija, Croatia

3. KROATISCHE KONGRESS FÜR GERONTOLOGIE AND GERIATRIE

mit internationaler Beteiligung
15. – 17. November, Opatija, Kroatien



KNJIGA SAŽETAKA BOOK OF ABSTRACTS DIE ZUSAMMENFASSUNGEN

PROSURE®

POKRENITE BORBU.

NEDOSTATAK
APETITA

UPALJENA
USTA I/ILI
GRLO

PROMIJENJEN
OKUS HRANE

MUČNINA
TIJEKOM
KONZUMACIJE
HRANE

5
OKUSA

Banana
Čokolada
Kava
Naranča
Vanilija

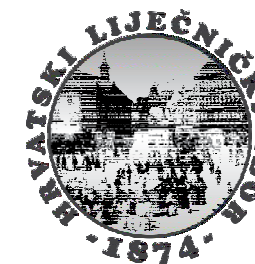


SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE
Abbott Laboratories d.o.o. | Koranska 2 | 10000 Zagreb | t. 01 23 50 510 | f. 01 24 41 334

life. to the fullest.



UDK 61(061.231)=862=20



CODEN LIVJA5 ISSN 1330-4917

LIJEČNIČKI VJESNIK

THE JOURNAL OF THE CROATIAN MEDICAL ASSOCIATION

3. HRVATSKI GERONTOLOŠKI I GERIJATRIJSKI KONGRES

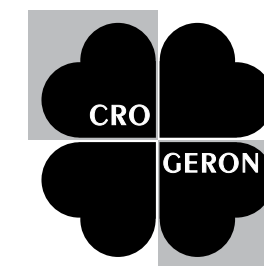
s međunarodnim sudjelovanjem
15. – 17. studenog 2016., Opatija, Hrvatska

3rd CROATIAN CONGRESS ON GERONTOLOGY AND GERIATRICS

with international participation
November 15-17, 2016, Opatija, Croatia

3. KROATISCHE KONGRESS FÜR GERONTOLOGIE AND GERIATRIE

mit internationaler Beteiligung
15. – 17. November, Opatija, Kroatien



KNJIGA SAŽETAKA BOOK OF ABSTRACTS DIE ZUSAMMENFASSUNGEN

LIJEČ VJESN 138:1-168

SUPLEMENT 2

ZAGREB, STUDENI 2016

LIJEČNIČKI VJESNIK

Utemeljen 1877.

Founded 1877

SAVJET / ADVISORY BOARD

PREDSJEDNIK / PRESIDENT

Mladen Belicza

TAJNIK / SECRETARY

Miroslav Hromadko

ČLANOVI / MEMBERS

Tomislav Dasović (Zagreb) – Hedviga Hricak (New York) – Miroslav Hromadko (Zagreb) – Mirko Jung (Zürich) – Ivica Kostović (Zagreb) – Mladen Križ (Rijeka) – Ante Padjen (Montreal) – Marko Pećina (Zagreb) – Dinko Podrug (New York) – Miljenko Pukanić (Sydney) – Smiljan Puljić (Upper Saddle River, New Jersey) – Petar Reić (Split) – Berislav Tomac (Hagen) – Marko Turina (Zürich) – Ljiljana Zergollem-Čupak (Zagreb) – Živojin Žagar (Zagreb)

UREDNIČKI ODBOR / EDITORIAL BOARD

Branimir Anić (Zagreb) – Darko Antičević (Zagreb) – Alen Babacanli (Zagreb) – Željimir Bradamante (Zagreb) – Mislav Čavka (Zagreb) – Nada Čikeš (Zagreb) – Željko Ferenčić (Zagreb) – Rudolf Gregurek (Zagreb) – Smilja Kalenić (Zagreb) – Nikola Mandić (Osijek) – August Mijić (Zagreb) – Davor Miličić (Zagreb) – Mislav Planinc (Zagreb) – Stojan Polić (Split) – Željko Reiner (Zagreb) – Darko Richter (Zagreb) – Zvonko Rumboldt (Split) – Juraj Sepčić (Rijeka) – Zdenko Sonicki (Zagreb) – Davor Štimac (Rijeka)

GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK / EDITOR-IN-CHIEF

Branimir Anić

TAJNIK UREDNIČKOG ODBORA / SECRETARY OF THE EDITORIAL BOARD

Željko Ferenčić

Osnivač i izdavač / Founder and Publisher
HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR

Za izdavača / For Publisher
ŽELJKO KRZNARIĆ

Glavni i odgovorni urednik / Editor-in-Chief
BRANIMIR ANIĆ

Tajnica redakcije / Secretary of the Editorial Office
DRAŽENKA KONTEK

Rješenje naslovne stranice / Front Page Design
BRANKO VUJANOVIĆ

Tehnički urednik / Technical Editor
TIBOR GOD

Korektorica / Proof Reader
LJUBICA GRBIĆ

Slog / Typesetting
STUDIO HRG d.o.o., Zagreb

Tisak / Printed by
TISKARA ZELINA

Web stranica / Web page
STUDIO HRG d.o.o., Zagreb

Zagreb 2016.

Naklada 650 primjeraka

Rukopis i svi članci šalju se *Uredništvu Liječničkog vjesnika*, Zagreb, Šubićeva ul. 9, tel. (01) 46-93-300, e-mail: lijecnicki-vjesnik@hlz.hr. Članarina, pretplata i sve novčane pošiljke šalju se Hrvatskomu liječničkom zboru, Zagreb, Šubićeva ulica 9, odnosno na žiro račun br. 2360000-1101214818 ili devizni račun br. 2100060384, Zagrebačka banka d.d., Savska c. 60, Zagreb, Swift: Zaba HR 2X, IBAN HR7423600001101214818, OIB 60192951611. Članarina Hrvatskoga liječničkog zbora iznosi 200 kuna; za liječnike pripravnike i obiteljska članarina iznosi 100 kuna. Pretplata za Liječnički vjesnik je 315 kuna (inozemstvo 84 eura). Radi redovitog primanja časopisa svaku promjenu adrese potrebno je javiti Uredništvu. Svaki član Hrvatskoga liječničkog zbora ima pravo besplatno objaviti članak u Liječničkom vjesniku; autori koji nisu članovi Zbora moraju platiti naknadu u iznosu od 187,50 kuna.

UPUTA AUTORIMA

Liječnički vjesnik, glasilo Hrvatskoga liječničkog zbora, objavljuje uvodnike, stručne i znanstvene radove, preglede, prikaze bolesnika, lijekova i metoda, preliminarna znanstvena i stručna priopćenja, osvrte, pisma uredništvu, prikaze knjiga, referate iz literature i druge priloge uz uvjet da već nisu u istom obliku objavljeni u drugim časopisima ili knjigama. LV obavještava o djelatnostima HLZ i stručnih društava. Svi radovi šalju se na adresu: Uredništvo Liječničkog vjesnika, Hrvatski liječnički zbor, Šubićeva 9, 10000 Zagreb. Radno vrijeme uredništva za stranke je utorkom i četvrtkom od 17 do 19 sati. Telefon 01 469-33-00, telefaks 01 46-55-066. Internetska stranica: <http://lijecnicki-vjesnik.hlz.hr>. E-mail adresa: lijecnicki-vjesnik@hlz.hr.

Uputa autorima u skladu je s tekstem – Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, International Committee of Medical Journal Editors, <http://www.icmje.org>.

1. TEKST RUKOPISA

Čitav rad, uključujući sve priloge, treba poslati u triplikatu (uz original, drugi primjerci slika i tablica mogu biti fotokopije). Rad mora biti pisan dvostrukim proredom, na jednoj strani lista, tako da na jednoj stranici bude najviše 1800 znakova računajući i razmake između riječi (tj. 30 redaka, pri računalnom ispisu veličinom slova 11 točaka ili s razmjerno manjim brojem redaka po stranici, ako su veća slova). S obje strane teksta valja ostaviti bijeli rub širok najmanje 2,5 cm. Pregledi, stručni i znanstveni radovi smiju imati do 15 stranica teksta (27000 znakova računajući i razmake), a prikazi bolesnika, lijekova i metoda, preliminarna priopćenja te osvrta do 8 stranica (14000 znakova uključujući i razmake). Svaki dio članka treba započeti na novoj stranici. Prilozi za rubriku „In memoriam“ ne smiju biti dulji od 3 stranice (5400 znakova uključujući razmake) i moraju biti popraćeni fotografijom. Pisma uredniku ne smiju biti dulja od 5 stranica (9000 znakova uključujući razmake), a u to su uračunati i popratni literaturni navodi kojih smije biti najviše 10. Sve stranice trebaju biti numerirane, počevši s naslovnom. Broj stranice treba napisati u donjem desnom kutu.

Rukopisi moraju imati sljedeći sadržaj:

1.1. Naslovnu stranicu s naslovom na hrvatskom i engleskom jeziku te imenima i prezimenima autora. Ispod toga treba navesti ustanove u kojima autori rade i naziv ustanova u kojima je rad napravljen te ponoviti ime i prezime svakog autora s akademskim stupnjem uz naziv ustanove u kojoj radi. Zatim slijedi adresa autora kojem se Urednički odbor može obraćati i adresa autora od kojeg će se moći tražiti separati, a koja se kasnije objavljuje u članku. Potom treba navesti sve koji su na bilo koji način pomogli (novčano ili materijalno) izradu rada. Na dnu stranice trebaju autori predložiti skraćeni naslov članka do 40 slova koji će se kao tekući naslov tiskati na stranicama na kojima će rad biti objavljen.

1.2. Sažetak koji se prilaže na posebnom listu, a ne smije biti duži od 150 riječi. Mora sadržavati sve bitne činjenice iznesene u radu: svrhu rada, metodu, bitne rezultate s broječanim podacima, osnovne zaključke.

1.3. Sažetak na engleskom jeziku koji se piše također na posebnom listu. On sadrži i naslov članka na engleskom jeziku. Neprevedene ili loše prevedene sažetke uredništvo će dati na popravak ili prijevod lektoru engleskog jezika na autorov trošak. Mogu se,

dakle, slati i neprevedeni sažeci.

1.4. Ključne riječi. Na listu koji sadrži hrvatski odnosno engleski sažetak ispod teksta valja napisati 3–10 ključnih riječi koje su bitne za brzu identifikaciju i klasifikaciju rada. U pravilu treba kao ključne riječi rabiti glavne natuknice (MeSH) iz Index Medicusa.

1.5. Uvod koji je kratak i jasan prikaz biti problema i svrhe istraživanja. Kratko se spominju radovi koji su u izravnoj vezi s problemom što ga prikazuje članak.

1.6. Metode primijenjene u radu prikazuju se kratko, ali dovoljno da se čitatelju omogući ponavljanje opisanog istraživanja. Metode poznate iz literature opisuju se okvirno, a navodi se izvorni literaturni podatak. Lijekovi se navode generičkim imenom. Uređaje kojima se radilo treba navesti, navodeći u zagradi naziv i adresu proizvođača. Korištene statističke metode treba objasniti dovoljno detaljno da bi čitatelj mogao iz originalnih rezultata izračunati navedene vrijednosti.

Za studije na ljudima treba navesti jesu li provedene u skladu s etičkim načelima i Deklaracijom iz Helsinkija iz 1975. godine i njezinim izmjenama iz 1983. godine. Također treba navesti koji je etički odbor dao pristanak za provođenje pokusa. U radu se ne smiju navoditi imena, inicijali ili matični brojevi bolesnika. Potrebno je navesti kriterije izbora odnosno isključivanja bolesnika iz pokusne skupine, kao i detalje randomizacije. U preglednim člancima treba objasniti kako su podaci pronalazeni, birani i sintetizirani, što treba ukratko navesti i u sažetku preglednog članka.

1.7. Rezultate koje treba jasno i precizno prikazati. Značajnost rezultata potrebno je statistički obraditi. Treba se služiti SI jedinicama.

1.8. Raspravu i zaključke. Svrha rasprave jest tumačenje rezultata i njihova usporedba s postojećim značajnijim spoznajama na tom području iz čega mogu proizaći jasni zaključci.

2. TABLICA I SLIKE

Rad treba popratiti razumnim brojem slika i tablica; treba priložiti samo reprezentativne ilustracije koje dokumentiraju rad.

Naslovi tablica, opisi slika te tekstualni dio tablica i slika moraju biti dvojezični, na hrvatskom i engleskom jeziku.

2.1. Svaka se tablica piše na posebnom listu, mora imati svoj redni broj koji je povezuje s tekstem te naslov. U tablicama valja izbjegavati okomite naslove stupaca. Umjesto njih mogu se upotrijebiti rimske brojke ili velika slova kojima se označava svaki pojedini stupac, a objašnjavaju se legendama na dnu tablice. U tablicama se ne smiju upotrebljavati kratice osim uobičajenih mjernih jedinica. Unutar tablica ne treba rabiti okomite i vodoravne crte.

2.2. Svaka slika također ima svoj redni broj prema redoslijedu kojim se pojavljuje u tekstu. Opisi slika – legende – pišu se na posebnom listu, također prema svom rednom broju.

Prilažu se crno-bijele slike na sjajnom papiru. Na poledini slike treba naljepiti naljepnicu s brojem slike, imenom prvog autora i oznakom vrha slike. Preporučuje se bitna mjesta na slikama označiti strelicama. Na mikroskopskim fotografijama mora postojati mjerilo. Bolesnici sa slika ne smiju biti prepoznatljivi ili je uz slike potrebno dostaviti pismeni pristanak bolesnika, odnosno roditelja ili skrbnika za malodobnike, za njihovo objavljivanje.

Nije dovoljno prekriti oči bolesnika crnom trakom.

Crteži se mogu izraditi tušem na bijelom ili paus papiru ili otisnuti na računalnom štampaču. U prvom slučaju treba priložiti originale. Slova i znakovi moraju biti jasni, primjerenih proporcija koje će smanjivanjem u tisku dopuštati da svaki podatak ostane dovoljno jasan.

Reprodukcije slika i tablica iz drugih izvora potrebno je popratiti pismenom dozvolom vlasnika prava.

3. POPIS LITERATURE

Literatura se navodi rednim brojem, prema redoslijedu citiranja u tekstu. (Prva referenca nosi broj 1.) Literaturni navodi u tekstu pišu se u zagradama. Ako rad ima šest ili manje autora, treba ih navesti sve, a ako ih je sedam ili više, treba navesti prvih šest i dodati: i sur.

Literatura se citira ovako:

Članak u časopisu

Golubić D, Rapić D, Breitenfeld V. Neka klinička, dijagnostička i terapijska zapažanja o humanoju trihinelozu. *Liječ Vjesn.* 1985;107:11–4.

Zajednički autor

The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post-hepatitis marrow aplasia. *Lancet.* 1977;2:242–4.

Bez autora

Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). *Br Med J.* 1981;283: 628.

Suplement časopisa

Lundstrom I, Nylander C. An electrostatic approach to membrane bound receptors. *Period Biol.* 1983;85Suppl 2:53–60.

Časopis označen brojem

Seaman WB. The case of the pancreatic pseudocyst. *Hosp Pract.* 1981 Sep;16:24–5.

Knjige i monografije

Autor(i) pojedinci

Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5. izd. New York: Harper and Row; 1974. str. 406.

Urednik

Dausset J, Colombani J, ur. Histocompatibility testing 1972. Copenhagen: Munksgaard; 1973. str. 12–8.

Poglavlje u knjizi

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. U: Sodeman WA jr, Sodeman WA, ur. Pathogenic physiology mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders; 1974. str. 457–72.

Zbornik radova

DuPont B. Bone marrow transplantation in severe combined immunodeficiency with an unrelated MLC compatible donor. U: White HJ, Smith R, ur. Proceedings of the third annual meeting of the International Society for Experimental Haematology. Houston: International Society for Experimental Haematology; 1974. str. 44–6.

Monografija u seriji

Hunninghake GW, Gadek JE, Szapiel SV. The human alveolar macrophage. U: Harris CC ur. Cultured human cells and tissues in biomedical research. New York: Academic Press; 1980. str. 54–6. (Stoner GD, ur. Methods and respectives in cell biology; vol 1).

Publikacije agencija, društava, itd.

Ranofsky AL. Surgical operations in short-stay hospitals: United States – 1975. Hyattsville, Maryland: National Centre for Health Statistics; 1978. DHEW publication no. (PHS) 78–1785. (Vital and health statistics; series 13; no 34).

Disertacija ili magisterij

Cairns RB. Infrared spectroscopic studies of solid oxygen (disertacija). Berkeley, SAD: University of California; 1965. str. 156.

Drugi članci

Novinski članak

Martinović S. Dnevno boluje sto tisuća zaposlenih. *Vjesnik.* 1985 Feb 19; 5 (col. 1).

Članci iz magazina (periodičnih časopisa)

Wallis C. Chlamydia: the silent epidemic. *Time* 1985 Feb 4; 33.

Časopise treba prikazivati kriticom koju upotrebljava Index Medicus.

4. POPRATNO PISMO

U popratnom pismu treba navesti(a) ime, adresu i telefonski broj autora koji će preuzeti na sebe da s ostalim autorima dogovori potrebne izmjene u tekstu. U pismu treba navesti i mišljenje autora o kojoj se vrsti članka radi

(b) Priložiti potpisanu izjavu (link) da su svi autori članak pročitali i s njim se složili, da svi ispunjavaju uvjete da budu autori i da svaki od njih vjeruje da je članak rezultat poštenog rada;

(c) Priložiti potpisani podsjetnik (link). Rukopis neće biti objavljen bez primjerenog popratnog pisma, izjave i podsjetnika.

5. AUTORI

Sve osobe navedene kao autori rada moraju ispunjavati sljedeće uvjete: a) da su značajno pridonijele planiranju i izradi rada ili analizi i interpretaciji rezultata, i b) da su sudjelovale u pisanju i ispravljanju rada te da se slažu s krajnjom inačicom teksta. Osobe koje su samo sudjelovale u prikupljanju podataka ili su nadređene istraživačima, ali nisu aktivno sudjelovale u izradi rada ne mogu biti autori. Urednik ima pravo tražiti od autora da objasne doprinos svakog od njih. Redoslijed autora određuju dogovorno autori.

6. RECENZIJ I PUBLICIRANJE

Prispjele radove Urednički odbor šalje najmanje dvojici recenzenata anonimno. Ako recenzent predlaže izmjene ili dopune, kopija recenzije, bez imena recenzenta, dostavlja se autoru radi njegove konačne odluke i ispravka teksta. Uredništvo ne mora radove objavljivati onim redom kojim pristižu rukopisi. Izneseni stavovi predstavljaju mišljenje autora. Rukopisi se ne vraćaju, a svi tiskani prilozi vlasništvo su Hrvatskoga liječničkog zbora. Sadržaj Liječničkog vjesnika može se reproducirati uz navod »Preuzeto iz Liječničkog vjesnika«.

Poštovane kolegice i kolege, dragi stručnjaci za zaštitu zdravlja starijih osoba

TREĆI HRVATSKI GERONTOLOŠKI I GERIJATRIJSKI KONGRES S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM, potvrđen je izuzetnim interesom znanstvenika i stručnjaka različitog profila, koji se bave zaštitom zdravlja starijih osoba, poglavito zdravstvene i socijalne skrbi za starije u Hrvatskoj. Veliki stručni interes nedvojbeno potvrđuje 232 zaprimljena sažetka na glavne teme **3. hrvatskog gerontološkog i gerijatrijskog kongresa s međunarodnim sudjelovanjem**, s obrađenim gerontološkim i/ili gerijatrijskim problemom i mogućim programskim prijedlozima rješavanja u gerontološkoj praksi. To je rezultat profesionalnosti i suodgovornosti u rješavanju prioritetnih gerontoloških i gerijatrijskih problema, zadaća i poslova u zaštiti zdravlja starijih osoba i to u svakodnevnoj interdisciplinarnoj, zdravstvenoj i socijalnoj te intersektorskoj gerontološko - javnozdravstvenoj djelatnosti.

Prikazana su iskustva i rezultati gerontoloških hrvatskih i europskih istraživanja koji se odnose na pet glavnih tema kongresa: **1. Gerontologija u Europi i Hrvatskoj – interdisciplinarni pristup u zaštiti zdravlja starijih osoba uz razvoj geroprofilakse; 2. Gerijatrija i gerijatrijska zdravstvena njega u Hrvatskoj i Europi s konkretnim primjerima iz prakse i projekcija gerijatrijske zdravstvene skrbi; 3. Gerontostomatologija; 4. Razvoj gospodarstva i mirovinski fondovi te gerontotehnologija; 5. Znanstvene spoznaje o teorijama starenja.**

Kako je gerontološka i gerijatrijska djelatnost izrazito interdisciplinarna, ali i intersektorska, razumljiv je sudionički odziv velikog udjela stručnjaka različitog profila koji se bave zaštitom zdravlja starijih osoba, a ne samo zdravstvenom zaštitom starijih. Odazvali su se gerontolozi, gerijatri, „gerijatrijske“ medicinske sestre, socijalni radnici, specijalisti javnog zdravstva, epidemiolozi, socijalne gerontologije, interne medicine, gastroenterologije, obiteljske medicine, psihijatrije i psihogerijatrije, gerijatrijske zdravstvene njege, kardiologije, ortopedije, fizikalne medicine, gerontostomatologije, gerontopsihologije, gerontofarmakologije, neurogerijatrije, ekologije, informatike, infektologije i mikrobiologije, teologije, gerijatrijske onkologije, oftalmologije, medicinske biokemije, geroantropologije, gerontonutricionizma, biologije, sociologije i fizike, kirurgije, radiologije, gerontotehnologije, menadžmenta i prava za starije, patologije, gerontodermatovenerologije, gerontokineziologije, fizioterapije, te zdravstvenog turizma za starije, radne terapije za starije, ljekarnici, sanitarni inženjeri, rehabilitatori do stručnjaka gerontoekonomije, rada i poduzetništva, mirovinskih fondova i gerontogogije, arhitekture i pametnog stanovanja za starije.

Program ovog prestižnog gerontološkog kongresa sastavljen je od pozvanih predavanja eminentnih stručnjaka iz područja gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege iz država Europe i Hrvatske, a pregledno ukazuje na aktualne gerontološko - javnozdravstvene prioritete, genetiku starenja, gerontološku i gerijatrijsku djelatnost, teorije starenja, veličinu pojavnosti zdravstvenih potreba i funkcionalne onesposobljenosti starijih osoba po županijama i regijama Hrvatske i Europe, programima primarne, sekundarne, tercijarne i kvartarne prevencije za starije osobe, s programom i vodičem aktivnog zdravog starenja u geroprofilaksi rizičnih čimbenika bolesnog starenja i promociju aktivnog zdravog produktivnog starenja. Uključuje također gerontološke norme, algoritme, smjernice, dijagnostike, liječenja, gerijatrijske zdravstvene njege i rehabilitacije gerijatrijskih bolesnika hospitaliziranih, u obiteljskoj medicini, na stacionarima domova za starije, dnevnim bolnicama i dnevnim boravcima za starije i bolesnike oboljele od Alzheimerove bolesti do imperativnog razvoja izvaninstitucijske skrbi za starije djelatnošću Gerontoloških centara. U programu je pozornost istaknuta u odnosu na norme gerontološko - javnozdravstvene djelatnosti Služba / Centara za zdravstvenu gerontologiju u županijskim Zavodima za javno zdravstvo i Grada Zagreba. Značajno je istaknuti, osim 120 izlaganja, i sudjelovanje stručnjaka sa 87 postera prihvaćenih po pozitivnim recenzijama. Odabir od 5 najboljih gerontoloških i gerijatrijskih postera rezultirat će sa tri vrijedne nagrade, ovisno o odluci užeg stručnog žirija.

Glavne teme gerontološkog kongresa omogućuju zadovoljenje i onih užih interesnih područja gerontološke i gerijatrijske djelatnosti. Očekivana je korisnost i uspješnost za sve sudionike u izmjeni znanja i vještina, spoznaja i umijeća u rješavanju gerontološko-javnozdravstvenih i gerijatrijskih problema u praksi. Cilj i svrha je unaprjeđenje zaštite zdravlja starijih osoba, razmjena iskustvenih znanja, s primjerima dobre prakse među stručnjacima različitog profila iz gerontološke i gerijatrijske djelatnosti te putokaz i poticaj daljnjeg razvoja gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege kao struke.

Nužna je učinkovita, dostupna, primjerena i evaluacijska gerontološko-javnozdravstvena i gerijatrijska djelatnost. Zbog toga je iznimno dragocjena edukacijska korisnost ovog prestižnog gerontološkog i gerijatrijskog kongresa na hrvatskoj, regionalnoj i europskoj razini, poglavito u razmjeni iskustava i primjera uspješne i dobre prakse u zaštiti zdravlja starijih osoba, kako u institucijskoj tako i u izvaninstitucijskoj skrbi za starije, uz evaluaciju provedbe i ishoda liječenja te cjelokupne gerontološke rehabilitacije s primjenom geroprofilaktičkih mjera. Proizlazi nužnost trajne edukacije iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege svih stručnjaka interdisciplinarnog gerontološkog tima, koji se bave zaštitom zdravlja starijih.

Glede tog, najljepše zahvaljujemo svim istaknutim znanstvenicima, stručnjacima različitog profila, sudionicima prestižnog 3. hrvatskog gerontološkog i gerijatrijskog kongresa s međunarodnim sudjelovanjem, na njihovoj značajnoj potpori znanstvenih disciplina razvoja gerontologije i gerijatrije. Osobito zahvaljujemo na prijedlozima programskih rješenja primjene znanstvenih spoznaja u svakodnevnoj gerontološkoj praksi, unaprjeđenja zaštite zdravlja i zdravstvene te socijalne skrbi starijih osoba.

S osobitim poštovanjem,

Dr. Zvonimir Šostar

Predsjednik Kongresnog odbora

doc. dr. sc. Spomenka Tomek-Roksandić, prim. dr. med

Predsjednica Kongresa

Dear colleagues and experts in health care of the elderly

THE 3rd CROATIAN CONGRESS ON GERONTOLOGY AND GERIATRICS WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION is confirmed by an exceptional interest of scientists and professionals of various specialties involved in health care of the elderly, particularly in health and social care of the elderly in Croatia. The huge professional interest is undoubtedly confirmed by 232 abstracts received for the main topics of the **3rd Croatian Congress on Gerontology and Geriatrics with international participation** which deal with the gerontological and/or geriatric problems and possible program solutions within the gerontological practice. This is the result of professionalism and co-responsibility in addressing the priorities of gerontological and geriatric problems, tasks and activities in health care of the elderly and in everyday interdisciplinary, health, social and inter-sectoral gerontological and public health care.

The experience and results of Croatian and European gerontological research studies are presented in five main Congress topics: **1. Gerontology in Europe and Croatia - interdisciplinary approach in health care of the elderly with the development of gerontoprophylaxis; 2. Geriatrics and geriatric health care in Croatia and Europe with specific examples from practice and the projection of geriatric health care; 3. Gerontodentistry; 4. Economic development, pension funds, and gerontotechnology; Scientific knowledge on the theories of aging.**

Since gerontological and geriatric services are inter-disciplinary and inter-sectoral activities, such an interest of numerous experts from different disciplines dedicated not only to the health care of the elderly but to the protection of health is understandable. The enormous response came from the various fields of specialties: gerontologists, geriatricians, “geriatric” nurses, social workers, public health specialists, epidemiologists, social gerontology, internal medicine, gastroenterology, family medicine, psychiatry and psychogeriatrics, geriatric health care, cardiology, orthopedics, physical medicine, gerontodentistry, gerontopsychology, gerontopharmacology, neurogeriatrics, ecology, computer science, infectious diseases and microbiology, theology, geriatric oncology, ophthalmology, medical biochemistry, gerontoanthropology, gerontonutrition, biology, sociology and physics, surgery, radiology, gerontotechnology, management and rights of the elderly, pathology, gerontodermatovenerology, gerontokinesiology, physical therapy and health tourism for the elderly, occupational therapy for elderly, pharmacists, sanitary engineers, rehabilitators and gerontoconomics, labor and entrepreneurship, pension funds and gerontology, architecture and smart housing for the elderly experts.

The Program of this prestigious gerontological Congress includes lectures of prominent invited speakers, experts in gerontology, geriatrics and geriatric health care from Europe and Croatia, and it clearly underlines the topical gerontological and public health priorities, aging genetics, gerontological and geriatric services, aging theories, size of health care needs and functional incapacity of the elderly in different regions of Croatia and Europe, programs of primary, secondary and tertiary preventive health care of the elderly with the program and guide of active healthy aging and various risk factors causing unhealthy aging and promotion of active healthy productive aging. The Program also includes overviews of gerontology standards, algorithms, guidelines, diagnosis, treatment and rehabilitation of geriatric patients hospitalized in family medicine, inpatient retirement homes, day hospitals and day care centers for the elderly and patients suffering from Alzheimer’s disease to the imperative development of non-institutional care of the elderly through services rendered by the Gerontology Centers. The Program highlights gerontology standards applied by the gerontological - public health departments / Centers for Gerontology of the regional Institutes of Public Health and the one in the City of Zagreb. It is important to point out, in addition to 120 oral presentations, and participation of experts with 87 posters has been accepted by the positive Scientific Committee reviews. Selection of the 5 best gerontological and geriatric posters will result in three valuable prizes, depending on the decision of the inner panel of experts.

The main topics of the Congress cover even the narrower fields of interest in the gerontological and geriatric services. Expected usefulness and success for all participants is in the exchange of skills and knowledge in dealing with public health and gerontological and geriatric problems in practice. Our aim and purpose is to improve health care of the elderly, to enable the exchange of experience and knowledge between specialists in different segments of gerontology and geriatrics, and to set landmarks and encourage development and growth of gerontology and geriatrics as professions.

An efficient, accessible, appropriate and evaluating gerontological, public health and geriatrics activity is required. Therefore, the educational usefulness of the this gerontological and geriatric congress is extremely valuable on the local, regional and European levels, especially in the exchange of experience and examples of successful and good practices in health care of the elderly, both in institutional and non-institutional care of the elderly with the evaluation of implementation and outcomes of treatment and overall gerontological rehabilitation with the application of gerontoprophylactic measures. What arises from this is the necessity of continuous education in gerontology, geriatrics and geriatric health care of all professionals within the interdisciplinary gerontology team who are involved in the health care of the elderly.

Based on this, we kindly thank all distinguished scientists, experts of different profiles, and the participants of the prestigious 3rd Croatian Congress on Gerontology and Geriatrics with international participation for their considerable support in scientific disciplines that contribute to the development of gerontology and geriatrics. We are particularly thankful for suggestions on program solutions for application of scientific knowledge in everyday gerontological practice, improving the protection of health, health care and welfare of the elderly.

Sincerely

Zvonimir Šostar, MD

Congress Committee President

Assist. Professor Spomenka Tomek-Roksandić, MD, DSc, Primarius

Congress President

ORGANIZATORI

- Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za gerontologiju i gerijatriju (Predsjednik: akademik Zijad Duraković)
- Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“
- Gradski ured za zdravstvo Grada Zagreba
- Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom Grada Zagreba
- Razred za medicinske znanosti Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti
- Sveučilište u Zagrebu

GENERALNI POKROVITELJ

MILAN BANDIĆ, gradonačelnik Grada Zagreba

VISOKO POKROVITELJSTVO

KOLINDA GRABAR KITAROVIĆ, predsjednica Republike Hrvatske

POKROVITELJI

Ministarstvo zdravstva RH

Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku RH

Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta RH

Ured Svjetske zdravstvene organizacije u Republici Hrvatskoj

Sveučilište u Zagrebu

PREDSJEDNICA KONGRESA

doc. dr. sc. **SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ**, prim. dr. med.

ZNANSTVENI ODBOR

PREDSJEDNIK

Akademik ZVONKO KUSIĆ

Milan Ambrož, Šime Anđelinović, Tome Antičić, Nenad Ban, Nenad Bogdanović, Damir Boras, Jasna Bošnić, Jadranka Božikov, Hrvoje Brkić, Josip Čulig, Adnan Čatović, Mladen Davidović, Zijad Duraković, Marko Duvnjak, Aleksandar Džakula, Ivan Đikić, Damir Eljuga, Nikica Gabrić, Dubravko Habek, Damir Ježek, Ljubo Jurčić, Antoinette Kaić-Rak, Sonja Kalauz, Damir Knjaz, Kolarić Branko, Franjo Komarica, Mirko Koršić, Željko Krznarić, Slavko Kulić, Marina Kuzman, Jasna Lipozenčić, Damir Lučanin, Mate Ljubičić, Neven Ljubičić, Ratko Mađarević, Dušanka Matijević, Marica Medić-Šarić, Ninoslav Mimica, Marijeta Mišigoj-Duraković, Mladen Mlinarević, Jadranka Morović Vergles, Dario Nakić, Stjepan Orešković, Paolo Orlandoni, Marija Ovsen, Gordana Pavleković, Duško Pavlović, Davor Pavuna, Marko Pećina, Vladimir Petrović, Valentin Pozaić, Dragan Primorac, Ivanka Radman, Miroslav Radman, Slavena Radovanović, Aleksandar Racz, Željko Reiner, Ivica Rubelj, Pavle Rudan, Silvija Rusac, Nina Smolej-Narančić, Mladen Smoljanović, Zdenko Stanec, Ana Stavljenić-Rukavina, Goran Šimić, Velimir Šimunić, Mirna Šitum, Ana Štambuk, Danijela Štimac, Željko Tanjić, Nada Tomasović Mrčela, Spomenka Tomek-Roksandić, Ludvik Toplak, Zmago Turk, Siniša Varga, Mladen Vedriš, Branko Vitale, Jasmina Vraneš, Darija Vranešić Bender

KONGRESNI ODOBOR

PREDSJEDNIK

ZVONIMIR ŠOSTAR

Slavko Antolić, Tomislav Benjak, Ljiljana Broz, Antun Cvek, Bruno Cvetković, Goran Čerkez, Ivan Čipin, Sandra Ćurić, Tatjana Dalić, Jasminka Despot Lučanin, Ana Deucht, Jasminka Dlesk-Božić, Mirjana Dumančić, Zijad Duraković, Dunja Durut-Beslač, Višnja Fortuna, Aleksandra Funes, Romana Galić, Slavica Garić, Marijan Gjukić, Helena Glibotić-Kresina, Trpimir Goluža, Mate Granić, Zoran Grgić, Miroslav Hanževački, Suzana Hlatki Matijević, Anita Hrستیć, Mirjana Huić, Dragan Ilić, Nikolina Jukić Peladić, Snježana Jurišić, Ljiljana Kaliterna-Lipovčan, Krešimir Kalman, Štefica Karačić, Mario Kasović, Boris Klaić, Nataša Klepac, Ivana Klinar, Branko Kolarić, Miroslav Kopjar-Butorac, Dunja Kuliš, Suzana Kumbrija, Alma Kunst, Marija Kušan Jukić, Dunja Lapov, Veronika Laušin, Goran Lazić, Marica Lukić, Mate Ljubičić, Marijana Ljubić, Manuela Maltarić, Zoran Maravić, Miodrag Marjanović, Joško Mitrović, Andrea Miškulin, Stela Mravak, Boban Mugoša, Zdenka Ninić, Dubravka Ograjšek-Škunca, Gojko Ostojić, Tajana Pavić, Marija Pederin, Marija Penava-Šimac, Goran Perko, Dubravka Pezelj Duliba, Hrvoje Pezo, Mladen Pokrajčić, Marina Polić-Vižintin, Ivana Popek, Edina Pulić, Ana Puljak, Mario Ravić, Gzim Redžepi, Branislava Resanović, Matija Rimac, Tanja Rudež, Snježana Schuster, Luca Slišković, Dunja Skoko Poljak, Šime Smolić, Ankica Smoljanović, Mirsad Srebreniković, Ranko Stevanović, Tatjana Škarić-Jurić, Slavica Šepić, Vesna Širanović, Zlatica Štrban-Štok, Ivana Šučur, Hrvoje Šušćević, Željko Tanjić, Spomenka Tomek-Roksandić, Branimir Tomić, Jasna Tucak, Maja Vajagić, Janko Vodopija, Donatella Verbanec, Sonja Vrban, Ljiljana Vrbić, Inga Vučića, Danijela Zec-Lazarić, Mara Županić

RIZNIČAR:

JOSIP ČULIG

TAJNICI:

MARIJA KUŠAN-JUKIĆ, TAJANA PAVIĆ, NADA TOMASOVIĆ MRČELA

ORGANIZERS

- Croatian Medical Association, Croatian Society for Gerontology and Geriatrics (President: academician Zijad Duraković)
- Referral Center of the Ministry of Health of the Republic of Croatia for Health Care of the Elderly, „Dr Andrija Štampar“ Teaching Institute of Public Health
- City Office for Health of the City of Zagreb
- City Office for Social Protection and People with Disabilities of the City of Zagreb
- Department of Medical Sciences, Croatian Academy of Sciences and Arts
- University of Zagreb

UNDER THE GENERAL AUSPICES OF

MILAN BANDIĆ, City of Zagreb Mayor

UNDER THE HIGH AUSPOCES OF

KOLINDA GRABAR KITAROVIĆ, President of the Republic of Croatia

UNDER THE AUSPICES OF

Ministry of Health of the Republic of Croatia
Ministry of Social Policy and Youth of the Republic of Croatia
Ministry of Science, Education and Sports of the Republic of Croatia
The World Health Organization Head of the Country Office
University of Zagreb

CONGRESS PRESIDENT

Assist. Professor **SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ**, MD, DSc, Primarius

SCIENTIFIC COMMITTEE

PRESIDENT:

ZVONKO KUSIĆ

Milan Ambrož, Šime Anđelinović, Tome Antičić, Nenad Ban, Nenad Bogdanović, Damir Boras, Jasna Bošnjir, Jadranka Božikov, Hrvoje Brkić, Josip Čulig, Adnan Čatović, Mladen Davidović, Zijad Duraković, Marko Duvnjak, Aleksandar Džakula, Ivan Đikić, Damir Eljuga, Nikica Gabrić, Dubravko Habek, Damir Ježek, Ljubo Jurčić, Antoinette Kaić-Rak, Sonja Kalauz, Damir Knjaz, Kolarić Branko, Franjo Komarica, Mirko Koršić, Željko Krznarić, Slavko Kulić, Marina Kuzman, Jasna Lipozenčić, Damir Lučanin, Mate Ljubičić, Neven Ljubičić, Ratko Mađarević, Dušanka Matijević, Marica Medić-Šarić, Ninoslav Mimica, Marijeta Mišigoj-Duraković, Mladen Mlinarević, Jadranka Morović Vergles, Dario Nakić, Stjepan Orešković, Paolo Orlandoni, Marija Ovsen, Gordana Pavleković, Duško Pavlović, Davor Pavuna, Marko Pećina, Vladimir Petrović, Valentin Pozaić, Dragan Primorac, Ivanka Radman, Miroslav Radman, Slavena Radovanović, Aleksandar Racz, Željko Reiner, Ivica Rubelj, Pavle Rudan, Silvija Rusac, Nina Smolej-Narančić, Mladen Smoljanović, Zdenko Stanec, Ana Stavljenić-Rukavina, Goran Šimić, Velimir Šimunić, Mirna Šitum, Ana Štambuk, Danijela Štimac, Željko Tanjić, Nada Tomasović Mrčela, Spomenka Tomek-Roksandić, Ludvik Toplak, Zmago Turk, Siniša Varga, Mladen Vedriš, Branko Vitale, Jasmina Vraneš, Darija Vranešić Bender

CONGRESS COMMITTEE

PRESIDENT

ZVONIMIR ŠOSTAR

Slavko Antolić, Tomislav Benjak, Ljiljana Broz, Antun Cvek, Bruno Cvetković, Goran Čerkez, Ivan Čipin, Sandra Ćurić, Tatjana Dalić, Jasminka Despot Lučanin, Ana Deucht, Jasminka Dlesk-Božić, Mirjana Dumančić, Zijad Duraković, Dunja Durut-Beslač, Višnja Fortuna, Aleksandra Funes, Romana Galić, Slavica Garić, Marijan Gjukić, Helena Glibotić-Kresina, Trpimir Goluža, Mate Granić, Zoran Grgić, Miroslav Hanževački, Suzana Hlatki Matijević, Anita Hrستیć, Mirjana Huić, Dragan Ilić, Nikolina Jukić Peladić, Snježana Jurišić, Ljiljana Kaliterna-Lipovčan, Krešimir Kalman, Štefica Karačić, Mario Kasović, Boris Klaić, Nataša Klepac, Ivana Klinar, Branko Kolarić, Miroslav Kopjar-Butorac, Dunja Kuliš, Suzana Kumbrija, Alma Kunst, Marija Kušan Jukić, Dunja Lapov, Veronika Laušin, Goran Lazić, Marica Lukić, Mate Ljubičić, Marijana Ljubić, Manuela Maltarić, Zoran Maravić, Miodrag Marjanović, Joško Mitrović, Andrea Miškulin, Stela Mravak, Boban Mugoša, Zdenka Ninić, Dubravka Ograjšek-Škunca, Gojko Ostojčić, Tajana Pavić, Marija Pederin, Marija Penava-Šimac, Goran Perko, Dubravka Pezelj Duliba, Hrvoje Pezo, Mladen Pokrajčić, Marina Polić-Vižintin, Ivana Popek, Edina Pulić, Ana Puljak, Mario Ravić, Gzim Redžepi, Branislava Resanović, Matija Rimac, Tanja Rudež, Snježana Schuster, Luca Slišković, Dunja Skoko Poljak, Šime Smolić, Ankica Smoljanović, Mirsad Srebreniković, Ranko Stevanović, Tatjana Škarić-Jurić, Slavica Šepić, Vesna Širanović, Zlatica Štrban-Štok, Ivana Šučur, Hrvoje Šušćković, Željko Tanjić, Spomenka Tomek-Roksandić, Branimir Tomić, Jasna Tucak, Maja Vajagić, Janko Vodopija, Donatella Verbanec, Sonja Vrban, Ljiljana Vrbić, Inga Vućica, Danijela Zec-Lazarić, Mara Županić

Treasurer

JOSIP ČULIG

Secretaries

MARIJA KUŠAN-JUKIĆ, TAJANA PAVIĆ, NADA TOMASOVIĆ MRČELA

TEME

1. Gerontologija u Europi i Hrvatskoj - Interdisciplinarni pristup u zaštiti zdravlja starijih osoba uz razvoj gerontoprofilakse
2. Gerijatrija i gerijatrijska zdravstvena njega u Hrvatskoj i Europi s konkretnim primjerima iz prakse i projekcija gerijatrijske zdravstvene skrbi
3. Gerontostomatologija
4. Razvoj gospodarstva i mirovinski fondovi te gerontotehnologija
5. Znanstvene spoznaje o teorijama starenja

POZVANA PREDAVANJA INVITED LECTURES

1. dan / Day 1

UTORAK, 15. studeni 2016.
TUESDAY, November 15, 2016

1. NAJNOVIJI UVIDI IZ FIZIKE: KAKO ŽIVJETI (ZASAD) 150 GODINA?!

PAVUNA DAVOR

Švicarski Federalni Institut za Tehnologiju (EPFL), Lausanne, Švicarska

davor.pavuna@epfl.ch

Ključne riječi: Fizika, biofizika, atom, stanica, fazni dijagram, hidracija, kiselost, preventiva

Suvremena medicina nam je proizvela životni vijek oko 50% te stvorila probleme za penzije sustave. A najnoviji znanstveni uvidi pokazuju da uz malo mudrosti i "tehnologije", genetski zdravom organizmu je moguće doživjeti i 150 godina, a u perspektivi i dulje. Jednostavnim primjerima ću prikazati neke nove uvide iz biofizike i fizike kompleksnih sustava koji jasno ukazuju da smo tek u početku razumijevanja života. Konkretno ćemo razmotriti fazni dijagram stanice te prodiskutirati optimalno kisikiranje i hidriranje stanica, ulogu medjstanične koherencije, kao i utjecaj okoliša. Pritom ne zanemarujemo ni 'ne-fizikalne' pojave koje su itekako bitne u našem smislenom životu, ukratko: Ljubav!

2. KAKO I ZAŠTO ČOVJEK STARI - IZAZOVI NAŠEG VREMENA

DURAKOVIĆ ZIJAD^{1,2,3}

¹Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko gerontološko i gerijatrijsko društvo, Zagreb, Hrvatska

²Hrvatska akademija za znanost i umjetnost u Bosni i Hercegovini, Mostar, BIH

³The World Life Institute, Waterport, NY i Washington, DC, SAD

zijad.durakovic@inantro.hr

Ključne riječi: starenje, životni vijek, starost

Fenomen starenja civilizacijsko je pitanje. Životni se vijek produžio prosječno do 80 godina u žena, 75 godina u muškaraca. Danas napose, postavlja se pitanje kriterija starenja i starosti. U vremenu moderne medicine administrativni kriteriji za starost dobi 65 g. trebali bi biti zapostavljeni. Težimo kriterijima fiziološke dobi, koji su definirani adaptacijskom sposobnošću organizma na čimbenike okoliša. U prosječnog pučanstva najviša funkcijska sposobnost dostiže se u dobi od 30 g., a potom se događa postupni gubitak s time da različiti organski sustavi gube tu sposobnost različitim stopom. Posljedica toga jest promjena funkcije pa potom i promjena ustroja. Osoba starije dobi znatno sporije oporavlja se od stresa. Tjelesna masa poraste zbog porasta količine masnog tkiva, a mišićje se smanjuje više u muškaraca nego u žena. Smanjuje se količina vode u tijelu, volumen plazme i volumen izvanstanične tekućine. Posebne se promjene događaju u srcu i krvožilju. Minutni i udarni volumen srca se smanjuju, periferna vaskularna rezistencija povećava, smanjuje se broj β-adrenergičkih receptora u srcu, smanjuje se inotropnost i kronotropnost. Smanjuje se reakcija organizma na cirkulirajuće katekolamine, kao i reakcija receptora na ostale transmiatore i hormone. Frekvencija srca se usporava sa starenjem, no sama vrijednost eejkcije malo se mijenja.

Na pitanje zašto čovjek stari, često se poseže za teorijama starenja koje se svrstavaju u osam skupina: tri genetske (programiranog starenja, pogreške, somatske mutacije), tri fiziološke teorije (slobodnih radikala, unakrižne povezanosti, nakupljanja otpadnih tvari) i teorije promjene funkcija organa (imunološka, neuroendokrinološka). Postavke pojedinih od tih teorija su komplementarne i isprepliću se u pojašnjenjima, nijedna ne nudi zadovoljavajuće pojašnjenje fenomena starenja i starosti.

Za procese staničnog starenja vjerojatno je odgovorno skraćivanje telomera, iz čega bi moglo proizaći kako je stanično starenje programirano i uvjetovano biološkim replikacijskim procesima. Telomere poput „kape“ štite kromosomsku genetsku obavijest. Jesu li telomere biološki sat? One se sa svakom diobom stanica sve više skraćuju i kad skraćivanje postane definitivno, prestaje dioba stanica. Njihovo očuvanje od skraćivanja učinkom enzima telomerase, možda bi moglo značiti dugovječnost. Napose je značajno kako se u osoba biološki starije dobi telomere se unutar jedne godine skraćuju 6 puta više nego u mlađoj dobi. U tom su se području pokušavalo priječiti skraćivanje telomera i produžiti životni vijek s makrolidom rapamicinom (iz bakterija tla Uskršnih otoka), polifenolnim spojem resveratrolom (iz grožđa, crvene limunike, crnog vina...) i proizvodima biljke grahorice Astragalus. Nijedno od tih sredstava nije pokazalo učinkovitost u odnosu prema štetnosti pa se ne mogu preporučiti. Ne može se preporučiti ni primjena hormona rasta koji se pokušavao primijeniti u priječenju starenja, no skraćuje životni vijek i povećava učestalost zloćudnih tumora. Danas možemo odgovoriti kako čovjek stari, no ne i u cijelosti na pitanje zašto čovjek stari.

3. ZAŠTITA ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA U HRVATSKOJ – SADAŠNJOST I BUDUĆNOST

TOMEK-ROKSANDIĆ SPOMENKA, Kolarić B, Šostar Z, Duraković Z, Reiner Ž, Krznarić Ž, Ljubičić M, Šitum M, Katić M, Fortuna V, Tomasović Mrčela N, Katalinić-Janković V, Predavec S, Penava-Šimac M, Huić M, Balenović A, Laušin V, Durut-Beslač D, Glibotić Kresina H, Smoljanović M, Smoljanović A, Poppek I, Lukić M, Maltarić M, Mravak S, Sajko D, Lovrić K, Meštrić S.

Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“

spomenka.tomek-roksandic@stampar.hr

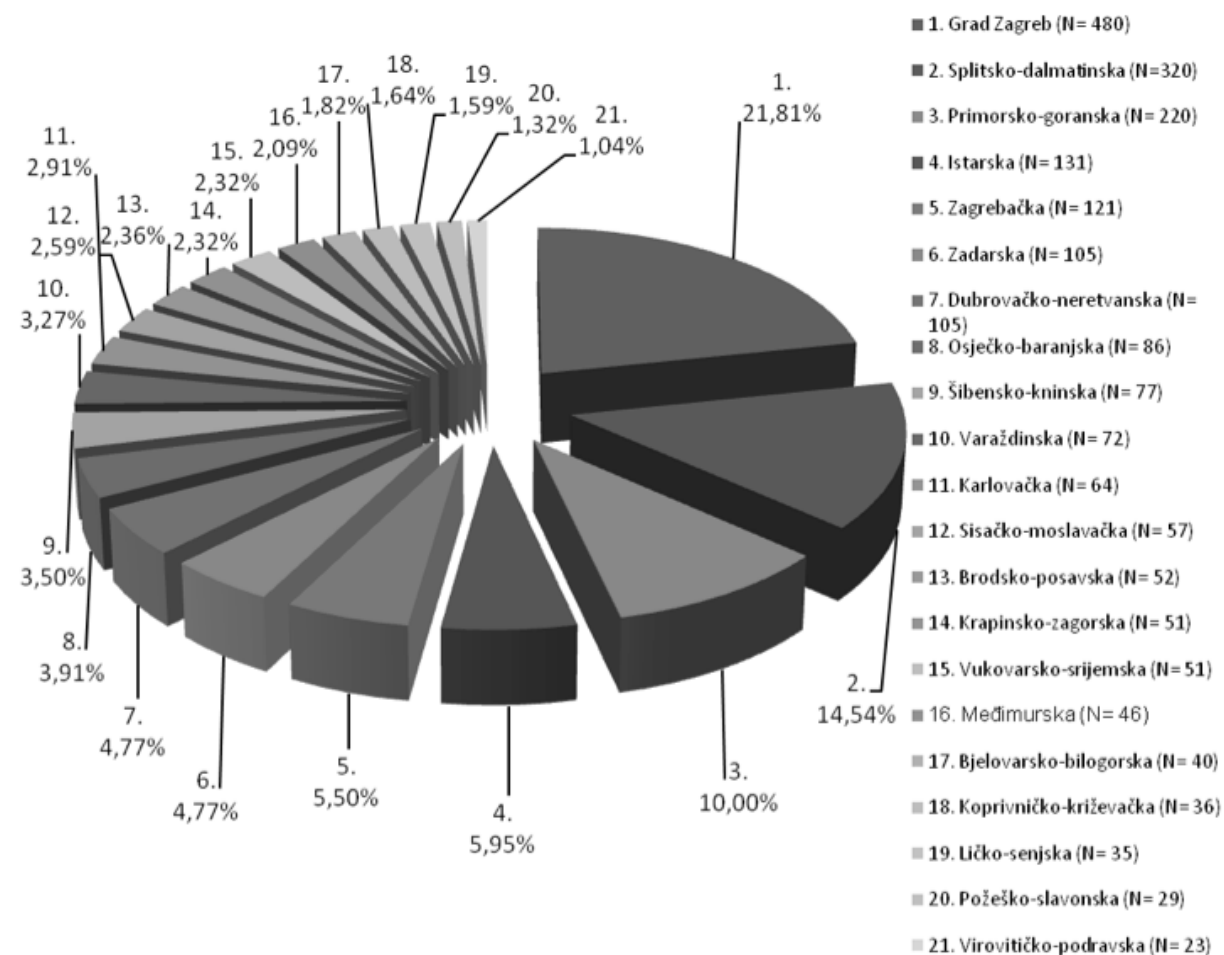
Ključne riječi: starije osobe, zaštita zdravlja, Hrvatska, funkcionalna sposobnost, gerijatrijski domino efekt, stogodišnjaci, multimorbiditet, GeroS/CEZIH

Demografski trend trajno ubrzano rastućeg starijeg hrvatskog pučanstva, koje po procjeni u 2014. g. iznosi čak 18,62% udjela 65-godišnjaka, posljedično donosi sve veću razliku između osobitosti zdravstvenih potreba starijih osoba i njihovog zadovoljenja. Najveće dostignuće, a time i izazov 21. stoljeća je veličina pojavnosti udjela stogodišnjaka, dugovječnih osoba starijih od 95 godina. Tako u Hrvatskoj je broj stogodišnjaka, dugovječnih osoba starijih od 95 g., 2001. g. iznosio 1 455 (1 132 starije žene i 323 starije muške osobe). U usporedbi s popisnom 2011. g., broj dugovječnih osoba starijih od 95 g., iznosio je 2 201, (1 719 starijih žena i 482 starijih muških osoba), što ukazuje na povećanje za 51,21% (34,15% starijih žena i 49,23% starijih muških osoba) u desetogodišnjem razdoblju (Slika 1.).

Praćenje, proučavanje, evaluacija, planiranje i projekcija zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih osoba osnova su za izradbu i primjenu Programa zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih osoba sa Programom primarne, sekundarne tercijarne i kvartarne prevencije za starije te programom i evaluacijom četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege uz kategorijski postupnik. Kako bi zaštita zdravlja starijih osoba bila primjerena utvrđenim zdravstvenim potrebama, uvjetovana je dostupnošću učinkovitosti i primjerenosti gerijatrijske, gerontološke i gerontološko-javnozdravstvene djelatnosti uz evaluaciju ishoda liječenja. To omogućuje implementacija projekta GeroS / CEZIH za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerontoloških i gerijatrijskih osiguranika u sustavu e-zdravlja, povezujući sve razine pružene zdravstvene skrbi za starije sa socijalnom skrbi (domovi za starije), a gdje se pruža zaštita zdravlja za starije. Gerontološka doktrina diktira aktivno uključivanje gerontološkog i gerijatrijskog osiguranika u zaštiti zdravlja te na razini primarne zdravstvene skrbi dostupnim izborom tima liječnika obiteljske medicine ili skupne prakse, omogućuje u lokalnoj zajednici razvijanje individualnog i grupnog programa aktivnog zdravog starenja te ranog otkrivanja preventabilnih bolesti tijekom starenja. Pri tom je nužna evaluacija ishoda liječenja i suodgovornost za negativno zdravstveno ponašanje kako samog starijeg bolesnika tako i interdisciplinarnog gerontološkog tima u zaštiti zdravlja za starije. Hrvatski gerontološki model zaštite zdravlja starijih osoba osnovan na pozitivnoj zdravstvenoj i socijalnoj politici ostvarenja institucijske i izvaninstitucijske skrbi za starije – Gerontološki centri s dnevnim boravcima za starije i Alzheimerove bolesnike do gerontoservisa i savjetovašta za starije, omogućuje osobito racionalizaciju rastuće gerijatrijske zdravstvene potrošnje. Zbog toga je nužna trajna edukacija iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege, gdje na razini primarne zdravstvene skrbi za starije sudjeluju i sudionici izvan sustava zdravstva i socijalne skrbi, a to su zaklade i udruge za pomoć starijima, vjerske zajednice, učilišta za starije, klubovi i udruge umirovljenika do pravobraniteljstva za starije. Uslijed funkcionalne onesposobljenosti gerijatrijskog bolesnika uz prisutan multimorbiditet osobito u dubokoj starosti, imperativ je individualnim gerontološkim pristupom, utvrđivanje gerijatrijskog domino efekta i veličine pojavnosti 4 N u gerijatriji (nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost i nekontrolirano mokrenje). Tada se osigurava po utvrđenoj zdravstvenoj potrebi gerijatrijsko liječenje, gerijatrijska zdravstvena njega i rehabilitacija u gerijatrijskim bolnicama / produženo liječenje, gerijatrijskim i psihogerijatrijskim odjelima, dnevnim bolnicama i dnevnim boravcima za starije i Alzheimerove bolesnike, gerontološkim centrima – izvaninstitucijske skrbi za starije s gerontodomaćicama, uz evaluaciju ishoda liječenja.

Zaključno time sadašnja i buduća zaštita zdravlja starijih osoba postaje glavni pokazatelj napretka ili propusta u zaštiti zdravlja cjelokupnog pučanstva.

Starije osobe od 95 do 106 godina po županijama Hrvatske i Grada Zagreba, 2011. g. (N= 2 201)



Izvor: DZS i SJG NZJZ „Dr. Andrija Štampar“

4. GERONTOLOGIJA, GERIJARIJA I PRIVATNO ZDRAVSTVO

GABRIĆ NIKICA

Specijalna bolnica za oftalmologiju Svjetlost, Zagreb, Hrvatska

Klinika medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

nikica.gabric@svjetlost.hr

Ključne riječi: starija populacija, individualan pristup, gerijatrija, gerontologija, javni sustav zdravstva, privatno zdravstvo

Današnji zdravstveni sustav Hrvatske "izmučen" je dugim listama čekanja i nepovoljnom demografskom slikom stanovništva, a nažalost skupina koja je najviše pogođena ovim stanjem jest starija populacija. Gerijatrija i gerontologija danas mahom su se svele na palijativne ustanove i domove za starije osobe, dok je zdravstvena zaštita starijih građana na sekundarnoj i tercijarnoj razini marginalizirana i prepuštena na milost i nemilost sustava.

Stariji građana definitivno imaju specifične potrebe kao vulnerabilna skupina, a preopterećeni javni sustav zdravstva nije u mogućnosti istima se posvetiti s dostatnom pažnjom. Rješenje problema za starije građane djelomično, ako ne i u potpunosti, moguće je pronaći kroz bolju organizaciju javnog sustava zdravstva ali i privatni zdravstveni sustav.

Dostupnost personalizirane medicine, bez čekanja sa dostupnom i kvalitetnom uslugom pruža veći osjećaj sigurnosti i bitnosti. Tendencija i smjernice Svjetske zdravstvene organizacije u svijetu jesu produžiti očekivano trajanje i kvalitetu života starijim pacijentima. Stoga je iznimno bitno da se prepozna važnost sinergije gerontološke struke i privatnog zdravstva, kako bi se vulnerabilnim skupinama građana osigurala kvalitetna skrb koja im je u javnom zdravstvu nedovoljno dostupna. Potrebno je da se na privatnom tržištu udružuju institucije u tzv. "clustere", koji su u mogućnosti pružiti cijeli spektar usluga iz različitih djelatnosti, za gerontološke pacijente.

Na taj način osigurava se rast gospodarstva koje uz privatnu konkurenciju jača te se istovremeno osigurava kvalitetna skrb i preventiva kroz preglede i dijagnostiku najstarijim pacijentima i tako štedi novac na njihovo liječenje. Potrebno je otvoriti se prema privatnom zdravstvu u svim djelatnostima medicine pa tako i gerontologiji i gerijatriji, shvatiti da je privatna medicina "dobrodošla", jer će konkurencija potaknuti i reformu javnog sektora u pozitivnom smjeru.

5. DEMOGRAFSKI IZAZOVI ODRŽIVOSTI BUDUĆNOSTI

POGORILIĆ SANI

Inovativna zdravstvena inicijativa, Zagreb, Hrvatska / Bruxelles

sani@hi.t-com.hr

Ključne riječi: demografske promjene, zdravstveni sustav, trošak u zdravstvu, ishod liječenja, gerontološko-javnozdravstveni pokazatelji, praćenje i evaluacija podataka

Procjenjuje se da će svijet tijekom sljedećih deset godina doživjeti velike demografske promjene. Kronične bolesti danas predstavljaju 70 posto svih bolesti, a kako populacija stari taj postotak će se povećavati. Imat ćemo stariju populaciju s rastućim zdravstvenim potrebama i ukoliko se zdravstveni sustavi ne prilagode demografskim promjenama, procjenjuje se da će se trošak u zdravstvu udvostručiti. Ovi sociološko-demografski izazovi opterećuju kako europske tako i hrvatske zdravstvene sustave koji su prisiljeni pomnije upravljati troškovima, ograničavajući terapijske opcije za liječnike i njihove pacijente. Čini se kako je potrebno proširiti vidokrug zdravstvenih sustava s uskog fokusa na smanjenju troškova prema maksimiziranju vrijednosti, što znači da treba težiti dobivanju najboljeg ishoda iz utrošenih sredstava za sve sudionike zdravstvenih sustava. Povrat investicije može se osigurati praćenjem ishoda liječenja, primjerice, izradom smjernica liječenja, multidisciplinarnim gerontološkim pristupom liječenju, implementacijom registara bolesti, sustavnim mjerenjem kliničkih ishoda liječenja, kao i prikupljanjem i analizom svih dostupnih podataka, gerontološko-javnozdravstvenim analizama.

Već danas imamo rješenja za bolesti koje su do jučer bile neizlječive, samo moramo pronaći način kako ih učiniti dostupnim bolesnicima. To znači da se pred nas danas postavlja novi izazov, a to je kako pacijentima omogućiti nove terapije tj. nove lijekove onda kada su im potrebni u trenutku kada se sve zdravstvene administracije, zbog mnogih poznatih razloga, bore s financijskom održivošću zdravstvenih sustava.

Zdravstveni, ali i mirovinski sustavi nastali su u 20-im godinama prošlog stoljeća na valu industrijske revolucije, a redizajnirani su u 60-im godinama anticipirajući rast BDP-a i zaposlenosti. Danas smo suočeni s novim stanjem stvari, BDP ne raste željenim stopama, a pred razvijenim svijetom sve je veći demografski izazov jer se mijenja omjer radnog stanovništva i umirovljenika. Stoga je došlo vrijeme za novu reformu zdravstvenih sustava. To će podrazumijevati povećanje udjela BDP-a za zdravstvo, povećanje udjela privatnog financiranja, uštede u onim procesima koji nisu usmjereni prema ishodima te u sagledavanju ukupne dobrobiti postupaka ili liječenja. Procjenjuje se da se 25 posto troškova unutar sustava može preusmjeriti mjerenjem i upravljanjem ishodima liječenja što u konačnici može pomoći zdravlju nacije. Drugim riječima, mijenja se paradigma pa bi se zdravstvo od usmjerenosti jedino na kontrolu troškova trebalo okrenuti prema ishodima liječenja.

6. NOVI ŠVICARSKI ZAKON O ZAŠTITI ODRASLIH OSOBA

RADMAN IVANKA

Gemeinschaftspraxis für Psychiatrie und Psychotherapie, Uster/Zh, Švicarska

iradman@sunrise.ch

Ključne riječi: Samoodlučivanje, solidarnost unutar familije, optimalna skrb

Novi švicarski zakon o zaštiti odraslih i starijih osoba koji je stupio na snagu 1. siječnja 2013. pospješuje dalekosežno objektiviranje pojedinačnih želja pogođenih osoba kao i što primjereniju skrb o oboljelima. On omogućava uključivanje u proces liječenja ili donošenja medicinsko-etičkih odluka pacijentove osobe od povjerenja kao i službene i pravne instance. Zakon sadrži: nove vidove organizacije socijalnih službi, novu definiciju i kompetenciju skrbnika, propise za smještaj hitnih slučajeva u ustanove s odgovarajućom skrbi kao i pacijentovo pravo na samoodređenje i samoodlučivanje. Prije svega jačanje i unapređivanje sposobnosti samoodlučivanja kroz pismeno oponuhoćenje osoba povjerenja, veću zaštitu bolesnika u situacijama, slobodni izbor liječnika, primjerene terapijske metode i jačanje solidarnosti unutar familije su mjere koje garantiraju optimalno zbrinjavanje i zaštitu oboljelih. K tome zakon štiti prava osoba koje zbog bolesti nisu u stanju samoodlučivati kroz nove organizacijske modele, jasno definirane pravne mogućnosti kao i potpuno novu definiciju i kompetenciju skrbnika.

U predavanju će biti prikazan moderni švicarski zakon o zaštiti odraslih osoba kao i mogućnost interdisciplinarnog rado u tako diferenciranim strukturama skrbi.

7. NOVE SPOZNAJE O ČIMBENICIMA RIZIKA ZA ATEROSKLEROZU U STARIJIH OSOBA

REINER ŽELJKO

Klinika za unutarnje bolesti Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

zeljko.reiner@kbc-zagreb.hr

Ključne riječi: starije osobe, čimbenici rizika, kardiovaskularne bolesti, ateroskleroza

Starija životna dob je važan čimbenik rizika za aterosklerozom uzrokovane kardiovaskularne bolesti (KVB). Osim toga, danas se zna da su i u starijoj dobi ostali čimbenici rizika poput dislipidemije, arterijske hipertenzije, pušenja, dijabetesa i debljine podjednako važni kao i u srednjoj životnoj dobi. Rezultati niza istraživanja upućuju da i u starijoj životnoj dobi ima smisla liječiti dislipidemiju i arterijsku hipertenziju jer se time mogu značajno spriječiti ili odgoditi veliki kardiovaskularni događaji koje uzrokuje ateroskleroza – akutni infarkt miokarda, koronarna bolest srca i ishemijski infarkt. Naravno i u toj je dobi potrebno savjetovati osobama koje imaju spomenute čimbenike rizika da promijene nezdravi način života, primjerice prekinu sa prevelikim unosom trans-masnih kiselina i kuhinjske soli hranom, prestanu pušiti ili barem smanje broj popušanih cigareta i održavaju odgovarajuću koncentraciju glukoze u krvi. Međutim, nije opravdano uskratiti im i odgovarajuće lijekove ako se samo promjenom načina života ne postignu ciljne vrijednosti LDL-kolesterola i arterijskog tlaka.

8. MOŽDANI UDAR U GERIJATRIJI

DEMARIN VIDA

Međunarodni Institut za zdravlje mozga, Zagreb, Hrvatska

vida.demarin@gmail.com

Ključne riječi: moždani udar, faktori rizika u starijoj životnoj dobi, gerijatrija

Usprkos mnogobrojnih novosti u dijagnostici i liječenju moždanog udara posljednjih godina, moždani udar je još uvijek iznimno važan ne samo medicinski, već i društveni problem. U visoko razvijenim zemljama moždani udar je na 3., a u nekima i na 4. mjestu uzroka smrti, no u našem je dijelu svijeta još uvijek na 2. mjestu i najvažniji je uzrok

invalidnosti i kognitivnog propadanja u okviru vaskularne demencije.

Svjetska organizacija za moždani udar (World Stroke Organization) zajedno sa svim svojim članicama, provodi kampanju „Jedan od šest“, s obzirom da podaci govore da će jedan od šest ljudi u svijetu, tijekom svog života oboljeti od moždanog udara, a svakih šest sekundi netko u svijetu umre od moždanog udara. Ti dramatični podaci i dalje stavljaju moždani udar u centar neuroznanstvenih, kliničkih i društvenih istraživanja.

Životna dob je značajni čimbenik rizika za nastanak ishemijskog moždanog udara. Preko 80% moždanih udara javlja se kod starijih ljudi a na ishod bolesti i stupanj oporavka nakon akutne faze također bitno utječe dob bolesnika. Faktori rizika se također razlikuju između starijih i mladih bolesnika. Moždani udar se u starijoj životnoj dobi češće javlja kod žena, češće je prisutna fibrilacija atrija, a svakako treba naglasiti i komorbiditet i višestruko prisutne čimbenike rizika.

I incidencija moždanog udara i lošiji ishod s obzirom na stupanj invaliditeta i smrtnost, oboje se češće javljaju u starijoj životnoj dobi.

Vitalna je potreba da se identificiraju čimbenici rizika za moždani udar u starijoj životnoj dobi, da se provode programi primarne i sekundarne prevencije i edukacija o potrebi promjena u životnom stilu, a interakcija između moždanog udara i promjena CNS-a koje se javljaju s dobi zaslužuje također posebnu pažnju.

S obzirom na produljenje životnog vijeka, projekcije mnogih studija pokazuju da će incidencija i troškovi liječenja rasti. Pristup u liječenju starijih bolesnika treba biti jednak kao i kod mladih, u Jedinicama za liječenje moždanog udara, uz primjenu svih dostupnih dijagnostičkih i terapijskih metoda.

Vaskularni kognitivni poremećaji i promjene raspoloženja po tipu depresije, koji se često javljaju, uz motorne ispade, kao posljedica moždanog udara, bitno utječu na promjenu kvaliteta života tih bolesnika.

Stoga su daljnja istraživanja tog područja od vitalnog značenja i zaslužuju posebnu pažnju u okviru neurogerijatrije.

9. NEUROKIRURGIJA U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

PALADINO JOSIP, Mrak G, Nemir J, Đurić KS

Klinika za neurokirurgiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

josip.paladino@kbc-zagreb.hr

Ključne riječi: Neurokirurgija, Intrakranijska krvarenja, Metastatski tumori mozga, Kronični subduralni hematom, Normotenzivni hidrocefalus

UVOD: Opće starenje naše populacije uzrok je povećanja broja neurokirurških zahvata u bolesnika starije životne dobi. Posebnosti neurokirurških aktivnosti u bolesnika starije životne dobi uvjetovane su značajkama središnjeg živčanog sustava tijekom starenja, a prije svega promjenama mozgovnog optjecaja i metabolizma koje posljedično tome dovode do atrofije mozga na račun širenja likvorskih prostora. Osim navednih i druge opće poznate karakteristike dobnih promjena određuju neurokirurške postupke liječenja u bolesnika poodmakle životne dobi.

METODE i OPIS PROBLEMA: U skupinu neurokirurških bolesti bolesnika starije životne dobi uključene su intrakranijske novotvorine koje čine meningeomi, metastatski procesi (podrijetlom iz pluća, prostate, dojke, debelog crijeva, maternice i dr.) i maligni gliomi tumori, zatim spinalne degenerativne promjene posebice spondilotske deformacije i stenoze spinalnog kanala kralješnice, koje su čest supstrat neurokirurškog liječenja. Kraniocerebralne ozljede odnosno intrakranijska krvarenja su slijedeća velika skupina bolesti koje najčešće nastaju nakon teže ili lakše kraniocerebralne ozljede. Posljednjih godina se susrećemo sa velikim brojem intrakranijskih krvarenja uzrokovanih neadekvatnom primjenom antikoagulantnih lijekova što ponekad dovodi do razvoja teških akutnih intracerebralnih, subduralnih i epiduralnih krvarenja koja životno ugrožavaju bolesnike. Kronični subduralni hematomi su češća stanja koja su najčešće prouzrokovana laganom ozljedom glave i često nereguliranim koagulacijskim parametrima, koja se kasnije očituju razvojem neurološkog deficita. Atrofijske promjene mozga uzrokuju smanjenje mozgovne mase na račun likvorskih prostora i uzrokom su proširenja mozgovnih klijetki. Stanja nakon subarahnoidalnih i drugih krvarenja te upalnih ili zloćudnih bolesti čest su uzrok hidrocefalusa starije životne dobi. Normotenzivni hidrocefalus je čest neurokirurški supstrat u ovoj životnoj dobi, što katkada zahtijeva drenažu likvorskog sustava. Razvojem tehnologije razvijene su i metode funkcijske neurokirurgije u liječenje primjerice Parkinsonove bolesti te Alzheimerove demencije dubokom mozgovnom stimulacijom ili lezionektomijama.

ZAKLJUČAK: U starijih bolesnika indikacije za elektivne operacije često su kompleksnije nego u mladih bolesnika i zahtijevaju multidisciplinarnu suradnju eksperata te poštivanje principa individualnog pristupa liječenju.

10. CARDIAC SURGERY IN ELDERLY PATIENTS

VARVODIC JOSIP, SUTLIC ŽELJKO, Rudez I, Baric D, Unic D, Blazekovic R, Planinc M, Kusurin M, Gjorgjievski S

Department for Cardiac and Transplantation Surgery, University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia

josip.varvodic@gmail.com

Keywords: cardiac surgery, octogenarians, CABG, valve replacement, surgeon

Introduction: With an increased average life expectancy and higher incidence of cardiovascular disease with advancing age, there is a higher need for cardiac surgery for more elderly patients. Advances in preoperative and postoperative management have made cardiac surgery in elderly patients a feasible option with satisfactory outcome and octogenarians have successfully made it to this group with good outcome and expected postoperative quality of life.

Methods: We have reviewed current literature to give an outlook on current trends in cardiac surgery in elderly patients, with special emphasis on octogenarians and also present our experience and treatment options for this group of patients.

Results: Average age of cardiac surgical patients increased from 1990 to 2007 from 55.8 years to 68.8 years and the proportion of octogenarians is 9.8%. Research has shown that elderly patients benefit from cardiac surgery more than from conservative treatment. Excellent surgery, hemostasis, anaesthesiological management as well as preoperative planning and postoperative follow up of the patient is essential. Prevalence of cerebrovascular disease, COPB, left ventricular dysfunction, diabetes mellitus, renal failure, and similar chronic disease is greater in elderly patients. Collaboration with cardiologists, anaesthesiologists and geriatrician is needed for the cardiac surgeon to have a good outcome of an elderly patient.

Conclusion: Due to technical and medical improvements, cardiac surgery in elderly patients is now an acceptable option in terms of mortality and morbidity.

11. DANAŠNJI PRISTUP MENOPAUI I HORMONSKOM LIJEČENJU

ŠIMUNIĆ VELIMIR

Medicinski fakultet u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

velimir.simunic@gmail.com

Ključne riječi: menopauza, hormonsko liječenje

Očekivano trajanje života žene u razvijenom svijetu je 80 godina, znači da žene žive 30 godina u postmenopauzi i čine rastući dio populacije. Posmenopauzalne žene zahtijevaju posebnu zdravstvenu brigu, a dugovječnost treba sadržavati i poboljšanu kvalitetu života. Za proširenje zdravstvenih usluga toj populaciji, neophodno je osigurati više kompetentnih specijalista koji će svoje kliničke odluke donositi na temelju evidence-based medicine, iskustvu, individualnim potrebama i osobinama svake pacijentice.

Od objave primarnih i ishitenih rezultata WHI studije, bilježimo veliki pad od 70% korištenja hormonskog nadomjesnog liječenja (HNL). Iako se je tada istražio samo jedan preparat više doze i problematičnog sastava, rezultati su na žalost generalizirani na svu HNL: Zbog straha od HNL-a promijenila se kvaliteta menopauzalne medicine: liječenje simptoma menopauze ostalo je bez alternative, urgoenitalna atrofija i spolna disfunkcija su posebno zanemarena, kvaliteta života ostala je niska, a došlo je do značajnog porasta fraktura i korištenja antidepresiva. Istovremeno nije došlo do očekivanog pada učestalosti raka dojke. Također je iz fokusa mnogih specijalista izmakla briga za žene u postmenopauzi.

Postupno su svjetska znanost i reanalize WHI studija utvrdile da su primarni rezultati izgubili statističku značajnost, a da su proklamirani rizici HNL-a značajno niži ili ne postoje. Dokazano je da primjena samo estrogena nema nikakav zdravstveni rizik, već nosi zamjetljiv benefit.

Kada se HNL i ENL daje rano u postmenopauzi (50-59g.), tada su rizici ekstremno niski, a dobit je značajna. U WHI sudiji statistički je značajan ostao samo rizik venske tromboze.

To su potvrdile najznačajnije svjetske stručne udruge objavom u Global consensus Statement on MHT (2013. i 2016).

Uostalom, na istim principima temelji se menopauzalna medicina u našoj zemlji već 30 godina (rani početak, niska doza i prirodni hormoni). Ono što je novi, današnji stav je dati prednost transdermalnim estrogenima u kombinaciji s prirodnim progestagenima.

Zato pozivam sve ugledne stručnjake vezane uz ovaj skup, da im nove spoznaje o HNL-u potaknu ispravan stav o tom dijelu menopauzalne medicine. Sve za dobrobit naših pacijentica. Mi na žalost tu moramo krenuti skoro od početka.

U prilog navedenim tvrdnjama govori i tablica o kumulativnom benefitu samo estrogena (ENL) u žena 50-59 godina (13 godina WHI istraživanja).

	HR	AR / 10.000 žena/god.
Koronarna bolest srca	0,65	- 11
Infarkt miokarda	0,60	- 11
Rak dojke	0,76	- 7 Ukupan benefit
Sve vrste raka	0,80	- 18 za -85 žena
Globalni indeks	0,82	- 26
Mortalitet	0,78	-12
Koronarna bolest srca	0,65	-11

• Sve je statistički značajno

Lobo, Climarteric, 2016.

12. STO (NE)Znamo o STARENJU I SEKSUALNOSTI? PREGLED ISTRAŽIVANJA

ŠTULHOFER ALEKSANDAR

Filozofski fakultet Sveucilista u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

astulhof@ffzg.hr

Koliko su suvremena europska društva pripremljena za promjene povezane sa starenjem generacija koje, u usporedbi s prijašnjim, seksualno zdravlje sve češće smatraju važnim elementom kvalitete života? Usprkos trendu seksualne permisivnosti tijekom posljednjih pola stoljeća, seksualnost u trećoj dobi i dalje se čini prilično zanemarenom i nerijetko tabuiziranom temom – što se ne odnosi samo na društvene norme i dominantna vjerovanja, već i na nedostatak specifičnih biomedicinskih i psihosocijalnih servisa. U Hrvatskoj, primjerice, zdravstvene servise i (sustavne) intervencije u području seksualnog zdravlja starijih tek treba osmisliti. Uz predstavljanje tek započetog međunarodnog istraživačkog projekta, HEALTHY SEXUAL AGING, koji okuplja šest europskih zemalja (Norveška, Hrvatska, Portugal, Danska, Velika Britanija i Belgija), izlaganje nudi sažeti prikaz novijih istraživačkih radova (2005.-2015.) u području starenja i seksualnosti. Obuhvaćene su sljedeće dimenzije: (1) seksualne teškoće i problemi u muškoj i ženskoj populaciji 65+; (2) biomedicinski, sociokulturni i psihosocijalni mehanizmi koji djeluju na seksualno zdravlje u trećoj dobi; te (3) važnost seksualnosti i seksualnog zadovoljstva u trećoj dobi. Usprkos jasnom porastu broja znanstvenih analiza seksualnog zdravlja u osoba koje stare, niz metodoloških poteškoća i nedostajućih podataka ograničavaju doseg postojećih istraživanja, a time i njihovu primjenjivost. Imajući u vidu starenje populacije razvijenih zemalja, na budućim je studijama ponuditi detaljnije i sustavnije uvide u intrapsihičke, interpersonalne (dijadičke) i kulturalne determinante seksualnog zdravlja u trećoj dobi, ali i ponuditi smjernice za seksualnu edukaciju osoba koje stare te odgovarajuće zdravstvene servise i kliničke intervencije.

13. KVALITETE INTEGRIRANE SKRBI OSOBA STARIJE DOBI

STAVLJENIĆ-RUKAVINA ANA¹, Tomek-Roksandić S²

¹Libertas međunarodno sveučilište, Zagreb, Hrvatska

²Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

ana.stavljenic-rukavina@zg.t-com.hr

Ključne riječi: integralna skrb za starije, kvaliteta, institucijska i izvaninstitucijska skrb, starija dob

Produženje životnog vijeka pridonijelo je tome da se sve veći broj osoba starije životne dobi nalazi u trajnom smještaju i skrbi zdravstvenih i specijalnih ustanova za starije osobe kao, udomiteljskih obitelji ili u okviru obiteljskog okruženja. Svi oblici zbrinjavanja osoba starije životne dobi kao i osoba koje zbog narušenog zdravstvenog stanja podliježu dugotrajnoj zdravstvenoj skrbi su danas pod posebnom pažnjom svih koji su odgovorni za poboljšanje i održavanje visoke kvalitete života tih osoba jer se radi o vulnerabilnoj populaciji. Mnogi publicirani izvještaji koji upućuju na situacijsku analizu govore o tome da oko 79% osoba starije životne dobi ima specifične zdravstvene probleme koji se prvenstveno odnose na kronične nezarazne bolesti i rak. Više od 80% njih koristi dnevno više vrsti lijekova i uz njih gotovo nepoznato koliko preparata koji uzimaju bez upute liječnika. Istovremeno sustav socijalne skrbi u okviru kojeg su domovi za starije osobe sa sve više kapaciteta za stacionarnu zdravstvenu skrb nisu institucionalno povezani sa sustavom zdravstva u osiguranju kvalitete sveukupne integrirane skrbi za osobe starije dobi. Institucionalna skrb je jedinstvena i u kontekstu kvalitete zdravstvene skrbi; ona korisnicima znači prostor u kome žive pa zato kvaliteta skrbi podrazumijeva mnogo širi raspon aktivnosti nego tradicionalna zdravstvena skrb, poput bolničke zaštite. Multidimenzionalni karakter kvalitete života odnosi na procjenu fizičkih funkcija, emocionalno psihološko stanje, socijalne i somatsko psihološke funkcije. Kvaliteta zdravstvenog stanja se ocjenjuje dužinom života modificiranog povredama, socijalnim mogućnostima pod utjecajem bolesti, povreda, liječenja ili politikama skrbi. U ovom se pregledu analiziraju rezultati prvog istraživanja o implementaciji sustava integrirane kvalitete skrbi u domovima za starije osobe u RH provedeno u suradnji sa Referentnim centrom za gerontologiju Ministarstva zdravstva u NZJZ „Dr. Andrija Štampar“. Rezultati upućuju na potrebu više razine edukacije i primjene integriranog pristupa u osiguranju kvalitete skrbi u institucionalnom zbrinjavanju osoba starije dobi.

14. INTERDISCIPLINARAN GERONTOLOŠKI PRISTUP U ZAŠTITI ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA

TOMEK-ROKSANDIĆ SPOMENKA¹, Kolarić B¹, Tomasović Mrčela N¹, Šostar Z¹, Smolej Narančić N², Ljubičić M³, Duraković Z³, Stavljenić-Rukavina A⁴, Šitum M⁵, Lukić M¹, Maltarić M¹, Fortuna V⁶, Predavec S⁷, Mravak S¹, Sajko D¹, Popok I⁸, Lovrić K¹, Meštrić S¹, Penava Šimac M⁹, Durut-Beslač D¹⁰

¹Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

²Institut za antropologiju, Zagreb, Hrvatska

³Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko društvo za gerontologiju i gerijatriju, Zagreb, Hrvatska

⁴Libertas međunarodno sveučilište, Zagreb, Hrvatska

⁵Gradski ured za zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

⁶Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom – Grad Zagreb, Zagreb, Hrvatska

⁷Ministarstvo zdravstva RH, Zagreb, Hrvatska

⁸Zavod za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije, Sisak, Hrvatska

⁹Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku, Zagreb, Hrvatska

¹⁰Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Zagreb, Hrvatska

spomenka.tomek-roksandic@stampar.hr

Ključne riječi: starije osobe, funkcionalna sposobnost, aktivno zdravo starenje, interdisciplinarni pristup, gerontološkojavnozdravstveni menadžment, GeroS/CEZIH, zaštita zdravlja starijih, edukacija iz gerontologije i gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege

Zaštita zdravlja starijih osoba je glavni pokazatelj napretka ili propusta u zaštiti zdravlja cjelokupnog pučanstva. Starost je normalna fiziološka pojava i jedina sigurna budućnost svakog čovjeka te se starenje uz tehnološki razvoj smatra najvećim dostignućem 21. stoljeća. Starost i bolest nisu sinonimi. Prema klasifikaciji UN-a Hrvatska se sa udjelom 17,7% starijih od 65 godina (2011. g.), nalazi u četvrtoj skupini država svijeta s najstarijim pučanstvom. Projekcije ukazuju kako će do 2025. g. u Hrvatskoj udio starijih ljudi od 65 godina dosegnuti visokih 27,4%. Po projekciji za 2014. godinu, u Hrvatskoj je očekivano trajanje života pri rođenju za oba spola iznosi 77,6 godine, za žene 80,5 godina, a za muškarce 74,6 godina. Planiranje, utvrđivanje, praćenje, proučavanje i evaluacija zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih, u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi za starije osobe, osnova je gerontološkojavnozdravstvenog menadžmenta. To implicira na gospodarski i osobito obrazovni sustav naprednih, razvijenih država svijeta kao i Hrvatske.

Na razini primarne zdravstvene zaštite osim glavnog nositelja u zaštiti zdravlja starijih osoba, tima specijaliste opće/obiteljske medicine doeduciranog iz gerontologije, oblatorno uključuje stručnjake različitog specijalističkog profila od gerijatrijske medicinske sestre, gerontostomatologa, psihogerijatra, gerontokineziologa, nutricionista, socijalnog djelatnika, do gerontopsihologa i drugih. Zbog toga je nužna trajna izobrazba iz gerontologije i gerijatrije svih stručnjaka koji skrbe u zaštiti zdravlja starijih osoba, kao značajan dio zdravstvenog gerontološkog obrazovanja. Kontinuirano stručno usavršavanje prvenstveno tima liječnika opće/obiteljske medicine o dijagnostici, specifičnostima liječenja, rehabilitaciji i prevenciji najučestalijih vodećih bolesti u starosti te očuvanju funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog bolesnika uz poticanje aktivnog odnosa starijeg čovjeka za očuvanje svog zdravlja i funkcionalne sposobnosti, zahtjeva interdisciplinarni gerontološki pristup.

Unaprjeđenje zaštite zdravlja starijih dodatno se očekuje uvođenjem GeroS-a/CEZIH, neodvojivo povezanog s CEZIH-om (paneli praćenja) putem kojeg se prate i evaluiraju zdravstvene potrebe i funkcionalna sposobnost individualnog gerontološkog gerijatrijskog osiguranika uz ishode liječenja. Geroprofilaktičke mjere i postupci u zaštiti zdravlja starijih osoba zauzimaju značajno mjesto u preveniranju nastanka veličine pojavnosti Gerijatrijskog domino efekta koji se isključivo pojavljuje u gerijatrijskog bolesnika. Gerijatrijski domino efekt u gerijatrijskog bolesnika posljedično izaziva pojavu 4 N u gerijatriji (nepokretnosti, nesamostalnosti, nekontroliranog mokrenja i nestabilnosti). Kontinuirana gerontološka edukacija i reedukacija su dio suodgovornosti stručnjaka različitog profila koji skrbe za starije osobe po svim razinama pružanja zdravstvene zaštite i socijalne skrbi za starije interdisciplinarnim gerontološkim pristupom. Metodologija sveobuhvatnog interdisciplinarnog gerontološkog pristupa usmjerava primjerenim mjerama intervencije u zaštiti zdravlja starijih osoba s definiranim izvršiteljima, normama, algoritmima, nomenklaturom postupaka uz evaluaciju ishoda liječenja gerijatrijskih bolesnika.

Upravo interdisciplinarni gerontološki pristup u zaštiti zdravlja starijih osoba osigurava očuvanje funkcionalne sposobnosti starijih osoba i aktivno zdravo starenje te racionalizaciju rastuće gerijatrijske potrošnje

15. GERIJARIJA MEDICINSKA SPECIJALIZACIJA PO UEMS-u I U HRVATSKOJ

KOLARIĆ BRANKO, Tomek-Roksandić S¹, Duraković Z², Reiner Ž³, Krznarić Ž³, Bogdanović N⁴, Radman I⁵, Ljubičić M⁶, Katić M⁷, Kaić-Rak A⁸, Kolarić B¹, Tomasović Mrčela N¹, Varga S⁹, Čikeš N¹⁰, Predavec S⁹, Pederin M⁹

¹Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju
Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

²Institut za antropologiju, Zagreb, Hrvatska

³KBC Zagreb, Zagreb, Hrvatska

⁴Memory Clinic, Geriatric Department University Hospital Oslo, Oslo, Norway

⁵Privatna Klinika za psihijatriju i psihoterapiju, Bergheim, Švicarska

⁶Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

⁷Škola narodnog zdravlja “Andrija Štampar”, Zagreb, Hrvatska

⁸Svjetska zdravstvena organizacija, Zagreb, Hrvatska

⁹Ministarstvo zdravstva RH, Zagreb, Hrvatska

¹⁰Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

spomenka.tomek-roksandic@stampar.hr

Ključne riječi: gerijatrija, gerontologija, medicinska specijalizacija UEMS, pravilnik o specijalizacijama NN 116/2015, poslijediplomski studij iz gerijatrije

Po UEMS-u (European Union of Medical Specialists) gerijatrija je definirana kao zasebna medicinska specijalizacija (GERIATRIC MEDICINE SECTION & BORD UEMS, www.uemsgeriatricmedicine.org). Izradbu kurikuluma iz gerijatrije je 2008. godine iniciralo Hrvatsko društvo za gerontologiju i gerijatriju Hrvatskog liječničkog zbora u koordinaciji s Referentnim centrom MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar“ (www.stampar.hr/gerontologija). U izradbi programa sudjelovali su i imenovani eksperti dekanske konferencije medicinskih fakulteta Hrvatske, Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog liječničkog zbora - Hrvatskog društva za gerontologiju i gerijatriju, Akademije medicinskih znanosti Hrvatske uz Povjerenstvo za gerijatriju MZ Hrvatske. Gerijatrija je medicinska specijalizacija koja se bavi liječenjem, dijagnostikom, rehabilitacijom bolesnih starijih i sprječavanjem nastanka bolesti u starijih osoba. Gerijatrija je Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju doktora medicine programski definirana u trajanju od pet godina, u popis medicinskih specijalizacija u Hrvatskoj (NN 116/2015). Izraz gerijatrija je izmislio i objavio u New York Medical Journal člankom Geriatrics 1909. g. američki liječnik Ignaz L. Nascher, osnivač moderne gerijatrije u SAD-u. Program specijalizacije u trajanju od 5 godina sadrži: zajedničko internističko „deblo“ koje traje 22 mjeseca te specifični program Gerijatrije u trajanju od 33 mjeseca (specifičnosti opće interne medicine - 3 mj., specifičnosti invazivne dijagnostike terapijskih i intervencijskih zahvata te ishoda liječenja u gerijatrijskih pacijenata - 2 mj., infektologija - 1 mj., neurogerijatrija - 5 mj., psihogerijatrija - 5,5 mj., opća / obiteljska medicina - 2 mj., fizikalna medicina i rehabilitacija u gerijatriji - 2 mj., ortopedija i traumatologija u gerijatriji - 1,5 mj., gerijatrijska endokrinologija - 1,5 mj., gerijatrijska onkologija i radioterapija - 1,5 mj., gerontološko-javnozdravstvena djelatnost - 3,5 mj., osnove sustava osiguranja kvalitete u gerijatriji - 0,5 mj., primijenjena epidemiologija u gerijatriji - 1 mj., palijativna skrb u gerijatriji - 2,5 mj., geroprofilaktičke mjere pravilne prehrane u gerijatriji - 0,5 mj.) www.stampar.hr/gerontologija - Glosarij.

U sklopu specijalizacije iz gerijatrije obavezna je edukacija iz poslijediplomskog specijalističkog studija iz Gerijatrije čija je izradba u tijeku. Imenovani su voditelj i suvoditelj poslijediplomskog studija iz gerijatrije, na Katedri za internu medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (24. svibnja 2016.), za voditelja akademik Željko Reiner, a za zamjenika prof.dr.sc. Željko Krznarić. Trajna specijalistička edukacija doktora medicine iz gerijatrije u suglasju s medicinskim specijalizacijama po UEMS-u, ostvaruje evaluaciju ishoda liječenja u gerijatrijskih bolesnika, glavnim pokazateljem napretka ili propusta u zdravstvenoj zaštiti cjelokupnog pučanstva. Time se postiže i racionalizacija rastuće gerijatrijske zdravstvene potrošnje, a u svrhu unapređenja zaštite zdravlja starijih i očuvanje funkcionalne sposobnosti i u dubokoj starosti.

16. ZNAČENJE BIOETIČKIH NAČELA U DONOŠENJU ETIČKIH ODLUKA U MEDICINI

RADMAN IVANKA

Gemeinschaftspraxis für Psychiatrie und Psychotherapie, Uster/Zürich, Švicarska

iradman@sunrise.ch

Ključne riječi: Bioetički principi, etički konflikt

Liječnička svakodnevnica ispunjena je raznim etičkim dilemama i odlukama različite težine i posljedica. Jedan ekstremni primjer iz medicine je prekid terapijskih mjera za produžavanje života ili recimo prisilno liječenje bolesnika. Tom problematikom bavila se bioetika kao interdisciplinarna znanost. Bioetička načela od Beauchamp und Childress (1994) služe za sustavno analiziranje etičkih problema kao i za procjenu moralnih dilema u kliničkoj svakodnevici. Mnoge od tih maksima, kao što je npr. princip autonomije (respect for autonomy), suzbijanja štete (nonmaleficence), skrbi (beneficence) i ravnopravnosti (justice), koriste se pri analizi moralnih dilema u području biomedicine. Ta četiri načela u prvom redu pomažu kao matrica pretraživanja prilikom identificiranja etičkih konflikata u kliničkoj svakodnevici. Oni osim toga omogućuju strukturiranu obradu problema što omogućava postupno približavanje njihovu rješavanju. To je i način da se lakše dođe do konsenzusa, budući da su ta načela povezana s općenito prihvaćenim moralnim načelima i s tradicionalnom liječničkom etikom.

Na osnovu jednog konkretnog kliničkog primjera iz prakse i uz uvažavanja etičkih načela u predavanju će se predstaviti važni aspekti pronalaženja etičkih odluka u medicini.

17. BRIGA O ZDRAVLJU STARIJH OSOBA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU LOKALNE ZAJEDNICE-GRAD ZAGREB

ŠITUM MIRNA, Portolan Pajić I, Tucak J

Grad Zagreb, Gradski ured za zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

mirna.situm@zagreb.hr

Ključne riječi: Grad Zagreb, starenje, strategija, zdravstvena zaštita i skrb, kvaliteta života

Prema popisu stanovništva iz 2011. godine u Hrvatskoj je 758.633 stanovnika starijih od 65 godina, što predstavlja udio od 17,7% cjelokupne populacije.

Demografske projekcije upućuju na porast udjela starije populacije za 1,5% u vremenskom razdoblju od 2011. do 2014. godine. Stoga se predviđa da će uskoro u Hrvatskoj i Gradu Zagrebu svaki četvrti stanovnik biti stariji od 65 godina. Prema broju osoba starijih od 65 godina po županijama i Gradu Zagrebu na prvom je mjestu rangiran Grad Zagreb sa 136.770 ili 18%.

Takva demografska struktura zahtjeva potrebu za većom skrbi starije populacije i većim brojem gerontološko-javnozdravstvenih timova s obuhvatom 30.000 osoba starijih od 65 godina po jednom timu u županijskim zavodima za javno zdravstvo.

Gerontološko-javnozdravstvene analize pokazuju da konstantan rast populacije starijih osoba utječe na hospitalni morbiditet i strukturu korištenja zdravstvenom zaštitom. U Gradu Zagrebu prisutan je porast udjela hospitaliziranih gerijatrijskih bolesnika, uz manje oscilacije, s 31,03% 2010. godine na 32,42% 2014. godine.

Najčešći uzrok hospitalizacija po skupinama bolesti u 2014. godini za osobe starije od 65 godina u Gradu Zagrebu jesu novotvorine (N = 14.783). Bolesti cirkulacijskog sustava (N = 12.994) rangirane su na drugom mjestu, slijede bolesti oka i očnoaga adneksa (N = 7.709), dok su na četvrtom mjestu bolesti probavnog sustava (N = 4.626) te na petom mjestu ozljede, otrovanja i ostale posljedice vanjskih uzroka (N = 3.626)

U Gradu Zagrebu, koji obuhvaća najveći udio osoba starijih od 65 godina (18,03%) u ukupnom hrvatskom pučanstvu starijem od 65 godina, program aktivnog zdravog starenja dobiva sve veći značaj u zaštiti zdravlja i skrbi za starije osobe i predstavlja jedan od javnozdravstvenih prioriteta Grada Zagreba u narednom razdoblju.

U središtu strategije za zdravo aktivno starenje je preventivni koncept koji upućuje na vitalnu povezanost zdravlja i aktivnosti starijih osoba zbog podizanja kvalitete života. Na taj način strategija za zdravo aktivno starenje potiče preusmjerenje zdravstvene zaštite i skrbi starijih osoba iz kurativnog u preventivni model, a osnova za primjenu aktivnog i zdravog starenja nastaje već u mladoj dobi putem vlastitih odluka i pozitivnim zdravstvenim ponašanjem pojedinca.

18. MODULATION OF SKIN HOMEOSTASIS AND REGENERATION - A NOVEL APPROACH

RUBELJ IVICA, Nanić L, Škrobot Vidaček N, Ravlić S

Ruder Bošković Institute, Zagreb, Croatia

rubelj@irb.hr

Keywords: aging, skin, regeneration, stem cells, homeostasis

In Europe and in Croatia the percentage of elderly persons has sharply risen and represents a significant socio-economic problem which weighs heavily on the financial and health prospects of society. Aging is the main risk factor in the emergence of pathological conditions and tumor incidence. The aging phenotype develops as a result of the reduced potential for tissue regeneration concomitant with the destruction of tissue homeostasis and the accumulation of damaged molecules. Cellular senescence, a process in which cells reach their maximal limit of doublings, is the main catalyst of aging of humans. Old cells have a characteristic gene expression profile, highlighted by a strong increase in secreted cytokines, chemokines, proteinases and growth factors. This secretory phenotype is known as SASP (senescence-associate secretory phenotype) and includes a variety of inflammatory and growth factors which act to remodel the tissue microenvironment, activate the cellular immune response and elicit an inflammatory metabolic profile, all of which has a negative impact on stem cells and regeneration. Expression of the enzyme telomerase prevents aging and allows for the continuous expression of the young phenotype.

The model in which the accumulation of old cells directly elicits pathophysiological changes could be tested by directly altering the proportions of old versus young cells in tissues. This can be achieved by increasing the number of young cells or telomerase revitalized cells through microseeding in skin tissue. In this way we expect to increase the regenerative capacity of cells, reconstruct the youthful tissue microenvironment and extracellular matrix of the skin. To this end we have established a protocol for microseeding of cells in skin tissue which allows for alterations in the number of old vs. young cell populations. The main objective of this research is to directly show that it is possible to alter the cellular composition of tissues and show that by decreasing the number of old cells and increasing the number of young cells in a tissue one can alter the local tissue metabolic profile to activate regeneration.

19. RESURSI LOKALNE ZAJEDNICE U SKRBI ZA STARIJE OSOBE

FORTUNA VIŠNJA, Galić R

Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom – Grad Zagreb, Zagreb, Hrvatska

visnja.fortuna@zagreb.hr

Ključne riječi: socijalne usluge, neformalni njegovatelji, starije i teško bolesne odrasle osobe, strategije u području skrbi za starije osobe

Obzirom na sveprisutni trend starenja populacije Grad Zagreb sustavno ulaže u razvoj usluga koje doprinose poboljšanju kvalitete života starijih sugrađana. Planiranje i vrednovanje učinkovitosti skrbi za starije osobe nemoguće je bez istraživanja koja se odnose na demografske, socijalne, zdravstvene i druge vidove starenja i starosti, međutim, takvih istraživanja u Hrvatskoj je izuzetno malo. Stoga je Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom Grada Zagreba proveo opsežno istraživanje u suradnji s Pravnim fakultetom u Zagrebu, Studijskim centrom socijalnog rada na temu: „Pružatelji skrbi osobama starije životne dobi u obitelji na području grada Zagreba“, prvo takve vrste provedeno u Republici Hrvatskoj.

Cilj istraživanja bio je stjecanje uvida u položaj, potrebe i poteškoće te aktivnosti s kojima se susreću neformalni njegovatelji starijih osoba, a temeljem dobivenih rezultata izrađen je i profil tipičnog njegovatelja.

Dobiveni rezultati značajan su doprinos istraživanjima vezanim uz socijalnu politiku prema starijim osobama, unaprjeđivanju njihovog položaja, ali i položaja njihovih neformalnih njegovatelja te su kao takvi relevantna podloga za izradu strategija u području skrbi za starije osobe na nacionalnoj i lokalnoj razini.

Kao društvo i lokalna zajednica pozvani smo promišljati ne samo o potrebama starijih i teško bolesnih odraslih osoba već i o njihovim njegovateljima koji se svakodnevno suočavaju s preprekama i poteškoćama u osiguranju za njih primjerene skrbi.

20. ŠTO JE CENTAR ZA GERONTOLOGIJU ZAVODA ZA JAVNO ZDRAVSTVO, A ŠTO GERONTOLOŠKI CENTAR U SKRBI ZA STARIJE

TOMEK-ROKSANDIĆ SPOMENKA, Kolarić B, Tomasović Mrčela N, Šostar Z, Šitum M, Fortuna V, Benjak T, Katalinić-Janković V, Smolej Narančić N, Ljubičić M, Duraković Z, Stavljenić-Rukavina A, Laušin V, Šušćević H, Pezelj-Duliba D, Lukić M, Maltarić M, Skoko-Poljak D, Predavec S, Mravak S, Smoljanović M, Smoljanović A, Glibotić Kresina H, Sajko D, Tomić B, Popek I, Štefančić V, Lovrić K, Meštrić S, Vrbić Lj, Galić R, Vrban I, Penava Šimac M

Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska
spomenka.tomek-roksandic@stampar.hr

Ključne riječi: starije osobe, centar za gerontologiju, zavodi za javno zdravstvo, gerontološki centar, funkcionalna sposobnost, aktivno zdravo starenje, interdisciplinarni pristup, gerontološko-javnozdravstveni menadžment, GeroS / CEZIH, zaštita zdravlja starijih, edukacija iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege

Centar za gerontologiju po županijskim zavodima za javno zdravstvo, Grada Zagreba i Hrvatske, provodi program mjera i postupaka gerontološko-javnozdravstvene djelatnosti (NN 126/06). Nacionalni i županijski centri / službe po županijskim zavodima za javno zdravstvo i Grada Zagreba, s djelatnošću praćenja, proučavanja, evaluiranja, izvješćivanja, planiranja i projekcije zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih osoba u ranijoj (65 – 74. g.), srednjoj (75. – 84. g.) i dubokoj starosti (85. g. i više g.). Vođenje Registra zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih osoba sa Podregistrom stogodišnjaka, projekt GeroS / CEZIH za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerontoloških i gerijatrijskih osiguranika uz predlaganje Programa mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih, gerontoloških normi s Programom primarne, sekundarne tercijarne i kvartarne prevencije za starije te Programa gerijatrijske zdravstvene njege uz primjenu kategorijskog postupnika i praćenja pokazatelja kvalitete u domovima za starije. Edukacija i reedukacija iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege stručnjaka različitog profila koji se bave zaštitom zdravlja starijih. Sunositelji i partneri u provedbi znanstvenih gerontoloških hrvatskih i europskih projekata.

U Nastavnom zavodu za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ djeluje Služba / Centar za javnozdravstvenu gerontologiju – Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba provodi Program praćenja, proučavanja, evaluiranja, izvješćivanja, nadzora te planiranja i projekciju zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih osoba. Predlaže Program mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih s Programom primarne, sekundarne tercijarne i kvartarne prevencije za starije, uz izradbu gerontoloških i gerijatrijskih normi zdravstvene skrbi i gerijatrijske zdravstvene njege za starije.

Gerontološko-javnozdravstveni tim Centra za gerontologiju djeluje pri županijskim zavodima za javno zdravstvo Grada Zagreba i Hrvatske obuhvaća 1 gerontološko-javnozdravstveni tim – 1 liječnik spec. javnog zdravstva / epidemiologije / opće obiteljske medicine edu. iz gerontologije, 1 VSS diplomirana medicinska sestra edu. iz gerijatrijske zdravstvene njege / mag. nutr. / mag.oec. / rehabilitator / gerontostomatolog / psihogerijatar / gerontokineziolog edu. iz gerontologije, 1 VŠŠ / bacc.med.techn. / viši radni terapeut doed. iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege za obuhvat starijeg pučanstva od 65 godina - 1 tim na 30 000 starijih osiguranika od 65 godina. Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba / Služba za javnozdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar“ provodi i trajnu, sustavnu reedukaciju interdisciplinarnog tima stručnjaka koji skrbe u zaštiti zdravlja starijih osoba, iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege.

Gerontološki centar – izvaninstitucijska skrb za starije je multifunkcijski centar neposredne i integralne multidisciplinarnе izvaninstitucijske skrbi starijih osoba u lokalnoj zajednici. Osnovni cilj djelatnosti Gerontološkog centra je zadržati stariju osobu što je duže moguće u njegovom prebivalištu uz obitelj. Gerontološki centri s dnevnim boravcima za starije i dnevnim boravcima za Alzheimerove bolesnike, mogu lokacijski biti povezani s domovima za starije osobe, ali i ne moraju. U Gradu Zagrebu djeluju pri domovima za starije čiji model izvrsnosti rada sa starijima osigurava očuvanje funkcionalne sposobnosti starijih i sprječava te odgađa institucijsku skrb za starije.

Nužno je istaći i djelatnost gerontodomaćica u izvaninstitucijskoj skrbi za starije, čiji programi pomoći za starije se provode u gotovo svim županijama Hrvatske putem Ministarstva socijalne skrbi. Razvojem izvaninstitucijske skrbi, Gerontoloških centara, dnevnih boravaka za starije, dnevnih boravaka za Alzheimerove bolesnike, moguće je postojeću pasivnost i socijalnu izoliranost (osamljenost) starijih osoba suprotstaviti zdravom aktivnom i produktivnom starenju starijeg pučanstva. Unapređenje djelatnosti Gerontološkog centra na razini primarne prevencije u zaštiti zdravlja starijih osoba ostvaruje se i djelatnošću Gerontoservisa, kojim se reaktivira uloga i iskustveni potencijal starije osobe.

Gerontoservis / zaklada za starije, kao dio i djelatnosti Gerontološkog centra postaje i promicatelj aktivnog zdravog starenja, gdje starija osoba svojom produktivnom ulogom i dalje doprinosi i koristi razvoju zajednice u kojoj živi. Osobito značenje to ima u prijenosu znanja, umijeća i vještina na mlađe članove zajednice u kojoj starija osoba živi. Konkretnim primjerom jedna od djelatnosti Gerontoservisa je i osiguranje zamjenske bake i djede, zbog aktualnog nedostatka baka i djedova zbog produljenja njihovog radnog vijeka. Na ovaj način definirana djelatnost Gerontološkog centra osim reaktivacije starije osobe omogućuje i sigurnost mladim članovima obitelji u stvaranju demografskog obiteljskog razvoja i rasta. U okviru realizacije aktualne zdravstvene reforme u zaštiti zdravlja starijih osoba, nužna je primjena gerontoloških normi poglavito u upućivanju tima liječnika obiteljske medicine u Gerontološke centre za primjenu primarne prevencije za starije osobe. Na taj način ostvaruje se i racionalizacija gerijatrijske zdravstvene potrošnje i odgađa rastuća zdravstvena potreba za stacionare domova za starije osobe, gdje se pruža specifična zdravstvena zaštita za starije s gerijatrijskom zdravstvenom njegom.

Mjere / usluge Gerontoloških centara: učenje o starosti i starenju, štetnim čimbenicima bolesnog starenja, nastavku radnih aktivnosti preorijentacijskim zanimanjima i nakon odlaska u mirovinu; radionice o zdravim životnim navikama starijih, smjernicama pravilne prehrane za starije, računalne radionice; socijalne, pravne, zdravstvene i psihološke usluge (poduka, savjetovanje, okupacijska i radna terapija, gerijatrijska zdravstvena njega i rehabilitacija terapijska gimnastika / gerovježbe, sportski tečajevi primjereni starijima, natjecanja u plesu, pjevanju, šahu, dramskim sekcijama i sl.); primjena odabranih zdravstvenih mjera u prevenciji nastanka bolesti u starosti; razvijanje novih sposobnosti za očuvanje preostale funkcionalne sposobnosti; spriječavanje funkcionalne onesposobljenosti bolesnih starijih; dnevni boravak za starije; dostava obroka i pomoći u kući; tehnička pomoć (organiziranje prijevoza, čitaonica dnevnog tiska, pomoć u ispunjavanju formulara, posudionica ortopedskih pomagala i sl.); kulturno-zabavne i rekreativne usluge (dramske, plesne, pjevačke i glazbene grupe, mažoretkinje); edukacija o osam prehrambenih pravila i ne unosa 5B u hrani (bijelo brašno, bijeli šećer, bijela riža, mast i sol) u svakodnevnom prehrani starijih; „roza“ telefon za starije; gerontoservisi osiguranjem npr. zamjenskih baka i djeda teta čuvalica za djecu i za starije i sl.

21. SILVER ECONOMY

VEDRIŠ MLADEN

Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

mladen.vedris@pravo.hr

Ključne riječi: srebrna ekonomija, starije osobe, win-win pozicija, digitalno doba

Promjene današnjeg vremena sve su brže i kompleksnije. Ulazak u digitalno doba i digitalno društvo, ubrzani procesi globalizacije počev od promjena u realnom i financijskom sektoru, snažno porasle međunarodne trgovine, energetskih i klimatskih promjena, sve snažnije kružne ekonomije,... Obrazovanje postaje presudni alat razvoja, često se gubi jasna granica između javnih politika i privatnih interesa, odnosa države i korporacija i tako redom.

I istovremeno i neumitno stiže i nova ekonomsko-socijalna kategorija: silver economy, definirana kao postojeće nove ekonomske mogućnosti koje se baziraju na trajno porasloj kupovnoj moći i potrebama populacije iznad 50 godina života (Europska Komisija). Ili i preciznije (Oxford Economics), to je: “suma ukupnih ekonomskih aktivnosti koje su okrenute populaciji 50+ godina te uključuje proizvode i usluge koje su toj populaciji potrebni, a isto tako i sve druge ekonomske aktivnosti koje mogu proizaći iz te vrste potrošnje.”

Ta se populacija analizira u okviru tri skupine: aktivni, fragilni i izdržavani. Financijski promatrano, procjena je (Merrill Lynch) da taj segment populacije raspolaže (i troši) s približno 7 trilijuna US dolara, što tu populaciju čini trećom najvećom svjetskom ekonomijom, uz daljnji i uzlazni trend, kako po broju, tako i ukupnoj kupovnoj moći.

Naravno da niti Republika Hrvatska tu nije izuzetak; kako po demografskim kretanjima, tako i po ocjeni kupovne moći i ekonomske snage te populacije. Otvaraju se i daljnja pitanja: stupanj aktivnosti te populacije da aktivno i dalje sudjeluje u ekonomskom i društvenom životu zemlje te stvara nove vrijednosti, a ne biva samo rentijer, odnosno korisnik pojedinih segmenata javnih fondova. Zatim, što Hrvatska kao snažna turistička destinacija može učiniti da domaću, a još i više EU i ukupnu populaciju te skupine uključi u turističke trendove i tako ojača vremenski i prihodovno turističku sezonu.

Nova šansa, novi izazov, sukladno znatno produženom životnom vijeku. Kako stvoriti win-win poziciju, ne samo živjeti duže, nego i kvalitetnije, kako ne samo ekonomski nego i ukupno tu populaciju uključiti u život zajednice.

Dodatna je šansa RH da te ukupne izazove rješava danas kao članica EU, zajednice koja na ozbiljan i strukturiran način promišlja što su optimalna rješenja na pojedinim segmentima događanja. Socijalna slika, dodatno školovanje,

produženje radnog vijeka,... Izdvajanja za socijalne potrebe na razini EU shodno tome su izuzetno visoka te čine više od 20% BDP-a. Istovremeno, procjena je (Merrill Lynch) stanovnici EU u dobi od 65+ posjeduju u ovom ili onom obliku, imovinu vrijednu 3.500 mlrd eura. Podaci također pokazuju da osobe te dobi preferiraju život u vlastitim domovima (više od 90% te populacije). Tri petine te populacije aktivno se služi internetom u funkciji i nabave svega što im je potrebno za samostalni život.

Zaključno rečeno: analizirati potencijale i potrebe te populacije znači baviti se izuzetno značajnim ekonomskim, socijalnim, demografskim potencijalom, kako i globalno i regionalno promatrano, tako i na razini pojedinog društva ili države uvažavajući sve specifičnosti koje u konkretnom okruženju postoje.

22. KANCELARIJA ZA ZDRAVLJE STARIH-JAVNOZDRAVSTVENIH ODGOVOR NA DEMOGRAFSKI IZAZOV STARENJA

DŽELETOVIĆ MILOŠEVIĆ IRENA¹, Matijević D¹, Ljajević A², Džambas Lj³

¹Gradski zavod za javno zdravlje Beograd, Beograd, Srbija

²Institut za javno zdravlje Crne Gore, Podgorica, Crna Gora

³Medicinski fakultet Novi Sad, Novi Sad, Srbija

irena.dzeletovic@zdravlje.org.rs

Ključne riječi: demografski izazov, starenje, javno zdravstvo

Opis: Beograd, Srbija i većina zemalja u regionu, se suočava sa intezivnim starenjem populacije, što predstavlja značajan demografski i javnozdravstven izazov, ali definiše potrebu za odgovarajućim rešenjima, u funkciji očuvanja i unapređenja zdravlja starijih od 65 godina. Gradski zavod za javno zdravlje Beograd, ulaže napore u davanju odgovora pomenutom izazovu, otvaranjem Kancelarije za zdravlje starih 2008. godine. Ciljevi Kancelarije su: 1. Unapređenje i očuvanje zdravlja starih; 2. Koordinacija i unapređenje funkcionisanja segmenata zdravstvene zaštite za ovu populacionu grupu; 3. Razvoj održivog organizacionog modela namenjenog zdravlju starih, primenjivog i u drugim sredinama.

Metod: Korišćen je socijalno medicinski, analitičko-deskriptivni metod preglednog prikaza rada Kancelarije u periodu od 2008. do 2016. godine.

Rezultati: Beograd sa 16,8% starijih od 65 godina, ima izražene potrebe za različitim oblicima zdravstvenog i socijalnog zbrinjavanja starih, kao i obezbeđivanje preduslova za zdravo starenje. Ovo uključuje i traganje za odgovorima na promene i stanja s kojima se suočavaju naši najstariji sugrađani. Neke od aktivnosti Kancelarije u posmatranom periodu su sledeće: Razvoj Vodiča za koordinaciju usluga zaštite starijih osoba u Beogradu. Vodič za komunikaciju sa starijima u zdravstvenoj zaštiti. Saveti za zdravo starenje tokom svih godišnjih doba. Otvaranje age friendly web stranice www.zdravljestarih.org.rs. Razvoj partnerskih odnosa sa brojnim državnim i privatnim ustanovama i NVO. Obraćanje u štampanim glasilima i elektronskim medijima. Redovno učešće na Sajmovima za treće doba; Organizovanje sektora na osam Olimpijada sporta, zdravlja i kulture trećeg doba (obuhvat preko 10000 učesnika) i dr.

Zaključak: Javnozdravstveni odgovor na demografski izazov starenja je neophodnost, obzirom na populaciju koja traži, želi i treba da ima adekvatne odgovore za svoje potrebe i probleme. Kancelarija za zdravlje starih tokom svog postojanja ulaže napore da obezbedi odgovor na prioritene izazove u funkciji što zdravijeg starenja i unapređenja kvaliteta života naših starih.

23. INTERDISCIPLINARNI SVEUČILIŠNI POSLIJEDIPLOMSKI STUDIJ IZ GERONTOLOGIJE

PAVLEKOVIĆ GORDANA¹, Tomek Roksandić S²

¹Škola narodnog zdravlja „Dr. Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

²Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

gpavleko@snz.hr

Ključne riječi: interdisciplinarni poslijediplomski studij, gerontologija

U 2017. godini očekuje se početak dugo očekivanih poslijediplomskih studija iz Gerontologije i Gerijatrije. Posljednje tri godine, Radna skupina eminentnih stručnjaka pripremala je planove i programe iz navedenih područja. Prijedlog interdisciplinarnog sveučilišnog poslijediplomskog studija iz Gerontologije upućen je na recenziju i dobivanje dopusnice za početak rada.

Potreba za ovim poslijediplomskim studijem prisutna je godinama kod nas i u svijetu jer kvaliteta unaprjeđenja i zaštite zdravlja, liječenja, rehabilitacije i kvalitete života starijih osoba ovise o kvalitetno osposobljenim stručnjacima. U svijetu su brojna pozitivna iskustva takvog poslijediplomskog usavršavanja, a dosadašnja iskustva na ovom području kod nas, osobito interdisciplinarni programi trajnog usavršavanja te početak specijalizacije iz gerijatrije pokazala su veliki interes stručnjaka raznih profila koji rade ili planiraju raditi u zaštiti zdravlja starijih osoba za formalnim stjecanjem kompetencija kroz organizirane programe. Stoga je interdisciplinarni poslijediplomski studij iz Gerontologije otvoren doktorima medicine, medicinskim sestrama, socijalnim radnicima, sociolozima, psiholozima, pravnicima, ekonomistima, antropolozima, stomatolozima, kineziolozima, farmaceutima, biolozima i ostalima zainteresiranima sa završenom fakultetskom edukacijom. Odgovarajuće profesionalno iskustvo polaznika je prednost, ali ne i neophodnost. Za razliku od specijalističkog poslijediplomskog studija iz Gerijatrije koji je obavezan dio specijalizacije doktorima medicine koji su to područje rada izabrali kao svoj poziv, interdisciplinarni studij Gerontologije daje širinu akademskog, kulturalnog i profesionalnog okruženja što obogaćuje nastavni proces polaznika.

Predloženi nositelj studija je Sveučilište u Zagrebu, a izvođač Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja „Dr. Andrija Štampar“ u suradnji s Referentnim centrom Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba i drugim partnerima. Trajanje studija je jedna godina (dva semestra) organizirane nastave s 40 ECTS sati obveznih i 20 ECTS sati izbornih predmeta. Studij završavaju pisanjem i obranom specijalističkog diplomskog rada čime se stječe naziv magistar gerontologije.

Na skupu će biti detaljno prikazan plan i program rada poslijediplomskog studija iz Gerontologije, uvjeti upisa, nositelji obveznih i izbornih predmeta, sadržaj edukacije te metode rada i način provjere stečenih kompetencija.

24. ALZHEIMEROVA BOLEST I DUGOVJEČNOST – KAKO TO POMIRITI

MIMICA NINOSLAV^{1,2,3}, Kušan Jukić M^{2,3,4}

¹Klinika za psihijatriju Vrapče Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

²Hrvatsko društvo za Alzheimerovu bolest i psihijatriju starije životne dobi HLZ-a, Zagreb, Hrvatska

³Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest, Zagreb, Hrvatska

⁴Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Služba za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti, Zagreb, Hrvatska

ninoslav.mimica@bolnica-vrapce.hr

Ključne riječi: Alzheimerova bolest, demencija, dugovječnost, Hrvatska

Jedno od najvećih postignuća čovjeka, onoga što je svojim radom, trudom i željom postigao, jest da je poletio, ali isto tako, ako ne i veće postignuće, je produženje prosječnog ljudskog vijeka. Jedno i drugo se bilježi u posljednjih 100 godina. U odnosu na pračovjeka koji je vjerojatno isto želio letjeti, dok je gol i bos skupljao i lovio hranu, a koji je rijetko poživio dulje od 30-tak godina, moderan čovjek je evolucijski, postupno tu granicu udvostručio, na nekih 60-tak godina, ali još uvijek nije bio poletio. Tako je bilo relativno dugo, ali to čovjeku nikako nije bilo dovoljno jer je on oduvijek maštao o letenju, ali i o eliksiru koji bi mu omogućio dugotrajni život. U to vrijeme samo izuzetno, a nikako prosječno, su pojedinci tu granicu premašivali. Iako eliksir dugovječnosti još uvijek nije pronađen, dogodila

su se druga civilizacijska poboljšanja – čovjek je poletio i to ne samo po našem nebu, nego se vinuo i u svemir. Drugi tehnološki napredak, onaj u proizvodnji hrane, poboljšanju općeg standarda stanovanja i življenja, napredak u preventivnoj i kurativnoj medicini, itd., (in)direktno su doveli do produljenja ljudskog života, sada već na gotovo 300% od onog prvobitnog. Da je to upravo tako najbolje svjedoči značajna razlika, koja još uvijek postoji, ali se isto tako i smanjuje kako se te zemlje razvijaju, u prosječnoj duljini života između tzv. razvijenih zemalja i zemalja u razvoju. Danas je očekivana životna dob, poglavito za žene, u Japanu prešla 90 godina, a slično je i u mnogim zemljama zapadnog svijeta, uključujući Hrvatsku. Za očekivati je da će uskoro svatko od nas osobno poznavati nekog stogodišnjaka. Guinness-ova knjiga svjetskih rekorda govori o dokumentiranoj ljudskoj dugovječnosti i preko 122 godine te uvodi novu prestižnu kategoriju tzv. superstogodišnjaka, onih 111+, kojih je 2014. pobrojano čak 73 u svijetu. Kako se sve čini, u ne tako dalekoj budućnosti i oni će biti naši uobičajeni susjedi, iz razloga što ljudi žele živjeti dulje, po mogućnosti kao Matuzalem (koji je navodno živio 969 godina). Međutim, nažalost, sve ima svoju cijenu pa tako i dugovječnost. Tipična bolest III. životne dobi je Alzheimerova bolest, čiji rizik razbolijevanja raste s godinama života, no čini se da taj rizik od oko 50% postiže plato s nekih 90 godina i da ipak ne raste dalje. Pred svima nama je sada riješiti problem, kako živjeti dugo a bez AB, ili makar za početak, kako reducirati rastući rizik razbolijevanja od AB i kako živjeti kvalitetnije s AB. To je sigurno moguće, kroz određene preventivne mjere i znanstvena istraživanja, no trebati će vremena i puno ulaganja. Nema sumnje da je taj san ostvariv. Dugo vremena čovjek nije mogao letjeti, a sada svi lete, za vjerovati je da će tako u budućnosti i dugi život bez Alzheimerova za sve biti moguć.

25. GEROPROFILAKSA I PREPOZNAVANJE NASILJA NAD STARIJIMA U ZAŠTITI ZDRAVLJA STARIJIH

RUSAC SILVIJA

Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Studijski centar socijalnog rada, Zagreb, Hrvatska

srusac@pravo.hr

Ključne riječi: starije osobe, zlostavljanje i zanemarivanje, prepoznavanje, prevencija

Nasilje nad starijim osobama predstavlja osobni i društveni problem koji uključuje pravni, medicinski i socijalni aspekt. Problem nasilja nad starijim osobama u Hrvatskoj, kao i drugdje u svijetu, nije dovoljno istražen i svijest o njegovim učincima nije dovoljno prisutna u stručnoj i široj zajednici. Svjetska zdravstvena organizacija definirala je zlostavljanje starijih kao pojedinačan ili ponavljajući čin ili nedostatak odgovarajućeg postupanja, koje se događa u bilo kojem odnosu očekivanja i povjerenja, a koje uzrokuje štetu, bol, nepriliku i/ili nevolju starijoj osobi. Posljedice nasilja nad starijim osobama su različite, od oštećenja već ionako narušenog zdravlja, fizičkog i mentalnog, do gubitka i ono malo materijalne sigurnosti koju im omogućuje mirovina, ako ih se materijalno iskorištava pa sve do smrti.

Starija osoba može doživjeti više različitih oblika zlostavljanja u isto vrijeme. Zbog toga je važno da stručnjaci, ali i javnost, budu upoznati sa znakovima upozorenja za moguće zlostavljanje starijih osoba kako bi ga pravovremeno uočili i reagirali. Dosadašnja iskustva u obrazovanju stručnjaka koji dolaze u dodir s mogućim žrtvama nasilja u obitelji pokazala su da nije problem teorijski naučiti ljude znakove izloženosti nasilju u obitelji, nego kako u konkretnoj situaciji to znanje primijeniti i učiniti ga djelatnim. Osnovna prepreka tome su brojni mitovi, tabui, ali i mehanizmi preživljavanja koje su neki stručnjaci razvili tijekom svoje prakse, upravo stoga što na vrijeme nisu dobili potrebna znanja, vještine i nužnu podršku u radu sa žrtvama nasilja u obitelji. Edukacija profesionalaca u prepoznavanju nasilja nad starijima je važna strategija primarne prevencije. Najčešće oni koji pružaju primarnu skrb starijoj osobi kod kuće, uključujući patronažne sestre, su u poziciji detektirati prisutnost zlostavljanja starijih, budući da stariji ljudi koji su zlostavljani najčešće imaju jedini kontakt s medicinskim osobljem izvan obiteljskog konteksta. Stoga moraju ne samo pokazati interes, već i biti obrazovani da mogu dijagnosticirati, prijaviti i intervenirati u situacijama zlostavljanja starijih. U cjelini, prepoznavanje različitih oblika i znakova nasilja nad starijim osobama ima važnu ulogu u razvijanju svijesti prije svega kod zdravstvenih, socijalnih i drugih stručnjaka, u svrhu pravovremenog prepoznavanja, reagiranja i zaštite starije osobe, ali i šire javnosti.

26. GERONTOSTOMATOLOŠKE POTREBE I STVARNOST

ĆATOVIĆ ADNAN

Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

Klinika za stomatologiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

catovic@sfzg.hr

Ključne riječi: dentalna medicina, starije osobe, oralna higijena, karijes, žvačna funkcija

Porast očekivanog trajanja života u Hrvatskoj postavlja nove izazove za medicinsku i stomatološku struku. Sve veći broj osoba starije životne dobi postaje ovisno o medicinsko-stomatološkoj skrbi, kako kod kuće tako i u domovima umirovljenika i stacionarnim ustanovama. Zbog sve većeg broja osoba starije životne dobi sa očuvanim vlastitim zubima, posebice u urbanim sredinama, stomatološka struka se sve više bavi liječenjem parcijalne bezubosti, čija je klinička slika raznolika i ovisna o težini slučaja. Potpuno rješavanje parcijalne bezubosti daleko je zahtjevnije stručno od potpune bezubosti, a za pacijente starije dobi često neprihvatljivo iz opće medicinskih, ali i financijskih razloga. Vlastiti očuvani ali oštećeni zubi, pacijentu postaju problem zbog povećane učestalosti težih oblika karijesa i parodontnih bolesti, te dotrajalih protetskih nadomjestaka u ustima osoba starije životne dobi. Veza između općeg i oralnog zdravlja postaje sve značajnija, osobito kod starijih ljudi u medicinskim uvjetima. Aspiracijske upale pluća mogu se razviti zbog patogenih bakterija silaznim putem iz usne šupljine u bronhoalveolarni sustav i često predstavljaju potencijalnu opasnost po život. Cilj stomatološke terapije treba biti prvenstveno sačuvati zube, sanacijom karijesa i parodonta. Koncept liječenja poremećene žvačne funkcije potrebno je usredotočiti na uspostavljanje tolerantne žvačne funkcije, kako bi se spriječila pothranjenost. Kod svih osoba starije dobi, a posebice funkcijski ovisnih održavanje oralne higijene je od temeljne važnosti za očuvanje oralnog i općeg zdravlja, sprječavanjem nastanka kolonija bakterija na protetskim pomagalicama u ustima i na preostalim prirodnim zubima i posljedično komplikacija u vidu pneumonije, infarkt miokarda ili moždanog udara. Posebnu važnost ima edukacija srednje medicinskog kadra i njegovateljica, koje treba upoznati sa načinima čišćenja i sredstvima za održavanje higijene bezubih i ozubljenih usta i protetskih pomagala. Potrebno je povećati broj doktora dentalne medicine, koji skrbe isključivo o starijim nepokretnim osobama u vlastitim domovima ili stacionarima. Kvaliteta oralnog zdravlja starijih osoba ovisit će svakako o stupnju skrbi za njega.

27. IZAZOVI JAVNOG ZDRAVSTVA U GERONTOSTOMATOLOGIJI

GLIBOTIĆ KRESINA HELENA, Vlah N, Gasparović Babić S, Kresina S, Janković S, Pugel S

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, Rijeka, Hrvatska

helena.glibotic-kresina@zzjzpgz.hr

Ključne riječi: starije osobe, oralno zdravlje, stomatološka zaštita, gerontostomatologija

Opis problema: Broj starijih osoba progresivno raste. Udio starijih od 65 godina u RH iznosi 17,7% ukupnog stanovništva, a 1,41% je starijih od 85 godina. Stoga starenje postaje jedno od najvećih izazova javnog zdravstva. Oralno zdravlje ima važnu ulogu u održavanju sveukupnog dobrog zdravlja ljudi. U posljednjem desetljeću povezuje se s kvalitetom života stoga krajnji cilj stomatološke skrbi nije samo

uklanjanje karijesa, parodontne ili druge oralne bolesti, već obuhvaća pacijentovo psihičko zdravlje i

socijalno blagostanje. O oralnom zdravlju mora se voditi stalna briga jer u protivnom može doći do vrlo brzog pogoršanja istog. Velik problem je i nedostato praćenje stanja oralnog zdravlja u RH, podatci u bazama SZO datiraju iz 1986. i 2000. godine.

Metode: Analiza epidemioloških podataka iz djelatnosti zdravstvene zaštite i liječenja usta i zubi PGŽ, određenih kliničkih istraživanja stanja oralnog zdravlja te povezanosti oralnog i općeg zdravlja starijih osoba.

Rezultati: Podatci iz djelatnosti zdravstvene zaštite i liječenja usta i zubi u RH pokazuju konstantnu zastupljenost karijesa među ukupno utvrđenim bolestima zubi i usne šupljine te je vodeća dijagnoza u djelatnosti dentalne medicine u svi dobnim skupinama. U zubnom pobolu udjel karijesa u dobi 65+ je preko 30%, a 64% ih je bezubo sa 6 isključenih sekstanta, dok kod ostalih 36 % parodontitis je prisutan u 90% slučajeva i 2,5 bezuba sekstanta. Gubitak zuba u Hrvatskoj javlja se puno ranije nego u drugim europskim zemljama, a neku od složenih dentalnomedicinskih intervencija potrebno je provesti u čak

89% starije populacije. Najčešće intervencije su vađenje i plombiranje zuba.

Zaključak: Nezadovoljavajuće oralno zdravlje u svim dobnim skupinama i zapostavljena gerontostomatologija postaju izazovi javnog zdravstva. Nameću potrebu mobiliziranja svih relevantnih dionika u sustavu da zajedničkim, organiziranim i kontinuiranim pristupom djeluju na rizične čimbenike, a time i na opće zdravlje osoba starije životne dobi provođenjem mjera očuvanja i unaprijeđenja oralnog zdravlja s ciljem očuvanja funkcionalnih sposobnosti. Dostupnijom stomatološkom zdravstvenom zaštitom i podizanjem svijesti stanovništva treba poticati preventivne i kurativne stomatološke preglede. Moguća rješenja na lokalnoj razini su preventivni mobilni gerontostomatološki timovi te specijalizirane prilagođene i lako dostupne ambulante.

28. ORALNO ZDRAVLJE TREĆE ŽIVOTNE DOBI

KLAIĆ BORIS, Kuliš D, Ograjšek-Škunca D, Klemenčić M, Gruden JS, Pažin B

Stomatološka poliklinika Zagreb, Zagreb, Hrvatska

bklaic@spz.hr

Ključne riječi: gerontostomatologija, projekt, edukacija, prevencija, pokretni, gerontostomatološki tim

Oralno zdravlje utječe na kvalitetu života starijih osoba zbog čega je potrebno ojačati programe i projekte na tom području. Kontrola oralnog zdravlja starijih osoba treba postati sastavni dio zdravstvene usluge. Oralne bolesti su obično progresivne i kumulativne. Projekt "Oralno zdravlje treće životne dobi" pokrenut je nakon rezultata dobivenih provedbom projekta "Stanje oralnog zdravlja osoba starije dobi u Gradu Zagrebu". Oralno zdravlje 89 % ispitanika zahtjeva neodgodivu provedbu multidisciplinarnog gerontostomatološke terapije. Projekte su provodili djelatnici Stomatološke poliklinike Zagreb.

Projektom "Oralno zdravlje treće životne dobi" želi se ukazati na važnost oralnog zdravlja, a redovitim pregledom i edukacijom potaknuti osobe starije životne dobi na potrebnu stomatološku sanaciju.

Projekt provodi Tim za gerontostomatologiju od 2010. godine.

Metode provedbe projekta su:

A/ Kontrolni dentalni pregledi, predavanje i savjetovanje - dijeljenje naših brošura o oralnom zdravlju.

B/ Edukacija srednjeg medicinskog kadra i pomoćnog osoblja o oralnom zdravlju u Domovima za starije i nemoćne osobe

C/ Predavanje u Gerontološkim centrima za njihove korisnike

D/ Potaknuti suradnju sa doktorima dentalne medicine i doktorima opće medicine u Zagrebu

E/ Edukacija pacijenata u prostorima Stomatološke poliklinike Zagreb

E.1. Savjetovalište za pacijente starije životne dobi

E.2. Internetska stranica (www.spz).

Rezultat: Naša dosadašnja iskustva ukazuju na veliku potrebu nastavka provedbe ovog projekta. Odaziv velikog broja korisnika u Domovima za starije i nemoćne osobe te medicinskog kadra su glavni indikator za potrebu provedbe istih. Ravnatelji ustanova smatraju da je važnost oralnog zdravlja njihovih korisnika bitna za njihovo cjelokupno zdravlje.

Zaključak: Pregled usne šupljine starijih osoba treba biti obavezan barem jednom godišnje. Zbog neadekvatne stomatološke sanacije pacijenti mijenjaju svoje navike kako u prehrani tako i u ponašanju.

Smatramo da je stalna prevencija i edukacija o oralnom zdravlju potrebna u svakoj životnoj dobi.

Konačni cilj je osnivanje pokretnog Gerontostomatološkog tima koji bi ujedno pružao stomatološku uslugu svim korisnicima kojima je to potrebno a nisu u mogućnosti posjetiti stomatologa.

29. GERONTO PROTETIČKA SANACIJA INTRAORALNIM POST- RESEKCIJONIM ZUBNIM PROTEZAMA PACIJENATA TREĆEG ŽIVOTNOG DOBA

DŽAMBAS LJ¹, Dželetović-Milošević I², Džambas D²

¹Medicinski fakultet Klinika za stomatologiju Vojvodine Novi Sad, Novi Sad, Srbija

²Gradski zavod za javno zdravlje Beograd, Beograd, Srbija

profdzambas@sbb.rs

Ključne riječi: Geronto- protetika, post- resekcione intraoralne proteze, pacijenti trećeg životnog doba

Opis geronto-stomatoloških promijena: Starenje dovodi do neminovnih promijena kod svakog ljudskog organizma, pa samim tim dolazi i do promijena na stomatognatnom sistemu. Primjećena je učestalija promijena u vidu malignih oboljenja, kod pacijenata u trećoj životnoj dobi. Mogućnost postojanja kroničnih oboljenja (komorbiditet) nam ukazuje na rizik pristupu samog kirurškog liječenja ovih pacijenata. A ako i dodje do kirurškog liječenja, pacijenti treće životne dobi mnogo teže se saniraju intra oralnim postresekcionim protezama, bez obzira na pol i ostale činioce, no što se to čini kod mlađih pacijenata.

Metod rada: U radu je upotrebljena metoda longitudinalne studije, sprovedene na Klinici za stomatologiju Vojvodine - Medicinskog fakulteta u Novom Sadu. U toku petogodišnje studije prihvaćeno je i obradjeno 58 pacijenata oba pola starijih od 65 godina životne dobi.

Rezultati rada: Pacijenti treće životne dobi teže podnose, cito-patološku dijagnostiku, IMR dijagnostiku, opsežne kirurške zahvate, post operacioni tijek, radio i / ili hemio terapiju, kao i samu protetičku sanaciju postresekcionim protezama, a tim i promijenu kvaliteta života u bilo kom smislu te riječi. Svi dobijeni rezultati su obradjeni, klasificirani po grupama, grafički i tabelarno će biti prikazani in extenso u radu, kao i na usmenom priopćenju ove studije.

Zaključak: Osnovno je postojanje timskog rada liječnika gerontologa, gerontostomatologa, sestre ili negovateljice opće medicine i stomatološke sestre. Po potrebi u toku liječenja pacijenata treće životne dobi, treba uključiti i psihologa. Jednom riječju, učiniti sve što u bilo kom pogledu može pomoći ovim pacijentima u poboljšanju kvaliteta života. Nakon obimnih ablativnih zahvata, protetičke sanacije postresekcionim intra oralnim protezama, pomoći pri ponovnom uspostavljanju artikulacije, mastikacije, fonacije, kao i resocijalizacije u obiteljsku i društvenu sredinu.

30. UČESTALOST STOMATOLOŠKIH ZAHVATA TIJEKOM KUĆNIH POSJETA STARIJIM OSOBAMA U GRADU ZAGREBU

GEŠTAKOVSKI D¹, Justament R², Ivančić I¹, Protić-Helinger O¹, Miholić P¹, Matijević N¹, Šeparović I¹, Šugić Lj¹, Čatović A^{1,3}

¹Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

²Centar kućnih posjeta, Klinika za stomatologiju Kliničkog bolničkog centra Zagreb, Zagreb

Hrvatska

³Klinika za stomatologiju Kliničkog bolničkog centra Zagreb, Zagreb, Hrvatska david.gestakovski@hotmail.com

Ključne riječi: starije osobe, gerontostomatologija, kućne posjete, stomatološka terapija, epidemiologija

Posebnu skupinu osoba starije životne dobi čine pacijenti koji su nepokretni ili polupokretni, ali nedovoljno sposobni da sami potraže stomatološku pomoć, kod doktora dentalne medicine u ambulanti. U gradu Zagrebu postoji svega 1 doktor dentalne medicine koji obavlja kućne posjete i pruža stomatološku pomoć ovakvim pacijentima. Kako bismo ispitali učestalost pojedinih stomatoloških zahvata kod osoba starije životne dobi, kojima je stomatološka pomoć pružena u kući ili domu za stare i nemoćne, proveli smo statističko istraživanje temeljem dostupne medicinske dokumentacije. U tu svrhu pregledano je 2000 zubnih kartona Centra kućnih posjeta pri Klinici za stomatologiju KBC-a u Zagrebu. Od sveukupnog broja, 1700 kartona bilo je upotrebljivo za analizu. Rezultati istraživanja pokazali su da je daleko najučestaliji zahvat ekstrakcija zuba (kod 75% analiziranih pacijenata). Slijede korekcije totalnih (25%) i djelomičnih proteza (13%), a restorativni postupci su na žalost zastupljeni u gotovo zanemarivom postotku. Izvršeni su u samo 8.16% pacijenata. Gledajući čitavu populaciju, prosječno na 10 osoba samo je 3 zuba konzervativno

sanirano. S druge strane, br. ekstrahiranih zubi premašuje ovaj omjer 10 puta. To možemo povezati s neadekvatnom opremom i općim stanjem pacijenta zbog čega provođenje svih potrebnih zahvata nije bilo moguće. Iz analiziranih podataka o korekcijama proteza, znatno učestaliji zahvat je na potpunim nego djelomičnim zubnim protezama (633 potpune / 266 djelomične).

31. PARODONTITIS I UTJECAJ PREHRANE NA PARODONT U STARIJOJ DOBI

KULIŠ D, Klaić B, Klemenčić M, Forto JS, Pažin B

Stomatološka poliklinika Zagreb, Zagreb, Hrvatska

dunjakulis@gmail.com

Ključne riječi: parodont, gingivitis, parodontitis, utjecaj sistemskih bolesti na parodont, prehrana

Starenje je prirodan i ireverzibilan fiziološki proces i napreduje različitom brzinom. Starenjem se javljaju mnogobrojne promjene koje dovode do progresivnog slabljenja i oštećenja organskih funkcija

te pojave kroničnih bolesti i funkcijske onesposobljenosti starijih osoba. Kod starijih osoba povećana je osjetljivost na kronične i život opasne bolesti, kao i na akutne infekcije.

Oralne bolesti, zubni karijes i parodontne bolesti predstavljaju najčešće kronične infekcije, koje uzrokuju bol i nelagodu te smanjuju kvalitetu života.

Parodont je funkcijska cjelina pojedinih tkiva koja podupiru zube. Čine ga: gingiva, dezmodont, cement zuba i alveolarna kost. Uzrok parodontnih bolesti su: marginalna infekcija parodonta, funkcijske i endogene smetnje.

Gingivitis se javlja u gotovo 95% osoba koje imaju svoje zube. Ako se ne liječi, može se razviti u parodontitis. Upala počinje u području interdentalnih papila i širi se na marginalnu i pričvrstnu gingivu. Parodontitis je bolest koja se pojavljuje neovisno o životnoj dobi, ali njegove su posljedice

najizraženije kod starijih osoba. Parodontitis je podmukla i dugotrajna bolest čiji se rezultat očituje tek nakon dužeg vremena, kada nastupe nepovratne promjene potpornog sustava zuba.

Pravilnom prehranom starijih ljudi se smatra prehrana koja zadovoljava energetske potrebe i potrebe za esencijalnim hranjivim tvarima, a smanjuje rizik oboljenja od kroničnih bolesti povezanih s načinom prehrane.

Metode: Kroz projekt "Oralno zdravlje treće životne dobi" provodili smo pregled usne šupljine pa tako i stanje parodonta.

Rezultati: Pregledano je 310 korisnika, a prosječna im je dob 79,96 godina. Neke od svojih zubi ima 66,4% korisnika – prosječno 13,6 zubi po korisniku. Krvarenje zubnog mesa je prisutno kod 57,6% zubi, a pokretljivost zubi kod 60% korisnika.

Zaključak: Bitno je uočiti znakove rizika za parodontnu bolest u pojedinih osoba i skupina te se posvetiti prevenciji i što ranijoj dijagnostici i uklanjanju rizičnih čimbenika koji pogoduju razvoju i progresiji bolesti.

Prehrana igra važnu ulogu u cjelokupnom zdravlju, uključujući i zdravlje usne šupljine. Pokazalo se da unošenje određene hrane igra ulogu u prevenciji oboljenja parodonta.

32. PREDNOSTI PRIMJENE TEHNIKE STROJNE OBRADJE KANALA U LIJEČENJU TROKORJENIH ZUBI PACIJENATA TREĆE ŽIVOTNE DOBI

KLEMENČIĆ M, Pažin B

Stomatološka poliklinika Zagreb, Zagreb, Hrvatska

mladen.klemencic@gmail.com

Ključne riječi: strojna obrada, liječenje trokorjenih zubi

Liječenje zuba izuzetno je zahtjevan terapijski postupak koji pred doktora ali i bolesnika postavlja puno pretpostavki koje treba ispuniti da bi na kraju rezultat bio uspješan. Psihofizičko stanje bolesnika je odrednica koja nas upućuje koju terapijsku tehniku treba primjeniti da bi se osigurao predvidljiv ishod i kvalitetno dugoročno izlječenje. U

trećoj životnoj dobi većina ljudi pati od nekoliko kroničnih zdravstvenih problema istovremeno i sukladno tome mora uzimati odgovarajuću medikamentoznu terapiju. Usljed navedenih razloga ali i mnogih lokalnih i sistemskih čimbenika, s godinama dolazi do promjena i u zubima. Odlaganje minerala kao obrambena reakcija smanjuje prostore komorice pulpe i sužava lumen korjenskog kanala. Sve navedeno ima za posljedicu otežavanje uvjeta izvođenja obrade kanala i produživanje trajanja terapijskog postupka. Brži zamor, kao i smanjena tolerancija prema terapijskim postupcima nalažu nam kao imperativ smanjivanje trajanja zahvata liječenja zuba uz što veću efikasnost. Uvođenje tehnike strojne obrade kanala u svakodnevnu praksu omogućava bolesnicima puno lakše podnošenje samog zahvata, smanjuje bolnost, smanjuje nelagodu, omogućava jednostavnije i sigurnije pristupanje kavitetu zuba, i ulasku u korjenske kanale, kao i puno manje agresivne pokrete tijekom rada.

Nakon kliničkog pregleda i uvida u RTG nalaz, zub se izolira gumenom placticom, pristupa se liječenju trepanacijom krune zuba i prikazom ulaza u korjenske kanale. Izmjeri se dužina kanala, a zatim se točno određenom procedurom izmjene endodontskih instrumenata i ispiranja tekućim otapalima i dezinficijensima iz lumena kanala i s njegovih stijenki odstranjuju nekrotične mase do zdravog tkiva. Vrlo često primjenjuje se i ultrazvučna, laserska ili ozonska dezinfekcija kanala prije završetka liječenja punjenjem kanala štapićima umjetne smole (guttapercha).

Rezultati rada potvrđeni kliničkim i RTG nalazima ukazuju na preko 50% povećanje izlječenja i isto toliko smanjenje vremenskog trajanja zahvata.

33. ADHERENCE TO MEDICATION: IMPACT ON MANAGEMENT OF CHRONIC PATIENTS

CULIG J, Leppee M

TEACHING INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH „DR ANDRIJA STAMPAR“, ZAGREB, CROATIA

josip.culig@stampar.hr

Ključne riječi: adherence to medication, chronic diseases

Medication nonadherence is a growing concern to healthcare systems, physicians and other stakeholders because of mounting evidence that it is prevalent and associated with adverse outcomes and higher costs of care. Patients with chronic diseases often receiving multiple medications, are at higher risk for nonadherence to medication. There is strong evidence that many patients with primary hypertension have difficulty adhering to their recommended treatment regimens. Adherence is simultaneously influenced by several factors.

Objectives: The main objective of this study was to determine the rate of medication adherence in patients with primary hypertension in the City of Zagreb. Influences of different factors on patient's medication adherence were detected.

Methods: Patients with primary hypertension were asked to fill the specific questionnaire upon their visit to the pharmacy when collecting their prescribed drugs. The questionnaire had previously been standardized (J. Culig, et al. 9th Congress of EACPT, Edinburgh 2009). There were 16 reasons offered to patients describing the non-adherent behavior. The data were collected from 361 patients. The statistics were performed by using a chi-square test.

Results: Among the patients who participated in the study there were 193 females and 168 males. Most of them (74,8%) were older than 55. It was found that only 39,3% were adherent to treatment regimens and 60,7% were not. There were no significant statistical differences between adherent and non-adherent patients according to their sex, age, education or wedding status. The leading factors of non-adherence to medication were forgetfulness (60,9%), followed by running out of pills (46,8%), away from home (45,2%), polypharmacy (43,8%), inappropriate dosing schedule (41,3%). The patients were asked about general symptoms of disease (tiredness, myalgia or arthralgia, stiffness, anxiety, sleep disturbances). The patients who were adherent to medication had less symptoms. This difference was statistically significant ($p=0,025$).

There was no statistically significant difference among particular age groups according to the four leading reasons for medication nonadherence ($P=0,171$).

The patients with primary hypertension in Zagreb have shown non-adherent behavior to prescribed treatment. They mostly described this behavior as personal (forgetfulness, away from home, running out of pills).

POZVANA PREDAVANJA INVITED LECTURES

2. dan / Day 2

**SRIJEDA, 16. studeni 2016.
WEDNESDAY, November 16, 2016**

34. KAKO DO ODGOVARAJUĆE FARMAKOTERAPIJE KOD STARIJIH PACIJENATA?

PETROVIC M

Katedra za Internu medicinu, Univerzitet u Gentu, Gent, Belgija

mirko.petrovic@ugent.be

Ključne riječi: farmakoterapija kod starijih pacijenata, sveobuhvatni pristup, edukacija

Opis problema: Budući da su stariji pacijenti podložniji nusjeftima lekova, neophodno je da se kod ove starosne grupe pacijenata osigura odovarajuća farmakoterapija.

Metode rada: Ovaj pregled literature opisuje različite korake ka poboljšanju farmakoterapije kod starijih pacijenata u bolničkim uslovima.

Rezultati rada s raspravom: Pretraga u cilju identifikacije starijih pacijenata pod rizikom od nusjefta farmakoterapije predstavlja prvi ključni korak u okviru sveobuhvatnog pristupa farmakoterapiji kod starijih osoba. Dva do sada postojeća instrumenta obuhvataju GerontoNet i BADRI (Brighton Adverse Drug Reactions Risk) model za procenu rizika od nusjefta farmakoterapije. Ovi instrumenti uzimaju u obzir više činilaca od kojih je navažniji broj lekova koje pacijent uzima. Da bi se što više ograničile posledice neodgovarajuće farmakoterapije, postoje različite intervencije počevši od sistematske analize farmakoterapije uz pomoć kliničkih farmaceuta, preko edukativnih intervencija, elektronskih sistema podrške prilikom prepisivanja farmakoterapije do sveobuhvatne gerijatrijske procene. Učinci ovih intervencija su ispitivani, ponekad u okviru sveobuhvatnog pristupa uz kombinovanje različitih tehnika. Nijedna od postojećih intervencija, primenjena izolovano od drugih metoda, nije pokazala povoljan efekat na zdravstvene ishode starijih pacijenata. Medjutim, ukoliko se ove intervencije primene kombinovano, u kontekstu multidisciplinarnе saradnje, mogu se očekivati pozitivni efekti na zdravstvene ishode.

Zajključak: Odgovarajuća farmakoterapija kod starijih pacijenata, sveobuhvatna procena kliničkih i funkcionalnih svojstava kao i objedinjavanje znanja i ekspertize različitih specijalnosti neophodni su za adekvatan pristup medicinskoj složenosti starijih pacijenata. Viši nivo svesti i znaja zdravstvenih radnika o farmakoterapiji kod starijih pacijenata može se dostići individualizovanim, interaktivnim, multidisciplinarnim pristupom i odgovarajućim programima edukacije. Postojeće prustupe poboljšanju prepisivanja lekova kod starijih pacijenta treba uskladiti i integrisati u jednu, standardizovanu intervenciju.

35. INTEGRATED CARE: WHY IS SELFIE PROJECT SO IMPORTANT?

HUIĆ M, Tandara Haček R, Erčević D, Grenković R

Department for Development, Research and HTA, Agency for Quality and Accreditation in Health Care and Social Welfare, Zagreb, Croatia

mirjana.huic@aaz.hr

Keywords: Integrated care; SELFIE project; Palliative Care; GeroS/CEZIH

More than 50 million persons in Europe have more than one chronic disease; this number will increase in the near future due to the ageing society with serious consequence for national health and economic access to healthcare. New forms of care for persons with multi-morbidity are essential. Integrated care could be the solution, aiming to improve outcomes of care by overcoming issues of fragmentation through linkage or co-ordination of services of providers along the continuum of care. Croatia is partner on European Horizon2020 project SELFIE (Sustainable intEgrated care modeLs for multi-morbidity: delivery, FInancing and performancE, 2015-2019). Project aim is to generate knowledge and policy advice on integrated chronic care (ICC) models for persons with multi-morbidity. Eight European countries are involved: Austria, Croatia, England, Germany, Hungary, Netherlands, Norway, and Spain, coordinated by the Erasmus University Rotterdam. The participation of stakeholders is recognized as of utmost importance from the very beginning which could help the recognition, transferability and implementation of different ICC models in European countries. In Croatia, two promising ICC models are recognized and will be analysed further: Palliative Care model and GeroS/CEZIH model. The Palliative Care model is an integrated care programme specifically designed for palliative care patients, based on the Strategic Plan for Palliative Care 2014–2016. It is estimated that a minimum of 20% of cancer patients and 5% of non-oncological patients need palliative care in the last year of their life. GeroS, as system for detection and evaluation of health needs and functional capacity of geriatric

insurers and geriatric patients, inseparably linked to Croatian Central Health Information System-CEZIH, operates an electronic information system for persons over 65. The main aim is vertical, horizontal and inter-sectoral cooperation, collaboration and care, more specifically integration of primary, secondary and tertiary health care, palliative and social care to improve quality of health and social care and rationalisation of costs of such care. Importance of SELFIE project for national health care systems, main barriers and facilitating factors will be discussed in brief. It is envisaged that different ICC models will become standard of care for patients with multimorbidity.

36. GDJE ZAPOČINJE GEROS?

DURUT-BESLAČ D¹, Tomek-Roksandić S², Kolarić B², Mravak S², Maltarić M², Tomasović Mrčela N², Lukić M², Sajko D², Lovrić K², Meštrić S², Lazić G³, Maravić Z⁴, Šoštarić B⁵

¹Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Zagreb, Hrvatska

²Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

³Specijalistička ordinacija obiteljske medicine dr. Goran Lazić, Karlovac, Hrvatska

⁴Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Breznica, Breznica, Hrvatska

⁵MCS Grupa d.o.o., Zagreb, Hrvatska

dunja.durut-beslac@hzzo.hr

Ključne riječi: GeroS/CEZIH, informatizacija gerontološke i gerijatrijske skrbi, zdravstvene potrebe starijih, zdravstveni sustav, racionalizacija gerijatrijske potrošnje, sinergija zdravstva i socijalne skrbi za starije

Podsustav za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalnih sposobnosti gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika, neodvojivo povezan s nacionalnim zdravstvenim sustavom CEZIH.

U svakodnevnom radu u zdravstvenom sustavu sakupljaju se podaci koji služe za proizvodnju informacija neophodnih za argumentirano odlučivanje vezano za sigurno liječenje, učinkovitost i upravljanje zdravstvenim sustavom. Tako veliku količinu informacija koja nastaje u zdravstvenom sustavu nije moguće obrađivati bez uporabe suvremenih informacijskih i komunikacijskih tehnologija (IKT).

Centralni zdravstveni informacijski sustav Hrvatske (CEZIH) s više od 20.000 korisnika i velik broj bolničkih informacijskih sustava čine dobru osnovu za informatizaciju čitavog zdravstvenog sustava RH. Na CEZIH su u ovom trenutku spojene sve ordinacije primarne zdravstvene zaštite, ljekarne, primarni laboratoriji, izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita, zdravstvene ustanove za kućnu njegu, zdravstvene ustanove za fizikalnu terapiju u kući, isporučitelji pomagala, informacijski sustav Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Svi navedeni sudionici sustava u realnom vremenu šalju podatke u središnju bazu podataka iz koje se dobivaju napredna izvješća o radu zdravstvenog sustava.

Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba – Centar za gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, na inicijativu Referalnog centra, održali su 1. inicijalnu radionicu, 06. lipnja 2014., u svrhu definiranja zajedničkih ciljeva informatizacije zdravstvene skrbi gerontološkog osiguranika i gerijatrijskog bolesnika. Činjenica je, da se još uvijek specifičnosti zdravstvene skrbi gerijatrijskog bolesnika, ne prepoznaju u sustavu pruženih zdravstvenih usluga te se dijelom dokumentacija pruženih zdravstvenih gerijatrijskih usluga i gerijatrijske zdravstvene njege institucionalno smještenih gerijatrijskih bolesnika, vodi elektronično i papirnato.

Informatizacija gerijatrijske zdravstvene skrbi odnosi se na pružene zdravstvene usluge na tri razine, od opće/obiteljske medicine i gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije, do dugotrajnog liječenja gerijatrijskog bolesnika te patronažne djelatnosti, kućne njege i palijativnogerijatrijske skrbi do usluga Gerontološkog centra- izvaninstitucijske skrbi gerontoloških i gerijatrijskih osiguranika

Putem GeroS/CEZIH-a možemo doznati koje su zdravstvene potrebe starijih osoba. Zdravstvene potrebe naših građana starijih od 65 godina su od izuzetnog značaja u cjelokupnim zdravstvenim potrebama stanovništva. Za cjelokupni zdravstveni sustav to bi značilo učinkovitost i primjerenost te dostupnost i kontroliranost uz evaluaciju pružene skrbi gerijatrijskom osiguraniku, ali i racionalnost rastuće gerijatrijske zdravstvene potrošnje.

37. INFORMATIZACIJA GERONTOLOŠKE DJELATNOSTI PUTEM GEROSa/CEZIHa

MRAVAK S, Tomek-Roksandić S, Kolarić B, Tomasović-Mrčela N, Lukić M, Meštrić S, Maltarić M, Lovrić K, Sajko D

Referentni centar Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska
stela.mrvak@stampar.hr

Ključne riječi: GEROS/CEZIH, informatizacija, gerontologija, podaci, gerijatrijski bolesnik/gerijatrijski osiguranik

Sve više i više stručnjaka u javnom zdravstvu žele imati dostupne i točne podatke u bilo koje dana. U zadnjem desetljeću informatizacija u zdravstvu raste iz dana u dan. Dogodile su se drastične promjene u pružanju zdravstvenih usluga od uvođenja računala u sustav zdravstva. Zahvaljujući tehnološkom razvoju podaci i informacije su dostupnije nego ikad prije. Međutim, to ujedno i znači da je sve teže sačuvati privatnost osobnih podataka. To se najbolje vidi na primjeru moderne zdravstvene zaštite u gerontologiji. Odnos gerijatrijski bolesnik/gerijatrijski osiguranik – liječnik se pomaknuo u odnos gerijatrijski bolesnik/gerijatrijski osiguranik – gerontološko zdravstveno/socijalni tim.

Razvoj javnozdravstvenih informacijskih tehnologija će sve više povećavati potražnju za što više boljih podataka, a osobito o ishodima liječenja.

Cilj je da se razvije sustav, odnosno podsustav koji će omogućiti interaktivno digitalno upravljanje znanjem unutar gerontologije. Cilj upravljanja informacijski sustavima unutar gerontologije je da podrži prikupljanje, pretraživanje i upravljanje javnozdravstvenim podacima i informacijama za unapređenje zaštite zdravlja starijih.

Sadašnje stanje je takvo da se gerontološki osiguranici i gerijatrijski bolesnici ne prepoznaju dovoljno u sustavu zdravstva. Veliki dio dokumentacije se vodi papirnato. Nema poveznice između zdravstvenih i socijalnih ustanova koja je nužna kada su u pitanju gerontološki osiguranici i gerijatrijski bolesnici. GeroS je neodvojivo povezan s CEZIH-om, za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalnih sposobnosti gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika. Putem GeroSa/CEZIH je dovoljan jedan entitet bilo iz zdravstvene ili socijalne ustanove da upiše putem web obrasca tražene podatke iz svoje domene rada i svi ostali stručnjaci će vidjeti podatke za koje su ovlašteni.

Osnovna svrha GeroSa/CEZIHA je informatizirati praćenje sve pružene zdravstvene i socijalne skrbi gerijatrijskim osiguranicima S obzirom da, informatički gledano, zdravstveni i socijalni sustav trenutno ne razmjenjuju podatke direktno, GeroS/CEZIH predstavlja poveznicu oba sustava, omogućavajući svojim korisnicima jedinstveni uvid u podatke relevantne za skrb o gerijatrijskom osiguraniku, kroz sve tri razine zdravstvene zaštite u zdravstvenom sustavu te u domovima za starije i udomiteljskim obiteljima u socijalnom sustavu.

Da to postigne, GeroS/CEZIH proširuje digitalno dostupan skup podataka o gerijatrijskom osiguraniku informatizacijom evidencija liječnika, socijalnih radnika, sestrinskih, fizioterapeutskih, radno-terapeutskih i palijativnih kartona i poslovnih procesa te osigurava da su bitne informacije i promjene promptno i učinkovito dostupne zainteresiranim stranama, a sukladno njihovim ovlaštenjima i zaduženjima u sustavu.

38. DIGITALNE TEHNOLOGIJE U SLUŽBI AKTIVNOG I ZDRAVOG STARENJA – OD GEROS/CEZIH SUSTAVA DO EUROPSKOG PARTNERSTVA „GRAD ZAGREB“

BALENOVIĆ A¹, Tomek-Roksandić S², Šitum M³, Lazić Đ¹, Ravić M⁴, Šoštarić B⁵, Predavec S⁶, Durut D⁷

¹Dom zdravlja Zagreb - Centar, Zagreb, Hrvatska

²Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

³Ured za zdravstvo Grada Zagreba, Zagreb, Hrvatska

⁴Ericsson Nikola Tesla d.d., Zagreb, Hrvatska

⁵MCS d.o.o., Zagreb, Hrvatska

⁶Ministarstvo zdravstva RH, Zagreb, Hrvatska

⁷Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Zagreb, Hrvatska

antonija.balenovic@dzz-centar.hr

Ključne riječi: zdravlje, aktivno starenje, digitalne tehnologije

Informacijske i komunikacijske tehnologije postale su sastavni dio svakodnevnog života, a u medicini dovele do promjene tehnološkog konteksta rada u zdravstvenom sustavu (e-zdravstvo) kao i mogućnosti praćenja zdravstvenih pokazatelja izvan ambulate ili bolničkog odjela (m-zdravlje). U razvoj, promociju i uvođenje inovativnih rješenja za nadolazeće izazove u zdravstvu uključen je sve veći broj starijih ljudi s ciljem da se potakne angažirani pristup prema aktivnom i zdravom starenju. U Nastavnom zavodu za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba već dugi niz godina provodi programe specifično namijenjene populaciji starije životne dobi. Isti tim bio je pokretač izrade posebnog informacijskog sustava (GEROS/CEZIH) kojim bi se pratili različiti pokazatelji potrebni za analizu zdravlja i aktivnosti starijih osoba, obzirom da bez strukturiranog praćenja i analize brojnih podataka iz sustava zdravstva i iz sustava socialne skrbi nije moguće planirati daljnje strategije. Europsko inovacijsko partnerstvo za aktivno i zdravo starenje (EIP on AHA) unazad tri godine aktivno je usmjereno na mjere prevencije, ranog skrininga i liječenja kroničnih nezaraznih bolesti te osnaživanje starije populacije da mogu biti samostalni, nezavisni i aktivni u svom kućnom okruženju. Navedeni ciljevi kod osoba starije životne dobi provode se kroz 6 akcijskih planova: 1. Preskripcija lijekova i ustrajnost u liječenju; 2. Prevencija padova; 3. Prevencija mentalnog zdravlja; 4. Integrirano praćenje i liječenje kroničnih bolesnika uz pomoć digitalnih tehnologija; 5. Digitalne tehnologije u službi samostalnog življenja u kućnim uvjetima; 6. „Pametni gradovi“ prijatelji starijih. Dom zdravlja Zagreb Centar provodi EU pilot projekt (Carewell – M-zdravlje), koji obuhvaća akcijski plan 4. (Integrirana briga kroničnih bolesnika i telemedicina) i 5. (ICT rješenja za osamostaljivanje i aktivno starenje), a druge od ciljnih aktivnosti provodi kontinuirano u okviru svojih ambulanti (Preskripcija lijekova i Prevencija pada). Stoga smo odlučili odazvati se pozivu, okupiti partnere i kandidirati regiju „Grad Zagreb“ za Hrvatsku Referentnu regiju u EU mreži. Cilj Mreže je da svaka Referentna regija ponudi nova rješenja različitih problema u službi zdravog starenja nacije, ali i da osigura da se dobre ideje iz drugih regija mogu kopirati i provesti u praksi. Europska komisija pozornost je usmjerila na institucije koje provode programe, mogućnost transfera znanja, mogućnost razvoja gospodarstva, a osobita pozornost ovaj put usmjerena je na lokalnu političku zajednicu, od koje se očekuje da informira javnost i podrži provođenje programa koji su se pokazali korisni.

39. GLAVNA ULOGA TIMA SPECIJALISTE OPĆE / OBITELJSKE MEDICINE U ZDRAVSTVENOJ SKRBI ZA STARIJE

CEROVEČKI-NEKIĆ V¹, Kumbrija S², Kašuba Lazić Đ², Hanževački M³, Katić M³, Kolarić B⁴, Tomek Roksandić S⁴, Tomasović Mrčela N⁴, Kušan Jukić M⁵, Mimica N⁶

¹Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; Dom zdravlja Zagreb - Centar

²Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Albaharijeva 4, Zagreb; Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

³Dom zdravlja Zagreb-Zapad; Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

⁴Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, Služba za javnozdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar“

⁵Služba za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti NZJZ „Dr. Andrija Štampar“

⁶Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb

venija.cerovecki@mef.hr

Ključne riječi: obiteljski liječnik, kontinuitet skrbi starijih osoba, unapređenje kvalitete skrbi starijih osoba, demencije, Alzheimerova bolest, institucijska i izvaninstitucijska skrb za starije

Uvod: Potrebno je neprestano isticati glavno značenje tima obiteljskog liječnika u osiguranju mjera zaštite zdravlja starijih osoba. Starenjem pučanstva kako Hrvatske tako i Grada Zagreba specifične zdravstvene potrebe starijih osoba su sve veće, posebice u odnosu na vulnerabilni dio funkcionalno onespoblijenih starijih osoba u dubokoj starosti od 85 i više godina. Paralelno sa znatnim ulaganjima sredstava u istraživanja novih gerontotehnoloških načina liječenja, nužno je razvijanje i istraživanja za utvrđivanje preciznijih dijagnostičkih kriterija osnovanih na usporedbi između zdravih i bolesnih starijih osoba, jer zdravo aktivno starenje je prioritetni cilj SZO i u UN – a, a time i država članica. Gerontološke norme u pružanju primarne zdravstvene zaštite s glavnom ulogom tima obiteljske medicine, nužno je uskladiti u odnosu na poboljšanje funkcionalnu sposobnost starijih osoba kako u institucijskoj (domovi za starije) tako i u izvaninstitucijskoj skrbi (Gerontološki centri, dnevni boravci za oboljele od Alzheimerove bolesti). Uloga obiteljskog liječnika od posebne je važnosti u ranom prepoznavanju vodeće i pratećih bolesti i funkcionalne onespoblijenosti, simptoma demencije, planiranju dijagnostičkih postupaka, upućivanju na specijalističke konzultacije te pružanja geroprofilaktičkih mjera i postupaka, sudjelovanju u liječenju i praćenju bolesti, a posebice u organizaciji skrbi i pružanju trajne pomoći i potpore obitelji u skrbi za bolesnike oboljele od Alzheimerove bolesti i drugih demencija.

Metode rada: U svakodnevno radu s osobama starije dobi obiteljski liječnik mora poznavati specifičnosti konzultacije i kliničkog postupka pri skrbi za osobe starije dobi te umjeti procijeniti njihov funkcionalni status (tjelesni, psihološki i socijalni). Iznimno je važno da obiteljski liječnik procjenom rizika za razvoj akutnih i kroničnih bolesti kao i pojavnosti multimorbiditeta kroničnih bolesti planira skrb za osobe starije dobi kroz dug vremenski period te osigura neophodni koninuitet skrbi i obiteljski pristup u okviru svog svakodnevnog rada. Propisivanje lijekova u osoba starije dobi također je važan djelokrug rada obiteljskog liječnika u skrbi za osobe starije dobi kao i organiziranje suradnje primarne i sekundarne zdravstvene zaštite.

Rezultati: Obiteljski liječnik pri pružanju zdravstvene zaštite osobama starije dobi pravovremenim preventivnim aktivnostima te adekvatnom procjenom funkcionalnog statusa starijih osoba i poštovanjem specifičnosti skrbi za starije osobe s prisutnom akutnom ili kroničnom bolešću te multimorbiditetom unapređuje zdravstvenu zaštitu ovog dijela populacije. Pravovremeno identificiranje socijalnih i zdravstvenih potreba starijih osoba te uključivanje obitelji u skrb za osobu starije dobi poglavito ako je došlo do razvoja demencije od neizmjerne je važnosti u planiranju i provedbi zdravstvene zaštite starijih osoba.

Zaključak: Uloga tima obiteljskog liječnika je nezamjenjiva u skrbi za osobe starije dobi kako u ranom prepoznavanju akutnih, kroničnih, komorbiditetnih i multimorbiditetnih stanja te simptoma demencije tako i u liječenju i praćenju bolesti u osoba starije dobi. Osnovno načelo u zaštiti zdravlja starijih osoba u djelatnosti primarne zdravstvene zaštite s glavnom tima specijalista opće / obiteljske medicine jest aktivni i gerontološko – javnozdravstveni pristup na određenom području, koji uključuje izbor obiteljskog liječnika, čiji tim pruža integriranu, komprehenzivnu, zdravstvenim potrebama starijeg pučanstva primjerenu, a time djelotvornu, racionalnu primarnu zdravstvenu zaštitu za starije.

40. STARIJE OSOBE U SUSTAVU SOCIJALNE SKRBI

PENAVA ŠIMAC M, Lovreković M

Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku, Zagreb, Hrvatska
marija.penava-simac@mspm.hr

Ključne riječi: starije osobe, socijalna skrb, prava, usluge, pružatelji usluga

Socio-demografski pokazatelji ukazuju na to da je Hrvatska „staro društvo“, u kojem je udio stanovništva iznad 65 godina viši od 17%. Prema popisu stanovništva iz 2011. godine u Hrvatskoj živi 4.284.889 stanovnika, a broj starijih iznad 65 godina u ukupnom stanovništvu iznosi 758.425 osoba i dosegao je udio od 17,7 %, čime smo dosegli prosjek zemalja Europske unije (17%).

U sustavu socijalne skrbi starije osobe su prepoznate kao posebno osjetljiva kategorija korisnika koja ostvaruje slijedeća prava: pravo na naknade (koje mogu biti novčane i u naravi) te pravo na socijalne usluge. Od socijalnih usluga starije osobe najčešće ostvaruju pravo na uslugu dugotrajnog smještaja i pravo na pomoć u kući. Uz usluge propisane zakonom starijim osobama su namijenjene i usluge koje se provode kroz programe i projekte. Ove usluge predstavljaju nadogradnju socijalnih usluga propisanih zakonom, a omogućavaju zadržavanje starijih osoba u krugu svojih obitelji. U skrbi za starije osobe potrebno je uspostavljati cjeloviti pristup kako bi se starijim osobama omogućilo pravo na dostojanstvenu starost i trajnu društvenu uključenost U daljnjem tekstu iznijeti će se pregled prava iz sustava socijalne skrbi s brojčanim pokazateljima, uvjeti za ostvarivanje prava te pružatelji usluga.

41. GERONTOFUTURIZAM I KLINIČKA PREHRANA

KRZNARIĆ ŽELJKO

Klinički bolnički centar Zagreb, Odjel za kliničku prehranu, Zagreb, Hrvatska
zeljko.krznaric1@zg.t-com.hr

Ključne riječi: gerontologija, futurizam, klinička prehrana, nutritivna potpora

Gerontofuturizam kao stanje duha, ali i realnog poimanja civilizacijskih dosega nije više pitanje budućih zbivanja i djelovanja, već promišljanje sadašnjeg trenutka ekosustava u kojem bivstvujemo. Civilizacijski klimaks u kojem razvoj zajednice uspijeva dosegnuti tako značajne udjele populacije u zrelih godinama života postavlja pred sve nas velike izazove. Dosezi medicine tehnologije, proizvodnje hrane, ali i društvene kohezije stvaraju nove realitete i nove međuodnose. Skeptici postavljaju čak i pitanje stabilnosti sustava te je svakako nužno redefinirati postavljene granice i možda je sada, više nego ikad u povijesti potrebno istaknuti razliku između kronološke i funkcionalne životne dobi. Evolucija homo sapiensa je većim djelom bila potaknuta potragom za izvorima hrane, a razvoj prvih civilizacija neupitno je posljedica relativno proizvodnje hrane.

Danas u društvima obilja kao da hrana postaje problem.

Dijeta, kao način prehrane, ali i stil života u čvrstoj je svezi sa očuvanjem zdravlja i kvalitete života. To je istina za sva razdoblja života, ali osobit značaj ima u ljudi starije životne dobi.

Zdravo starenje nije idealizirana slika svijeta i skup dobrih želja, već nužna potreba sa vrlo jasnim financijskim dobrobitima. U tom konceptu hrana, funkcionalna hrana, ali i visokotehnološki pripravci razvijeni na suvremenim konceptima nutrigenomike, nanotehnologije i kibernetike postaju široko dostupni.

S druge strane prehrambena, ali i farmaceutska industrija proizvode i distribuiraju pripravke medicinske prehrane (enteralne i parenteralne) u cilju poboljšanja liječenja specijaliziranim i inovativnim nutritivnim intervencijama.

Šire gledano zdrava, ali i jednostavna za pripremu te svakako ukusna hrana ostaje temelj zadovoljenja svakodnevnih potreba.

42. KLJUČNI NUTRIJENTI U GERONTOLOGIJI I ZNAČAJ D VITAMINA

VRANEŠIĆ BENDER D

Klinički bolnički centar Zagreb, Odjel za kliničku prehranu, Zagreb, Hrvatska

dvranesic@vitamini.hr

Ključne riječi: prehrana, vitamin D, proteini, malnutricija, sarkopenija

Malnutricija i sarkopenija često se javljaju u osoba starije dobi koje su hospitalizirane ili su smještene u institucijama. Takav loš nutritivni status povećava pobol i smrtnost te negativno utječe na svakodnevne aktivnosti, funkcije i kvalitetu života. Teška proteinsko-energetska malnutricija nalazi se u 4-10% starijih osoba koje žive kod kuće, 15-38% onih koji žive u domovima za starije te 30-70% hospitaliziranih starijih pacijenata. Iz visoke stope malnutricije u gerijatrijskoj populaciji proizlazi i povećana potreba za osiguravanjem adekvatne nutritivne potpore uz naglasak na nekim ključnim nutrijentima poput visokovrijednih proteina, vitamina D i B skupine te specifičnih supstrata s prirodnim anaboličkim djelovanjem poput HMB i leucina.

Stav ekspertnih skupina je kako osobe starije dobi koje su pothranjene ili su u riziku od razvoja malnutricije uslijed akutne ili kronične bolesti, trebaju unijeti 1,2-1,5 g proteina/kg tjelesne mase dnevno, a u osoba s teškim bolestima ili ozljedama taj unos treba biti i veći. Starijim osobama preporučuje se dnevni unos od 1-1.25 g visokovrijednih proteina po kg tjelesne mase dnevno, a neki autori savjetuju čak i veći unos: 1-1.5 g/kg tjelesne mase dnevno kako bi se prevenirala sarkopenija. Dugotrajan nedovoljan unos proteina prehranom rezultira gubitkom mišićne mase.

Epidemiološke studije pokazuju da je neadekvatan status vitamina D globalni problem, a osobito je izražen u starije populacije koja ujedno ima i oslabljenu sposobnost njegove sinteze. Studije su utvrdile vezu između niske razine vitamina D i mišićne slabosti te povećanog rizika od padova i s njima povezanih fraktura. Dodatno, deficit vitamina D se smatra jednim od čimbenika koji pridonosi razvoju sarkopenije te neovisnim rizičnim faktorom za nestabilnost i padove. Prema istraživanjima, povišene doze vitamina D (800 I. J. dnevno) smanjuju rizik od padova u populaciji starijoj od 65 godina.

Brojne studije i recentne metaanalize pokazale su da je upotreba pripravaka (kao oralnih enteralnih nadomjestaka ili putem sonde) ima povoljan učinak na strukturu i funkciju (npr. mišićnu snagu, imunološku funkciju, tjelesnu aktivnost) te klinički ishod (smrtnost i komplikacije) – i kod bolničkih pacijenata i kod bolesnika na kućnom liječenju te gerijatrijskih bolesnika u institucijama. Također, studije pokazuju da u pothranjenih bolesnika nutritivna potpora poboljšava ishod, smanjuje cijenu medicinske skrbi i poboljšava kvalitetu života bolesnika.

43. NUTRITIONAL RISK SCREENING IS NECESSITY FOR ELDERLY PATIENTS AT HOSPITAL ADMISSION

PAVIĆ T, Lerotić I, Tomašić V, Stojavljević S, Duvnjak M

Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Clinical Hospital Center Sestre milosrdnice, Zagreb, Croatia

tajana.pavic@gmail.com

Ključne riječi: NRS 2002, malnutrition, hospital, elderly, nutritional screen

Aim: Malnutrition of hospitalized patients is often undetected and untreated due to poor awareness and insufficient knowledge of the attending hospital staff. Nutritional screening has not been part of the daily routine in Croatian hospitals. Our aim was to implement nutritional screening as part of the routine medical examination and to assess the nutritional risk at admission for all hospitalized patients.

Methods: All patients hospitalized in the Department of Internal Medicine in Clinical Hospital Center Sestre milosrdnice were screened at entry for nutritional risk using the Nutrition Risk Screening 2002 (NRS 2002) within 24h of admission.

Results: During the 3 month period 2113 people were hospitalized. 1132 (53.6%) were older than 65 years (589 male and 543 female). 256 (22.6%) elderly patients were not independently mobile, and 46 (4%) of them had pressure ulcers. 1696 patients were screened and analyzed. 329 (19.4%) of all patients had a NRS 2002 score ≥ 3 and were considered to be at nutritional risk, but the prevalence of malnutrition was much higher in the elderly population – 27.9%. 184 (73%) patients older than 65 years who were in nutritional risk were not independently mobile. Older

age, malignant disease and immobility were identified as independent risk factors for malnutrition. NRS 2002 ≥ 3 and older age were identified as independent predictors of the length of hospital stay (beta coefficient = 0.06, p = 0.027 and p = 0.015, respectively). NRS 2002 ≥ 3 was also identified as a significant predictor of fatal outcome (OR=6.18, p<0.001), with odds ratio significantly higher than old age (OR=1.03, p=0.002). In the group of patients with nutritional risk older than 65 years there was no significant difference in mortality rate within BMI groups.

Conclusion: Every fourth elderly patient hospitalized in general medical department in Croatia is in nutritional risk. Implementation of nutritional risk screening as a routine should be the first step towards improving the awareness of medical professionals regarding necessary nutritional interventions.

44. POKAZATELJI POTHANJENOSTI I POTREBA NUTRITIVNE POTPORE U OSOBA STARIJE DOBI

ŠUNDOV Z, Sundov A

Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

zsundov@gmail.com

Ključne riječi: pothranjenost, starost, ITM, MNA

UVOD: Pothranjenost među starijim ljudima je ozbiljan problem, osobito među teže pokretnim osobama. Svrha ovog rada je procijeniti stanje uhranjenosti starijih osoba i identificirati čimbenike koji doprinose pothranjenosti ove specifične skupine ispitanika.

ISPITANICI I METODE: Ovo je opservacijska studija i provedena je na 100 ispitanika u Centru za gerijatriju Doma za starije i nemoćne osobe Split, od ožujka 2014. do srpnja 2015. Ispitivanje je bilo randomizirano i provelo se na teže pokretnim osobama sa 65 godina i više, tako da smo im utvrdili nutritivni status koristeći kratke verzije Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) za institucionalizirane starije osobe te indeks tjelesne mase (ITM kg/m²), a čimbenike vezane za njihove prehranbene navike dobili smo pomoću strukturiranog upitnika. Ispitanici su podijeljeni u pothranjene i one koji imaju prehranbeni rizik. Podatke o medicinskom, prehranbenom, funkcionalnom i emocionalnom stanju dobili smo od osposobljenih anketara.

REZULTATI: Srednja dob ispitanika je bila 80,5 \pm 20,5 godina, prosječan ITM 23,6 \pm 3,9 kg/m². 51/100 ispitanik (51%) pokazao je pozitivan „score“ neishranjenosti (MNA-SF<12), a kada se koristi ITM<22 kg/m², kao indikator rizika samo 29/100 (29%) ispitanika bi moglo imati rizik pothranjenosti. Od toga je 12/51 ispitanika (23,52 %) bilo pothranjeno -Malnutrition Indicator Score- MIS<17, 36/51 ispitanika (70,59 %) je imalo rizik pothranjenosti MIS<17-23,5, a 3/51 ispitanika (5,88 %) nije imalo rizika MIS>23,51 iako im je ITM<22. Od 51 ispitanika koji su imali MNA „total score“ <12, ITM <22 imalo je 29/51 ili 57%, dok je ITM \geq 22 imalo 22/51 ili 43%, što ukazuje da ITM ima specifičnost od 1,0, ali malu osjetljivost od 0,57.

ZAKLJUČAK: Naša studija ukazuje da na temelju MNA-SF testa skoro polovica ispitanika (48%), koji su institucionalno smješteni, trebaju nutritivnu potporu, a potrošnja hrane, kao i apetit i žvakanje, uzrokuju probleme koji su povezani s razvojem pothranjenosti. S obzirom na važnost nutritivnog statusa u starijih osoba, studijom smo utvrdili da su potrebne mjere i način intervencije za prevladavanje tih problema. Preporučujemo da bi u starijih osoba sa 65 godina i više, nakon utvrđivanja ITM<22 kg/m², trebao uslijediti MNA-SF test, kada želimo utvrditi lošiji nutritivni status starijih osoba.

45. ODLUČIVANJE O KREIRANJU PRAVILNE PREHRANE STARIJIH OSOBA NA TEMELJU RIZIKA

BOŠNIR J, Devčić Jeras A, Serdar S, Lasić D, Jergović M

Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska
jasna.bosnir@stampar.hr

Ključne riječi: prehrana, gotovi obroci, starije osobe, FMEA analiza

Uvod i cilj rada: Sukladno svjetskoj prehrambenoj politici, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske je na prijedlog Nacionalnog vijeća za zdravstvo izradilo nacrt Hrvatske prehrambene politike. Prioritetni cilj politike je osiguranje prehrane za socijalno ugrožene i vulnerabilne skupine pučanstva u koje pripadaju i osobe starije životne dobi. Poznata je činjenica da u Republici Hrvatskoj ne postoji značajnija pothranjenost pučanstva zbog nedostatka hrane, ali su sve prisutniji specifični prehrambeni deficiti u smislu kvalitete hrane, koji postaju izraženiji zbog slabije ekonomske situacije. Starenjem dolazi do značajnih tjelesnih i psiholoških promjena koje utječu kako na nutritivne potrebe tako i na nutritivni status osobe. U svrhu zaštite starije populacije od pojave raznih bolesti, a čija je osnova neuravnotežena prehrana, izrađene su Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije životne dobi. Smjernice sadrže sve potrebne preporuke za kreiranje energetski prihvatljivih i nutritivno izbalansiranih obroka. Stoga je cilj istraživanja utvrditi da li postoje odstupanja od preporučenih vrijednosti.

Metode rada: U radu su korištene međunarodno priznate metode za određivanje masti, bjelančevina i ugljikohidrata, radi procijene energetske vrijednosti cjelodnevnog obroka hrane namijenjenog prehrani starijih osoba. Energetska vrijednost cjelodnevnog obroka za žensku populaciju iznosi 1978 kcal/8406,5 kJ, odnosno 2204 kcal/9367 kJ za mušku populaciju.

Rezultati: Istraživanje je ukazalo na manja odstupanja nutritivnih vrijednosti unutar analiziranih obroka, ali je istovremeno ukazalo i na vrlo mali broj objekata koji provode kontrolu gotovih obroka hrane.

Zaključak: Važno je naglasiti da svako odstupanje od preporučenih nutritivnih vrijednosti može dovesti do značajnih promjena u organizmu starije osobe, stoga je bitno osigurati kontinuiranu kvalitetu obroka. Od nutritivnih pokazatelja određuju se količine bjelančevina masti i ugljikohidrata. Svjetski trend je donošenje odluka na temelju rizika radi postizanja optimalnih rezultata. U skladu s tim smjericama u području prehrane starijih osoba primijenjena je analiza rizika pomoću Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) kako bi se preispitala optimalna rješenja za pravilnu prehranu.

46. RESILIENCE IN VERY OLD AGE: EVIDENCE FROM RESIDENTS OF LONG-TERM CARE INSTITUTIONS

SMOLEJ NARANČIĆ N¹, Škarić-Jurić T¹, Zajc Petranović M¹, Tomas Ž¹, Peričić Salihović M¹, Jančićević B¹, Tomek-Roksandić S²

¹Institute for Anthropological Research, Zagreb, Croatia

²Andrija Štampar Teaching Institute of Public Health, Unit for Health Gerontology - Referent Centre of Croatian Ministry of Health, Zagreb, Croatia

nina.smolej.narancic@inantro.hr

Keywords: resilience, health status, nutritional status, oldest-old, institutionalized elderly

Background: Evidence from studies conducted in community dwelling older adults indicate the beneficial effect of resilience on health and longevity but this relationship has not been adequately examined in the institutional settings. Resilience connotes the ability to adapt positively to adversity and can be well preserved at the very end of the lifespan. Exploring the resilience in institutionalized elderly, especially in those of very advanced age, can help to increase our understanding of how institutions can facilitate successful aging. The purpose of this study was to investigate the resilience among the oldest-old residents of long-term care institutions and to determine its association with age, sociodemographic factors and health status.

Methods: Data were collected from the interviews with 330 persons aged 85-101 years in 13 retirement homes of Zagreb (Croatia) using cross-sectional design. The instruments used in the study included resilience scale, questions

about demographic and socioeconomic characteristics (age, sex, marital status, education, pension status) and health status (chronic conditions, Activities-of-Daily-Living, Mini-Mental-State-Examination, Mini-Nutritional-Assessment, stress, parental longevity). Resilience was analyzed as a dichotomous variable (higher versus lower) using logistic regression. Independent variables in the models comprised all the above mentioned sociodemographic and health characteristics.

Results: A total of 42% of subjects had higher resilience level. Age showed no association with the resilience without adjusting for any confounders. After controlling for sociodemographic and health characteristics, nonagenarians were in fact more resilient than the octogenarians (odds ratio - OR:1.91; 95% confidence interval – CI:1.02-3.55). There was no association with sex, education nor pension status but still having a spouse had strong positive effect (OR:3.48; CI:1.33-9.07). Among potential health confounders, only the good nutritional status showed association with higher resilience (OR:2.20; CI:1.26-3.83). Additionally, coping with stressful life events had a significant positive effect on resilience (OR:2.27; CI:1.05-4.91).

Conclusion/Implications: The findings indicate that resilience does not decline in very advanced age. The study has quantified the role of sociodemographic and health factors associated with resilience among the oldest-old Croatian institutionalized persons. Policies and programs to promote resilience would have long-term and positive effects on the well-being for senior persons and their families.

47. PRISILNA HOSPITALIZACIJA OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

GROZDANIĆ V¹, Roksandić Vidlička S²

¹Pravi fakultet, Sveučilište u Rijeci, Katedra za kazeno pravo, Rijeka, Hrvatska

²Pravni fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Katedra za kazeno pravo, Zagreb, Hrvatska

velinka@pravri.hr

Ključne riječi: starije osobe, duševne smetnje, prisilna hospitalizacija, stigmatizacija, zaštita dostojanstva

Unatoč tome što je dugovječnost promatrana s pozicije mladosti najpoželjnija životna opcija, starost kao određeno životno razdoblje povezano s kronološkom dobi nije poželjna varijanta.

Ova ambivalentnost prema istoj činjenici rezultat je nagona za životom s jedne i straha od bolesti, nemoći i ovisnosti od pomoći drugih, kao čestih pratitelja starenja, s druge strane. Iako je starost normalan fiziološki proces, obilježen velikim individualnim razlikama, gerijatrijsku dob prate brojne promjene koje starije osobe mogu činiti osjetljivima za mnoge bolesti. Pri tom poseban problem predstavljaju psihijatrijska oboljenja koja pored nedovoljne mentalne kompetentnosti za donošenje vlastitih odluka, uvijek i bez iznimke, nose sa sobom i jaki pečat društvene stigme. Moglo bi se reći da su osobe s duševnim smetnjama starije životne dobi uvijek višestruko viktimizirane: prije svega od samog duševnog poremećaja zbog kojega im je potrebna pomoć, liječenje, a ponekad i nadzor, ali i od društva koje ih, puno predrasuda prema njima, nerijetko ignorira, zanemaruje pa čak i zlostavlja.

Ranjivost položaja starijih osoba s duševnim smetnjama najviše dolazi do izražaja kod primjene prisilne hospitalizacije ukoliko ugrožavaju svoj ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost. Kako prisilni smještaj i liječenje s aspekta osobe na koju se primjenjuju znači oduzimanje ili ograničavanje temeljnih ljudskih prava kao što su pravo na slobodu, pravo na kretanje, pravo na podvrgavanje medicinskim postupcima samo uz pristanak, pravo na autonomiju i samoodređenje, ono mora biti utemeljeno na ustavu, određeno zakonom te podvrgnuto sudskoj odluci i kontroli. Zbog toga suvremene države i na zakonodavnom planu pridaju osobitu pozornost i određuju normativne sadržaje za zaštitu osoba s duševnim smetnjama.

Najvažniji normativni mehanizam u zaštiti svih osoba s duševnim smetnjama pa i onih starije životne dobi u Republici Hrvatskoj je Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u kojemu su ugrađeni visoki međunarodni zaštitni standardi. Međutim, ipak treba stalno upozoravati da niti jedna pravna regulativa neće pružiti stvarnu zaštitu osobama s duševnim smetnjama, ako je istovremeno ne prati opća društvena klima u kojoj je poštovanje njihove osobnosti, autonomije i osobito njihova dostojanstva *conditio sine qua non* svakoga postupanja prema njima.

48. INDIKATORI BIOLOŠKE DOBI U INSTITUCIONALIZIRANIH OSOBA DUBOKE STAROSTI GRADA ZAGREBA – PRELIMINARNI REZULTATI

ŠKARIĆ-JURIĆ T¹, Smolej Narančić N¹, Krajačić P¹, Tomas Ž¹, Zajc Petranović M¹, Peričić Salihović M¹, Janičijević B¹, Tomek-Roksandić S²

¹Institut za antropologiju, Zagreb, Hrvatska

²Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju, Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

tatjana.skaric-juric@inantro.hr

Ključne riječi: duboka starost, zdravstveni status, biološka dob, biomarkeri, gustoća kostiju

Razlog i cilj istraživanja: Kronološka dob mjeri broj godina života dok je biološka dob mjera kvalitete funkcioniranja organizma te predstavlja jednu općenitu smjernicu koja ukazuje treba li kod pojedinca snažnije preventivno i terapijski intervenirati kako bi se usporio proces starenja i razvoj kroničnih bolesti te tako održalo sadašnje zdravstveno i funkcionalno stanje i odgodio nastup nesamostalnosti. Cilj istraživanja je analizom antropoloških i biomedicinskih obilježja osoba duboke starosti identificirati najrelevantnije biomarkere zdravstvenog statusa koji bi mogli biti od koristi u svakodnevnoj antropološko-gerontološkoj i gerijatrijskoj praksi. Sve analizirane parametre karakterizira njihov značaj za više organskih sustava te su stoga oni potencijalno dobri biomarkeri ukupnog zdravstvenog i funkcionalnog stanja.

Metode: Uzorak čine 325 institucionalizirane osobe duboke starosti (85-101 godine života) s područja grada Zagreba. Provedena je faktorska analiza širokog spektra varijabli povezanih sa zdravljem koja je uključivala neinvazivnu zdravstvenu biometriju (antropometrija, mjerenje krvnog tlaka, ultrazvučna denzitometrija), osnovne biokemijske pretrage seruma (lipidni, glikemijski i proteinski status) te anketno utvrđene karakteristike zdravstvenog statusa.

Rezultati: Prvi faktor je kod oba spola definiran s dobi ispitanika nasuprot antropometrijski utvrđenom prehrambenom statusu, na čelu s tjelesnom težinom. Drugi faktor je kod oba spola definiran koštanim statusom (ultrazvučno utvrđena gustoća petne kosti), no on je kod muškaraca kontrastiran s nekoliko varijabli koji upućuju na lošiji zdravstveni status (veći broj kroničnih bolesti, veći broj korištenih lijekova) dok je kod žena kontrastiran s biokemijskim varijablama koje definiraju lipidni status (trigliceridi, omjer LDL/HDL kolesterol, ukupni kolesterol) i proteinski status (globulini, ukupni proteini).

Zaključak: U osoba duboke starosti (85+ godina) kod oba spola prisutna je negativna povezanost između dobi i tjelesne mase (što su osobe starije to imaju manju tjelesnu težinu, indeks tjelesne mase, opseg nadlaktice, debljinu kožnih nabora). Kod muškaraca, ali ne i kod žena, gustoća koštanog tkiva istaknula se kao dobar pokazatelj ukupnog zdravstvenog statusa. Provedena preliminarna analiza ukazuje na postojanje spolno specifičnih antropometrijskih i biokemijskih indikatora zdravstvenog statusa. S obzirom na velik značaj koji koštano-mišićni sustav ima za pokretnost i samostalnost starijih osoba te time na njihovu neovisnost o tuđoj pomoći, ovi rezultati daju novi prilog jer ukazuju na direktnu vezu između parametra koštanog statusa i ukupnog zdravstvenog statusa.

49. DUGOVJEČNOST: IZAZOV U PRUŽANJU SOCIJALNIH USLUGA

KARAČIĆ Š¹, Vrbic LJ²

¹Dom za starije osobe Centar, Zagreb, Hrvatska

²Dom za starije osobe Sveti Josip, Zagreb, Hrvatska

stefica.karacic@dom-centar.org

Ključne riječi: institucijska skrb, integrirane usluge, dugovječnost

Dugovječnost je pojam koji se u demografiji odnosi na posebno dug život pripadnika neke populacije.

U djelatnosti socijalne skrbi pojam dugovječnosti je sinonim za duboku starost koja zahtijeva dugotrajnu skrb. Ona uključuje čitav niz specifičnih usluga namijenjenih osobama smanjenih funkcionalnih mogućnosti (fizičkih ili kognitivnih) koje su ovisne o tuđoj pomoći, kako bi se očuvala/ poboljšala njihova kvaliteta života i socijalna uključenost.

Radi se o izvainstitucijskim i institucijskim uslugama koje pružaju centri za socijalnu skrb, domovi socijalne skrbi,

jedinice lokalne/regionalne uprave, ustanove za pomoć i njegu, udomiteljske obitelji, obiteljski domovi vjerske zajednice i organizacije civilnog društva.

Prema popisu stanovništva iz 2011 godine udio starog stanovništva u Gradu Zagrebu iznosio je 17,3 % od kojih je 8,8 % osoba starije od 85 godina. Ovako visoki udio osoba u dubokoj starosti tavlja pred zajednicu brojne izazove.

U području institucijske skrbi oni se prije svega uočavaju u povećanju broja korisnika kojima je potrebna pojačana njega i skrb, odnosno II, III i IV stupanj socijalnih usluga, kao i u nedostatnim resursima za pružanje ovih usluga.

Osvrtom na strukturu i potrebe korisnika Doma za starije osobe Centar i Doma za starije osobe Sveti Josip u Zagrebu ukazati ćemo na izazove, ali i mogućnosti za pružanje kvalitetnih socijalnih usluga osobama u dubokoj starosti.

Oko 35 % korisnika smještenih u Domu Centar i Domu Sveti Josip imaju preko 85 godina života. U pravilu se radi o osobama s višestrukim poteškoćama. Kvalitetna briga o ovim korisnicima može se postići integriranjem usluga kroz međuresornu suradnju i povezivanje različitih pružatelja usmjerenih prema zajedničkom korisniku.

50. STRUKTURA ZAHTEVA ZA SMJEŠTAJ I KORISNIKA U DOMU ZA STARIJE OSOBE - IZAZOVI I RJEŠENJA

ORLIĆ M, Jelačić I, Malbašić B

Dom za starije osobe Peščenica, Zagreb, Zagreb, Hrvatska

ravnateljica@dom-pescenica.hr

Ključne riječi: funkcionalna ovisnost, demencija, promijenjeni zahtjevi, gerontološki centar, prilagodba

Struktura korisnika domova za starije osobe, kao i kandidata za smještaj u dom, značajno se promijenila u posljednjem desetljeću.

Pravilnikom o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga iz 2014. godine uvedena je kategorizacija starijih osoba - korisnika socijalnih usluga, po stupnjevima funkcionalne ovisnosti (I., II., III. i IV. stupanj). Navedeni stupnjevi kategoriziraju ih od potpuno funkcionalno neovisnih do potpuno funkcionalno ovisnih osoba i osoba s Alzheimerovom demencijom.

Kontinuirana analiza strukture korisnika doma i kandidata za smještaj u dom pokazala je izrazitu zainteresiranost kandidata za smještaj prilagođen osobama II. i III. stupnja funkcionalne ovisnosti zbog sve većeg broja korisnika koji u svojoj medicinskoj dokumentaciji imaju zabilježene zahtjevnije dijagnoze te sve većeg broja korisnika s multikomorbiditetom i (ne)dijagnosticiranim promjenama na psihičkom planu. Tijekom posljednjih nekoliko godina izrazito je porastao broj korisnika i kandidata za smještaj u domu koji imaju dijagnosticiran neki oblik demencije, a posebno je porastao broj osoba s dijagnosticiranom Alzheimerovom bolesti. Nadalje, veliki je i broj starijih osoba kod kojih je evidentiran tzv. multifaktorijski sindrom (4N): nepokretnost, nestabilnost, nesamostalnost i nekontrolirano mokrenje.

Navedeno za posljedicu ima promijenjen omjer funkcionalno ovisnih i neovisnih osoba koje traže smještaj u domu za starije osobe. Posljedica izmijenjene strukture kandidata je i izmijenjena struktura korisnika koji trebaju višestruke i različite usluge što zahtijeva bolje tehničke, medicinske, stručne i kadrovske uvjete. Iz navedenog proizlazi i značajno povećani broj zahtjeva za stručnom zdravstvenom i medicinskom skrbi te stručnim individualnim radom. I svakako potreba za prilagodbom tehničkih uvjeta opreme i prostorija, kao i potreba za dopunom stručnog kadra zaposlenika, kako bi se moglo na pravilan način i pravim uslugama odgovoriti na potrebe promijenjene strukture korisnika i kandidata za smještaj u domu za starije osobe.

Konačno, izmijenjena struktura korisnika, koja često rezultira relativno naglim i neočekivanim odlaskom u dom, kao i kraćim boravkom u domu, nužno zahtijeva pojačan rad na motivaciji i uključivanju starijih osoba u gerontološke centre. Pored ostalih benefita (prevencija, komunikacija, podrška), uloga gerontoloških servisa je ključna za bolju pripremu i prilagodbu starijih osoba na život u domu. Takav rad započinje prije samog smještaja korisnika u dom, kroz usmjereni grupni i individualni rad upravo u sklopu gerontoloških centara.

51. PROGRAM MJERA PRIMARNE, SEKUNDARNE, TERCIJARNE I KVARTARNE PREVENCIJE ZA STARIJE OSOBE

TOMASOVIĆ MRČELA N¹, Tomek-Roksandić S¹, Kolarić B¹, Popek I², Mravak S¹, Maltarić M¹, Lukić M¹, Lovrić K¹, Stavljenić - Rukavina A³

¹Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

²Zavod za javno zdravstvo Sisačko - moslavačke županije, Sisak, Hrvatska

³Libertas međunarodno sveučilište, Zagreb, Hrvatska

nada.tomasovic-mrcela@stampar.hr

Ključne riječi: primarna, sekundarna tercijarna i kvartarna prevencija za starije osobe, GeroS / CEZIH, individualni gerontološki bio-psiho-socijalni pristup

UVOD:

Značaj mjera primarne prevencije za starije osobe je u sprječavanju morbiditeta od preventabilnih bolesti, ranijeg mortaliteta i funkcionalne onesposobljenosti u starijoj populaciji, poglavito djelujući na rizične čimbenike nastanka bolesnog starenja.

Sekundarna prevencija za gerijatrijske bolesnike s ciljem pravodobnog otkrivanja bolesti u starijoj dobi, obuhvaća sistematske i ciljane preglede i pretrage za odabrane preventabilne bolesti.

U cilju sprječavanja nastanka komplikacija vodećih i pratećih bolesti i funkcionalne onesposobljenosti u gerijatrijskih bolesnika primjenjuju se mjere tercijarne prevencije.

Uloga kvartarne prevencije je poglavito u sprječavanju nepotrebne medikalizacije i prekomjernih invazivnih medicinskih intervencija, poštujući pristanak gerijatrijskog bolesnika.

METODA:

Utvrđivanje, praćenje i evaluacija o zdravstvenim potrebama i funkcionalnoj sposobnosti te ishodima liječenja gerijatrijskih bolesnika putem projekta GeroS/CEZIH (panel za reviziju lijekova DTP OM097 i OM099, stanje uhranjenosti debljine i pothranjenosti web servis NRS 2002 do Kategorizacijskog postupnika stupnjeva gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe).

REZULTATI I DISKUSIJA:

Najučestaliji uzroci (od 1-4) hospitalizacija starijih osoba u Hrvatskoj (2015. god) su: na prvom mjestu bolesti iz cirkulacijskog sustava (I00-I99; N=56005), slijede novotvorine (C00-D48; N=37622), na trećem mjestu bolesti probavnog sustava (K00-K93; N=19052), a potom bolesti oka i očnih adneksa (H00-H58; N=18677).

Glavna je uloga liječnika obiteljske medicine na operativnoj razini u provedbi Programa primarne, sekundarne tercijarne i kvartarne prevencije za starije osobe,

U sveobuhvatnoj gerijatrijskoj procjeni značajan je individualni gerontološki bio-psiho-socijalni pristup.

Pravodobnoj i primjerenom gerijatrijskoj zdravstvenoj intervenciji prethodi utvrđivanje i praćenje vodeće dijagnoze i komorbiditeta, razine funkcionalne sposobnosti starije osobe, negativnog zdravstvenog ponašanja, pojavnosti gerijatrijskog sindroma 4 N te drugih rizičnih čimbenika nastanka bolesnog starenja.

Za sinergiju u intersektorskoj suradnji zdravstva i socijalne skrbi nužan je interdisciplinarni gerontološki tim i učinkovita informatizacija putem GeroS-a/ CEZIH za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika,

ZAKLJUČAK:

Primjena geroprofilaktičnih mjera primarne, sekundarne tercijarne i kvartarne prevencije za starije osobe je značajna za provedbu programa zdravog aktivnog i produktivnog starenja.

Proces informatizacije koji povezuje sve sudionike u zaštiti zdravlja starijih osoba, putem GeroS-a/CEZIH omogućuje učinkovito praćenje, utvrđivanje i evaluaciju gerontološko-javnozdravstvenih pokazatelja neophodnih

52. SOCIJALNA PODRŠKA KOD OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

MIKŠIĆ Š¹, Juranić B^{1,3}, Konjarik Z⁴, Pavlović D¹, Konjarik J⁵

¹Sveučilište u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek, Josipa Huttlera 4, Osijek, Hrvatska

²Dom zdravlja Đakovo, Đakovo, Hrvatska

³Klinički bolnički centar Osijek, Josipa Huttlera 4, Osijek, Hrvatska

⁴Specijalistička pedijatrijska ordinacija Đakovo, Đakovo, Hrvatska

⁵Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

steficamiksic@gmail.com

Ključne riječi: starenje, socijalna podrška, obitelj, zajednica

Socijalna podrška kod osoba starije životne dobi ima važnu ulogu za razvoj socijalne mreže i interakcije, a socijalni odnosi djeluju na normalno funkcioniranje starije osobe. Doživljavanje socijalne podrške koje pružaju osobe iz okoline jačaju vjerovanje kako je drugima stalo do njih, kako ih obitelj i prijatelji cijene i povećavaju samopoštovanje i povjerenje. Dostupnost socijalne podrške omogućava bolju kvalitetu života, smanjuje doživljaj stresa i produžava fizičku aktivnost.

Cilj: rada je ispitati socijalnu podršku kod osoba koje žive u vlastitom domu s obitelji i koje žive u ustanovi za stare i nemoćne.

Materijali i metode: U istraživanje su bile uključene dvije skupine ispitanika. Prva skupina su korisnici starije životne dobi Doma za stare i nemoćne, a druga skupina koji žive u vlastitom domu. Koristio se strukturirani upitnik sa sociodemografskim podacima i Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške.

Rezultati: Bolja socijalna podrška povezana je s dobrim zdravstvenim stanjem i većim osjećajem subjektivne dobrobiti jer daje osjećaj pripadanja i potpore. Ona je mehanizam koji može smanjiti funkcionalnu nesposobnost, depresivne simptome, povezana je s manjim mortalitetom i jedan je od značajnih prediktora zadovoljstva kvalitetom života.

Zaključak: Osobe starije životne dobi koje žive same imaju povećan rizik od usamljenosti i socijalne izolacije, koje negativno utječu na očuvanje zdravstvenog stanja i razvoj depresije, smanjenja sna, povišenog krvnog tlaka ili fizičkih poteškoća. Obitelj ima najvažniju potpurnu ulogu i dominantan je izvor društvenosti i socijalne podrške kod osoba starije životne dobi.

53. METODOLOŠKI PRISTUP PROCJENI UTJECAJA RIZIČNIH ČIMBENIKA NA ZANEMARIVANJE I ZLOSTAVLJANJE OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI U INSTITUCIJAMA

NEUBERG M¹, Kozina G¹, Meštrović T^{1,2}

¹Odjel za biomedicinske znanosti, Sveučilišni Centar Varaždin, Sveučilište Sjever, Varaždin, Hrvatska

²Jedinica za kliničku mikrobiologiju, Poliklinika “Dr. Zora Profozić”, Zagreb, Hrvatska

marijana.neuberg@unin.hr

Ključne riječi: rizični čimbenici, zanemarivanje i zlostavljanje, osobe starije životne dobi

U pojavnosti zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije životne dobi u institucijama važnu ulogu imaju rizični čimbenici od strane osobe starije životne dobi, institucije te pružatelja skrbi. Rizični čimbenici od strane starije osobe su prisutnost psihičkih bolesti, invaliditet, ekonomska ovisnost, kognitivni nedostaci te nedostatak podrške ili posjete obitelji. Individualne i profesionalne osobine zdravstvenog djelatnika (s naglaskom na sindrom sagorijevanja) navode se kao jedan od glavnih uzroka pojavljivanja nasilja nad starijima u institucijama. Nasilnog zdravstvenog djelatnika karakteriziraju nisko obrazovanje, zloupotreba alkohola i droga, psihičke ili osobne poteškoće, problemi u odnosima s drugima, nezadovoljstvo na poslu, niske moralne vrijednosti, autoritativan pristup sklon kažnjavanju i nedostatak prakse. Nadalje, institucijsko zlostavljanje starijih osoba vezano je uz nedostatak socijalne sigurnosti i financijskih sredstava same institucije, a kao važan čimbenik se navode i razlike u javnim i privatnim institucijama te njihovoj lokaciji (grad/selo).

Kako bi se utvrdila povezanost čimbenika rizika s pojavnosti zanemarivanja i zlostavljanja institucionaliziranih osoba starije životne dobi, planirani pristup jest korištenje induktivne metode, metode deskripcije te kvantitativne

istraživačke metode. Anketa će predstavljati temeljnu tehniku prikupljanja podataka, uz prikupljanje podataka pomoću dva standardizirana anketna upitnika. Odgovarajućim koeficijentima korelacije planira se prikazati međudnos stresa, sindroma sagorijevanja na radnom mjestu te zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi. Odgovarajućim X2 testovima prikazat će se povezanost zdravstvenih karakteristika osoba starije dobi s detektiranim zanemarivanjem i zlostavljanjem.

Poznato je da medicinske sestre i osobe starije dobi smještene u institucijama različito doživljavaju samo zanemarivanje i zlostavljanje. Sindrom sagorijevanja ima važnu ulogu, stoga se očekuje da će pružatelji skrbi s nižim obrazovanjem i duljim radnim stažem biti skloniji zanemarivanju i zlostavljanju u institucijama, a osobe starije dobi s većim brojem kroničnih bolesti i bez podrške obitelji češće izložene zanemarivanju i zlostavljanju u institucijama.

U metodološkom pristupu je potrebno odrediti rizične čimbenike i definirajuća obilježja za svaku vrstu zlostavljanja i zanemarivanja kako bi pružatelji skrbi u budućnosti znali što u njihovom radu graniči ili je zaista zanemarivanje/zlostavljanje. Nadalje, kroz djelovanje socijalnog gerontologa i edukaciju je potrebno utjecati na čimbenika rizika kod svih skupina. Posebno je važno podizanje nivoa svijesti medicinskih sestara o profesionalnom pristupu osobi starije dobi bez obzira na njena psihofizička ograničenja.

54. KVALITETA ŽIVOTA STARIJIH OSOBA U INSTITUCIJI OBOLJELIH OD DEMENCIJE

LJUBIĆ M

Dom za starije osobe Trnje, Zagreb, Hrvatska

dom@zg.t-com.hr

Ključne riječi: starije osobe, demencija, funkcionalna sposobnost, kognitivna sposobnost, kvaliteta života

Problem porasta populacije starijih osoba osim u razvijenim zemljama prisutan je i u Hrvatskoj, a time je i evidentiran problem porasta broja oboljelih od demencije. Zbog prirode i težine bolesti, obitelji dementnih bolesnika sve se češće odlučuju na smještaj u adekvatnu instituciju poput domova za starije osobe. U instituciji im se osigurava ne samo smještaj, njega i prehrana, već i adekvatne aktivnosti koje provodi tim stručnjaka s ciljem održavanja funkcionalnih sposobnosti od ulaska u instituciju i boravka u njoj, a odnosi se na sva područja svakodnevnog života. Cilj istraživanja bio je ispitati na koji način se mogu sačuvati preostale kognitivne i motoričke funkcije u osoba oboljelih od demencije u svrhu poboljšanja kvalitete života u instituciji. U istraživanju je sudjelovalo 15 starijih osoba oboljelih od demencije smještene tijekom 2015 godine u Domu umirovljenika „Trnje“ Zagreb. Kao instrumentarij za inicijalnu procjenu korištena je biografska metoda (Ljubić, 1990), zdravstveni karton, socijalna anamneza, Mini Mental State Examination (Folsten, 1975.) i evaluacijski obrazac praćenja pojedinog korisnika kroz njegove funkcionalne sposobnosti. Intervencije su se provodile na području motorike, kognicije, prostorne i vremenske orijentacije, taktilne percepcije kroz aktivnosti samozbrinjavanja te kroz aktivnosti organiziranja slobodnog vremena. U periodu od godine dana dobiveni su rezultati koji govore da se redovitim dnevnim i ciljanim aktivnostima može utjecati na očuvanje psihofizičkih sposobnosti starijih osoba oboljelih od demencije s posebnim naglaskom na kognitivne funkcije, a što se odrazilo na njihovu opću kvalitetu života.

55. KVALITETA ŽIVOTA DUGOTRAJNO LEŽEĆIH KORISNIKA

PAVIČIĆ S, Dlesk Božić J, Ćurić S, Dajak L, Maček D

Dom za starije osobe Maksimir, Zagreb, Hrvatska

odjel.socijalnog.rada@dom-maksimir.t-com.hr

Ključne riječi: kvaliteta života, dugotrajno ležeće osobe, ugodne emocije, neugodne emocije, unaprjeđenje

Istraživanja kvalitete življenja osoba starije životne dobi su od izuzetnog značaja jer imaju primjenjivu važnost, dajući konkretne pokazatelje i smjernice za stručni rad. U Domu za starije osobe Maksimir se od listopada 2014 god. provodi program „Unaprjeđenja kvalitete života dugotrajno ležećih korisnika“ (u daljnjem tekstu: Unaprjeđenje) s ciljem inoviranja novih gerontoloških programa koji bi utjecali na kvalitetu života socijalno najizoliranijih korisnika. Zbog zdravstvenog stanja, dio institucionaliziranih korisnika vrlo rijetko izlazi iz svojih stambenih jedinca te su u manjoj mjeri uključeni u socijalizacijske aktivnosti. U odnosu na funkcionalnu sposobnost, ti korisnici se dijele na:

nesamostalne, teže pokretne ovisne o pomagalima i nepokretne. Program „Unaprjeđenja“ sastoji se od grupnog i individualnog rada koji osim stručnih radnika provode i volonteri. Grupni rad povezuje korisnike sličnih afiniteta u zajedničkim aktivnostima gdje se polako i na nenametljiv način uključuju u društveni život. Izbor i provođenje aktivnosti te odabir volontera temelji se na biografskoj metodi. Oblici grupnog rada su šetnje uz pratnju i razgovor s volonterom, igre pamćenja, dnevne aktualnosti, zajednička kavica i niz drugih. Kako bismo potvrdili uspješnost ovog programa, 2015. godine proveli smo kvantitativno istraživanje čiji je cilj bio ispitati neke psihološke i socijalne aspekte kvalitete života dugotrajno ležećih korisnika i povezanost tih konstrukta s uvođenjem programa „Unaprjeđenja“. Za potrebe ovog istraživanja procjenjivalo se emocionalno stanje ispitanika i zadovoljstvo odnosima s drugim korisnicima, sudjelovanjem u druženjima te načinom na koji provode vrijeme. Uzorak je bio prigodni i činilo ga je 128 korisnika, od čega 65 uključenih u program i 63 korisnika u testnoj skupini. Prosječna dob ispitanika je 84 godine, a u istraživanju su sudjelovale 102 žene i 26 muškaraca. Podaci su prikupljeni putem ankete. Statistički značajnom pokazala se korelacija između uključenosti u projekt i zadovoljstva psihološkim i socijalnim aspektima kvalitete života. Također, rezultati su pokazali da doživljavanje ugodnih ili neugodnih emocija nije povezano s uključenosti u program „Unaprjeđenja“. Analizirajući taj rezultat zaključili smo da drugi aspekti (npr. bolest ili obiteljski odnosi) direktno utječu na doživljavanje ugodnih ili neugodnih emocija. Zaključno, dodatan stručni rad i socijalno uključivanje dovodi do poboljšanja kvalitete života.

56. VOLONTIRANJE STARIJIH OSOBA U PREVENCIJI SOCIJALNE ISKLJUČENOSTI

ŽUPANIĆ M¹, Živoder I²

¹Zdravstveno veleučilište, Zagreb, Hrvatska

²Sveučilište Sjever, sveučilišni centar Varaždin, Varaždin, Hrvatska

mara.zupanic@zv.hr

Ključne riječi: starije osobe, aktivnosti, zajednica, volontiranje, slobodno vrijeme

Razina sudjelovanja starijih osoba u društvenom životu obično je niska. Percepcija aktivnosti se starošću mijenja te one mogu biti različite i usmjerene na različite dobne skupine. Mogući oblik aktivnosti u starijoj dobi je i volontiranje. Danas se sve više starijih osoba uključuje u volontiranje, iako se u društvu volontiranje više povezuje s mladom dobnom skupinom. Volontiranje utječe na dobrobit starijih osoba koji volontiraju, na osobe kojima pružaju svoje usluge, a i na samo okruženje u kojem se volontira.

Cilj: istraživanja: ispitati zašto se starije osobe bave volontiranjem i utjecaj volontiranja na volontere i osobe s kojima su u interakciji.

Metode: Polustrukturiran intervju pomoću kojeg smo željeli saznati motive koji su naveli stariju osobu da svoje slobodno vrijeme koristi za volontiranje i objavljeni prilog u javnim medijima.

Rezultati i zaključak: Istraživanje je pokazalo da je volontiranje korisna aktivnost za stariju osobu, za osobe kojima pomažu, osobe koje potiču na sudjelovanje u volontiranju kao i za mlade osobe koje se tek uključuju u volontiranje. Volontera ide u tri smjera: prvi dio je altruizam, zadovoljstvo onih kojima je pomogla čime se potvrđuje teorija socijalne razmjene (Blau, 1964); drugi dio na uključivanje drugih da sudjeluju u volontiranju, čime djeluje i na makro razini jer se učinak odražava ne samo na pojedinca već na grupu (zadovoljstvo i postignuti cilj u okolini) te su članovi grupe uključeni u društvena događanja, čime se smanjuje socijalna isključenost; treći dio na prenošenje znanja na mlade volontere čime također postiže osobno zadovoljstvo i zadovoljstvo drugih osoba dobivenim, postignuto razmjeno socijalnih dobara kao znanje, iskustvo, mudrost. U dijelu koji prikazuje funkcioniranje grupe volontera u domu ističe se rečenica „Tih 10 stanarki stvori jednu grupu prijatelja i ako nešto od njih nekom treba, one pomognu.“ Oni koji pružaju pomoć očekuju da će je u određenom trenutku i dobiti od onih kojima su je pružili čime potvrđuju teoriju reciprociteta ili uzajamnosti. Teorijom socijalne razmjene (Blau, 1964) pojašnjava se altruističko ponašanje osoba na pretpostavci da ljudi ne razmjenjuju samo materijalna dobra i novac, nego i socijalna dobra. Altruizam potiču socijalne norme. Starije osobe svoje slobodno vrijeme koriste za volontiranje jer se osjećaju zadovoljno, ostaju aktivni i šire socijalnu mrežu.

57. ALZHEIMEROVA BOLEST - NERIJEŠEN GERIJATRIJSKI PROBLEM

BOGDANOVIĆ N

Sveučilišna bolnica Oslo, Sveučilište u Oslu, Oslo, Norveška

nenad.bogdanovic@medisin.uio.no

Ključne riječi: Alzheimerova bolest, demencija, dijagnoza, rizični faktori

Demencija obuhvaća niz neuroloških poremećaja karakteriziranih gubitkom pamćenja i kognitivnih oštećenja. Alzheimerova bolest (AB) je najčešći oblik demencije, čija prevalencija se kreće oko 50-70%. Starenje je jedan od najvažnijih faktora rizika za AB i druge demencije, a kako se demografsko starenje javlja u svim populacijama širom svijeta, za očekivati je da će se broj osoba s demencijom pandemijski povećati. U 2015. godini, gotovo 47 milijuna ljudi širom svijeta ima neki oblik demencije, a procjenjuje se da će 131 milijun ljudi biti zahvaćeno demencijom do 2050. s najvećim povećanjem u zemljama s niskim i srednjim dohotkom (uključujući i Hrvatsku). Zakašnjela i neprecizna dijagnostika AB i dalje je glavna prepreka za pružanje pravovaljane skrbi za bolesnike s demencijom. Iako novi lijekovi koji modificiraju tijek bolesti nisu još dostupni, pravovremena i točna dijagnoza je preduvjet za dobivanje rane zdravstveno socijalne skrbi i simptomatsko liječenje. Procjenjuje se da samo 20-50% pacijenata koji žive s demencijom imaju dokumentiranu dijagnozu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a taj postotak je znatno manji u zemljama niskog i srednjeg ekonomskog razvitka.

AB je multifaktorijski poremećaj koji se karakterizira međusobnim utjecajem genetske predispozicije i faktorima okoline tijekom života pacijenta. Starenje je jedan od najvažnijih faktora rizika za AB, a bolesnici koji razvijaju demenciju prije dobi od 65 godina, kao rezultat mutacije gena, predstavljaju vrlo mali udio svih slučajeva (1-5%). U većina slučajeva pojava AB se može djelomično pripisati čimbenicima kardiovaskularnog rizika (npr. hipertenzija, dijabetesa i pretilost) i psihosocijalnim čimbenicima (npr. nisko obrazovanje, uzak socijalni angažman i smanjena fizička aktivnost u slobodno vrijeme), koji su prihvaćeni kao glavni modificirajući rizični faktori. Genetička podložnost, ekološki čimbenici i njihova interakcija tijekom životnog vijeka doprinose nakupljanju patoloških promjena i kliničkoj manifestaciji demencije. Međutim, neće svi devedesetogodišnjaci ili čak stogodišnjaci razviti AB što pokazuje da su neki ljudi u stanju doći do vrlo visoke životne dobi bez teškog mentalnog propadanja. Psihosocijalni čimbenici mogu mijenjati interakciju patoloških promjena s kognitivnim funkcijama, tako da se kognitivne sposobnosti mogu zadržati netaknute u osoba s neuropatološkim promjenama ako oni stimuliraju svoju kogniciju ili imaju visoku razinu obrazovanja ili široku socijalnu mrežu. Pojmovi rezerve mozga i kognitivne rezerve su u fokusu intenzivnog istraživanja. Prisutnost amiloidnih plakova i neurofibrilarnih tangelsa su karakteristična oznaka AB. Neuropatološka i genetska opažanja potaknuli su 1992. pojavu kaskadne hipoteze amyloida (Amyloid Cascade Hypothesis) koja predlaže da AB uzrokuje nakupljanje amyloida koji svojom toksičnošću dovode do čitavog niza degenerativnih procesa, degeneraciju neurona, smanjenja kognitivnih funkcija, a potom i kliničke manifestacije demencije. Koji oblici tog proteina su najtoksičniji je još uvijek stvar znanstvenog debatiranja.

Najznačajnija konceptualna promjena koja je prihvaćena od znanstveno-medicinske zajednice sugerira postojanje AB i prije nego što je prisutna demencija. Ova promjena je dovela do poticanja razvoja nove generacije lijekova, ali i ranije planiranje skrbi. Međutim, dijagnostički kriteriji Međunarodne radne grupe i Nacionalnog instituta za starenje se još uvijek oslanjaju na klinički fenotip u kombinaciji s prisutnošću biljega (biomarkera) neurodegeneracije i patoloških proteina amiloida i tau. Sljedeći korak koji se može očekivati u ranoj dijagnostici je zamjena kliničke nosologije gdje će za postavljanje specifične dijagnoze demencije tražiti prisutnost specifičnih biljega patofizioloških procesa patognomoničnih za svaku pojedinu demenciju i za svakog pojedinca ponaosob. Ovaj pristup ima potencijal da revolucionira dijagnozu AB i ostalih demencija prihvaćanjem da liječenje demencije u konačnici treba biti usmjereno protiv specifičnog patološkog procesa ili specifičnog proteina i drugih patoloških promjena, bez obzira na klinički fenotip. Budući da demencije kod većina pacijenata imaju različite uzroke, specifičan tretman bit će ciljano usmjeren na svaki od patofizioloških aspekata bolesti. Ovaj pristup će ubrzati terapijski razvoj za bilo koju neurodegenerativnu bolest. To će zahtijevati još užu suradnju između molekularnih biologa, kemičara, inženjera i kliničara. Klinička dijagnoza i dalje će biti potrebna da se utvrdi specifičan sindrom, težina i progresija bolesti. Isto tako, bolji prognostički patološki biljezi će biti potrebni kako bi se utvrdilo koji pacijent treba biti tretiran i kada. Dakle, fokus na predkliničkoj AB je ključno pitanje za dijagnostiku i za organizaciju čitavog lanca sudionika počevši od primarne zaštite do subspecialističkih poliklinika. Istraživanja patoloških AB biljega u moždanom likvoru i u oslikavanju amiloida u mozgu pokazala su da otprilike trećina starijih ljudi imaju pozitivno nakupljanje amiloida, što je povezano s najvišim rizikom dobivanja demencije. Nekoliko važnih pitanja će morati biti odgovoreno u narednih 5 godina. Koji čimbenici određuju da pojedinac postane amiloid pozitivan? Hoće li svaki amiloid-pozitivni bolesnik razviti sindrom demencije ako živi dovoljno dugo? Ako je tako, koji je će faktor odrediti kada će pacijent razviti demenciju? Ako ne, možemo li identificirati protektivne faktore? Čak i ako sve amiloid-pozitivne osobe u konačnici

razvijaju demenciju, tu je velika razlika između osobe s 85 godina koje će dobiti demenciju za 20 godina ili osobe od 65 godina koja će dobiti u sljedeće 2 godine. Biomarkeri koji bi trebali dati takve informacije su za sada odsutni.

Sindrom blagog kognitivnog oštećenja (MCI = mild cognitive impairment) ili prodromalne AB je već etabliran i detaljno analiziran. Ali fokus se prebacuje još ranije prema subjektivnom kognitivnom poremećaju (SCI = subjective cognitive impairment) koji se definira kao osobni osjećaj kognitivnog propadanja, unatoč normalnim rezultatima na kognitivnim testovima. Subjektivni kognitivni poremećaj je povezan s povećanim rizikom progresije bolesti do demencije, posebno kada je pacijent zabrinut zbog subjektivnog osjećaja pogoršanja. U usporedbi sa zdravim kontrolama, bolesnici sa subjektivnim kognitivnim poremećajem imaju početne atrofijske promjene i smanjeni metabolizam u mozgu. Prisutnost biljega patološkog amiloida kod bolesnika sa subjektivnim kognitivnim poremećajem je izraziti prediktor progresije bolesti.

Dijagnoza sindroma demencije i klinička dijagnoza AB su obično osnova za farmakološko i nefarmakološko liječenje, pogotovo kod mlađih ljudi s demencijom, postavljanje točne dijagnoze je važno za donošenje terapijske odluke i procjene individualne prognoze. Četiri lijeka su danas odobrena za simptomatsko liječenje Alzheimerove demencije, a nekoliko kandidata je u završnim fazama kliničkih ispitivanja.

Nefarmakološke intervencije te aktivno, rano uključivanje skrbnika bi trebao biti sastavni dio strategije liječenja AB. Dijagnoza i liječenje komorbiditeta, neuropsihijatrijskih simptoma i poboljšanje psihosocijalnih uvjeta ključni su elementi u poboljšanju kvalitete života pacijenata s AB i njihove obitelji. Promjene u načinu života, tjelesna aktivnost i pravilna prehrana moraju imati važnu ulogu u svim fazama bolesti.

Opće prihvaćena preporuka za poboljšanje skrbi, liječenja i prevencije AB i ostalih demencija mogu se formulirati u sljedećim točkama.

1. Sve osobe s AB bi trebale imati pristup pouzdanoj i pravovremenoj dijagnostici i liječenju.
2. Smjernice za pružanje skrbi osobama s demencijom potrebne su u svim zemljama u okviru politike nacionalnih strategija ili nacionalnih planova. Takvi okviri bi trebali promicati suradnju između zdravstva, socijalne skrbi i drugih relevantnih društvenih sektora.
3. Infrastrukturne promjene je potrebno provesti kako bi se omogućilo korištenje nefarmakoloških intervencija, primjerice: psihosocijalne intervencije, promjene ponašanja te intervencije u okolini za koje već postoji jasan dokazani benefit
4. Prevencija faktora rizika, uključujući visoki krvni tlak, pretilost, dijabetes, fizička neaktivnost i nezdrava prehrana ima efekt ne samo na demencije već i na ostale bolesti prisutne u starenju.
5. Dostupni biološki markeri za AB uključujući biljege u likvoru i odslikavanje mozga (MRI i PET) moraju biti općenito potvrđeni i standardizirani za istraživanja i kliničku praksu.
6. Otkriće lijekova koji modificiraju ili zaustavljaju AB ostaje imperativ.
7. Etički razlozi dobivaju sve veću važnost kod dijagnostike i liječenja u ranijim fazama bolesti. Važna etička pitanja treba rješavati u otkrivanju genetskog statusa bolesnika (npr. u obiteljima s mutacijama ili kod pojedinaca s visokim rizikom za AB). U uznapredovalim fazama bolesti, etička razmatranja odnose se na poboljšanje i pravovremeno donošenje odluke o skrbi na kraju života.
8. Javnu svijest o AB i drugim demencijama treba unaprijediti kroz široku društvenu angažiranost.
9. Usklađivanje međunarodnih baza podataka potrebnih za provođenje longitudinalnih studija starenja i demencije.
10. Optimalno korištenje genetike u presimptomatskoj i ranoj dijagnostici demencija.
11. Znanstvena suradnja između međunarodnih istraživačkih grupa zahtijeva razvoj odgovarajućih infrastruktura radi lakšeg korištenja postojećih baza podataka. Povećana suradnja između vlada, kao i između javnih i privatnih institucija, ubrzat će razvoj kliničkih istraživanja.
12. Detaljni rezultati, baze podataka o kliničkim ispitivanjima trebaju biti dostupni znanstvenoj i široj javnosti.
13. Klinički razvoj lijekova i klinička ispitivanja trebaju biti usklađeni na međunarodnoj razini. Financiranje znanstvenih istraživanja treba povećati što će olakšati klinička ispitivanja.

58. NEW KNOWLEDGE ABOUT ALZHEIMER'S DISEASE

BARIĆ N

Privatna ordinacija opće medicine „Dr. Nikola Barić“, LABIN, HRVATSKA

baric.nikola@pu.t-com.hr

Keywords: Alzheimer's dementia, amyloid plaque, oxidative stress, ferric iron reduction

Aim: The aim of the study is to present and explain some results of recent investigations about Alzheimer's disease. Based on the two exactly defined processes, the amyloid beta elevated production and the decreased breakdown in Alzheimer's disease, amyloid beta ($A\beta$) has a tendency of its strong accumulation and aggregation in the neuronal interstitium in the vicinity of the synapses. According to experimental results, these events lead to the formation of the so called β -sheets and oxido-reductive events which result in oxidative stress and deteriorative processes in a local environment.

Methods: By analysing a number of papers about the mentioned processes, the author attempts to enter into the fundament of Alzheimer's disease. Amyloid beta aggregation finally lead to $A\beta$ plaque formation, the AD hallmarks. Their prevalence and incidence in the defined brain regions, according to a number of recent investigations, are in relation with the AD severity.

Results and discussion: Results of the study give the answer to the actual question how these two positions (MetS35 and MBD) can mutually approach each other and give the opportunity for Fe^{3+} reduction. The answer lies in the amyloid monomers interacting approach and their aggregation. Special emphasis is directed to the so called oblique, nonregular, off-register approach. This is a new concept, different from the old concept which emphasises that plaques are passive structures. In fact, plaques are very active places with a lot of biochemical processes which result in AD pathophysiology and pathology. The most important process is the Fe^{3+} (ferric iron) reduction into Fe^{2+} (ferrous iron), with its consequent oxidation in Fenton reaction and destructive hydroxyl radical generation. $A\beta$ protein is recognised as a strong reducer (MetS35 on $\beta 2$ strand on the incoming monomer). $A\beta$ also contains on the $\beta 1$ strand of the fixed protofilament monomer the so called metal binding domain (MBD), the site for iron, copper and zinc ions. Besides the mentioned facts, the study also emphasizes the cerebral amyloid angiopathy (CAA – often related to intracranial hemorrhage), one of the hallmarks of AD.

Conclusion: Alzheimer's disease is very dangerous for patients and enormously expensive for society. Etiology is polygenetic, yet not exactly defined. We hope that the reason for this disease and exact therapy will be soon discovered.

There is a growing need for intensive research of all aspects of this disease.

59. KOMORBIDITET GERIJATRIJSKOG BOLESNIKA

FIŠTREK M, Žirovec T

Opća bolnica Varaždin, Varaždin, Hrvatska

marijetafistrek@net.hr

Ključne riječi: holistički pristup, prilagodba, padovi, SMBS

Na temelju popisa stanovništva iz 2011. godine Hrvatska se svrstala među zemlje duboke starosti. 17,7% ukupnog stanovništva starije je od 65 godina. Glavne promjene organizma u starosti su: smanjena funkcija organa, slabljenje sluha i vida, sporije reagiranje, smanjena sposobnost oporavka nakon ozljeda i bolesti, usporeni metabolizam, sporiji oporavak od stresa... Najčešći problemi kod starijih osoba (WHO) su: osteoporoza, padovi, problemi vida i sluha, CVI, jatrogena oštećenja... Sestrinske dijagnoze vezane uz stariju životnu dob su: smanjena mogućnost brige o sebi (SMBS), smanjena pokretljivost, smanjeno podnošenje napora, visok rizik za pad, visok rizik nastanka komplikacija dugotrajnog mirovanja, bol, nesanica, anksioznost, inkontinencija mokraće i stolice, opstipacija, proljev, dehidracija, neučinkovito sučeljavanje/zalovanje zbog smrti bračnog partnera, socijalna izolacija, poremećaj misaonog procesa, poremećaj prehrane, poremećaj tjelesnog izgleda.

Društvo bi trebalo osigurati medicinsku i sestrinsku skrb te posjete i zbrinjavanje takvih bolesnika kod kuće. Potrebna im je socijalna, psihološka i duhovna potpora tj. primjena holističkog pristupa

60. EUROPSKI OKVIR TEMELJNIH KOMPETENCIJA ZA DJELATNIKE IZ PODRUČJA ZDRAVSTVENE I SOCIJALNE SKRBI U RADU SA STARIJIM OSOBAMA

VRBAN S, Žiljak T

Pučko otvoreno učilište Zagreb, Zagreb, Hrvatska

sonja.vrban@gmail.com

Ključne riječi: europski okvir temeljne kompetencije, starije osobe

Europski okvir temeljnih kompetencija za djelatnike iz područja zdravstvene i socijalne skrbi u radu sa starijim osobama

Broj starijih osoba u Europi je u porastu te se mijenja njihova potreba za njegom i potporom. Diljem Europe javlja se potreba za obrazovanjem studenata i stručnjaka iz područja zdravstva i socijalne skrbi s odgovarajućim kompetencije za rad sa starijim osobama. Stoga je u kontekstu međunarodne suradnje između 26 sveučilišta razvijen Europski okvir kompetencija za djelatnike iz područja zdravstvene i socijalne skrbi u radu sa starijim osobama kao dio programa European Later Life Active Network (ELLAN). ELLAN financira Europska komisija u okviru Programa cjeloživotnog učenja u periodu od rujna 2013. do rujna 2016. Konzorcij uključuje 26 partnera iz 25 europskih zemalja.

Projekt ELLAN promiče europsku suradnju i razmjenu inovacija i dobrih praksi povezanih sa starijom populacijom i obrazovnom pripremom stručnjaka u zdravstvu i socijalnoj skrbi u radu sa starijim osobama. Idealni rezultat projekta ELLAN je veća kvaliteta višeg obrazovanja koje se odnosi na njegovatelje i pružanjem usluga osobama u kasnijoj životnoj dobi. Glavni rezultat je upravo ovaj europski okvir kompetencija za djelatnike iz područja zdravstvene i socijalne skrbi u radu sa starijim osobama. Projekt je neposredno usmjeren na nastavnike i upravitelje partnerskih organizacija i ostalih institucija višeg obrazovanja u Europi. Posredno je usmjeren na studente, profesionalne zajednice i same starije osobe.

Konzorcij je proveo analize kompetencija koje su nužne kod stručnjaka u radu sa starijim osobama. Analizirana je literatura, provedeno je kvalitativno istraživanje među starijim osobama u šest različitih zemalja te kvantitativno istraživanje među profesionalcima. Navedene studije bile su temelj za stvaranje ovog Europskog okvira kompetencija. Kompetencije su opisane po uzoru na CanMEDS uloge. Okvir je verificiran kroz dva kruga Delphi istraživanja među grupom od 21 stručnjaka i grupom od 21 istraživača iz različitih zemalja diljem Europe.

Nadalje, unutar projekta ELLAN provedeno je istraživanje o stavovima studenata prema starenju i radu sa starijim osobama te o inovativnim obrazovnim pristupima gerontologiji koji utječu na stavove studenata. Više informacija o projektu ELLAN i različitim izvještajima o istraživanju dostupno je na <http://ellan.savonia.fi/>.

61. SPECIFIČNE ZDRAVSTVENE MJERE I POSTUPCI TIMA DOKTORA SPECIJALISTE OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE U DOMU ZA STARIJE OSOBE

TOMASOVIĆ MRČELA N¹, Tomek-Roksandić S¹, Katić M², Cerovečki-Nekić V², Blažeković Milaković S², Kolarić B¹, Perko G³, Štrban-Štok Z³, Vučevac V³, Kumbrija S², Hanževački M², Kašuba Lazić Đ², Lukić M¹, Lovrić K¹, Sajko D¹

¹Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

²Katedra za obiteljsku medicinu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

³Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko društvo za gerontologiju i gerijatriju, Zagreb, Hrvatska

nada.tomasovic-mrcela@stampar.hr

Ključne riječi: starija osoba, specifičnosti primarne zdravstvene zaštite u domu za starije, interdisciplinarni gerontološki tim, postupnik zdravstvenih mjera i postupaka tima specijaliste doktora opće/obiteljske medicine u domu za starije, četiri „N“ u gerijatriji, gerijatrijski domino efekt, multimorbiditet, vodeće prateće dijagnoze, funkcionalna sposobnost

Zdravstvene mjere i postupci tima doktora specijaliste opće/obiteljske medicine (SOM-a) u domu za starije imaju svoje specifičnosti na razini primarne zdravstvene zaštite u odnosu na one mjere i postupke koji se provode u izvaninstitucijskoj skrbi za starije. Institucijska zdravstvena skrb u domovima za starije u ingerenciji socijalne skrbi zahtijeva primjenu specifičnih zdravstvenih mjera i postupaka tima doktora specijaliste opće/obiteljske medicine (SOM-a) u odnosu na zdravstvene potrebe starijih bolesnih korisnika doma, a koji su u pravilu danas (2016. god.) u srednjoj (75-84 god.) i dubokoj starosti (85 god. i više). Nužno je istaknuti interdisciplinarni gerontološki tim u pružanju te gerijatrijske/gerontološke skrbi, gdje uz liječnika (SOM-a) presudnu ulogu imaju doeducirane gerijatrijske medicinske sestre zbog primjene Programa četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege, fizioterapeuti, socijalni radnici, radni terapeuti te konzilijarni liječnici specijalisti u odnosu na iskazanu zdravstvenu potrebu (npr. psihogerijatar, kardiolog, neurolog, onkolog i drugi).

Uvjet za ugovaranje tima s punim radnim vremenom u domu za starije je postojanje ordinacije opće/obiteljske medicine i stacionara s gerijatrijskim bolesnicima (NN 43/2010, čl.22). Specifične zdravstvene mjere i postupci u domu za starije usmjerene su na utvrđivanje i evaluaciju determinanti zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog bolesnika, pojavnost gerijatrijskog domino efekta, nastanka 4 „N“ u gerijatriji (nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost i nekontrolirano mokrenje), funkcionalne onesposobljenosti u odnosu na fizičku pokretljivost i psihičku samostalnost te utvrđivanja vodeće i prateće dijagnoze unutar postojećeg multimorbiditeta starijeg bolesnog korisnika doma. Specifičnim programom SOM-a u domu za starije obuhvaćene su i geroprofilaktične mjere primarne, sekundarne, tercijarne i kvartarne prevencije za starije osobe, kontinuirano praćenje i evaluacija (uvođenje projekta GeroS/CEZIH/paneli, web servis NRS 2002), negativnog zdravstvenog ponašanja, a koje uključuje i pravilnu prehranu za starije po izrađenim smjernicama (Liječ Vjesn 2011;133:1-10) u odnosu na utvrđenu debljinu i pothranjenost uz nužan individualan gerontološki pristup.

Primjena sveobuhvatne gerijatrijske procjene individualnim pristupom doprinosi utvrđivanju i unapređenju zdravstvenog stanja i funkcionalne sposobnosti bolesne starije osobe, što omogućava ranu i primjerenu zdravstvenu gerijatrijsku intervenciju u cilju prevencije, liječenja i rehabilitacije bolesnih starijih osoba, u svrhu preveniranja nepotrebne dugotrajne hospitalizacije gerijatrijskih korisnika doma te sprječavanja polipragmazije i rastuće gerijatrijske zdravstvene potrošnje. Postupnik sa stručno definiranih specifičnih 36 zdravstvenih mjera i postupaka tima doktora specijalista opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe, sukladan je legislativnom sustavu zdravstva i hrvatskoj i europskoj gerontološkoj doktrini (Tomek-Roksandić S, Šostar Z, Fortuna V, ur. Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrijskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine. drugo dopunjeno izdanje. Zagreb: CZG ZJZ „Dr. Andrija Štampar“; 2012.). U domovima za starije u Hrvatskoj u 2016. god. značajna je zastupljenost gerijatrijskih bolesnika smještenih na stacionaru doma za starije s udjelom od gotovo 70% svih korisnika. Važno je konstatirati kako je u 2015. god. ukupno smješteno 2,10% (N=15 960) korisnika u hrvatskim domovima za starije u odnosu na sveukupno starije pučanstvo Hrvatske od alarmantnih 18,62 % (N=789 124), za razliku od europskih zapadnih država gdje udio korisnika domova iznosi čak 5%.

To jasno upućuje na potrebu primjene novih gerontoloških normi i standarda u odnosu na kadrovske norme zdravstvenih i socijalnih djelatnika u domu, uz razvoj nužne izvaninstitucijske skrbi za starije - Gerontoloških centara s dnevnim boravcima za starije i dnevnim boravcima za bolesnike s Alzheimerovom bolesti uz razvoj programa gerontodomaćica u lokalnoj zajednici gdje starije osobe žive.

62. MJESTO GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE U KURIKULIMA- U SUSTAVU OBRAZOVANJA MEDICINSKIH SESTARA U HRVATSKOJ

KALAUŽ S¹, Neuberg M²

¹Zdravstveno veleučilište, Zagreb, Hrvatska

²Sveučilište Sjever, Varaždin, Hrvatska

sonja.kalauz@zvz.hr

Ključne riječi: gerijatrijska zdravstvena njega, kurikulum, kompetencije

Problemi kvalitete dugotrajne skrbi za osobe starije životne dobi kao i načini njihovog rješavanja razlikuju se od zemlje do zemlje. Zahvaljujući napretku medicine, tehnike i tehnologije značajno se produžila životna dob ljudi, no istovremeno su se načini skrbi za osobe starije životne dobi morali prilagoditi potrebama razvijenog društva i moderne obitelji.

Specifični patofiziološki procesi starenja, uzimanje većeg broja lijekova te smanjivanje fizičkih i kognitivnih sposobnosti neminovno nameću potrebu planiranja i provođenja složene zdravstvene skrbi. Smanjena sposobnost u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba ne mijenja samo prioritete i poglede na zdravstvenu skrb osoba starije životne dobi, već društva u cjelini: zdravstvenog i socijalnog sustava, obrazovnog sustava, obitelji, različitih udruga pomoći i samopomoći...Organizacija, planiranje, provođenje i evaluacija gerijatrijske skrbi treba biti prilagođeno potrebama pojedinca, korisnika usluga, odnosno njegovom ukupnom zdravstvenom stanju, njegovim potrebama i mogućnostima. Zdravstvena skrb treba biti temeljena na sveobuhvatnosti i cjelovitosti uz obvezatno poštovanje prava korisnika na vlastiti izbor. Jedno od prioriteta zdravstvene skrbi - unaprijeđenje sigurnosti korisnika, nigdje ne dolazi do tako velikog izražaja kao u području gerijatrije.

Da bi se mogla razvijati gerijatrijska zdravstvena skrb visoke kvalitete, potrebno je između ostalog, osigurati dugoročnu kvalitetnu specijaliziranu edukaciju medicinskih sestara. To podrazumijeva usvajanje specifičnih znanja i vještina kroz formalne, ali i neformalne oblike obrazovanja, koji će rezultirati posebnim ishodima učenja, odnosno dodanim kompetencijama. Upravo zbog nedostatnog broja specijaliziranih gerijatrijskih medicinskih sestara, ali i činjenice da se gerijatrijski bolesnici liječe u svim područjima medicine, preporuka je (SZO, Minhenska deklaracija...) da se u temeljnom kurikulumu (medicinska sestra za opću zdravstvenu njegu) prošire sadržaji iz područja gerijatrijske zdravstvene njege, odnosno da se ugrade u druge sadržaje/predmete (kao integrativni dio tih sadržaja). Neke zemlje Europske unije su u svojim kurikulumima (Belgija) nakon završene dvije godine temeljnog obrazovanja u treću godinu studija (60 ECTS-a) uvele specijalizirane module s posebnim ishodima učenja i dodanim kompetencijama. Druge zemlje EU, poput Španjolske, Italije i Irske uvele su u sustav obrazovanja - specijalizacije (nakon završenog temeljnog obrazovanja) - za određena područja zdravstvene njege, pa tako i za gerijatrijsku zdravstvenu njegu u trajanju od jedne ili dvije godine. U zemljama poput Sjedinjenih Država, Kanade i Australije specijalistički studiji traju dvije godine (stručni magistar sestrištva) nakon završenog temeljnog obrazovanja u trajanju od četiri godine. Također se visoko vrednuje cjeloživotno učenje, a u nekim zemljama se kroz različite oblike takvog trajnog usavršavanja mogu kumulirati ECTS bodovi i na taj način steći viša razina kvalifikacije. Cilj svih ovih oblika edukacije je stjecanje posebnih kompetencija za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege gerijatrijskih bolesnika. Hrvatsku čeka kurikularna reforma, pa tako i reforma obrazovanja medicinskih sestara (preporuke SZO, Direktive EU), gdje će se vertikalna obrazovanja i sadržaji morati prilagoditi zdravstvenim potrebama stanovništva.

63. ZNAČENJE PROGRAMA ČETIRI STUPNJA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE SA SESTRINSKOM DOKUMENTACIJOM I KATEGORIJSKIM POSTUPNIKOM U DOMU ZA STARIJE OSOBE

LUKIĆ M¹, Garić S², Deucht A³, Šepec S⁴, Mićović I⁵, Ćurić S⁶, Bastalić R⁷, Sertić Đurđević M³, Županić M⁸, Tomek-Roksandić S¹, Kolarić B¹, Tomasović Mrčela N¹, Popok I⁹, Maltarić M¹, Mravak S¹, Valentović V¹, Meštrić S¹, Lovrić K¹, Sajko D¹

¹Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

²Dom za starije osobe Centar, Zagreb, Hrvatska

³Dom za starije osobe sveta Ana, Zagreb, Hrvatska

⁴Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, Hrvatska

⁵Dom za starije osobe Varaždin, Varaždin, Hrvatska

⁶Dom za starije osobe Maksimir, Zagreb, Hrvatska

⁷Dom za starije osobe Dubrava, Zagreb, Hrvatska

⁸Zdravstveno veleučilište Zagreb, Zagreb, Hrvatska

⁹Zavod za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije, Sisak, Hrvatska

marica.lukic@stampar.hr

Ključne riječi: GeroS/CEZIH, gerijatrijska zdravstvena njega, sestrinska gerijatrijska dokumentacija, normativi, funkcionalna sposobnost gerontološkog osiguranika i gerijatrijskog bolesnika

Uvod: Pristup zaštiti zdravlja starijih osoba je cjelovit i osigurava unapređenje svih oblika gerijatrijske zdravstvene skrbi: od prevencije, dijagnostike, liječenja do rehabilitacije i gerijatrijske zdravstvene njege funkcionalno onesposobljenih gerijatrijskih bolesnika.

U gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi norme su prihvaćeni i važeći standardi koji definiraju domenu, zadaće i kvalitetu primjene gerijatrijske zdravstvene njege. Norme utvrđuju usluge prema području djelatnosti koje bi stručni djelatnici generalno trebali pružiti u konkretnoj situaciji, propisuju i opisuju planirani način rada. Standard gerijatrijske zdravstvene njege obilježen je preventivnim razmišljanjem i djelovanjem, pruža mogućnost profesionalnog praćenja i proučavanja i evaluaciju usluga gerijatrijske zdravstvene njege i instrument je poboljšavanja kvalitete života starijih osoba.

Metoda: Utvrđivanje, praćenje i evaluacija Programa četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom (od 1 - 19 obrazaca) s kategorijskim postupnikom četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege modela i koncepta N. Roper-L. Juchli/V. Fiechter-M. Meier.

Rezultati i diskusija: Od ukupno poslanih 148 kategorijskih postupnika u Domovima za starije osobe po županijama Hrvatske i Grada Zagreba, zaprimljen je 31 ispunjeni kategorijski postupnik. Primjenom kategorijskog postupnika Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije, Hrvatska (N=4 521 / 100,00%) i Grad Zagreb (N=1 655 / 36,61%), 2016. g., vidljiv je broj zaprimljenih kategorijskih postupnika po stupnjevima gerijatrijske zdravstvene njege. U I. stupnju gerijatrijske zdravstvene njege ima ukupno 1 500 (33,18%) korisnika, u II. stupnju 1 003 (22,19%), u III. stupnju 1 258 (27,83%) te u IV. stupnju 760 (16,81%) korisnika, što ukupno iznosi 4 521 korisnika.

Zaključak: Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege vođena putem 19 obrazaca kao nacionalni standard Hrvatske komore medicinskih sestara („Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u Domu za starije osobe”). Putem GeroS-a /CEZIH racionalizirat će i unaprijediti pružanje učinkovite i svrsishodnije, evaluirane gerijatrijske zdravstvene njege, kako u institucijskoj tako i u izvaninstitucijskoj gerijatrijskoj skrbi. GeroS/CEZIH omogućuje osiguranje i funkcioniranje Hrvatskog fonda za gerijatrijsku zdravstvenu njegu. Provedba Programa četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u Domu za starije osobe, omogućuje kategorizaciju individualnog gerontološkog osiguranika i gerijatrijskog bolesnika uz primjenu mjera i postupaka, aktivnosti te normi gerijatrijske zdravstvene njege po modelu i konceptu N. Roper-L. Juchli/V. Fiechter-M. Meier i nudi rješenje u konačnici i za kategorizaciju Domova za starije osobe po hrvatskom modelu, koji je prilagođen prema EU standardima gerijatrijske zdravstvene njege, koji je izradio Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“.

Literatura: Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u Domu za starije osobe”, II. Dopunjeno izdanje, Zagreb, 2012. Godina

64. SESTRINSKA DOKUMENTACIJA ČETIRI STUPNJA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE - POVIJESNI PRIKAZ, REZULTATI, OČEKIVANJA

GARIĆ S¹, Lukšić Puljak M², Ćurić S³, Bastalić R⁴, Sertić Đurđević M⁵, Bukša I⁶, Stažnik A⁷, Jazvić D⁸, Kovač M⁹, Ćatić M¹⁰, Lukić M¹¹, Deucht A⁵

¹Dom za starije osobe Centar, Zagreb, Hrvatska

²Dom za starije osobe Sveti Josip, Zagreb, Hrvatska

³Dom za starije osobe Maksimir, Zagreb, Hrvatska

⁴Dom za starije osobe Dubrava, Zagreb, Hrvatska

⁵Dom za starije osobe sveta Ana, Zagreb, Hrvatska

⁶Dom za starije osobe Peščenica, Zagreb, Hrvatska

⁷Dom za starije osobe Trešnjevka, Zagreb, Hrvatska

⁸Dom za starije osobe Trnje, Zagreb, Hrvatska

⁹Dom za starije osobe Park, Zagreb, Hrvatska

¹⁰Dom za starije osobe Ksaver, Zagreb, Hrvatska

¹¹Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

slavica0112@gmail.com

Ključne riječi: medicinska sestra, elektronska sestrinska dokumentacija, gerijatrijska zdravstvena njega, kategorijski postupnik, informacijski sustav Dogma preteća Geros-a/CEZIH

Zdravstvena njega starijih osoba objedinjuje gerontološku/gerijatrijsku zdravstvenu njegu. **Gerontološka/gerijatrijska zdravstvena njega** obuhvaća sveobuhvatno samostalno stručno planiranje i provođenje mjera i postupaka, dokumentiranje i evaluiranje po principu aktivirajuće i rehabilitacijske gerijatrijske zdravstvene njege, provođenje liječničkih uputa i pružanje gerijatrijske zdravstvene njege i u terminalnoj fazi bolesti starije osobe. (1)Model N. Roper / L.Juchli kao primjer izvrsnosti u domovima za starije osobe. Razvojem gerijatrijske zdravstvene njege ukazala se potreba za kvalitetnijim dokumentiranjem provedenih sestrinskih postupaka i planova kod gerijatrijskog korisnika. Vođeni tom idejom, radna skupina krajem 2008. godine izradila je prijedlog sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege.

Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege je skup dokumenata koje medicinska sestra ispunjava ili u njih zapisuje podatke o svojim postupcima tijekom cjelokupnog procesa pružanja usluga sa svrhom praćenja stanja pojedinca, obitelji i zajednice te planiranjem, vrednovanjem i kontrolom učinjenog. U 2009. godini sestrinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege prihvaća Hrvatska komora medicinskih sestara kao standard sukladno Zakonu o sestrinstvu, što je bio vjetar u leđa daljnjoj implementaciji u sustav socijalne skrbi. Veliku ulogu je odigrao Grad Zagreb s nadležnim Uredom za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom koji je to financijski potpomogao. Početak implementacije sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u sustav obilježen je nizom prepreka od strane osoblja, tehnike, neupućenosti i informatičkih mogućnosti. Kao pilot projekt tada se uzimaju dva doma, a to su Dom za starije osobe Centar te Dom za starije osobe Sveti Josip Zagreb. Kako su godine odmicale rezultati su bili sve više vidljivi. Jedan od ključnih dokumenata sestrinske dokumentacije je kategorijski postupnik Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege za svakog korisnika, koji je poslužio kao okosnica za izradu stupnjeva usluga gerijatrijske zdravstvene njege u socijalnoj skrbi što je dokumentirano u Pravilniku o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga (2). Na temelju pisane sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege od 19 obrazaca, krenulo se u izradu elektronske sestrinske dokumentacije. Programom Dogma obuhvaćeni su svi potrebni osnovni dokumenti za gerijatrijskog korisnika. Od 2009. godine dodavane su kategorije koje su se nametale kao potrebne u procesu rada. Danas taj program u Hrvatskoj koriste 24 doma za starije osobe, što iznosi otprilike 50% od ukupnog broja ustanova u vlasništvu lokalne samouprave, od toga u Gradu Zagrebu 11 domova. Sestrinske intervencije kao najbitnija kategorija u dokumentiranju provedene gerijatrijske zdravstvene njege, početkom 2010. godine imala je mogućnosti 19 kategorija sestrinskih intervencija, a danas je moguće upisati 34 vrste sestrinskih intervencija što iznosi oko 79% više sestrinskih intervencija od samog početka primjene sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege.(3) Na temelju sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege provodila se edukacija učenika medicinskih škola iz predmeta Zdravstvena njega starijih osoba te studenata Zdravstvenog veleučilišta Zagreb iz kolegija Zdravstvena njega gerijatrijskog bolesnika. U budućnosti bi informacijski sustavi trebali biti povezani s centralnim dijelom informacijskog sustava primarne zdravstvene zaštite. Spomenuto omogućuje uvid u

podatke iz područja gerijatrijske zdravstvene njege na razini primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Zbog pristupačnosti i umreženosti podataka omogućio bi se lakši uvid u kronologiju zbivanja o osnovnim ljudskim potrebama, stanju pacijenta i tijeku bolesti te bi se omogućila suradnja i participacija na svim razinama zdravstvene zaštite u cilju boljeg i bržeg uspostavljanja sestrinskih dijagnoza svakom pacijentu. Kompletiran elektronički zapis o gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi povezuje se s elektroničkim zapisima drugih profesija. Na taj će se način, uz postepeno oblikovanje informacijskih sustava, svi objediniti u određenoj ustanovi za starije. Sljedeći korak pretpostavlja povezivanje s drugim bolnicama i ustanovama putem projekta GeroS/CEZIH za praćenje i evaluaciju zdravstveno socijalnih potreba i funkcionalne sposobnosti gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika. To će omogućiti svim zdravstvenim i drugim djelatnicima pristup sestrinskim, medicinskim i drugim podacima uz poštivanje visokih standarda zaštite podataka.

„Pomažem i negujem kao ona koja jesam, moja vlastita ljudskost /čovječnost/

teče mojim djelovanjem i ponašanjem i utječe na njegov učinak. Unutarnja spremnost puno je bitnija od vanjske aktivnosti”.

Liliane Juchli

65. ODRŽIVOST INVESTICIJSKOG PLANA I PROGRAMA IZGRADNJE DOMA ZA STARIJE I GERONTOLOŠKOG CENTRA

MIHOVILIĆ D

CET d.o.o. Rijeka, Hrvatska

cet@ri.t-com.hr

Ključne riječi: dom za starije, fond, gerijatrijska zdravstvena njega, sustav, samoodrživost

Poseban segment socijalne politike je institucijsko zbrinjavanje sve većeg broja funkcionalno onesposobljenih osiguranika, koje bi trebalo obuhvatiti smještajem u socijalnim ustanovama – domovima za starije i nemoćne osobe. U Hrvatskoj ima 759 000 osoba starijih od 65 i više godina (Popis 2011. g.). U 114 državnih i županijskih domova smješteno je 14 800 starijih i nemoćnih osoba ili 2% od njihovog ukupnog broja, što je značajno manje od europskog prosjeka od 5% (JIM – 2012. g.). Za svaki ležaj je 1,7 zahtjeva za smještaj, što ilustrira potrebu za daljnji razvoj institucijskih kapaciteta. Za dostignuti europski prosjek potrebno je osigurati približno 19 000 novih ležajeva.

Ulaganje je najvažniji čimbenik za ostvarenje ovog programa. Predračunska vrijednost iznosi 6 milijardi kuna a mogućnost otvaranja novih radnih mjesta je za 7 000 djelatnika. Osim tradicionalnih modela financiranja, osnivanje posebnog fonda za „negu u starijoj dobi“ bio bi značajan poticaj za razvoj institucijske skrbi. U razvijenim zemljama odvija se proces smanjenja bolničkih ležajeva i proporcionalnog povećanja broja ležajeva u domovima. Tako u prosjeku broj ležajeva u tim zemljama raste po godišnjoj stopi od 8%.

Temeljno pitanje je KAKO definirati sustav modernog doma za starije osobe a u smislu pripreme i provedbe investicijskog projekta, izgradnje doma. Strateško opredjeljenje EU je decentralizacija socijalne politike na razinu regionalne/lokalne samouprave. Odabir kapaciteta doma, odnosno broj ležajeva uskladiti s brojem i dobnim skupinama starijih osoba lokalne jedinice gdje se planira izgradnja. Glavne odrednice koje definiraju sustav doma;

Funkcionalnost; osim važećeg Pravilnika (ZSS) temeljni metodološki alati i instrumenti jesu nove smjernice po programu „Četiri stupnja Gerijatrijske zdravstvene njege“ koje učinkovito zadovoljavaju zdravstveno potrebu u svrhu očuvanja funkcionalne sposobnosti korisnika te smjernice „Upravljanje projektnim ciklusom“ (EK – 2012. g.).

Racionalnost; u procesu implementacije projekta i u efektiviranju doma. Utvrđuje se kategorija doma, odnosno standardi usluga Gerijatrijske zdravstvene njege, prostora, opreme i djelatnika. Od stupnja funkcionalne sposobnosti korisnika zavisi stupanj Gerijatrijske zdravstvene njege a time i cijena usluge. U okviru djelatnosti, planirati smještajne jedinice za Alzheimerove bolesnike, palijativnu gerijatrijsku skrb i izvaninstitucijsku skrb – gerontološki centar.

Financijska učinkovitost; neophodno je prethodno ispitati financijski učinak isplativosti projekta i njegovu samoodrživost.

Sve tri navedene odrednice međusobno su zavisne i izravno povezane s cijenom usluge, a limitirane kupovnom moći potencijalnih korisnika.

66. ORGANIZACIJA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE U DOMOVIMA ZA STARIJE

VIDOVIĆ M, Vrbić LJ

Dom za starije osobe Sveti Josip, Zagreb, Hrvatska

maja.vidovic2@gmail.com

Ključne riječi: Gerijatrijska zdravstvena njega, organizacija zdravstvene njege, dom za starije osobe

Zbog demografskog razvoja i medicinskog napretka, udio starijih ljudi u razvijenim zemljama raste, što uzrokuje sve više potrebnu stručnu negu. Svaki čovjek ima pravo na privatnost tijekom aktivnosti samozbrinjavanja, aktivna uloga korisnika donosi samopouzdanje, spremnosti na suradnju, osjećaj kontrole nad životnim događanjima, smanjenju osjećaja bespomoćnosti. Povećanje stupnja samostalnosti zahtjeva učenje novih načina, zadovoljavanje životnih potreba. Očuvana kognitivna sposobnost kod starijih osoba omogućuje da uče i istražuju svoje nepoznate resurse u svrhu upotrebe tih resursa za kvalitetniji život u domu ili sprečavanje pojave depresivnosti. Gerijatrijska zdravstvena njega je profesionalna njega koja je orijentirana na specijalne interese, potrebe i zdravstvene probleme starijih osoba. Javnost i društvo nisu još uvijek dovoljno upoznati o pojmu gerijatrijske njege. Predrasude su i danas žive o njezi starijih osoba, njihovoj skrbi u domovima za umiranje ili socijalnim ubožnicama te posao koji može raditi bilo tko. Međutim, gerijatrijska zdravstvena njega danas je zahtjevna profesija proizašla iz potrebe zbog sve većeg porasta starije populacije i produljenja životnog vijeka čovjeka, a s time i do pojave sve većeg broja kroničnih bolesti. Multimorbiditet kod starijih ljudi kao što su: kardiovaskularne bolesti, cerebrovaskularne bolesti, demencija i druga gerontopsihijatrijska oboljenja, bolesti poremećaja metabolizma kao što je dijabetes melitus, bolesti lokomotornog sustava (reumatizam, osteoporoza), bolesti u terminalnoj fazi kod malignih oboljenja itd., ukazuje na neophodan znanstveni i interdisciplinarni pristup u pružanju zdravstvene skrbi specijalno prilagođene starijoj dobi. Prednost domova je u tome što su garancija profesionalne multidisciplinarnе skrbi za starije i nemoćne osobe s različitim zdravstveno socijalnim problemima. Samim tim dolazi do potrebe za oragnizacijskim prilagodbama za nastalim promjenama u smislu zastupljenosti osoblja, edukaciji, interdisciplinarnog pristupa i uređenju prostora za boravak korisnika unutar domova, a u cilju kvalitete same njege. Kroz organizaciju zdravstvene skrbi, osoblje i poslodavci u domovima za starije osobe trebaju postići visoki nivo zadovoljstva korisnika u domu, a tako i zaposlenika te ostvariti zadane ciljeve. Načinom kontinuiranog mjerenja i praćenja kvalitete zdravstvene skrbi može se jedino postići poboljšanje kvalitete u organizaciji zdravstvene skrbi, povećanju broja osoblja u njezi, stručnog usavršavanja osoblja i njihove senzibilizacije za negu starijih osoba.

67. SUDJELOVANJE PATRONAŽNE SESTRE U PROCESU PLANIRANJA I PRAĆENJA ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI KORISNIKA

ŠATORIĆ V, Malašević B

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Rijeka, Hrvatska

vsatoric@inet.hr

Ključne riječi: patronažna zdravstvena skrb, sekundarna i tercijarna prevencija

Proces starenja normalan je fiziološki slijed života koji svatko od nas nastoji učiniti što kvalitetnijim, zdravijim i funkcionalnijim. Pojedinač, kronološki ali i zdravstveno stari umjerenije s primjerenim aktivnostima, u obitelji i sredini gdje je društveno okruženje kvalitetnije, a zdravstvene službe dostupnije. Jednom dijelu starije populacije nedostaje neki od osnovnih životnih uvjeta, nisu okruženi ljubavlju i pažnjom svojih najbližih, imaju više kroničnih bolesti i oslabljenih osnovnih životnih funkcija. Takva starost je teška, samostalnost umanjena te potreba za tuđom pomoći i zdravstvenom njegovom povećana.

Dio primarne zdravstvene zaštite je i patronažna zdravstvena skrb svih stanovnika, koja ima u svojoj osnovi sva tri oblika prevencije, a koja je kod starijih ljudi zastupljenija u sekundarnom i tercijarnom obliku. Kada se samostalnost umanj i udruže nekoliko kroničnih bolesti koje onemogućuju očekivano samozbrinjavanje starijih osoba, patronažna sestra zajedno s odabranim obiteljskim liječnikom utvrđuje potrebu za zdravstvenom njegovom u kući korisnika koje provode medicinske sestre iz zdravstvene njege. Postupanje pri određivanju potreba, postupka i trajanja zdravstvene njege u kući regulirano je Pravilnikom.

Cilj patronažne zdravstvene skrbi i sustavno praćenje učinka zdravstvene njege na korisnika je višestruko: spriječiti nastajanje komplikacija osnovnih bolesti ili saniranje već nastalih, očuvanje i razvijanje preostalih sposobnosti, osnažiti i očuvati samopoštovanje i samopouzdanje starih ljudi kako bi im ostatak života bio ispunjen primjerenim sadržajima.

Rad patronažnih sestara je definiran od strane Ministarstva zdravlja RH i HZZO ali i uvjetovan društvenim okruženjem, demografskom strukturom stanovništva, ekonomskim razvojem društvene sredine ili samih stanovnika, kao i dostupnosti svih oblika zdravstvene zaštite.

Obradom DTP u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti Doma zdravlja Primorsko-goranske županije za 2015. godinu, dolazi se do pokazatelja dominacije sekundarne i tercijarne prevencije pred primarnom, izostanak vremena za rad sa zdravom starijom populacijom, koja je zakoračila u sedamdesete godine života, radno aktivnom ili su tek započeli život u mirovni. Ovako određen način rada umanjuje mogućnosti za edukaciju i informiranje starije populacije o zdravim navikama u toj životnoj dobi, sprečavanje nastanka bolesti ili komplikacija već postojećih i treba ga mijenjati.

68. GERIJATRIJSKI PACIJENT U SREDIŠTU ZBIVANJA ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

MRVOLJAK R, Eškerica J, Mašinović I

Ustanova za zdravstvenu njegu u kući, Zagreb, Hrvatska
romanazagreb@hotmail.com

Ključne riječi: gerijatrijski pacijent, zdravstvena njega u kući, medicinska sestra, multidisciplinarni tim, četiri N

Zdravstvena njega u kući je dio primarne zdravstvene zaštite u kojoj medicinske sestre po nalogu liječnika obiteljske medicine pružaju potrebnu zdravstvenu njegu gerijatrijskom pacijentu. Znamo li što je zdravstvena njega u kući i što ona znači gerijatrijskom pacijentu? Osnovne ljudske potrebe ne prestaju sa starenjem. Zdravstvena njega je neka druga dimenzija gdje medicinske sestre imaju uvid u cjelokupnu situaciju: sestra - pacijent - obitelj. Ulaskom u kuću, medicinska sestra se prilagođava uvjetima u svakom domu pacijenta te stručnošću, vještinom i znanjem potkrjepljuje svoj rad. Postizanje što boljeg pristupa osobama starije životne dobi predstavlja izazov svakoj medicinskoj sestri. Pacijent je u središtu zbivanja multidisciplinarnog tima te je izuzetno važan holistički pristup. Dom i obitelj obilježavaju čovjekovu prošlost, sadašnjost i budućnost. Prirodni ambijent doma stvara ugodniju atmosferu te je i sam oporavak puno brži, lakši i manje stresan za pacijenta i njegovu obitelj.

Cilj ovog rada je prikazati dostojanstvenost starenja. Gerontološki pacijenti se najčešće susreću s problemom četiri N (nepokretnost, nestabilnost, nesamostalnost i nekontrolirano mokrenje). Svaki od navedenih problema bitno utječu na kvalitetu života pacijenta i obitelji. Važno je stvoriti povjerljiv odnos kako pacijent ne bi osjećao nesigurnost, sram ili izolaciju okoline. Unatoč neimaštini i socijalnoj nesigurnosti, naš zdravstveni sustav i dalje cijeni čovjeka i pruža mu mogućnost zdravstvene skrbi u vlastitom domu. Educirano osoblje profesionalno se nosi sa svim preprekama i učiniti sve za dobrobit pacijenta i unapređenje zdravlja. Najčešći problemi nemedicinske prirode koji se tiču gerijatrijske njege su nedostatak osoblja, administracija, manjak vremena za planiranje i provođenje i evaluacije zdravstvene njege te komunikacija među članovima multidisciplinarnog tima.

Kroz ovo predavanje će se prikazati konkretni primjeri s kojima se svakodnevno medicinska sestra susreće u praksi, a usko su vezani za zdravstvenu njegu gerijatrijskog pacijenta.

69. ORAL CARE OF THE ELDERLY IN NURSING HOMES

LORBER M¹, Turk Z², Fekonja Z¹

¹University of Maribor Faculty of Health Sciences, Maribor, Slovenia

²University of Maribor Faculty of Medicine, Maribor, Slovenia

mateja.lorber@um.si

Keywords: nurisng home, elderly, oral health

Introduction: Good oral health is an important aspect of quality of life and there is evidence that regular mouth care for elders in nursing homes is important for general health also. However, a number of studies have shown that oral care for the dependent elderly is unsatisfactory. The aim of this literature review was to identify the oral health status of elderly in nursing homes and daily oral care provided by nursing staff.

Methods: Relevant literature published within last 15 years in Medline, CINHALL, PubMed and Science Direct was searched. Empirical research primary focused on description of oral health status of residents, care for the oral cavity of elderly without specific cognitive and psychological diseases by nursing staff, full-text available articles published in peer-reviewed journals and written in English were included. The synthesis of the results was reported narratively.

Results: From 837 identified records, 16 studies were retained based on the inclusion and exclusion criteria described below. A number of different approaches are currently being used and include a variety of research methods. In the most of the study researchers find out poor oral hygiene performed by nursing staff. The most common described cavity problems were dry mouth, sore cracked lips, broken teeth, toothache, caries and ill-fitting dentures.

Discussion and conclusion: Oral hygiene care as a nursing intervention could enable nurses to impact oral health outcomes and possibly prevent diseases in older patients. For better oral care of the elderly in nursing homes nursing staff should be educated continually.

70. PROMJENE ORALNE SLUZNICE KOD STARIJE ŽIVOTNE DOBI

FORTO JS, Kuliš D, Klemenčić M

Stomatološka Poliklinika Zagreb, Zagreb, Hrvatska

josipasanjagruđen@gmail.com

Ključne riječi: stomatitis, pigmentacija, xerostomia, dynia

Poznato je da s godinama dolazi do promjena u našem organizmu pa tako i na oralnoj sluznici. Prema riječniku simbola usta su ogledalo zdravlja. Ona su otvor kroz koje prolazi duh, riječ i hrana, simbol su stvaralačke moći. Usta simboliziraju viši stupanj svijesti, sposobnost sređivanja razuma. Kako ljudi

žive sve dulje i dožive duboku starost, očekuje se sve više kroničnih poremećaja i bolesti koje će utjecati na zdravlje usne šupljine i opće zdravlje. Mnoge bolesti našeg sustava, bile one organske ili psihičke često se iskazuju u usnoj šupljini; one se mogu očitovati kao klinički patološke promjene ili patološki oralni simptomi. Također veća uporaba lijekova, kemoterapija ili zračenje utječe na zdravlje usne šupljine. Oralna sluznica starije životne dobi je atrofična, blijedog izgleda, suha, sjajna i fragilna. Vezivno tkivo je stanjeno i manje elastično. Smanjeni kapilarni protok usporava regenerativne procese. Postoji osjećaj subjektivnih simptoma pečenja, žarenja boli, te pojavom suhoće u ustima. Među najčešćim oralnim dijagnozama su: cheilitisi-upale usana (angularis, eksfoliativa, actinica, livenenata); palatitisi-upala nepca (prothetica, simplex, fibromatosa); glossitisi-upala jezika (exfoliativa, areata, globata, villosa, fisurata, rhombodea, macroglossia); stomatitisi-upala usne šupljine; sialoadenitisi, sialoadenosa-promjene na žlijezdama slinovnicama; Hiperkeratosa (leucoplakia, erxthoplakia, leucoedem, leucokeratosis nicotinic, morsicatio mucosae oris, elastosis actinica); prekanceroze i karcinomi, Kandidijaza (pseudomembranozna, atrofična, hiperplastična, perioralna); pigmentacija (egzogene i endogene); pyrosis et dynia (cheilo, glosso, stomato), oralni lichen ruber, aphtae, varices linguae, Fordyceove granule. Također, zbog ekstrakcije zuba, postoji prisutnost parcijalna ili totalna bezubost. Ostali zubi promijenili su morfologiju zbog atricije, abrazije i pasivne erupcije. Česta je atrofična paradonta, a zbog pasivne erupcije zuba dolazi do povećanje klinički krune. Također postoji promjene na temporomandibularnom zglobo, gdje se osjeća bolne disfunkcije TMZ. Terapija gubitka vertikalne dimenzije je u izradi funkcionalnog udobnog i estetskog protetskog rada, kojim se restauriraju izgubljena dentalna i koštana tkiva. Nošenjem protetskog nadomjeska može izazvati parestezije i poremećaj okusa. Dolazi i do poremećaja okusa što je uzrokovano upalama,

lijekovima i prekancerozom. Stoga je potrebno da dentalni medicinari odnosno specijalisti dentalne medicine, te dr medicine prepoznaju, liječe i sprečavaju opisane poremećaje i bolesti kako bi se time povećala kakvoća života osoba starije životne dobi.

71. ULOGA GERONTOSTOMATOLOŠKE SESTRE U ORALNOJ HIGIJENI

MATIJAŠČIĆ A, Ložnjak-Svalo D, Keleminac M

Stomatološka poliklinika Zagreb, Zagreb, Hrvatska

anita.matijascic@gmail.com

Ključne riječi: gerontostomatološka sestra, oralna higijena

Opće zdravlje/bolest starijeg pacijenta traži specijalističku i individualnu skrb o njemu. Uz liječničku dijagnostiku i zadanu th. bitna je i provedba te terapije. Rad sa starijim pacijentima u stomatologiji je specifičan. Uz terapiju koju provodi gerontostomatolog važno je pripremiti pacijenta za obradu, a to čini gerontostomatološka sestra. Ona pomaže pacijentu u ispunjavanju zdravstvenog upitnika, smješta pacijenta na stomatološku stolicu, prati stanje pacijenta tijekom sanacije te ga educira o održavanju oralne higijene. U domovima za starije i nemoćne osobe uloga gerontostomatološke sestre bila bi svakodnevna provedba oralne higijene te praćenje stanja oralne sluznice i promjene unutar usne šupljine uz vođenje dokumentacije.

Starije osobe često oboljevaju od kroničnih bolesti: dijabetesa, kardiovaskularnih bolesti, raka, artritisa, demencije. Gerontološku njegu možemo pružiti u bolnici, poliklinici, domu za starije i nemoćne osobe

a tu je rad gerontološke i gerontostomatološke sestre specifičan te je za njihovu djelatnost potrebno specijalizirano znanje o starijim osobama.

72. INOVATIVNA RJEŠENJA ZA STARAČKU NAGLUHOST

GJURIĆ M, Broz Frajtag J

Poliklinika Sinteza, Zagreb, Hrvatska

mg@poliklinika-sinteza.hr

Ključne riječi: prezbiakuzija, starije osobe, inovacije

Staračka naglušost u razvijenim zemljama predstavlja značajan javnozdravstveni problem zbog kontinuiranog porasta udjela starijeg stanovništva i zahvaćenosti bolešću između 30-35 % ljudi u dobi od 65-75 godina i skoro polovine starijih od 75 godina. Posljedice zanemiravanja tog stanja su smanjenje samosvijesti i društvena izolacija pogođenih osoba, a nerijetko nerazumijevanje okoline i pogrešno shvaćanje biti problema. Bolest se pojavljuje sve ranije u civiliziranim zemljama zbog kumulativnog djelovanja buke, stresa, pušenja, pretilosti, ototoksičnih lijekova, bolesti krvnih žila i lokomotornog sustava te različitih metaboličkih bolesti, a posebno dijabetesa. Borba protiv staračke naglušosti počinje od rane mladosti reguliranjem načina života i brigom za zdravlje. Nada se polaže u gensku terapiju u budućnosti koja bi potencijalno mogla pomoći u očuvanju sluha do duboke starosti. Aktualna dijagnostika i rehabilitacija u rukama je interdisciplinarnog tima sastavljenog od otorinolaringologa, audiologa, logopeda i distributera slušnih pomagala. Tehnološki razvoj donosi svakodnevni napredak u kvaliteti pomagala i mogućnostima priključivanja na TV, radio i telefonske uređaje. Inovativna rješenja s ugradbenim slušnim pomagalima kod naglušosti, odnosno umjetnom pužnicom kod gluhoće revolucionirala su mogućnosti ponovnog uključivanja pogođenih osoba u svijet čujućih. Međutim, osnovni preduvjet uspjeha rehabilitacije je kontinuirana skrb za nagluhu stariju osobu jer i najnovija tehnologija neće polučiti rezultate kod osobe prepuštene samoj sebi.

73. THE LONELY CROWD, INDEED

ORESKOVIC S, Vukusic Rukavina T

Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

stjepan_oreskovic@hms.harvard.edu

Keywords: Evolutionary Patterns, Health Outcomes, Loneliness, Health Behaviour, Mortality

„Anyone who either cannot lead the common life or is so self-sufficient as not to need to and therefore does not partake of society is either a beast or a god.“ Aristotle

The understanding of human social character articulated in Aristotle’s „Politics“ has been challenged by the development of modern society. Up to 80% of those under 18 years of age and 40% of those over 65 of age report being lonely at least sometimes, and 15–30% of the general population suffer from chronic loneliness. Why loneliness is such a great problem of modern society. Human species possess a level of social organization that entails groups of adults living together and whose relationships with others endure over the time span.

The danger of isolation trigger implicit hypervigilance for social threat, together with greater anxiety and hostility. What happens when society starts to change evolutionary habits? Reisman, Glazer, and Denney published a study „The Lonely Crowd“ in 1950. The social and age structure of developed societies later mirrors exactly the study predictions. The authors were analyzing three cultural types: tradition-directed, inner-directed, and other-directed. The other-directed person prefers the feeling of love and acceptance from others to self-esteem. Those who are other-directed need assurance that they are emotionally in tune with others. Other directed persons suffer from loneliness more than traditional type character. The other-directed character now dominates society. The problem arises when the society isolates that type of personality and creates a social paradox: growing majority of the population becomes an isolated social group being growing demographic majority at the same time.

The lecture will present how individual differences in health behaviors, physiological stress responses, the appraisal, and coping, and restorative processes are connected to level and intensity of loneliness of „other-directed person“. The effects of each of these pathways endow loneliness with the capacity to accelerate the rate of physiological decline with age. Measurable outcomes include impaired immunity, a pro-inflammatory gene expression profile, accelerated cognitive decline, depression, poor sleep quality, declined cardiovascular function, and early mortality. The evidence from the research will be presented showing that we are neither beast nor gods. A lonely crowd, indeed.

POZVANA PREDAVANJA INVITED LECTURES

3. dan / Day 3

ČETVRTAK, 17. studeni 2016.
THURSDAY, November 17, 2016

74. JAVNOZDRAVSTVENI ASPEKTI STARENJA

STEVANOVIĆ R, Rukavina T

Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

ranko.stevanovic@hzjz.hr

Ključne riječi: starenje, javno zdravstvo, dom zdravlja, koordinacija, povezivanje

Starenje je prirodna, normalna fiziološka pojava, nepovratan individualan proces, koji u pojedinim ljudima napreduje različitim brzinom i u različitoj životnoj dobi. Proces starenja započinje od začeća i traje do smrti. Po klasifikaciji Ujedinjenih naroda, 65 godina je dobna granica kojom se ljudi smatraju starim ljudima. Starost (SZO-a) dijelimo na: raniju (65-74 godine), srednju (75- 84 godine) i duboku starost (od 85 i više godina).

2001. godine, udio ljudi starijih od 65 godina u Hrvatskoj iznosio je 15,6%, u Popisu 2011. godine broj stanovnika starih 65 i više godina iznosio je 17,7% i po prvi put premašio je broj mladih od 0 do 14 godina koji iznosi 15,2%. U Hrvatskoj svaki šesti stanovnik stariji je od 65 godina, svaka peta žena starija je od 65 godina te ih ima čak 144.722 više nego djevojčica mladih od 14 godina. Po demografskoj projekciji hrvatskog pučanstva do 2050. godine, udio starijih osoba u Hrvatskoj iznositi će čak 26,8%, od čega će 9,7% činiti osobe u dubokoj starosti od 85 i više godina.

U starosti se događaju promjene u organima i organskim sustavima tijekom normalnog (fiziološkog) starenja: osjetilo vida, osjetilo sluha, osjetila njuha i okusa, smanjenje mišićne mase, kosti postaju tanje i krhkije, smanjenje apsorpcijske površine i elastičnosti pluća, ateroskleroza/povišenoga krvnog tlaka, prohodnost krvi kroz jetru i bubrege itd.

Bolest i starost nisu sinonimi. Najvažnije je razlikovati zdravo starenje od pojave bolesnog i patološkog starenja. Međutim, starost je povezana s nekim negativnim zdravstvenim ponašanjima: neodržavanje osobne i higijene okoline, fizička neaktivnost, psihička neaktivnost, neprihvatanje radne terapije, debljina, alkoholizam, pušenje, pijenje crne kave više od dvije šalice dnevno, nepridržavanje uputa liječnika, nekontrolirano uzimanje lijekova, neizlaganje umjerenoj sunčevoj svjetlosti itd. Postoje i bolesti i stanja u starijih ljudi koje želimo i možemo spriječiti: šećerna bolest, debljina, hipertenzija, cerebrovaskularna bolest, kardiovaskularna bolest, novotvorine (karcinom dojke, jajnika, prostate, pluća), osteoporoza / prijelomi, inkontinencija, duševni poremećaji, respiratorne bolesti (gripa i pneumonija) itd.

Zadaće "redefiniranog doma zdravlja", "Centra za primarnu zdravstvenu zaštitu" bile bi: koordinacija i povezivanje i monitoring timova na ostvarivanju programa promocije zdravlja, prevencije i liječenja bolesti kod starijih osoba, koordinacija i povezivanje timova unutar i timova izvan grupne prakse, povezivanje i suradnja timova OM s drugim službama (patronaža, HMP, epidemiologija, socijalna medicina...), povezivanje s drugim nezdravstvenim službama (socijalna služba, njega itd.), sudjelovanje u projektima na lokalnoj razini, edukacija (pasivna i aktivna), koordinacija dijagnostičkih servisa, kontrola i osiguranje kvalitete.

75. HRVATSKI NACIONALNI PROGRAM PROMICANJA ZDRAVLJA-ŽIVJETI ZDRAVO U STARIJOJ DOBI

ŠTIMAC GRBIĆ D¹, Musić Milanović S¹, Lang M¹, Krtalić S¹, Delaš M¹, Jovičić D¹, Pavlić J¹, Koprivanac M¹, Mravak S²

¹Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

²Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

danijela.stimac@hzjz.hr

Ključne riječi: promicanje zdravlja, starije osobe, program, živjeti zdravo

Uvod: Kronične nezarazne bolesti vodeći su uzrok bolesti i prijevremenih smrti u Hrvatskoj, poglavito u starijih ljudi. Kao rizični čimbenici na prvom mjestu su loše prehrambene navike, nedostatna tjelesna aktivnost, povišen krvni tlak i pušenje. Istraživanja pokazuju da u odrasloj populaciji povećanu tjelesnu težinu ima 35% žena i 48% muškaraca. No čak je u 15% žena i 31% muškaraca utvrđena pretilost. Tjelesnom aktivnosti u slobodno vrijeme (3 puta tjedno po 30 minuta) bavi se samo 17,1% muškaraca i 4,3% žena. Istovremeno, ankete o potrošnji namirnica pokazuju da je udio masti u ukupnom dnevnom energetskom unosu viši od preporučenih vrijednosti i iznosi 38-39%, dok je udio

ugljikohidrata niži od preporučenih vrijednosti i iznosi oko 49-50%. Ukupna potrošnja prosječne dnevne količine svježeg povrća i voća manja je od preporučenih 400 grama i iznosi oko 300 grama po osobi. Dnevno se po osobi prosječno troši oko 120 grama mesa i mesnih proizvoda, a ribe samo 20 do 25 grama. Prevalencija osoba (18 godina i stariji) s indeksom tjelesne mase 25 i više u RH iznosi 58.8%. Prehrambene navike pogoršavaju se porastom dobi. 60% populacije je tjelesno neaktivno. Ovakvi pokazatelji uzrok su veće stope smrtnosti od kroničnih nezaraznih bolesti od prosjeka za zemlje EU.

S ciljem da se djeluje preventivno na sve čimbenike rizika za nastanak KNB te da se obuhvate sve dobne skupine i djeluje unutar primarnih društvenih zajednica tj. u okruženju u kojem ljudi žive i borave, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske i Hrvatski zavod za javno zdravstvo, u suranji ostalih ministarstava RH, predložili su, a vlada RH, u srpnju 2015. usvojila nacionalni program promicanja zdravlja „Živjeti zdravo“, kao model komprehenzivne intervencije u cilju smanjenja biheavioralnih, biomedicinskih i sociomedicinskih rizika za nastanak KNB. Program se provodi kroz pet komponenti: zdravstveno obrazovanje, tjelesna aktivnost, zdravlje i prehrana, zdravlje i radno mjesto i zdravlje i okoliš. Provoditelji su. 21 županijski zavod za javno zdravstvo u suradnji sa lokalnom samoupravom i civilnim društvom.

Rezultati: Kroz pet komponenti nacionalni program je kao zdravstveno obrazovanje ušao u kurikulum obveznog školskog programa, uvedeni su poligoni za vježbanje u 120 osnovnih škola RH koje su bez sportskih dvorana, uspostavljene su hodačke staze u osam županija, četiri tvrtke su dobile naslov Tvrtka prijatelj zdravlja zbog promicanja zdravlja na radnom mjestu, uspostavljeni su kriteriji za dodjelu jamstvenog žiga „Živjeti zdravo“ za namirnice sa većom nutritivnom vrijednošću, koji je do sada dobilo deset prehrambenih proizvoda, izrađene su smjernice za prehranu školske djece. Predstoji daljnja implementacija programa u svim županijama te evaluacija provedenih intervencija.

Za učinkovitu provedbu programa promicanja zdravlja nužno je djelovati multidisciplinarno, kroz angažman svih dionika u društvu te djelovati u okolišu, na državnoj, lokalnoj i individualnoj razini kroz legislativu, smjernice i obrazovanje te ponudu zdravijeg izbora koji treba učiniti dostupnijim.

Samo komprehenzivna javnozdravstvena intervencija može smanjiti rizike za nastanak KNB.

Intervenciju je potrebno provoditi istovremeno na državnom, regionalnom i individualnom nivou. Iz navedenog vidljiva je važnost programa promicanja zdravlja kako u mlađoj, tako i u starijoj životnoj dobi sukladno hrvatskoj i europskoj gerontološkoj doktrini.

76. REGISTAR (UMIROVLJENIH) ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA

TROŠELJ M

Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

mario.troselj@hzjz.hr

Ključne riječi: Zdravstveni djelatnici, planiranje zdravstvenih djelatnika, umirovljenici

Tema manjka i planiranja zdravstvenih radnika naglašava se i na globalnoj razini posebice u proteklom desetljeću, a najčešće se u tom kontekstu spominju liječnici i medicinske sestre. U analizama, raspravama i razmišljanjima o mogućim poboljšanjima organizacije, planiranja i rada zdravstvenih djelatnika neizostavni su podaci o njihovom broju i raspodjeli. S obzirom da postojeću dobnu i obrazovnu strukturu zaposlenih nije moguće brzo mijenjati, o njoj treba voditi računa kod planiranja bilo koje skupine zdravstvenih radnika. Bez obzira na metode planiranja, treba u metodološkom, stručno-znanstvenom i informacijsko-tehnološkom smislu nadalje razvijati sustav kojim se osiguravaju kvalitetni i ažurni podaci.

Pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo tijekom 1990/91. godine osnovan je Registar zdravstvenih djelatnika koji vodi podatke o zdravstvenim radnicima i zdravstvenim suradnicima sa zaposlenjem u sustavu zdravstva. Prema Odluci Ministarstva zdravlja iz 2015. godine, ovaj se Registar zdravstvenih ustanova naziva se Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite. Registar između ostalog kronološki bilježi podatke o zapošljavanju, ali i odlasku iz zdravstvenog sustava, pri čemu je odlazak u mirovinu najveći razlog. Tako je ova baza podataka ujedno i registar umirovljenih zdravstvenih djelatnika. Prema podacima iz registra tijekom 2015. godine u mirovinu je iz javnog i privatnog dijela zdravstva otišlo 283 doktora medicine. Prema vrsti specijalizacije najviše umirovljenih, 31, je specijalista interne medicine, 24 specijalista opće kirurgije, 21 anesteziologije. Najvećim dijelom tj. 57% liječnika, otišlo je u mirovinu iz bolničkih ustanova. U dobi s navršene 66 i više godina otišlo je 176 ili 62% liječnika. Za doktore medicine prosječna dob odlaska u mirovinu bila je 66,1 godina, 66,5 za liječnike i 65,6 godina za liječnice.

Podaci o medicinskim sestrama i primaljama odnose se na one koje su u mirovinu otišli iz javnog dijela zdravstva, odnosno ustanova u vlasništvu države, županije i Grada Zagreba, a njih je tijekom 2015. godine bilo 377, od čega 257 ili 62% iz bolničkih ustanova.

Planiranje kojim se predviđa potreban broj djelatnika uz uvažavanje osnovne potrebe nadomještanja onih koji odlaze iz sustava, može se provoditi uz poznavanje demografske strukture zaposlenih. To je pogotovo važno s obzirom na propisanu dob umirovljenja i dobne varijacije određenih profesionalnih kategorija djelatnika ili određenih specijalista. Zadnjih godina primjetno je sve učestalije evidentiranje rada nakon umirovljenja, odnosno povratka u zdravstveni sustav. U tom smislu u slučaju potrebe, umirovljeni zdravstveni djelatnici predstavljaju izvor, a često i prvi izbor u rješenju manjka ljudskog potencijala u pružanju zdravstvene zaštite.

77. POBOL I POMOR OD BOLESTI SRCA I KRVOŽILJA OSOBA TREĆE ŽIVOTNE DOBI U PGŽ U RAZDOBLJU 2007.-2015. GODINE U ODNOSU NA PREVENTIVNE JAVNOZDRAVSTVENE AKTIVNOSTI PROJEKTA „ZDRAVA ŽUPANIJA“

SORTA-BILAJAC TURINA I^{1,2}, Beg Zrakić Lj¹, Gašparović Babić S^{1,2}, Bukmir L^{2,3}, Diminić Lisica I^{2,4}, Glibotić Kresina H^{1,2}

¹Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ, Rijeka, Hrvatska

²Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

³Specijalistička ordincija opće medicine Leonardo Bukmir, dr. med., Rijeka, Hrvatska

⁴Specijalistička ordincija opće medicine Ines Diminić Lisica, dr. med., Rijeka, Hrvatska

sorta.iva@gmail.com

Ključne riječi: kardiovaskularne bolesti, treća životna dob, preventivni programi

Primorsko-goranska županija učlanila se u udrugu “Hrvatske mreže zdravih gradova” 2004. godine. Prvi „Plan za zdravlje“ donesen je 2006. godine, a od 2007. godine „Zdrava županija“ kontinuirano provodi aktivnosti prevencije bolesti i promocije zdravlja i socijalnog blagostanja kroz definiranje i provedbu zdravstvenih, odnosno socijalnih prioriteta po mandatnim razdobljima. Zdravstveni prioritet prevencije kardiovaskularnih bolesti je uz unapređenje mentalnog zdravlja prioritet koji se kontinuirano provodi od samog početka.

Na razini primarne zdravstvene zaštite u PGŽ je zabilježen pobol od kardiovaskularnih bolesti za 2007. (n1), odnosno 2015. godinu (n2) kako slijedi: ukupno: n1=69386, n2=80636; na 100000 st.: n1=22712, n2= 27224; 65+ godina: n1=37436, n2= 48601; pri čemu je strukt. indeks (udio): n1=53,95, n2=60,27 (ukupan br. stanovnika PGŽ: n1=305505, n2=296195). Na razini bolničke zdravstvene zaštite podaci o pobolu za 2007. (n1), odnosno 2015. (n2) su sljedeći: ukupno: n1= 4150, n2=5562; 65+ godina: n1= 2632, n2=3788; udio: n1=63,42, n2=68,10. Trend pobola u primarnoj, tako i u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti je u porastu.

Pomor od bolesti srca i krvožilja u PGŽ za 2007. (n1) odnosno 2015. godinu (n2) iznosi: n1=1380, n2=1087; na 100000 st.: n1=451, n2=367; strukt. indeks (udio): n1=40,93, n2=29,61 (ukupno umrli u PGŽ: n1=3372, n2=3671; na 100000 st.: n1=1104, n2=1239). Najčešće dijagnostičke podskupine su ishemijske bolesti srca čiji je udio smrtnosti 2015. godine iznosio 8,60% i kardiomiopatije s udjelom smrtnosti 7,49%. Premda se povećava ukupan broj umrlih, trend pomora od kardiovaskularnih bolesti je u opadanju.

Porast pobola od bolesti srca i krvožilja podcrtava zdravstvenu sliku Primorsko-goranske „stare“ županije. Treća životna dob karakterizirana komorbiditetima i potrebom za politerapijom, uz nižu razinu zdravstvene pismenosti, predstavlja izazov i potrebu za kontinuiranim javnozdravstvenim intervencijama. S druge strane, smanjen pomor, na žalost, otvara prostor drugom vodećem uzroku smrti u PGŽ, a to su novotvorine.

Stoga se, osim prikaza kretanja pobola i pomora od kardiovaskularnih bolesti, u ovom radu želi prikazati aktivnosti koje se kroz navedeni zdravstveni prioritet na Županijskoj razini kontinuirano provode već gotovo 10 godina. Također, želi se osvrnuti na mjesto i ulogu obiteljske medicine u praćenju kroničnih srčanih bolesnika treće životne dobi, s posebnim naglaskom na preventivne aktivnosti.

Prevencija kardiovaskularnih bolesti u trećoj životnoj dobi zahtijeva interdisciplinarni pristup i međusektorsku suradnju.

78. ZARAZNE BOLESTI U OSOBA STARIJIH OD 60 GODINA NA PODRUČJU GRADA ZAGREBU-JAVNOZDRAVSTVENI PRIORITET ILI NE?

KOSANOVIĆ LIČINA ML¹, Kolarić B^{1,2}, Jelavić M¹, Tešić V^{1,2}

¹Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

²Medicinski fakultet sveučilišta u Rijeci, Katedra za socijalnu medicinu i epidemiologiju, Rijeka, Hrvatska
mirjanalana.kosanoviclicina@stampar.hr

Ključne riječi: zarazne bolesti, prevencija, cijepljenje

Uvod i cilj: Povećanje udjela osoba starijih od 60 godina u ukupnoj populaciji grada Zagreba sa svim osobitostima starenja: slabljenja imunološkog sustava, prisutnost kroničnih bolesti, netipičnim kliničkim slikama bolesti, boravljenje u ustanovama za starije i nemoćne značajno pridonosi povećanju morbiditeta od svih bolesti pa tako i od zaraznih bolesti. Cilj rada je prikazati trend kretanja najučestalijih prijava oboljenja od zaraznih bolesti u osoba starijih od 60 godina na području grada Zagreba u periodu od 2001 do 2015. godine.

Metode: Izvršena je deskriptivna analiza podataka dobivenih iz Registra prijava oboljenja od zaraznih bolesti za grad Zagreb za period od 2001-2015. godine.

Rezultati: Prijave zaraznih bolesti u populaciji starijoj od 60 godina u periodu od 2001-2015 godine čine prosječno 11% svih prijavljenih od zaraznih bolesti u gradu Zagrebu i uočava se blagi trend porasta. Najučestalije prijave kroz isti period čine prijave oboljenja od tuberkuloze (prosječno 44% svih prijava) i Lyme borelioze (22% svih prijava), razne bakterijske infekcije (17%), crijevne zaraze i virusni hepatitisi (svaki po 11% svih prijava). U istom periodu primjećuje se kontinuirani porast prijava oboljelih od virusnih proljeva kao i od upala pluća koji čine do četvrtine svih prijavljenih crijevnih zaraza i bolesti dišnog sustava u toj dobi.

Rasprava i zaključak: Prosječni broj prijava oboljenja u osoba starijih od 60 godina u gradu Zagrebu ne čini značajan udio u sveukupnom broju prijava oboljenja od zaraznih bolesti, no pokazuje trend porasta. S obzirom na povećanje broja starijih u populaciji i otežanu mogućnost prevencije nekih infekcija zbog prisutnog komorbiditeta potrebno je ojačati svjesnost i zdravstvenih djelatnika i samih starijih osoba o nužnosti prevencije zaraznih bolesti. Promoviranjem cijepljenja, ranijom dijagnostikom svih bolesti, striktnim pridržavanjem i provođenjem mjera za sprečavanje nastanka institucionalnih infekcija te posljedičnim sprečavanjem invazivnih oblika bolesti u zdravstvenom sektoru, uz samu edukaciju starijih osoba o njihovoj povećanoj predispoziciji za razvitak zaraznih bolesti pridonijelo bi smanjenom broju kompliciranih oblika bolesti, a time se i smanjila smrtnost od istih.

79. ETIOLOŠKI UZROČNICI AKUTNOG PROLJEVA U STARIJIH LJUDI NA PODRUČJU GRADA ZAGREBA U 2015 GODINI

MATICA B, Grbinić –Senji D

Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

biserka.matica@stampar.hr

Ključne riječi: probavni sustav starijih, promjene u mikrobiomu, uloga crijevne flore, uzročnici proljeva

Uvod. Probavni sustav mijenja se tijekom starenja. Osim mehaničkih promjena slabijeg žvakanja, manjka enzimatske djelatnosti dolazi i do promjene crijevne flore. Ovisno o boravištu osoba u kući, ustanovi ili hospitalizacije crijevna flora se mijenja. Odnos Formicutes bakterija i Bacteriodes sp važni su u procjeni fiziologije probavnog trakta.

Tijekom 2015. godine pregledali smo uzorke stolica 3262 osobe starije od 65 godina. Najviše je osoba bilo pregledano na prisutnost *H. pylori* (1343) od kojih je 15,41% imalo prisutnost antigena. U nekoliko epidemija Noro virusa 14% osoba imalo je Noro virus u stolici. To je znatno više nego u općoj populaciji (5,71%). U 15,22% osoba pregledanih stolica na toksin: *C. difficile* prisutni su entero i citotoksini. To je skoro dvostruko više nego u općoj populaciji (8,46%) ambulantnih bolesnika

Bakterološki uzročnici su znatno manje prisutni u etiologiji akutnog proljeva starije populacije u našim rezultatima. Svega 3,37 % osoba ima dokazane salmonelle, kampilobakter, dok je u općoj populaciji pozitivitet 10,08%.

Adeno i Rotavirusi su prisutni u 5,585 starije populacije dok je u općoj populaciji 9,39% osoba ima proljeve virusne etiologije.

Zaključak: u pregledanih uzorka stolice starije populacije bolesnika na području grada Zagreba češće je prisutan *C. difficile* i Norovirus dok je bakteriološki uzročnik slabije prisutan nego u općoj populaciji. *C. difficile* je naajčešće posljedica primjene klavulanata u antibiotskoj terapiji, što zahtjeva oprez u izboru antibiotika osobito u starijih osoba.

80. SUICIDI OSOBA STARIJIH OD 60 GODINA U PRIMORSKO-GORANSKOJ ŽUPANIJI U RAZDOBLJU OD 1995. DO 2015. GODINE

JANKOVIĆ S¹, Glibotić Kresina H¹, Gašparović Babić S¹, Sorta-Bilajac Turina I^{1,2}

¹Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, Rijeka, Hrvatska

²Medicinski fakultet Rijeka, Rijeka, Hrvatska

suzana@zzjzpgz.hr

Ključne riječi: suicidi, starije osobe

Cilj: cilj rada jest prikazati podatke o suicidima osoba starijih od 60 godina u Primorsko-goranskoj županiji, za razdoblje od 1995. do 2015. godine; broj suicida po spolu, načini izvršenja suicida i gravitaciju osoba.

Metode: korišteni su podaci mortalitetne statistike u kojoj se nalaze sve umrle osoba koje su imale mjesto prebivanja u Primorsko-goranskoj županiji. Osobe koje su izvršile samoubojstvo podijelili smo prema gravitaciji u četiri subregije: Grad Rijeka, otoci, Gorski kotar i priobalje.

Rezultati: u promatranome razdoblju suicid su izvršile 1 044 osobe. Starijih od 60 godina bilo je 475, odnosno 45,5%. Muškaraca je bilo 322, žena 153.

Prema gravitaciji, stopa udjela u broju stanovnika je sljedeća: 16,25 je iz Grada Rijeke, 10,6 sa otoka, 32,6 iz Gorskog kotara i 14,21 iz priobalja.

Vodeći načini provođenja suicida bili su: kod muškaraca i kod žena vješanje (197 i 67), na drugom i trećem mjestu kod muškaraca je korištenje vatrenoga oružja (45) i skok s visine (35), a kod žena utapanje (29) i skok s visine (28).

Zaključak: udio starijih od 60 koji su učinili suicid, u odnosu na sveukupan broj suicida u Primorsko-goranskoj županiji velik je i iznosi 45,5%. Omjer muškaraca i žena je 2:1. Način provođenja suicida najčešće je vješanje. Žene vatreno oružje gotovo ne koriste.

Najveću stopu suicida imaju osobe iz Gorskog kotara, kao ruralne sredine u Županiji. Uzroci takve povećane stope i suicida uopće među starijim osobama zahtijevaju šire sociološko istraživanje.

81. RISKS OF USE OF MEDICINES IN ELDERLY - THE EXPERIENCE OF THE AGENCY FOR MEDICINAL PRODUCTS AND MEDICAL DEVICES (HALMED)

KRNIĆ D, Andrić A

Agency for medicinal products and medical devices (HALMED)

darko.krnic@halmed.hr

Ključne riječi: ADR database, elderly people, side effects of medications, polypharmacy

Introduction: It is well documented that elderly patients are at higher risk of developing ADRs due to changes in metabolism of drugs and routine practice of polypharmacy. Post-marketing safety monitoring is mandatory for all medicines and this task is primarily carried out by healthcare professionals. Focus of changes in good pharmacovigilance practice guidelines were to put emphasize on involving patients in drug safety monitoring through reporting of ADRs. HALMED carried out public campaign to promote ADR reporting directly by patients effectiveness of which we would like to investigate in this abstract with special focus of involvement of elderly patients. Also, we would like to present characteristics of ADRs reported for this age group.

Materials and methods: ADR data was extracted from the Croatian national ADR database by filtering ADR reports according to age reported. A descriptive data analysis was performed with the special emphasis on the number of drugs concomitantly used, reporter qualification and seriousness of the report.

Results: Reporting trend is clearly showing that the population for which ADR's are reported is becoming increasingly

older. Unsurprisingly, trend of using high number of drugs concomitantly is confirmed. Majority of reporters were physicians and number of reports coming from elderly patients directly are low.

Conclusion: ADR reports are valuable source of information about drug usage patterns in elderly. Drug safety monitoring in elderly it's of particular importance due to their vulnerability and all steps should be taken to promote importance of ADR reporting among this group. In order to do this, more channels of communication are needed. Also, strong partnership between regulatory institution and clinical institutions should be established in order to prevent ADRs in elderly, majority of which are avoidable.

82. NOVI PROTOKOL ZA PROCJENU PROPISIVANJA LIJEKOVA U STARIJIH OSOBA

MIMICA MATANOVIĆ S^{1,2}, Popović B¹, Vlahović-Palčevski V^{3,4}, Radošević-Quadranti N^{6,7}

¹Zavod za farmakologiju, Klinički bolnički centar Osijek, Osijek, Hrvatska

²Katedra za farmakologiju, Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište J. J. Strossmayer Osijek, Osijek, Hrvatska

³Zavod za farmakologiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

⁴Katedra za farmakologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

⁵Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

⁶DZ Primorsko-goranske županije, Rijeka, <Hrvatska

⁷Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

brislava.popovic@ri.t-com.hr

Ključne riječi: indikatori kvalitete, neodgovarajuće propisivanje lijekova, neželjena djelovanja lijeka, politerapija, starija dob

Propisivanje lijekova jedan je od čimbenika koji utječu na zdravlje cjelokupne populacije posebno osoba starije životne dobi. Pravilno propisivanje lijekova osobama starije životne dobi iznimno je važno jer utječe na očekivano trajanje i kvalitetu života. Kvalitetu propisivanja lijekova u starijih bolesnika moguće je procijeniti uporabom različitih validiranih protokola kojima se otkriva neprikladno propisivanje (1). Protokoli sadrže popis lijekova koji nisu primjereni za starije osobe i treba ih izbjegavati u njihovu liječenju jer mogu izazvati neželjene reakcije.

Protokoli za procjenu neprimjerenog propisivanja lijekova moraju se bazirati na nacionalnoj listi lijekova. Jedini hrvatski protokol za procjenu kvalitete propisivanja lijekova u starijih izradile su Mimica Matanović i Vlahović-Palčevski (2). Taj originalni protokol kombinira nekoliko različitih protokola/kriterija, a odnosi se na lijekove dostupne na hrvatskom tržištu. Kako svaki alat za procjenu neprimjerenog propisivanja, ima svojih prednosti i nedostataka, odabrani su klinički najpodobniji dijelovi te su obuhvaćeni u jedan protokol. Protokol se sastoji od četiri djela: 1. lijekovi s nepovoljnim omjerom rizika i koristi, 2. lijekovi upitne učinkovitosti, 3. popis lijekova koje treba izbjeći kod određenih bolesti i stanja, 4. potencijalno štetne interakcije lijekova.

Lijekovi koje valja izbjegavati u starijih osoba i lijekovi upitne učinkovitosti kombinacija su prilagođenih Beersovih kriterija i lijekova s popisa Francuskog nacionalnog konsefusa. Lijekovi koje valja izbjegavati uz određenu dijagnozu kombinacija su prilagođenih Beersovih kriterija, lijekova Kanadskog nacionalnog konsenzusa prema McLeodu, IPET popisa i lijekova s popisa klinički značajnih interakcija lijeka i bolesti prema Lindblad. Popis potencijalno klinički važnih interakcija temelji se na popisu 25 klinički značajnih interakcija koje su objavili Malone i Hanlon (78 interakcija), dok je za potrebe istraživanja popis nadopunjen s još 11 mogućih interakcija. Novi protokol je testiran u istraživanju provedenom u Kliničkom bolničkom centru Osijek u hospitaliziranih starijih bolesnika, a poslužio je i za procjenu kvalitete propisivanja osobama starije životne dobi na razini primarne zdravstvene zaštite temeljem baze podataka Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) (3,4).

Dobiveni rezultati mogu poslužiti kao temelj izradi smjernica za propisivanje lijekova starijim osobama u Hrvatskoj te kao dopuna sustavu HZZO-a za elektronsko propisivanje recepata kojim bi se moglo signalizirati propisivaču u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kada odabere neadekvatan lijek ili kombinaciju lijekova za pojedinog bolesnika. To bi u konačnici trebalo poboljšati kvalitetu propisivanja lijekova osobama starije životne dobi, smanjiti mogućnost nastanka nuspojava, broj akutnih hospitalizacija zbog primjene neodgovarajućih lijekova te morbiditet i mortalitet povezan s lijekovima.

Literatura:

Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C i sur. Appropriate prescribing in elderly

people: how well can it be measured and optimised? Lancet 2007;370:173-84.

Mimica Matanović S, Vlahovic-Palcevski V. Potentially inappropriate medications in the elderly: a comprehensive protocol. Eur J Clin Pharmacol. 2012 DOI: 10.1007/s00228-012-1238-1

Mimica Matanović S. Neodgovarajući lijekovi kao uzrok akutne hospitalizacije osoba starije životne dobi (disertacija) Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek. 2011.

4. Popović B, Quadranti Radošević N, Matanović Mimica S, Lisica Diminić I, Ljubotina A, Duliba Pezelj D, Vlahović-Palčevski V. Potentially inappropriate prescribing in elderly outpatients in Croatia. Eur J Clin Pharmacol. 2014;70(6):737-44.

Hume AL, Quilliam BJ, Goldman R, Eaton C, Lapane KL. Alternatives to potentially inappropriate medications for use in e-prescribing software: triggers and treatment algorithms. BMJ Qual Saf. 2011;20:875-84.

83. PRIMJENA POTENCIJALNO NEPRIKLADNIH LIJEKOVA U OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI SMJEŠTENIH U DOMU ZA STARIJE I NEMOĆNE „Sv. Kamilo de Lellis”

FEHIR ŠOLA K¹, Mucalo I², Verbanac D³, Vladimir Knežević S²

¹ZU Ljekarna Bjelovar, Hrvatska

²Sveučilište u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijski fakultet, Zagreb, Hrvatska

³Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

kfsola@gmail.com

Ključne riječi: osobe starije životne dobi, dom za starije i nemoćne, potencijalno neprikladni lijekovi, ljekarničke intervencije

S obzirom na prevalenciju komorbiditeta i posljedičnu primjenu velikog broja lijekova u osoba starije životne dobi, povećan je rizik primjene potencijalno neprikladnih lijekova, što dovodi do učestalije pojave neželjenih učinaka, interakcija među lijekovima, pobola i smrtnosti te značajno većeg korištenja zdravstvene zaštite. Stoga je primarni cilj ovog istraživanja bio detektirati lijekove koji su potencijalno neprikladni za bolesnike starije životne dobi te ustanoviti učestalost njihove primjene.

Prospektivno intervencijsko istraživanje provedeno je u razdoblju od veljače do lipnja 2016. godine u Domu za starije i nemoćne „Sv. Kamilo de Lellis”. U istraživanje su bili uključeni stacionirani korisnici koji su uzimali dva ili više lijekova i koji su potpisali pristanak za sudjelovanje u istraživanju. Provedbu ovog istraživanja odobrila su Etička povjerenstva Doma za starije i nemoćne „Sv. Kamilo de Lellis” i Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Za svakog ispitanika prikupljeni su podaci o terapiji i komorbiditetima te osnovni laboratorijski nalazi uvidom u medicinsku dokumentaciju te kroz informativne razgovore s korisnicima i medicinskim osobljem Doma. Istraživanje je provedeno na 120 ispitanika prosječne dobi 74 godine (raspon 60-100) koji su dnevno uzimali u prosjeku 7 vrsta lijekova (raspon 2-16) te imali prosječno 4 različite dijagnoze (raspon 0-11). Procjena mogućnosti propisane terapije provedena je primjenom implicitnih kriterija, uz korištenje validiranog protokola *Medication Appropriateness Index*.

Tijekom izlaganja prikazat će se potencijalno neprikladni lijekovi za osobe starije životne dobi koji su identificirani u ovom istraživanju te kako ljekarničke intervencije mogu unaprijediti zdravstvenu skrb o iznimno osjetljivoj skupini bolesnika smještenih u domu za starije i nemoćne osobe.

84. FOOD AND DRUG INTERACTIONS IN ELDERLY PEOPLE

BAGO M, Prga I, Culig J

Andrija Stampar Teaching Institute of Public Health, Zagreb, Croatia

martina.bago@stampar.hr

Keywords: food, drug, interactions, elderly

BACKGROUND: While drug-drug interactions are described properly, there are less information and attention about food-drug interactions. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of a drug may be altered as a result of food-drug interactions. Elderly patients are at higher risk due to the presence of multimorbidity, polypharmacy, malnutrition and impaired metabolism which may result with alteration of the effect of a drug (treatment failure or increased risk of adverse events and toxicity).

METHODS OF WORK: The electronic database PubMed was searched in June 2016 for relevant studies. Additional references were obtained from reviewed articles.

RESULTS: A total of 24 articles were included in review. Warfarin, calcium channel blockers, statins, antibiotics and monoamine oxidase inhibitors are drugs that frequently interfere with food. Grapefruit (food and juice), orange juice, St. John's worth, xanthines-containing beverages (e. g. coffee tea), tyramine-containing food (e. g. chocolate, aged and matured cheeses, red wine, draft beers), milk and dairy products are the most common food, dietary supplements or beverages that interact with drugs in elderly population which is the same as in general population. Changes in drug absorption, distribution, metabolism and elimination associated with ageing result in modified drug bioavailability, volume of distribution, clearance and half-life in the elderly.

CONCLUSION: The major risk for food-drug interactions is lack of patients' awareness of the problem. There is a need to write guidelines for patients regarding food and drug interactions with a special focus on elderly patients. It is important to prescribe essential medications for as short a period as possible. Periodic re-evaluations of the treatment are needed to minimize the risk of potential food-drug interactions. Multidisciplinary approach (physicians, pharmacists and nurses) is recommended in geriatric care. Healthcare professionals should counsel elderly patients about drug interactions with the food they eat.

85. PRIRODNI LJEKOVITI ČINTELJI U GERIJATRIJI

IVANIŠEVIĆ G

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, Zagreb, Hrvatska

g_ivanisevic@hotmail.com

Ključne riječi: gerijatrija, prirodni lijekoviti činitelji, Hrvatska

Gerijatrijska medicina je najperspektivnije područje djelovanja medicine u svijetu. Na temelju popisa stanovništva iz 2011. godine u Hrvatskoj je nađen udio starijih osoba od 65 godina od 17,7%, dok je onaj u svjetskoj populaciji oko 8.5%. Procijenjuje se da će 2050. godine u svijetu broj starijih osoba doseći 17%. Velik udio starijih osoba zahtijeva od medicinskih djelatnika sve veći i jači opseg prevencije, liječenja, produženog liječenja i rehabilitacije bolesnika i drugih korisnika. Prirodni lijekoviti činitelji, kao dijelovi prirode (prirodnine) povoljno djeluju na zdravi i bolesni ljudski organizam. Dijelimo ih u klimatske, morske i toplične.

Tablica 1. Prirodni lijekoviti činitelji

Klimatski	Morski	Toplični (balneološki)
promjena klimatskog mjesta	klima	termomineralne vode
klimatska počela (temperatura, tlak i vlaga zraka, brzina vjetra)	čistoća zraka	peloidi
klimatski činitelji (fronte)	morska voda	naftalan
klimatski postupci	alge	klima
čistoća zraka	biljni pokrov	čistoća zraka
sunčevo zračenje	šetnice i staze	biljni pokrov
morski činitelji	sunčevo zračenje	šetnice i staze
kraške špilje	pijesak	sunčevo zračenje
rudnici soli	solanski peloid	naftalan
	morski peloid (liman)	

Za optimalne rezultate primjene prirodnih lijekovitih činitelja na njihovu nalazištu i/ili mjestu primjene u lječilištu i lječilišnom mjestu potrebno je zadovoljiti lječilišne uvjete primjene. Ti su uvjeti, izdvojeni tijekom razvitka lječilišne medicine u 19. stoljeću, prikazani u tablici 2.

Tablica 2. Lječilišni uvjeti primjene prirodnih lijekovitih činitelja

Lječilišni uvjeti
dnevni raspored
zdrava i/ili dijetalna prehrana
isključenje pušenja, alkohola, droga i štetnih navika
jutarnja tjelovježba
boravak na čistom zraku
društveni programi
kulturni programi
rekreacijski i športski programi
duhovni programi
isključenje buke i zagađenja zraka

Njihovo korištenje temelj je prirodnih oblika liječenja klimatoterapije, talasoterapije i balneoterapije. U Hrvatskoj djeluje 17. zdravstvenih ustanova s prirodnim lijekovitim činiteljima. To su: Biograd, Bizovac, Crikvenica, Daruvar, Ivanić Grad, Krapinske Toplice, Lipik, Makarska, Nin, Opatija, Rovinj, Istarske Toplice, Stubičke Toplice, Topusko, Varaždinske Toplice, Vela Luka i Veli Lošinj. U njima se mogu provoditi gerijatrijski programi prevencije, liječenja, produženog liječenja i rehabilitacije starijih osoba.

U specijalnim bolnicama i lječilištima mogu se provoditi gerijatrijski programi prevencije, liječenja, produženog liječenja i rehabilitacije.

86. ETIČKI ASPEKTI ZAŠTITE ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA

BOROVEČKI A

Medicinski fakultet u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska
abor@mef.hr

Ključne riječi: etika, problemi, starije osobe, zdravstvena zaštita

Kvalitetan odnos liječnika i pacijenta temelj je kvalitetne zdravstvene zaštite. Adekvatan odnos temelji se na uvažavanju pacijentovih potreba, ali i međusobnom razumijevanju i građenju povjerenja. Starije osobe spadaju u vulnerabilne skupine kod kojih je potreban posebna pristup liječenju, ali i komunikaciji s pacijentom. U ovome radu osvrnuti će se na niz etičkih pitanja i problema koji se mogu javiti tijekom pružanja zdravstvene zaštite starijim osobama: provođenje adekvatnog uzimanja informiranog pristanka, donošenje odluka o liječenju od strane poslovno sposobnih ili pacijenata koji su izgubili poslovnu sposobnost, donošenja odluka vezanih uz kraj života i palijativnu skrb, uključivanja starijih osoba u istraživanja tijekom njihove zdravstvene skrbi. Analizirat će se i položaj starijih osoba u zdravstvenim sustavima te dostupnost zdravstvene skrbi.

87. STALNOST TJELESNE AKTIVNOSTI I VJEŽBANJA U OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

MIŠIGOJ-DURAKOVIĆ M

Katedra za medicinu sporta i vježbanja, Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska
marjeta.misigoj-durakovic@kif.hr

Ključne riječi: tjelesna aktivnost/vježbanje, prevencija kroničnih bolesti, kardiovaskularne komplikacije tijekom aktivnosti, starija dob

Održavanje redovite tjelesne aktivnosti povezano je sa smanjenjem rizika razvoja niza kroničnih bolesti: metaboličkih, srčanožilnih i ekih malignih. Istraživanja mehanizama učinaka redovite tjelesne usmjerena su danas posebno na učinke tjelesne aktivnosti na čimbenike upale i hemostaze, vaskularnu endotelnu funkciju te ulogu miokina. Redovita aktivnost smanjuje rizik razvoja demencije i Alzheimerove bolesti, smanjuje rizik sarkopenije i osteoporoze. Dobrobiti tjelesne aktivnosti nadmašuju rizike aktivnosti. Akutni kardiovaskularni (KV) incidenti tijekom ili neposredno nakon tjelesne aktivnosti su rijetki. Redovito aktivne starije osobe imaju manji rizik KV incidenta tijekom aktivnosti u odnosu na neaktivne osobe. Vježbanje visokim intenzitetom međutim akutno povećava rizik ozljeđivanja, mogućih KV incidenata u osoba s postojećim KV bolestima i smanjuje vjerojatnost održavanja redovitosti vježbanja. Temeljem tridestogodišnje studije radu će biti prikazane najteže KV komplikacije tijekom i neposredno nakon aktivnosti i njihova prevalencija u populaciji starijeg stanovništva RH. Opće preporuke uključuju svakodnevnu 30 - 60 minutnu umjerenu aktivnost aerobnog tipa, važnu za održanje kardiorespiratorne sposobnosti i učinaka vezanih za regulaciju krvnog tlaka, razine masnoća u krvi. Dva puta tjedno pridružuju se umjerene vježbe mišićne izdržljivosti u cilju održanja mišićne i koštane mase. Vježbe fleksibilnosti i ravnoteže, važne su u prevenciji padova. Od posebne je važnosti poštivanje principa postupnosti u uključivanju u tjelesno opterećenje. Pozornost valja usmjeriti također na smanjenje vremena provedenog sjedeći. Aktivnosti na otvorenom, provedene u društvu i aktivnosti provedene uz glazbu doprinose redovitosti vremena provedenog u tjelesnoj aktivnosti. Za osobe starije životne dobi od posebne je važnosti redovitost tjelesne aktivnosti umjerenog intenziteta prema individualnoj percipiji, postupnost u provođenju i napose prilagodba primjerenog oblika intenziteta aktivnosti/vježbanja s obzirom na zdravstveni status i razinu funkcionalne spremnosti, što uključuje savjetovanje s liječnikom i kineziologom, a uključivanje u umjereno do intenzivno vježbanje zahtijeva dodatnu pomnu liječniku obradu.

88. POTREBE ZA EDUKACIJOM FIZIOTERAPEUTA U GERONTOLOGIJI

MAČEK Z¹, Balagović I¹, Mandić M¹, Telebuh M², Benko S³

¹Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice, Krapinske Toplice, Hrvatska
²Zdravstveno veleučilište, Zagreb, Hrvatska
³Klinička bolnica Sv. Duh, Zagreb, Hrvatska
zdravko.macek@kr.t-com.hr

Ključne riječi: gerontologija, fizioterapija, rehabilitacija, edukacija, studij fizioterapije

Uvod: Gerontologija je znanost koja se bavi različitim aspektima starenja ljudi. Udio starijeg stanovništva u društvu ima tendenciju porasta, a to zahtijeva prilagodbu profesija koje se gerontološkim problemima bave. Fizioterapija je u području gerontologije uključena u procese rehabilitacije, ali i programe aktivnog i zdravog starenja koji imaju za cilj očuvati fizičke funkcionalne sposobnosti. Cilj istraživanja je ispitati znanje fizioterapeuta o gerontologiji te potrebu za uvođenjem predmeta gerontologija, na studij fizioterapije u RH.

Metode: U istraživanju je proveden test znanja o gerontologiji, Nastavnog zavoda javnog zdravstva, „Dr. Andrija Štampar“ u Zagrebu i upitnik o ulozi fizioterapeuta u gerontologiji i potrebi za uvođenjem predmeta gerontologija na studij fizioterapije u RH. Istraživanje je provedeno na uzorku od 70 fizioterapeuta.

Rezultati: Istraživanje je pokazalo da znanje fizioterapeuta o gerontologiji nije dovoljno te da je zadovoljavajuće rezultate na testu postiglo 34 ispitanika (48,5%), da fizioterapeuti nisu zadovoljni svojim kompetencijama, ulogom i edukacijom u području gerontologije, ali istovremeno izražavaju veliku potporu uvođenju predmeta gerontologije na studij fizioterapije (84,2%). Rasprava: Znanje i uloga fizioterapeuta u području gerontologije nisu dovoljni, službe i institucije nedovoljno prepoznaju fizioterapeute kao profesiju, a formalna edukacija fizioterapeuta nije adekvatna.

Zaključak: Istraživanje je pokazalo probleme fizioterapije u gerontologiji i ukazalo je na potrebu poboljšanja edukacije, odnosno potrebu uvođenja predmeta gerontologije na studij fizioterapije.

89. VAŽNOST GERONTO-REHABILITACIJE ZA BRŽI OPORAVAK I BOLJU KVALITETU ŽIVOTA

VLAK T

Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska
tonkovlak@gmail.com

Trend starenja populacije i sve veći udio starijih osoba u sveukupnoj populaciji, doveo je do toga da se, s rehabilitacijskog aspekta, sve intenzivnije razmatraju nove mogućnosti i potrebe provođenja nefarmakološkog liječenja (NFL) potencijalnih bolesnika s ciljem poboljšanja kvalitete života bržim oporavkom. Zbog toga ja značaj geronto-rehabilitacije danas puno veći nego ranije, kako sa socijalnog i ekonomskog aspekta, tako i s obzirom na medicinsko značenje rehabilitacijske medicine. Ona postaje sve važnija sastavnica u popisu medicinskih djelatnosti, koje starijim osobama omogućavaju bolje funkcijske sposobnosti i popravljaju njihovu kvalitetu života u sklopu gerontoloških intervencija.

Udio specijalista, koji se bave rehabilitacijskom medicinom, će biti sve to veći u gerijatrijskim timovima specijalista zaduženim za skrb o starijim osobama, što je (i medicinska i društvena) svijest o značenju kvalitete života starijih osoba izgrađenija u našem društvu.

Re(ponovno)-habilitatio (osposobljavanje) kao naziv definira osnovnu misiju naše struke -usmjerene na brojne postupke NFL, kojima se može pridonijeti većoj samostalnosti u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, većoj kvaliteti života, manjoj ovisnosti o pomoći drugih osoba te smanjivanju utjecaja brojnih komorbiditeta kod starijih osoba.

Upravo ti brojni komorbiditeti, kao i poznavanje socijalnih prilika, nalažu individualni i bio-psiho-socijalni pristup u rehabilitaciji osoba starije životne dobi.

Važnost rehabilitacijskih postupaka zato ne smije biti postavljena ispred poštivanja tih načela, tako da brojne rehabilitacijske postupke i NFL ne smijemo pretpostaviti mogućnostima njihovih korisnika. Cilj rehabilitacije se svakom bolesniku planira i ostvaruje omeđenim komponentama koje, s jedne strane uključuju posljedice starenja, a s druge strane aktualnih potreba (bolest, ozljeda...). Pri tome postoje i brojna ograničenja, koja su usmjerena na temeljni instrument rehabilitacijskih postupaka – medicinske vježbe, pri čemu se najveći značaj pridaje komorbiditetu

i smanjenju sposobnosti za tjelesnu aktivnost. Gubitak mišićne mase, u sklopu fizioloških procesa starenja i inaktiviteta, kao i promjena kvalitete mišića, najčešći je limitirajući faktor uspješnosti rehabilitacijskih postupaka. Tada nam NFL značajno pomaže u ostvarivanju naših ciljeva, bez obzira da li se radilo o korištenju fizioterapijskih procedura, funkcijskih pomagala ili nutritivne potpore.

90. RAZINA KVALITETE ŽIVOTA STARIJIH OSOBA UKLJUČENIH U FIZIOTERAPIJSKU SKRB

TELEBUH M¹, Bertić Ž², Herc M³, Maskoun M⁴, Maček Z⁵, Znika M⁶, Balagović I⁴

¹Zdravstveno veleučilište Zagreb, Zagreb, Hrvatska

²Zavod za javno zdravstvo Bjelovarsko-bilogorske županije, Bjelovar, Hrvatska

³Alma Mater Europaea ECM, Maribor, Slovenija

⁴Ambulante Intensivpflege ape GmbH, Sulzbach-Rosenberg, Njemačka

⁵Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice, Krapinske Toplice, Hrvatska

⁶Veleučilište Lavoslav Ružička u Vukovaru, Vukovar, Hrvatska

mtelebuh@zvuh.hr

Ključne riječi: kvaliteta života, starije osobe, fizioterapijska skrb

Uvod: Unazad tridesetak godina sve više raste interes za znanstvenu analizu kvalitete života te proučavanje i praćenje stupnja kvalitete života u kojem pojedinci žive. Cilj ovog rada je utvrditi razlike u doživljaju kvalitete života osoba starije životne dobi, starijih od 65 godina obzirom na oblik fizioterapijske skrbi.

Metode rada: U istraživanju je sudjelovalo 60 ispitanika. Prosječna starost ispitanika je bila 76,3 godine. Ispitanici su bili podijeljeni u 3 skupine, po 20 ispitanika u svakoj skupini. 1. skupinu sačinjavali su ispitanici smješteni u domu za starije i nemoćne i korisnici fizikalne terapije, 2. skupinu činili su korisnici fizikalne terapije u vlastitom domu, a u 3. su skupini bili ispitanici koji žive u svom domu i nisu korisnici fizikalne terapije. Svi ispitanici su sa područja Zagrebačke županije. U svrhu ovog istraživanja korišten je upitnik kvalitete života WHOQOL-BREF koji je kraći oblik upitnika WHOQOL-100.

Rezultati i rasprava: Rezultati ukazuju na postojanje razlika između skupina u tri varijable. Prva razlika je ona u domeni "Fizičko zdravlje" $F(2,57)=8,602, p<0,01$, a Sheffe post hoc test potvrđuje da je razlika statistički značajna između druge i treće skupine ispitanika. Druga razlika je u procijeni „Kvalitete života“ $F(2,57)= 4,366, p<0,023$. Iz Sheffe post hoc testa je vidljivo da je ta razlika značajna između prve i treće skupine ispitanika, no nema razlike kada uspoređujemo drugu skupinu s prvom i trećom. Treća razlika je u procijeni „Općeg zdravstvenog stanja“ $F(2,57)= 4,386, p<0,017$. Razlika postoji između treće i druge skupine, to jest, između ispitivane skupine koja živi u svom domu i ne prima fizikalnu terapiju i skupine koja prima fizikalnu terapiju u svome domu.

Zaključak: Razina kvalitete života se često izjednačava s pojmom zdravlja, a prema mnogim autorima doprinosi kvaliteti života, što je pokazalo i ovo istraživanje. Provedeno istraživanje pokazalo je da postoji razlika procjene kvalitete života u cjelini i općeg zdravlja ispitanika te da postoji razlika po domenama kvalitete života između sve 3 skupine ispitanika. U budućim istraživanjima moglo bi se specifičnije utvrditi razloge slabije kvalitete života kroz detaljniju analizu čestica unutar pojedinih domena kvalitete života.

91. ERGONOMSKI PRISTUP STAROSTNIKU

STRIČEVIĆ J¹, Turk Z², Haložan D¹, Čelan D², Pajnkihar M¹

¹University of Maribor Faculty of Health Sciences, Maribor, Slovenia

²University Medical Centre Maribor, Maribor, Slovenia

jadranka.stricevic@um.si

Ključne riječi: medicinske sestre, zdravstveni djelatnici, dinamičko opterećenje, mišićno-skeletne povrede, ergonomsko tehnička pomagala, kritički tjelesni položaji u radu

Ciljevi: Medicinske sestre su u svome radu sa starostnikom svakodnevno izložene dinamičkim opterećenjima u njezi bolesnika. Zdravstvena njega je profesionalna djelatnost u kojoj se pojavljuje iznadprosječni broj mišićno-skeletnih ozljeda i bolesti te izostanka s posla. Cilj ovog rada je istražiti izloženost nepovoljnim kritičkim tjelesnim položajima, opterećenjima sa stresom u kliničkoj praksi kod starostnika s upotrebom ergonomsko tehničkih pomagala kod zdravstvenih djelatnika koji rade u staračkim domovima u zdravstvenoj njezi.

Metoda: S metodom OWAS (Ovako Working posture Analysis System) su zabilježeni kritički tjelesni položaji (n=15) tijekom 7,5 satnog radnog vremena. U istraživanju su sudjelovali zdravstveni djelatnici u eksperimentalnoj skupini (n=28) i kontrolnoj skupini (n=28) koji se promatraju u sklopu redovitog svakodnevnog rada, provođenja različitih sestrinskih intervencija. Ukupan broj promatranja ispitanika je bio 56. Istraživanje je provedeno u staračkom domu u Mariboru.

Rezultati: Ne-parametrijski Mann-Whitney test je u 13 od 15 kritičkih situacija pokazao statistički značajno smanjenje u korist korištenja ergonomsko tehničkih pomagala. Upotreba pomagala smanjila je ukupno opterećenje lokomotornog sustava u roku 7,5 sati radnog vremena s 20,6 % na 7,7 %.

Zaključak: Korištenje ergonomsko tehničkih pomagala značajno smanjuje kritičke položaje tijela i biomehanička opterećenja kralježnice kod zdravstvenih djelatnika. Rezultati pokazuju, da se ergonomsko tehnička pomagala u kliničkim uvjetima koriste, iako produžuju vrijeme izvađanja intervencije. Uvođenjem ergonomsko tehničkih pomagala u kliničkom okruženju ćemo doprinijeti smanjenju rizika od ozljeda mišićno-skeletnog sustava i poremećaja kod medicinskih sestara. Uz istodobno uvođenje drugih ergonomskih mjera pridonijeti ćemo konačnoj humanizaciji radnih mjesta u zdravstvu.

ERGONOMIC ACCESS TO THE ELDERLY

STRIČEVIĆ J¹, Turk Z², Haložan D¹, Čelan D², Pajnkihar M¹

¹University of Maribor Faculty of Health Sciences, Maribor, Slovenia

²University Medical Centre Maribor, Maribor, Slovenia

jadranka.stricevic@um.si

Keywords: nurses, health care professionals, dynamic load, musculo-skeletal injuries, ergonomic technical devices, critical body postures during work

Objectives: Nurses are exposed to dynamic loads with elderly in their work with patients on a daily basis. Health care is a professional activity in which above-average number of musculo-skeletal injuries and illnesses occur and result in frequent absences from work. The aim of this paper is to investigate exposure to unfavorable critical physical positions in clinical practice with the use of ergonomic technical devices in health professionals who work in a nursing home.

Methods: By using the OWAS method (Ovako Working posture Analysis System) during the 7.5 hour work shift, 15 critical postures (n=15) have been reported. The study involved health professionals in the experimental group (n=28) and the control group (n=28) who were observed in the ordinary course of daily work in executing vast range of nursing interventions. The total number of respondent observations was 56. The survey was conducted at the Nursing home in Maribor.

Results: The non-parametric Mann-Whitney test showed a statistically significant reduction of body loads in 13 of the 15 critical body positions due to the use of ergonomic technical devices. Due to the latter, within 7.5 hours work shift, the average workload on the loco-motor system was reduced from 20.6 % to 7.7 %.

Conclusion: The use of ergonomic technical devices significantly reduces critical body postures and biomechanical loads to the spine in health care workers. The results show that ergonomic technical devices are being used in clinical practice even though they can occasionally prolong the nursing intervention itself. With the introduction of ergonomic technical equipment into the clinical settings, we greatly contribute to reducing the risks of injury of musculo-skeletal system and risks of musculo-skeletal disorders in nurses. With the simultaneous introduction of other ergonomic measures and policies, we contribute to the final humanization of the health care professions.

92. PRAVA I POSEBNOSTI STARIJIH OSIGURANIH OSOBA UNUTAR SUSTAVA OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U REPUBLICI HRVATSKOJ

PEZELJ DULIBA D

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Zagreb, Hrvatska

dubravka.pezelj-duliba@hzzo.hr

Ključne riječi: pravo na zdravstvenu zaštitu, obvezno zdravstveno osiguranje

U sustavu socijalnog zdravstvenog osiguranja u koje spada i obvezno zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj, svim osiguranim osobama osigurava pravo na zdravstvenu zaštitu pod jednakim uvjetima, a u skladu s njihovim zdravstvenim potrebama. Stoga, kako bi se zadovoljile njihove zdravstvene potrebe, postoje posebnosti koje se odnose na osigurane osobe starije od 65 godina.

Cilj je ovog preglednog rada prikazati prava na zdravstvenu zaštitu, kao i posebnosti u tim pravima, koje se odnose na provođenje ili financiranje zdravstvene zaštite osiguranih osoba starijih od 65 godina, a koje su uređene zakonom i/ili podzakonskim propisima i općim aktima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Veći dio posebnosti odnosi se na financiranje zdravstvene zaštite za starije od 65 godina i to na način da je uvećana „glavarina“ (iznos po osiguranoj osobi), utvrđen veći iznos za lijekove na recept, a doktorima koji skrbe za osigurane osobe smještene u domovima umirovljenika dodjeljuju se dodatna sredstva.

U bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, kod pojedinih postupaka akutnog liječenja utvrđene su više cijene za osigurane osobe starije od 65 godina, jer se očekuju povećani troškovi liječenja.

U dentalnoj zdravstvenoj zaštiti osigurane osobe starije od 65 godina imaju utvrđenu manje sudjelovanje u troškovima protetskih radova.

Ako izuzmemo posebnosti u financiranju, prava starijih osoba, radi načela jednakosti u obveznom zdravstvenom osiguranju, ne odstupaju od prava osoba mlađih od 65 godina.

Poradi karakteristika starijih osoba, primjerice smanjene mobilnosti, nesamostalnosti i slično, bez obzira što uživaju jednaka prava, često starije osobe nemaju mogućnost korištenja tih prava u jednakoj mjeri kao mlađe osobe.

Stoga je potrebno utvrditi koje su to mjere koje će omogućiti starijim osobama da kroz bolju dostupnost zdravstvenih usluga, ostvare prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja koja su im zakonom i podzakonskim propisima zajamčena.

93. POJAVNOST MALIGNIH BOLESTI U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

ŠEKERIJA M, Čukelj P

Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

mario.sekerija@hzjz.hr

Ključne riječi: registar za rak, incidencija, mortalitet

Starija dob jedan je od najvažnijih rizičnih čimbenika za nastanak malignih bolesti te je povezana s lošijim preživljavanjem i višim stopama mortaliteta. S obzirom na povećanje očekivanog trajanja života u populacijama razvijenih zemalja i zemalja u razvoju očekuje se porast incidencije, ali i prevalencije malignih bolesti uz sve veće opterećenje zdravstvenih proračuna.

Dok je 1991. postotak stanovništva starijeg od 65 godina iznosio 11,6%, prema popisu iz 2001. bio je 15,7%, prema popisu 2011. 17,7%, a prema posljednjim procjenama DZS za 2014. godinu iznosio je 18,8%. Porast broja i udjela

stanovnika u starijim dobnim skupinama prati i povišenje broja oboljelih i umrlih od malignih bolesti.

Za analizu incidencije raka u starijoj životnoj dobi korišteni su podaci Registra za rak Republike Hrvatske pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, a za analizu mortaliteta podaci Državnog zavoda za statistiku. U Hrvatskoj je 2014. godine od raka (dijagnoze C00-C97 (osim C44*, ne-melanomskih karcinoma kože) prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti) oboljelo ukupno 21.434 osoba, od čega su 12.064 osobe (56,3%) bile starije od 65 godina, a 1.197 (5,6%) starije od 85 godina. Udio malignih bolesti koje se dijagnosticiraju u dobi iznad 65 godina je stabilan unatrag 15 godina, iako se udio stanovništva u toj dobi povećava.

Najčešća sijela raka u muškaraca starijih od 65 godina su rak prostate (18,9%), rak debelog crijeva i rektuma (18,7%) te rak pluća i bronha (17,7%). Kod žena u istoj dobnj skupini najčešća sijela su rak dojke (21,6% ukupnog raka), rak debelog crijeva i rektuma (15,9%) i rak pluća i bronha (8,4%).

Udio umrlih od malignih bolesti u ukupnim uzrocima smrti se povećava iz godine u godinu te je 2014. godine iznosio 27,4% (13.939 smrti). U Hrvatskoj je 2014. bilo 9.927 umrlih od raka starijih od 65 godina života, što je 71,2% od ukupno umrlih od raka u Hrvatskoj, 19,5% od ukupno umrlih od svih uzroka te 24,1% od svih umrlih u dobnj skupini 65+.

Epidemiologija malignih bolesti u starijoj populaciji razlikuje se u odnosu na opću populaciju te se, sukladno tomu, trebaju planirati mjere koje će uzeti u obzir specifične potrebe ove dobne skupine.

94. ULOGA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U PALIJATIVNOJ MEDICINI ZA GERIJATRIJSKOG PACIJENTA-ISKUSTVA HITNE POMOĆI ZAGREB

RIMAC M

Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba, Zagreb, Hrvatska

rimacmatija@yahoo.com

Ključne riječi: palijativna skrb, hitna pomoć, gerijatrijski bolesnik, kvaliteta života, zdravstveni sustav

Uvod: Palijativna skrb je multidisciplinarna grana medicine fokusirana na ublažavanje patnje i neugodnih simptoma te unaprjeđenje kvalitete života pacijenta i obitelji. Primarno je vezana uz maligne bolesti, no danas je stav da palijativna skrb mora obuhvaćati šire dijagnostičko područje (renalna insuficijencija, kronična opstruktivna plućna bolest, kardiovaskularna oboljenja, demencija, dijabetes), tj. kronične bolesnike koji se nalaze na kraju njihovog života. Životni vijek se produžio, stanovništvo globalno stari. Stariji češće obolijevaju i umiru od kroničnih bolesti kojima prethodi dugi period tjelesnog propadanja i funkcionalnih poremećaja. Slijedom toga, njihovi problemi i potrebe su kompleksne, zanemarene i podcijenjene, a kvaliteta života na kraju upitna.

Cilj: Gerijatrijski bolesnici i starije osobe često zovu hitnu pomoć. Cilj je prikazati kroz intervencije hitne pomoći kompleksnost i opseg problema s kojima se suočavaju gerijatrijski bolesnici te potrebe implementacije i integracije palijativne skrbi u zdravstveni sustav.

Metode: Analiza obavljenih intervencija HMP-i u 2014. i 2015. godini s naglaskom na intervencije kod osoba starijih od 65 godina s obzirom na spol, dijagnoze po MKB šiframiku te razloge poziva, najčešći simptomi i mjesto završetka intervencije.

Rezultat: U promatranom periodu HMP je obavila 153.248 intervencija, od čega je bilo žena 49%, muškaraca 47%, neoznačen spol 4%. Kod osoba starijih od 65 godina bilo 42% intervencija. Najčešće dijagnoze po MKB su R00-R99 (simptomi, znakovi, abnormalni klinički nalazi nesvrstani drugamo) - 22%, I00-I99 (bolesti cirkulacijskog sustava) - 16%, S00-T98 (ozljede, otrovanja i ostale posljedice vanjskih uzroka) - 13%, J00-J99 (bolesti dišnog sustava) - 8%, F00-F99 (mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja) - 8%, C00-D48 (novotvorine) - 4%. Razlozi poziva: „sve ga boli“, „treba samo podignuti“, „ne može se dići sa stolca“, „hropti, povraća tamno“, „onkološki pacijent, slab“, „tm. mozga, bolovi“, „ne jede i ne pije“, „uznemirena“, „nađena na podu, diše“.

Zaključak: Grad Zagreb ima 790.017 stanovnika (popis iz 2011.g.), a 17,3% ili 136.770 je starijih od 65 godina (83.569 žena, 53.201 muškaraca). Hitna pomoć je najčešće jedina služba kojoj se mogu obratiti (mobilna, brza, lako dostupna u bilo kojem trenutku) iako bi za njihove potrebe prikladniji bio palijativni pristup. Patnje su velike, dostojanstvo umiranja narušeno. Organiziranje službe palijativne skrbi i hospicija u Gradu Zagrebu, ali i u RH je velik javnozdravstveni izazov i prioritet.

95. GERONTOLOŠKI I PSIHOGERIJATRIJSKI ASPEKTI PALIJATIVNE MEDICINE

LECHER-ŠVARC V¹, Radovančević LJ²

¹Specijalistička psihijatrijska ordinacija, Zaprešić, Hrvatska

²Udruga za zaštitu prava pacijenata, Zagreb, Hrvatska

vesna.lecher-svarc@zg.t-com.hr

Ključne riječi: palijativna medicina, žalovanje, zaštita obitelji

Medicina se, općenito govoreći, dijeli na preventivu, kurativu i palijativu. Iako rjeđe ima terminalno potrebitih bolesnika mlađe dobi, palijativna medicina skrbi u principu za one starije. Palijativna skrb se definira kao aktivna i cjelovita briga za osobu čija bolest više ne reagira na liječenje, tako i za bolesnikovu obitelj. Palijativa, dakle skrbi o teško bolesnima koje više nije moguće aktivno liječiti. Svrha palijativne medicine je nadzor nad simptomima, prolongiranje života, uz moguće postizanje najveće kvalitete življenja. Skrbi o bolesnicima s progredirajućim ne/malignim bolestima, (npr. KOPB, neuropsihijatrijske bolesti), bolesnicima s karcinomskom bolešću te o bolesnicima u finalnoj fazi života. Palijativna skrb ne ublažava samo tjelesne znakove bolesti, nego pomaže kod mentalnih, društvenih i duhovnostnih poteškoća. Palijativna se medicina bavi zbrinjavanjem bolesnika koji imaju jasnu dijagnozu i gdje se aktivnim liječenjem ne može postići boljitak i izlječenje. Palijativna skrb omogućuje i pruža suport članovima obitelji tokom bolesti i u fazi akutnog i prolongiranog (nakon šest mjeseci) žalovanja, poslije pokojnikovog odlaska. Fundamentalne komponente holističkog pristupa u palijativnoj su medicini: kontrola boli i ostalih simptoma; vještine komunikacije, psihološka podrška, duhovna potpora, komplementarni tretmani, osposobljavanje porodice za pružanje skrbi, zaštita obitelji i onih koji pružaju skrb, koordinacija i re/integracija skrbi te suport u žalovanju. Bitni je preduvjet palijativne medicine ekipni i polidisciplinarni pristup. U završnom razdoblju bolesti pacijent devedeset posto vremena posljednje godine života provode u svom domu u skrbi liječnika obiteljske medicine i njegovih suradnika te obitelji bolesnika, a neki u hospiciju, koji nikako nije puko umiralište ili ubožnica. Vrijednosti koje palijativna skrb akcentuirano predstavlja su: bolesnikov dignitet, dostojanstvo obitelji, samostalnost, odlučivanje o vlastitu životu i tretmanu, ect.

96. CENTAR ZA KOORDINACIJU PALIJATIVNE SKRBI U GRADU ZAGREBU

MARDETKO R, Miškulin A

Ustanova za zdravstvenu njegu u kući, Zagreb, Hrvatska

renata.mardjetko@palijativa.hr

Ključne riječi: palijativna skrb, koordinacija, sustav palijativne skrbi

U Gradu Zagrebu djeluje Centar za koordinaciju palijativne skrbi sa ulogom povezivanja svih dionika važnih u razvoju palijativne skrbi u Zagrebu. Ideja razvoja organizirane palijativne skrbi započela je u projektu Zagreb-zdravi grad. Palijativna skrb je prepoznata kao važan problem koji treba sustavno rješavati. Centar za koordinaciju je osnovan 2012. godine od strane Ureda za zdravstvo i smješten u Ustanovu za zdravstvenu njegu u kući. Centar za koordinaciju povezuje i surađuje sa službama palijativne skrbi, ali i lokalnim službama zdravstvene, socijalne i duhovne skrbi te povezuje razine skrbi. Takvom suradnjom i zajedničkim radom se doprinosi kontinuiranoj skrbi za bolesnika na različitim mjestima skrbi kao i kod promjene mjesta skrbi. Službe palijativne skrbi koje postoje i koje pružaju skrb u suradnji sa Centrom za koordinaciju su Mobilni tim Doma zdravlja Zagreb-Centar, Mobilni tim Doma zdravlja Zapad i Mobilni tim volontera Franjevačkog svjetovnog reda. Postoji još nekoliko udruga koje samostalno pomažu palijativnim bolesnicima.

Nadalje, u Zagrebu su se počeli formirati kreveti u postojećim bolnicama za skrb palijativnih bolesnika i to u bolnici Vrapče te u bolnici Sveti Ivan u Jankomiru dok je u specijalističkoj bolnici za plućne bolesti u Rockefellerovoj formiran i odjel palijativne skrbi. Klinička bolnica ima mobilni bolnički tim za palijativnu skrb koji čine liječnica, medicinska sestra i drugi, pridruženi članovi tima ovisno o potrebama skrbi. Centar za koordinaciju surađuje sa KB Dubrava te osim edukacije, zajedničkih smjernica i otpusta bolesnika, svojom suradnjom želi postići kontinuitet skrbi za palijativnog bolesnika kod promjene mjesta skrbi.

Centar za koordinaciju uz stvaranje mreže službi i profesionalaca, a time i sustava palijativne skrbi doprinosi podizanju svijesti naroda organiziranjem različitih skupova, ali i individualnim i grupnim razgovorima ta promotivnim

materijalima. Centar organizira edukaciju za profesionalce i volontere te besplatno posuđuje ortopedska pomagala palijativnih bolesnicima i u suradnji s franjevačkim svjetovnim redom pruža podršku obiteljima u skrbi i žalovanju.

Centar za koordinaciju palijativne skrbi u Gradu Zagrebu je kao primjer dobre prakse postao dio Strateškog plana razvoja palijativne skrbi u Hrvatskoj 2014-2016. Te minimalni standard razvoja u svakoj županiji.

97. PROCJENA POTREBA ZA PALIJATIVNOGERIJATRIJSKOM SKRBI STANOVNIŠTVA SPLITSKO-DALMATINSKE ŽUPANIJE

VUČICA I¹, Smoljanović M², Smoljanović A¹, Marasović-Šušnjara I¹

¹Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

²Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

inga.vucica@gmail.com

Ključne riječi: palijativnogerijatrijska skrb, Splitsko-dalmatinska županija, procjena potreba, uzroci smrti, samačka kućanstva

Uvod: Uz demografske promjene sve starijeg stanovništva, mijenjaju se i statistički pokazatelji smrtnosti. S produljenjem očekivanog životnog vijeka kao i sve ranijim dijagnosticiranjem, poboljšavanjem liječenja i duljim preživljavanjem od onesposobljavajućih bolesti, palijativna skrb će trebati u sve dužem vremenskom razdoblju. U godinama koje dolaze za očekivati je trend rastućeg broja osoba potrebnih palijativnogerijatrijske skrbi, kojoj su specifičnosti komorbiditeti, multipla medikacija, promijenjen mentalni i tjelesni status te izmijenjen funkcionalni status. Trend rastućeg broja samačkih kućanstava u starijoj dobi, posebno ističe važnost organiziranja i dostupnosti palijativnogerijatrijske skrbi, jer izostaje neposredna prirodna potpora obitelji.

Cilj: Cilj rada je procijeniti potrebe za palijativnogerijatrijskom skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji.

Metode rada: Izvor podataka za procjenu potreba za palijativnogerijatrijskom skrbi stanovništva Splitsko-dalmatinske županije (SDŽ) je elektronska baza podataka pobola i smrtnosti Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije prema definiranim dijagnozama potrebnim palijativne skrbi (bolesti skupine Novotvorina, kronične onesposobljavajuće bolesti - neurološke, srčane, cerebrovaskularne, plućne, bubrežne).

Rezultati rada s raspravom: U 2012. godini, koja po pokazateljima značajno ne odstupa od drugih godina, u SDŽ registrirano je 2.046 umrlih potrebnih palijativne skrbi (44% od svih umrlih), od toga 1.604 (78,4%) u dobnoj skupini 65+. Muškaraca dobi 65+ je bilo 895 (55,8%) specifične stope smrtnosti 28,8/1.000, a žena 709 (44,2%) sa specifičnom stopom smrtnosti 16/1.000. Od toga 1.019 (63,5%) smrtnih slučajeva osoba starije dobi uzrokovano je novotvorinama, a 585 (36,5%) kroničnim bolestima. Najviše umrlih kroničnih bolesnika potrebnih palijativnogerijatrijske skrbi je iz skupine bolesti cirkulacijskog sustava (177) te iz skupine organskih duševnih poremećaja (144).

Potreba za organiziranom palijativnogerijatrijskom skrbi u SDŽ je sve veća i iz razloga sve većeg broja samačkih kućanstava (prema Popisu stanovništva Hrvatske 2011. od sveukupnog broja samačkih kućanstava u SDŽ (33.558) gotovo polovinu su činili stanovnici dobi 65 i više godina (16.463; 49%).

Zaključak: Pokazatelji o uzrocima smrti su indikativni za procjenu potreba za palijativnogerijatrijskom skrbi zbog planiranja potreba zdravstva u svezi rastućih zahtjeva zbog velikog porasta starijeg stanovništva.

98. SUVREMENE ISTRAŽIVAČKE SPOZNAJE U PSIHLOGIJI STARENJA

DESPOT LUČANIN J

Hrvatski studiji Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

jdespot@hrstud.hr

Ključne riječi: psihologija starenja, psihološki čimbenici, dužina života, kvaliteta života

Produženi životni vijek ljudi potaknuo je istraživačko zanimanje psihologa za utvrđivanje značaja psihosocijalnih čimbenika u očuvanju zdravlja, dužine i kvalitete života starijih ljudi.

Iako je najsnažnije djelovanje bioloških čimbenika, pokazuje se jasna uloga i značaj psihosocijalnih čimbenika za

zdravlje i dužinu života starijih ljudi. Tako su u području neuroznanosti u velikom porastu istraživanja o kognitivnoj rezervi i psihološkim čimbenicima koji djeluju na očuvanje kognitivnog funkcioniranja u starijih osoba. Istraživanja su usmjerena na mehanizme usporavanja normalnog opadanja funkcija odnosno očuvanje visoke razine funkcioniranja u što većem udjelu u budućim generacijama starih ljudi.

U području kvalitete života, novija istraživanja doprinijela su razvoju raznih modela pristupa primjenjivih na starije ljude, koji povezuju ličnost, osobine i sposobnosti pojedinaca te njihovo socijalno okruženje s njihovim zdravstvenim ponašanjem, stavovima prema zdravlju, suočavanjem s bolešću i ishodima liječenja. Jedan od najvažnijih ciljeva rada psihologa u skrbi za starije osobe jest pružiti klijentu, kao i obitelji sa starijim članom, mogućnost da odgovorno sudjeluje u očuvanju ili poboljšanju kvalitete njegovog života u starosti, uvažavajući očekivane ili neočekivane promjene koje starija dob donosi. Nalazi istraživanja ukazuju na potrebu osnaživanja same osobe, kako bi se na vrijeme znala suočiti s promjenama koje starost nosi, na osnaživanje obitelji kao primarnog izvora socijalne podrške te na poticanje i osnaživanje različitih izvaninstitucionalnih i neformalnih izvora skrbi u okolini osobe. S obzirom na očekivani porast potreba za skrbi o starijim osobama u budućnosti, u teoriji i praksi javlja se pojam kontinuuma skrbi s ciljem pružanja niza usluga skrbi koje odgovaraju na promjenjive potrebe osobe, kod kuće ili u ustanovi, kao npr.: usluge liječenja i njege, pomoći u kući, ali i pružanje socijalne podrške, savjetovanje i sl. odnosno sve ono što će očuvati integritet i dobrobit osobe.

Suvremeni pristupi u psihologiji starenja podrazumijevaju da starenje uključuje i prihvaćanje bolesti i nesposobnosti kako bi se očuvalo psihičko zdravlje i socijalno funkcioniranje, što je više i duže moguće s obzirom na pomake u granicama onesposobljenosti ka sve starijoj dobi.

99. ZDRAVO STARENJE POČINJE S PRVIM RADNIM DANOM - e-VODIČ EU OSHA-e

AKRAP A, Sambol S

Zavod za unapređivanje zaštite na radu, Zagreb, Hrvatska

ana.akrap@zuznr.hr

Ključne riječi: zdravo starenje, sigurno i zdravo mjesto rada, upravljanje sigurnošću na radu, produljenje radnog vijeka

S ciljem osiguranja zdravih radnih mjesta i produljenja životnog vijeka izradili smo model upravljanja zaštitom na radu tijekom čitavog radnog vijeka. Naime, zdravo starenje podrazumijeva dobro zdravlje, psihičku i tjelesnu aktivnost, a jednako tako i što dulji ostanak u radnom procesu. Rezultati istraživanja „Sigurniji i zdraviji rad za svaku dob“, koje je proveo Europski parlament tijekom 2013. godine, pokazuju da je u Republici Hrvatskoj u usporedbi s europskim prosjekom osjetno veći prosjek ranije umirovljenih radnika, ali i zaposlenih radnika sa zdravstvenim problemima. Ovaj problem je to veći što ne samo da ukupna radna snaga u Hrvatskoj stari nego se iz evidencije o boravištu Ministarstva unutarnjih poslova iščitava migracija mladih radnika i radnika srednje životne dobi u europske razvijene zemlje. Stoga je prioritet osigurati uvjete za produljenje radnog vijeka, a to se temelji na sigurnim i zdravim mjestima rada za radnike svih dobnih skupina, s naglaskom na radnike starije životne dobi.

Ovaj problem prisutan je i na razini Europske unije, te je njezina nadležna informacijska agencija – Europska agencija za zaštitu na radu (EU-OSHA) pokrenula kampanju „Zdrava mjesta rada za sve uzraste“ 2016.-2017., kojom se promiče zdravo starenje od početka radnog vijeka na način da se podiže svijest o važnosti dobrog upravljanja zaštitom na radu. U tu svrhu EU OSHA izradila je e-vodič o upravljanju sigurnosti i zdravljem na radu za radnike starije životne dobi. Temeljem tog on-line vodiča, koji će biti predstavljen na 3. gerontološkom i gerijatrijskom kongresu, izradili smo navedeni model upravljanja zaštitom na radu tijekom čitavog radnog vijeka.

100. GERIJARIJA - ZDRAVSTVENA I SOCIJALNA SKRB MULTIMORBIDNOG PACIJENTA

BOGDANOVIĆ N

Sveučilišna bolnica Oslo, Sveučilište u Oslu, Oslo, Norveška

nenad.bogdanovic@medisin.uio.no

Ključne riječi: gerijatrija, zdravstvena skrb, socijalna skrb, multimorbidni pacijent

Današnji pojam „gerijatrija“ ima tri značenja: 1) to je znanost o gerijatrijskim zdravstvenim problemima povezanim sa starenjem, odnosno bolestima što generiraju različite vrste funkcionalnih problema; 2) to je medicinska specijalizacija, koja danas zajedno sa specijalizacijom iz interne medicine jedan od dvije bazične specijalizacije; 3) to je zdravstveno-organizacijska forma skrbi starijih multibolesnih pacijenata.

S gerijatrijskim pacijentom i uz zdravstvene probleme starenja je najčešće vezan pojam multipobola ili multiboolesti. Ne postoji jasna definicija i konsenzus oko značenja multibolesnog pacijenta. Predloženo je tri načina za prepoznavanje skupine multibolesnog pacijenta: a) ukupan broj zdravstvenih problema koje koegzistiraju kod jednog pacijenta (zbroj bolesti), b) indeks multimorbiditeta koji se temelji na definiranom skupu zdravstvenih problema/domena, specifično odabranih zbog važnosti ukupne prognoze za pacijenta. c) indeks komorbiditeta koji se temelji na zdravstvenim problemima uzročno-posljedično vezanim uz glavni problem, kao što su hipertenzija, tip 2 dijabetes, moždani udar, malignitet ili demencija. Svi ovi znanstveno bazirani indeksi se manje koriste u svakidašnjoj praksi procijene komorbiditeta, stoga se, iz praktičkih razloga, preporuča korištenje standardiziranih i svakidašnjici prilagođenih metoda sveobuhvatne gerijatrijske procjene ili CGA (Comprehensive Geriatric Assessment).

Za razliku od interne medicine koja ima sedam subspecijalnosti, gerijatrija za sada službeno nema subspecijalnosti te stoga sveobuhvatno pristupa zdravstvenom liječenju i skrbi multibolesnog pacijenta. Neki zdravstveni problemi u starijih ljudi je tako uobičajeno da se nazivaju „gerijatrijski sindromi“ ili na engleskom „geriatric giants“ ili gerijatrijski divovi, u anglosaksonskoj literaturi poznatih kao „5 I“ (Incontinence, Instability, Immobility, Intellectual Impairment, Iatrogenic). Organizacija skrbi ovih „divova“ različit je u različitim državama, regijama pa čak i bolnicama. Na primjer, demencija se može zdravstveno skrbiti u tri formalne specijalizacije, u neurologiji i psihijatriji i gerijatriji, čime pacijenti dobivaju različitu kvalitetu skrbi. Varijacije u biološkom starenju dovelo je do razvoja koncepta „krhke osobe“ (frail elderly) čime se naglašava biološka dob pojedinca kako bi se odredile tjelesne i funkcionalne granice jedne osobe da se predvidi progresija bolesti, kognitivne funkcije, fizička invalidnost, institucionalizacija i smrtnost.

Jedna od najčešćih kombinacija kod multibolesnog pacijenta je somatski i mentalni hendikep. Takvi pacijenti su dvostruko zahtjevniji te su dobili naziv DCD („double-care-demanding patients“) čija skrb zahtjeva specifičan, personaliziran i multitimski pristup. Skrb za takve bolesnike ne pripada u „tipične“ forme sustava zdravstvene zaštite, koji se oslanjaju na aktivnom uključivanju bolesnika u proces skrbi. Rezultat toga je najčešće neadekvatno liječenje i skrb, zakompliciranje zdravstvenog stanja i pad kvalitete života. Progresivno gubljenje kognitivnih funkcija te osobne autonomije dovode bolesnika u ovisan položaj prema davaocima skrbi u svojoj neposrednoj obitelji i društvu. Temeljni preduvjet da se starije osobe s oštećenim funkcijama i smanjenom autonomijom osjećaju zdravstveno „sigurnim“ je kombinacija: a) dugoročnog integriranog i koordiniranog zdravstvenog sustava, b) profesionalnog pristupa visoko obrazovanog zdravstvenog osoblja i c) prikladno dizajniranog smještaja i življenja pacijenta.

Za potpuno provođenje gerijatrijske skrbi potrebno je uspostaviti koordiniranost bolničke gerijatrijske službe, primarne zaštite, sudionika socijalno-zdravstvenih djelatnosti u lokalnoj zajednici, pacijenta i najbližih članova obitelji. Dugoročna briga za osobe s višestrukim zdravstvenim potrebama skrbi često počinje tek kod kuće gdje se preklapaju neformalni i formalni skrbnici. Širom svijeta teret skrbi često pada na članove obitelji koji su najčešće usamljeni ili primaju ograničenu pomoć od lokalne zajednice. S produženim starenjem raste potreba za institucionalnim oblicima skrbi i visoko profesionalnim kadrom u njima. U Europi je prihvaćen stav da bi svaka zemlja morala imati svoju nacionalnu politiku i strategiju te smjernice za implementaciju najkvalitetnije skrbi za gerijatrijske multibolesne pacijente. Jedan od najvažnijih postulata dobre, pravilne skrbi je pravovremena i točna dijagnostika tjelesnih slabosti i dementnih stanja. Drugi postulat je provođenje u praksi provjerenih i evidentiranih postdijagnostičkih postupaka, praćenja liječenja, savjetovanja te dnevne skrbi pacijenata i članova obitelji.

Ukrtačno, svrha gerijatrije je da omogući: a) da starije osobe vode ispunjen i aktivan život, b) da spriječi, rano otkriva i liječi bolest, c) da smanji patnju zbog invalidnosti, bolesti i smanjuje ovisnost o drugima primjenom pravilnih rehabilitacijskih postupaka, d) da uspješno zdravstveno skrbi „gerijatrijske divove“, i e) da osigura sveobuhvatnu medicinsku njegu i pripremi adekvatnu socijalnu podršku kada je to potrebno.

„Gerijatrijska oluja epskih razmjera se podiže u svijetu i moramo hitno pronaći učinkovite strategije u zaštiti od napada gerijatrijskih divova na našu populaciju koja stari.“ (zaključak 1. svjetskog kongresa o zdravom starenju, 2012., Malezija)

101. REFERENTNE VRIJEDNOSTI U GERIJATRIJSKOJ POPULACIJI

NIKOLAC N, Vrkić N, Miler M

Klinički zavod za kemiju, KBC „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

nora.nikolac@gmail.com

Ključne riječi: referentni interval, laboratorijske pretrage, kreatinin

Uvod: Interpretacija rezultata laboratorijskih pretraga najčešće se temelji na usporedbi dobivenih vrijednosti s referentnim intervalima (RI). RI je stoga ključni podatak neophodan kliničarima kako bi im omogućio ispravnu procjenu izmjerenih vrijednosti. RI predstavlja raspon vrijednosti pojedinog parametra unutar kojega će se nalaziti vrijednosti za 95% referentne populacije. Koncentracije brojnih analita mijenjaju se tijekom procesa odrastanja i starenja i zbog toga su RI razdvojeni u dobne skupine koje odgovaraju fiziološkim promjenama laboratorijskih parametara.

U svim laboratorijima u Hrvatskoj u upotrebi su jedinstveni, harmonizirani RI koje je preporučila Hrvatska komora medicinskih biokemičara. Iako su ovi RI raslojeni po dobi, to se uglavnom odnosi na mlade kategorije u populaciji. Nakon završetka dječje dobi, uglavnom su svi RI grupirani u jednoj kategoriji nazvanoj „odrasli“ i odnose se na sve osobe starije od 20 godina. Cilj ovog rada jest prikazati na primjeru kreatinina kako postoje znatne razlike u vrijednostima među dobnim skupinama preko 60 godina.

Materijali i metode: Retrospektivnom obradom podataka iz laboratorijskog informacijskog sustava Kliničkog zavoda za kemiju za 2014. i 2015. godinu, napravljena je stratifikacija po dobi i spolu za kreatinin i uspoređena s harmoniziranim RI koji je u upotrebi (muškarci >20 god: 79-125 $\mu\text{mol/L}$; žene >20 god: 63-107 $\mu\text{mol/L}$). U obradu su uključeni samo vanjski (ambulantni) bolesnici. Rezultati su prikazani medijanom i interkvartilnim rasponom, a usporedba načinjena Kruskal-Wallisovim testom.

Rezultati: Od ukupno 14925 rezultata za kreatinin, 7936 ih je bilo za bolesnike starije od 60 godina. Pronađena je statistički značajna razlika između dobnih skupina za muškarce: 61-70 god: 93 (78-121) $\mu\text{mol/L}$; 71-80 god: 109 (86-147) $\mu\text{mol/L}$ i >80 god: 111 (89-142) $\mu\text{mol/L}$; $P < 0,001$; i za žene: 61-70 god: 71 (64-83) $\mu\text{mol/L}$; 71-80 god: 77 (70-103) $\mu\text{mol/L}$ i >80 god: 93 (72-125) $\mu\text{mol/L}$; $P < 0,001$.

Zaključak: Koncentracija kreatinina znatno se mijenja u ovisnosti o dobi, a posebno za osobe starije od 60 godina. RI za ovakav i sve slične parametre stoga mora slijediti dobnu raspodjelu. Kako u Hrvatskoj nisu dostupni podaci za o RI za osobe starije od 60 godina, postoji potreba za provođenjem istraživanja i izrade vlastitih RI. Ovakav projekt ostvariv je zajedničkom suradnjom liječnika u području gerontologije i gerijatrije i medicinskih biokemičara.

102. AGEIZAM I PREVENTIVNE AKTIVNOSTI U EUROPI

KNEZEVIĆ B¹, Kolaric B²

¹Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

²Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

bojana.knezevic@kbc-zagreb.hr

Ključne riječi: ageizam, discrimination, workforce

Ageizam, diskriminacija po starosnoj dobi definira se kao negativan stav prema osobama zbog njihove dobi. Može se uočiti u medijima u načinu prikazivanja starijih osoba, na radnom mjestu, prilikom pružanja zdravstvene skrbi i općenito u socijalnim interakcijama. Ageizam kao i svaki drugi oblik diskriminacije narušava kvalitetu života pojedinaca, utječe na društvene odnose, kvalitetu zdravstvene zaštite, zapošljavanje i socijalnu politiku. Stvaraju se stavovi kako je starenje društva nešto što je loš pokazatelj za budućnost naroda, kako su starije osobe na teret društva, neproduktivne, bolesne, depresivne, slabijih kognitivnih sposobnosti.

U prošlosti starije osobe su u društvu imale značajno mjesto u društvenoj zajednici, smatrale su se učiteljima i savjetnicima. U obitelji, stariji su također imali svoje značajno mjesto kao osobe koje su donosile odluke, brinule o potomcima. Razvojem modernog društva došlo je do promjena koje su vidljive i u zajednici i u obitelji. Pojedini autori smatraju da je pet ključnih povijesnih promjena doprinijelo slabljenju statusa starijih osoba i razvoju ageizma: razvoj medija, industrijska i tehnološka revolucija, godine za umirovljenje bez obzira na radnu sposobnost, razvoj

medicine i društvena dobna podjela. Osim životnog vijeka i radni vijek se sve više produljuje, a poznato je da se u starijih radnika mogu promijenti fizičke, psihičke sposobnosti za rad kao i psihosocijalne prilike u kojima žive. U većem su riziku od ozljeda na radu, bolesti vezanih uz rad i diskriminacije.

U EU su pokrenute aktivnosti za dobrobit starijih osoba. Organizacija European Cooperation in the Field of Scientific Technical Research (COST) pokrenula je akciju koja će trajati od 2014. do 2018. godine pod nazivom „Ageism-multi-national, interdisciplinary perspective“ i koja ima za cilj poboljšati znanstvene spoznaje i skrenuti pozornost na diskriminaciju starijih osoba. Metoda je razvijanje suradnje između znanstvene zajednice, javnih službi koje kreiraju nacionalne politike, programe i strategije, nevladinih udruga i starijih te podizanje svijesti javnosti vezano uz ageizam i poticanje interesa akademske zajednice i istraživača u ovom području. Vezano uz radno aktivnu populaciju, Europska agencija za sigurnost i zdravlje na radu pokrenula je kampanju od 2016 do 2017. godine pod nazivom „Healthy Workplaces for All Ages“ u svrhu osiguranja zdravih i sigurnih radnih mjesta za sve dobne skupine.

103. ISKUSTVA STARIJIH OSOBA S DOBNOM DISKRIMINACIJOM UNUTAR ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

VRBAN I¹, Rusac S¹, Vahtar D², Despot Lučanin J³, Radica S⁴, Sajić-Vrkaš V⁵

¹Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

²Zaklada “Zajednički put”, Zagreb, Hrvatska

³Hrvatski studij, Odsjek za psihologiju, Zagreb, Hrvatska

⁴Zaklada “Zajednički put”, Zagreb, Hrvatska

⁵Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

ineszaklada@gmail.com

Ključne riječi: starije osobe, diskriminacija, zdravstveni susta

Jedan od ciljeva istraživanja „Narativi o dostojanstvu u starijoj životnoj dobi“ bio je utvrditi doživljavaju li starije osobe dobnu diskriminaciju unutar zdravstvenog sustava. U istraživanju su sudjelovale 30 osoba starije životne dobi u dobi koje žive u svom stanu ili kući, odnosno u domovima za starije i nemoćne osobe na području Grada Zagreba. Raspon dobi kretao se od 70 do 90 godina. Istraživanje je kvalitativno i narativno, što znači da se fokusira na priče, odnosno cjelovite iskaze intervjuiranih osoba. S obzirom na prirodu istraživačkog pitanja primijenili smo kvalitativni istraživački pristup. Pri tome je korištena analiza sadržaja, a jedinica analize bili su intervjui. Temeljem provedene analize, iskaze sudionika istraživanja koji su se odnosili na iskustva dobne diskriminacije prilikom traženja i primanja medicinske pomoći i skrbi unutar zdravstvenog sustava svrstali smo u tri kategorije: 1) neprimjeren odnos medicinskog osoblja tijekom pružanja pomoći i skrbi (ostavljanje da čekaju uslugu, pogrešno propisan lijek te stereotip medicinskog osoblja o starijim osobama kao onima koji odlaze liječniku zato što im je dosadno ili zato što su umišljeni bolesnici); 2) neprikladan način komunikacije medicinskog osoblja prema starijim osobama (diskriminirajući odnos medicinskog osoblja prema starijim osobama prilikom neposrednog kontakta, ignoriranje i izostanak uobičajenog ponašanja za takvu situaciju, poput pozdrava ili podizanja pogleda s ekrana računala ili dokumentacije i kontakt očima, nedostatak empatije kad je riječ o njihovu zdravstvenom stanju i izostanak „ljudskog ophođenja“ u obliku utješnih riječi čak i kada nema pomoći za bolest) te 3) uskraćivanje medicinske pomoći (jedan takav slučaj u kojem liječnica starijoj osobi nije željela izdati prepisani lijek te je na taj način izravno prekršila njezino pravo na zdravlje). Ipak, neki sudionici istraživanja često su hvalili odnos medicinskog osoblja prema starijim osobama, kao i kvalitetu pružene skrbi. Ono što su posebno isticali kao pozitivno iskustvo jest empatija medicinskog osoblja prema njihovu zdravstvenom stanju, razgovor i pažljivo slušanje njihovih zdravstvenih problema te rukovanje pri dolasku ili odlasku. Opisana diskriminacija unutar zdravstvenog sustava, osim što ugrožava pravo na zdravlje, a stoga i samo zdravlje starijih pacijenata, negativno djeluje i na njihov doživljaj dostojanstva i vlastite vrijednosti.

104. EMPATIJA U SLUŽBI DOSTOJANSTVA STARIJIH OSOBA

GOLUŽA V, Džakula AM, Sučić M

Dom za starije osobe Ksaver, Zagreb, Hrvatska

vicko.goluza@dom-ksaver.org

Ključna riječi: empatija, dom za starije, starije osobe

Sagledavanje svijeta iz perspektive starijih osoba snažno utječe na kvalitetu života u kojem dominira ljudski odnos poput moćnog lijeka koji ne dopušta da zavlada samoća i klonulost u starijoj životnoj dobi.

Slijedeći naslov teme ukratko želim progovoriti o gorućoj potrebi takvog odnosa u uvjerenju da nikakva struka ne može nadomjestiti ljudsku potrebu za empatijom.

Sposobnost da se prijede na stranu druge osobe, osjećajući njezinu potrebu za čovjekom bez patetike i pozerstva, moć je koja ima čudesan učinak na duševno i fizičko zdravlje starijih osoba, ali i svakog ljudskog bića bez obzira na struku i životnu dob.

105. PACIJENTI STARIJE ŽIVOTNE DOBI I NJIHOVE NAVIKE U SREDIŠNJOJ ISTRI

ZAVIDIĆ T¹, Lovrinić Đ²

¹Istarski domovi zdravlja, Pazin, Hrvatska

²Specijalistička ordinacija opće medicine, Pazin, Hrvatska

tina.zavidic@gmail.com

Ključne riječi: starija životna dob, tjelesna aktivnost, pušenje, konzumacija alkohola, indeks tjelesne mase

Starenje je proces tijekom kojeg se događaju brojne tjelesne i psihološke promjene osobe. Bitno je razlikovati zdravo starenje od pojave bolesnog i patološkog starenja te naglasiti da bolest i starost nisu sinonimi. Međutim, starost je povezana s nekim negativnim zdravstvenim ponašanjima: fizička i psihička neaktivnost, pretilost, alkoholizam, pušenje, pretjerano pijenje kave, neodržavanje osobne i higijene okoline, nepridržavanje uputa liječnika, nekontrolirano uzimanje lijekova itd.

Cilj rada bio je ispitati navike bolesnika starije životne dobi središnje Istre te utvrditi postoje li statistički značajne razlike između pacijenata u ranoj, srednjoj i dubokoj starosti s obzirom na obrazovanje, bračno stanje, BMI te postojanje i učestalost navika kao što su tjelesna aktivnost, pušenje, konzumiranje kave/kofeinskih napitaka i alkohola te uzimanje vitamina. Ispitana je i učestalost posjeta obiteljskom liječniku te učestalost slobodnih aktivnosti. Istraživanje je provedeno na uzorku (n=191) pacijenata središnje Istre. Podaci o pacijentima prikupljeni su fizikalnim pregledom ispitanika, evidentiranom povijesti bolesti iz zdravstvenog kartona te anketnim upitnikom.

Rezultati su pokazali da se skupine međusobno statistički značajno razlikuju u obrazovanju, bračnom stanju, konzumaciji kave/kofeinskih napitaka i alkohola te da su u osoba starije životne dobi najčešće zastupljene dijagnoze bolesti kardiovaskularnog sustava, bolesti lokomotornog sustava, šećerne bolesti te problemi sa vidom i sluhom. Većina naših ispitanika starije životne dobi ne puši, nije tjelesno aktivno te ima BMI ≥ 25 . Prema podacima iz 2011. g. u RH 17,7% osoba je starijih od 65. g., odnosno svaki šesti stanovnik je stariji od 65. g.

Budući da je za očekivati sve duži životni vijek pacijenata, uz učinkovite preventivne i terapijske postupke, bitno je djelovati na čimbenike rizika, posebno na pretilost i dijabetes od najranije dobi. Osnovni moto globalnih aktivnosti zdravstvene i socijalne zaštite starijih osoba je njihova integracija u društvo s ciljem „dodavanja života godinama, a ne godina životu“. Cilj je sačuvati dostojanstvo življenja uz očuvanje zdravstvenih, socijalnih i ekonomskih potreba starijih. Nužna je odgovornost društva, ali i suodgovornost pojedinca za svoje zdravlje. Veliku ulogu tu ima i obiteljski liječnik, koji ima temeljnu ulogu u pružanju sveobuhvatne zdravstvene zaštite i najbolje poznaje svoje pacijente, njihovo biopsihosocijalno okruženje te poznaje najbolji način intervencije na svakog pojedinca.

106. GERONTOLOŠKI CENTAR VILA TRAPP PULA

IVANKOVIĆ D, Grubišić - Juhas V

Dom za starije osobe Alfredo Štiglic Pula "Casa per Anziani alfredo Štiglic Pola", Pula, Hrvatska

vila.trapp@dom-alfredo-stiglic.hr

Ključne riječi: dnevni boravak, pomoć u kući, savjetovanište, tribine

Gerontološki centar Vila Trapp Pula pruža usluge dnevnog boravka i pomoći u kući te savjetovaništa starijoj populaciji i njihovim obiteljima. Projekt je započeo prijavom na Poziv na dostavu projektnih prijedloga Širenje mreže socijalnih usluga u zajednici – faza III Ministarstva socijalne politike i mladih. Projekt je financiran iz Europskog socijalnog fonda, a usmjeren je povećanju zapošljivosti članova obitelji koji skrbe o ovisnom članu (starijoj i nemoćnoj osobi) kroz program podrške za zapošljavanje i stručno osposobljavanje za koje vrijeme su osigurane usluge u zajednici za starije osobe o kojima oni skrbe.

Usluge Dnevnog boravka pružaju su za deset korisnika radnim danima (dva obroka, vježbanje, druženje, društvene igre, šetnje, čitanje dnevnog tiska...), a usluge Pomoći u kući za 20 korisnika (dostava živežnih namirnica, pomoć u pripremanju obroka, pranje posuda, pospremanje stana, organizirane pranja i glačanja rublja, nabava lijekova i drugih potrepština, održavanje osobne higijene).

U Savjetovaništu korisnik (starija osoba, član obitelji) može dobiti sve informacije o postojećim uslugama na jednom mjestu. Kroz savjetovanište unaprjeđujemo zaštitu prava starijih osoba, pružamo informacije o mogućnostima skrbi za starije osobe (individualno i grupno). Izazovi brige o starijim osobama i kada nisu ovisan član obitelji, mogu zahtijevati vještine za rješavanje problema s kojima se obitelj nije navikla nositi. Puno je situacija u kojima mala vanjska pomoć i savjet (bilo vezano uz odnos, zadovoljavanje neke fizičke potrebe i sl.) može pomoći zdravlju i kvalitetnijem životu starije osobe.

Organizirane su tribine namijenjene široj javnosti na teme: Četiri perspektive mentalnog zdravlja, Rakljanski lonac, Ples kao terapija i Moždani udar nije bauk.

Korisnici su veoma zadovoljni pruženim uslugama, veseliji, slobodno vrijeme provode kvalitetnije, uključeni su u život zajednice. Članovi obitelji rasterećeni su brige o ovisnim članovima i mogu se posvetiti obavezama na svom radnom mjestu znajući da su njihovi stariji u društvu sa vršnjacima, imaju kvalitetnu skrb, redovite obroke i da su zadovoljniji.

Usluge dnevnog boravka i pomoći u kući pokazuju se kao dobar oblik izvaninstitucijske skrbi o starijim osobama koje su u potrebi.

Za starije osobe koje su još uvijek funkcionalno neovisne namjeravamo kroz Klub Senior organizirati različite radionice: Radionicu zdrave prehrane, Radionicu plesa, Kreativno-umjetničku radionicu, Tai-Chi te kretanje u prirodi.

107. PROCJENA RAZINA VITAMINA D U SERUMU KOD GERIJATRIJSKE POPULACIJE HOSPITALIZIRANE U SPECIJALNOJ BOLNICI ZA PRODUŽENO LIJEČENJE DUGA RESA

BOŽIČEVIĆ D, Mihalić V, Ožvald I, Duh L

Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa, Duga Resa, Hrvatska

bozicevicdragan@gmail.com

Ključne riječi: fiziologija vitamina D, učinci vitamina D, gerijatrijski pacijent

Zadnjih 20-tak godina intenzivno se proučava fiziologija vitamina D kao i njegovi tzv. pleotropni učinci. Tako je poznato da osim utjecaja na metabolizam kalcija, fosfora, odnosno mineralizaciju kostiju, taj vitamin, odnosno prohormon ostvaruje svoje učinka na renin-angiotenzinski sustav, imunološki odgovor, kardiovaskularne događaje, diferencijaciju stanica odnosno karcinogenezu.

Dokazano je da nadomjesna terapija vit. D dovodi do smanjenja razine LDL kolesterola u krvi. Osobe sa višom razinom vitamina D imaju značajno manji rizik za razvoj malignih bolesti, a bolje preživljavanje od limfoma, kolorektalnog i karcinoma dojke.

Nadomjesna terapija vitaminom D umanjuje kroničnu bol različitih uzroka.

Viša razina vit. D povezana je sa nižim titrom protutijela na TSH receptor kod oboljelih od Graves-ove bolesti.

Snižena razivna vit. D povezana je višim kardiovaskularnim rizikom (srčani i moždani udar te kardiovaskularna smrtnost), nižom razinom testosterona kod zdravih muškaraca te je vjerojatno povezan i sa smanjenom potencijom.

Postoje dokazi da vit. D ima pozitivne učinke na razvoj neuroloških bolesti (multipla skleroza, demencija uključujući i Alzheimerovu).

Nadomjesna terapija kolekalciferolom (D3), (ali ne i ergokalciferolom (D2), alfakalcidiolom i kalcitriolom) smanjuje ukupnu smrtnost kod starijih osoba.

Iz svega ovoga se može zaključiti da stanje vit. D u organizmu utječe na morbiditet, mortalitet ali i kvalitetu života gerijatrijske populacije. Radi toga odlučili smo načiti snimku stanja razine vit. D kod gerijatrijskih pacijenata hospitaliziranih u Specijalnoj bolnici za produženo liječenje Duga Resa.

Stanje deficijencije vitamina D se smatra nižom razinom 25-hidroksi vit. D (25-OHD) u serumu od 50 nmol/l (20 ng/mL).

108. SURADNJA INSTITUCIJA I NJIHOVA UMREŽENOST KAO ODGOVOR NA POTREBE STARIJIH OSOBA U SOCIJALNOM RIZIKU

ŽUPAN A, Novačić M

Ustanova Dobri dom Grada Zagreba, Zagreb, Hrvatska

alen.zg.hr@gmail.com

Ključne riječi: socijalni rizik, socijalne usluge, kvaliteta života, suradnja institucija

Živimo u doba produženog životnog vijeka, što logično prati i činjenica da je svakog dana sve veći broj osoba starije životne dobi. Obveza svakog društva s takvom dobnom strukturom stanovništva je organiziranje odgovarajuće brige, kako bi se svaki pojedinac član zajednice osjećao dostojanstveno, sigurno, zaštićeno i sretno u poznim godinama svog života. Na području Grada Zagreba razvijeni su neposredni i integrirani multidisciplinarni izvaninstitucijski oblici skrbi za starije osobe u lokalnoj zajednici s ciljem što dužeg zadržavanja starijih osoba u primarnoj, obiteljskoj sredini te postizanju veće kvalitete njihovog života, a kao rezultat među institucionalne suradnje: Grad Zagreb-Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom, Gerontološki centri Grada Zagreba, Ustanova Dobri dom Grada Zagreba i Domovi za starije osobe na području Grada Zagreba. U radu će se prikazati rezultati istraživanja provedenog na reprezentativnom uzorku od 210 osoba starije životne dobi, korisnika programa dostave ručka u kuću, putem anketnog upitnika, koji je sastavljen za potrebe ovog istraživanja. Cilj istraživanja je ispitati kvalitetu života osoba starije životne dobi te potrebe razvijanja novih izvaninstitucijskih oblika usluga u urbanoj sredini. Projekt je usmjere na veću socijalnu uključenost starijih osoba i organizaciju konkretne pomoći na terenu s preventivnim djelovanjem. Rezultati pokazuju da su korisnici usluga uglavnom žene 67,6%, samci 71,1%, većinom s nepotpunom ili samo završenom osnovnom školom 68,3%. Prosječna starost ispitanika je 81 godina. Visok je udio ispitanika 41% koji su u kategoriji starih-starih kao i vrlo starih ili najstarijih osoba (85+) 30%. Rezultati pokazuju da su ispitanici uglavnom zadovoljni uslugom, visoki udio njih 93,8% izrazilo je potrebu za uslugom prijevoza. Analizirani su i podaci vezani uz zdravo starenje kao i kvalitetu prehrane. Dobiveni podaci doprinijeti će unapređenju kvalitete života starijih osoba u socijalnom riziku kroz standardizaciju postojećih usluga kao i kroz razvoj novih usluga u zajednici u urbanoj sredini, a kao rezultat suradnje institucija i njihove umreženosti. Takva suradnja omogućuje prijenos dobre prakse i nova rješenja u kontekstu stvarnog života te osnaživanje partnerstva i razvoj usluga u pravcu izvaninstitucijskih kapaciteta dionika.

109. GROWING OLD IN SAFETY AND IN THE COMFORT OF ECO-SMART HOMES: “SILVER MARKET” OPPORTUNITIES

RADOVANOVIĆ S

Central European Initiative (CEI), Trieste, Italy

radovanovic@cei.int

Keywords: Independent living at home, energy efficiency, silver market, innovation, SMEs

Knowledge and innovation, resource efficiency and social/territorial cohesion are the pillars of the 2020 policy strategy at EU/national/regional level for facing common long-term challenges such as globalization, pressure on resources and ageing intensity.

The experience of the recently concluded EU-funded WIDER project is an example of great opportunities offered by the ageing trend. Indeed, the project laid down on a fortunate combination of demographic and social challenges on the one hand (i.e. the ageing trend, increasing need for independent living at home and in line with energy efficiency criteria) and opportunities represented by such emerging “silver market” on the other. The success of the project is due to a joint transnational approach needed to actually impact on such global challenges.

More specifically, WIDER project addressed the challenge of elderly people living in inadequate and high maintenance costs homes. The main aim was to enhance their lifestyle while helping them to use energy in a cleaner and more advanced way, and to improve their energy saving until autonomy of their residence.

Thus, through a specific transnational Innovation Vouchers scheme specifically designed for the purpose of the project, WIDER offered financial opportunities for SMEs to gain the necessary innovation skills in order to be able to move from their traditional macro-sectors that have been hit by the economic crisis to the new emerging micro-sectors of eco-smart technologies with specific focus on the needs of the elderly people.

Through this innovation process which resulted in 37 implemented demonstrative pilot projects, the involved SMEs were able to develop new products and services (or to adapt existing ones) in order to respond to the specific needs of the elderly in terms of housing solutions.

The main achieved results are two-fold: 1) the involved SMEs could develop new potential for their economic recovery (all the more in “green” sectors) and 2) by developing this new economic potential, these SMEs could contribute to enhancing the quality of life of the elderly people, by allowing them an independent life at their own homes which have been made safe, comfortable and eco-smart.

110. AGING SOCIETY IS NOT THE THREAT BUT THE PRIVILEGE OF DEVELOPMENT

KRAJNC A

Slovene Third Age University, Ljubljana, Slovenia

ana.krajnc@guest.arnes.si

Keywords: aging society, third age university, basic human needs, education of elderly, active aging, mental health

Ageing society is not a threat or mistake, on the contrary, it is an achievement and at the same time a privilege of the development, but under one condition: the new image and reality of old age in inclusive society has to be built active ageing, and overcome the social stereotype of old. The social innovation we had introduced, supports learning and work in the last 30 to 40 years of life as the immanent part of lifelong learning and lifelong work in new dynamic forms.

Atul Gawande, a surgeon and author of the book *Being mortal*, argues that health does not mean the absence of disease or healed injury. It has much to do with individual's feeling of freedom, independence and being useful. Old age is not a disease. The life curve displays a slow degeneration, though it takes long time before we notice it. We can long remain productive. Moreover, it is easily forgotten that we are lifelong social beings with inborn psychosocial needs. Our wellbeing and health depend on how well these human needs are met (A. Maslow). Mental health is equally important or even the condition for the physical.

To meet some of the basic needs of the third age, we established in Slovenia the network Slovene third age university

32 years ago. Today 51 local Third age universities have in average 21.000 highly motivated old students. Education with joy. The wish for knowing prolongs to various activities. Our students work as cultural mediators in museums, are story tellers in kindergartens, helpers in Botany garden, part timers in small business, mentors to young unemployed etc. All on the bases of their competences and their new knowledge. We close cooperate with Zagreb Third age university, which celebrates its 25 anniversary this year.

The researchers discovered three basic human motives: being competent, belonging to a social group, and personal autonomy/independence, They do not change with the age. Eric Fromm discovered: human being has to direct his energy somewhere. If he doesn't manage to be constructive, he becomes destructive. Frequently the disease derives from the self-destruction. Under the circumstances when old people are socially excluded, they have nothing else to destroy but themselves.

111. PORTRET STARENJA U HRVATSKOJ IZ SOCIO-DEMOGRAFSKE PERSPEKTIVE

POKOS N, Peračković K

Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb, Hrvatska

nenad.pokos@pilar.hr

Ključne riječi: starenje stanovništva, gerontologija, demografska tranzicija, sociologija starenja, depopulacija, Hrvatska

Starenje stanovništva kao dugotrajni demografski proces, visoko je koreliran s procesima ukupne i prirodne depopulacije, koji svi zajedno čine negativne čimbenike stabilnog i prirodnog populacijskog ali i društveno-gospodarskog razvoja. Prema socio-demografskoj strukturi stanovništva, Hrvatska ulazi u među one europske zemlje s izrazito nepovoljnim demografskim procesima, trendovima, odnosima i strukturama. Demografske analize ukazuju da će ubrzani proces demografskog starenja i vrlo visoki stupanj ostarjelosti ukupnog stanovništva imati dalekosežne i teške posljedice po ukupan demografski i društveno-gospodarski razvoj. Osim cjelokupnog procesa, zabrinjavajući su i parcijalni procesi starenja, koji se sastoje u starenju pojedinih funkcionalnih dobnih kontingenata: stanovništva u radno-sposobnoj dobi, fertilnog kontingenta stanovništva, radno-aktivnog stanovništva (radne snage) i sl. Starenje stanovništva se očituje u smanjivanju broja i udjela (koeficijenta mladosti) mladog (do 15 godina starosti) te porastu broja i udjela (koeficijenta starosti) starog (iznad 65 godina starosti) u ukupnom stanovništvu. Između 1961. i 2011. koeficijent mladosti je smanjen sa 27,2 na 15,2, dok je koeficijent starosti povećan sa 7,4 na 17,7 odnosno udio starih više je nego udvostručen. Bez obzira na primjenu različitih klasifikacija dobne strukture prema tipovima dobnog sastava stanovništva, Hrvatska se već na početku 1960-ih godina nalazila na pragu starenja, a u krug zemalja s tipom demografska starost je ušla već 1971., dok je 2001. i 2011. prema tipu dobnog sastava postala zemlja duboke starosti. Porast broja i udjela starog stanovništva utječe i na porast mortaliteta i sve su brojniji naraštaji s većim rizikom smrti, ali i na naglašeno visok porast potrebnih financijskih i drugih sredstava za mirovinsko, zdravstveno i socijalno zbrinjavanje starih osoba, što predstavlja dodatno opterećenje za ionako dugotrajno poremećene i posrnule gospodarske trendove u zemlji. Osim toga, zabrinjava i porast broja stanovnika vrlo visoke životne dobi pa se tako broj osoba starih 80 godina i više između 1961. i 2011. povećao sa 42 125 na 168 704 ili za čak 300,5%. Ovaj rad će stoga prikazati temeljnu socio-demografsku analizu kao i daljnje trendove i posljedice starenja prema podacima iz Popisa stanovništva Hrvatske u posljednjih 40 godina te će se koristiti metoda demografske statistike uz komparativnu analizu sukcesivnih popisa praćenih obilježja u definiranom razdoblju.

112. KAKO OSOBE STARIJE ŽIVOTNE DOBI ŽIVE DANAS I ŠTO MOGU OČEKIVATI SUTRA – PROJEKT URBAN HEALTH CENTRE EUROPE (UHCE)

BILAJAC L^{1,2}, Vasiljev Marchesi V^{1,3}, Miloš M¹, Juraga D¹, Rukavina T^{1,2,3}

¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

²Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, Rijeka, Hrvatska

³Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

lovorka.bilajac@medri.uniri.hr

Ključne riječi: starenje, kvaliteta života, fizička aktivnost, polifarmacija, usamljenost

Zdravo starenje jedan od prioriteta pisanih strategija razvoja i strategija zdravstva na lokalnom i nacionalnom nivou s ciljem što dužeg zadržavanja starijih osoba u vlastitom kućanstvu i uz obitelj. Projekt UHCE odobren je i financiran sredstvima Europske Komisije u okviru Drugog programa za zdravlje 2008-2013., a Medicinski fakultet u Rijeci jedan je od partnera. Cilj projekta i planiranih aktivnosti je kroz koncept integrirane zaštite na lokalnoj razini produžiti zdrave godine života i što dulju samostalnost osoba starije životne dobi uz poboljšanu kvalitetu života.

U istraživačkom dijelu se putem fokus grupa utvrdilo stvarno stanje zdravstvenog i socijalnog sustava vezanog za osobe starije životne dobi. Nakon toga se 500 stanovnika Grada Rijeke koji su stariji od 75 godina, samostalni i žive u svojim kućanstvima uključilo u projekt. Upitnikom se ispitalo njihove potrebe te se sukladno tome pristupilo planiranju intervencija koje se podijeljene u tri kategorije: praćenje polifarmacije (putem aplikacije na tabletima), prevencija padova (organizirane grupe za vježbanje) te smanjivanje usamljenosti (radionice sa studentima). U dogovoru s patronažnim sestrama te ispitanicima, personaliziranim pristupom, odlučilo se u koju intervencijsku skupinu ćemo uključiti pojedinog ispitanika.

Dobiveni rezultati inicijalnih mjerenja ukazali su da se 56% ispitanika boji padova iako ih je palo 31%. 35% ispitanika žive sami, a 65% se osjeća usamljeno. Što se lijekova tiče, 41% ispitanika uzima 5 ili više lijekova. Kvaliteta života im je na vrlo niskoj razini. Nakon odabranih intervencija te nakon samo 3 mjeseca vježbanja, mjerljivi rezultati ukazuju na pomak nabolje, veće zadovoljstvo i bolju kvalitetu života.

Korištenjem suvremene tehnologije te organizacijom fizičke aktivnosti u svrhu poboljšanja psihičkog i mentalnog stanja starijih osoba, olakšavaju im se neželjene situacije te im se poboljšava i unaprjeđuje život i zdravlje, što je od temeljnog značaja, ne samo za pojedinca, nego i za cjelokupnu zajednicu.

113. UTJECAJ DRUŠTVENIH STRUKTURA NA STATUS STARIJIH OSOBA U OBITELJI

VERONEK J, Sajko M, Poljak D, Živoder I

Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin, Varaždin, Hrvatska

jurica.veronek@unin.hr

Ključne riječi: starije osobe, obitelj, društvo, udovištvo, podrška, stavovi

Premda je starenje proces koji znači nove mogućnosti, prati ga niz nepoznatih izazova. Jedna od glavnih briga starijih ljudi jest održavanje neovisnosti, slobode kretanja i sposobnosti punog sudjelovanja u društvenom svijetu. U starijoj dobi, ljudi su suočeni s mnogim gubicima među kojima je i smrt supružnika što predstavlja jaki stres i zahtijeva velike napore prilagodbe na nove okolnosti života. Gubitak supružnika može uzrokovati društvenu i emocionalnu osamljenost. Svrha ovog rada je utvrditi postoje li društvena i emocionalna ograničenja koja mogu biti nametnuta starijim osobama od strane obitelji ili okoline a značajan su čimbenik koji doprinosi kvaliteti života.

Cilj rada: Opisati društvena i emocionalna ograničenja koja su nametnuta starijim osobama od strane okoline te kakav to utjecaj ima na društvo u cjelini.

Metode u istraživanju: Pomoću polustrukturiranog intervjua i kvalitativne metodologije provedenih kod dvoje ispitanika te time prikazati slučaj društvenih i emocionalnih ograničenja koja se nameću starijim osobama od strane obitelji ili okoline.

Nalazi studije: Obiteljski i međugeneracijski odnosi utječu na suočavanje pojedinca i obitelji sa stresnim životnim događajima. Obitelj je prepoznata kao najvažniji oslonac i čimbenik podrške. Odnos podrške roditelj – dijete uzajaman je i recipročan. Važan čimbenik je i postojanje socijalne mreže koja održava pozitivne odnose.

Zaključak: Socijalna podrška jedan je od značajnijih činitelja koji doprinose kvaliteti života kod starijih ljudi. Iako je izuzetno važna starijim osobama, ona može biti i ograničavajući faktor.

114. ČEMU SE NADAJU STARIJI RODITELJI I KAKO SE ZBOG TOGA OSJEĆAJU? ODNOS PRIVRŽENOSTI, OČEKIVANJA O BRIZI I ZADOVOLJSTVA ŽIVOTOM U TREĆOJ DOBI

BANOV K, Smojver-Ažić S

Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

kbanov@ffri.hr

Ključne riječi: očekivanja o brizi, filijalna potpora, privrženost u odrasloj dobi, zadovoljstvo životom, međugeneracijska solidarnost

Opis problema: Oslanjanje na neformalne resurse obiteljske pomoći u brizi za starije osobe sve je izazovnije u kontekstu promjena obiteljske strukture. Unatoč tome, rijetka su istraživanja planiranja vlastite budućnosti kod osoba starije životne dobi i uloge filijalne potpore. Cilj je ovog rada istražiti očekivanja osoba starije životne dobi o uključenosti njihove odrasle djece u različite oblike funkcionalne i emocionalne brige za roditelja. Ispitana je i prediktivna uloga ovih očekivanja, u objašnjenju trenutnog zadovoljstva vlastitom djecom i životom općenito. Sukladno nalazima prethodnih istraživanja, posebna pozornost posvećena je kontroli dimenzija privrženosti pri ispitivanju očekivanja raznih oblika međugeneracijske solidarnosti.

Metoda: 142 ispitanika prosječne dobi 71,52 godina (od 60 do 88) je uz procjenu zadovoljstva životom i djecom ispunilo i Inventar iskustava u bliskim vezama kao mjeru privrženosti te Upitnik očekivanja o brizi kojim su ispitana roditeljska očekivanja o uključenosti odraslog djeteta u nekoliko navedenih oblika funkcionalne i emocionalne potpore roditelju. Ispitanici su svoja očekivanja procjenjivali u odnosu na jedno od odrasle djece, a ispitana i su i neka strukturna obilježja obitelji, poput bračnog statusa, broja odrasle djece ispitanika i udaljenosti mjesta stanovanja odraslog djeteta.

Rezultati: Pri izražavanju vlastitih očekivanja, roditelji su razlikovali aktivnosti zajedničkog druženja, emocionalne potpore i uključenosti u planiranje budućnosti od aktivnosti koje bi zahtijevale veće poslovne ili obiteljske žrtve odrasle djece. Osobe zaokupljenog stila privrženosti općenito su izražavale viša očekivanja uključenosti njihove odrasle djece u brigu. Rezultati pokazuju kako očekivanja o brizi kroz aktivnosti emocionalne potpore značajno doprinose objašnjenju zadovoljstva djecom nakon kontrole doprinosa dimenzija privrženosti. S druge strane, kao prediktori zadovoljstva životom potvrdili su se zdravstveno stanje i zadovoljstvo djecom. Nakon kontrole ovih efekata, očekivanja o brizi i dimenzije privrženosti nisu značajnije doprinijele objašnjenju zadovoljstva životom.

Zaključak: Filijalna potpora, kao temelj zbrinjavanja mnogih osoba starije dobi može se ostvariti kroz širok spektar ponašanja, od kojih neki oblici mogu biti traženiji u odnosu na druge. Psihologija i socijalna gerontologija imaju ključnu zadaću daljnjeg i detaljnijeg istraživanja očekivanja osoba starije životne dobi o ulozi njihove djece u osiguranju buduće kvalitete života.

115. STAVOVI ŠKOLSKE DJECE PREMA STARIJIM OSOBAMA

JASIĆ I¹, Županić M²

¹Preddiplomski studij sestrinstva, Zdravstveno veleučilište u Zagrebu, Hrvatska

²Katedra za zdravstvenu njegu, Zdravstveno veleučilište u Zagrebu, Hrvatska

ivanarakovic2@gmail.com

Ključne riječi: predrasude, starije osobe, učenici, stavovi, edukacija

Uvod: Stariji građani obično se teško izbore da bi ih se vidjelo, čulo i razumjelo. Prestankom radne sposobnosti, umanjuje se njihova uloga u društvu, kako u poslovnom tako i u obiteljskom okruženju. Osim toga, još uvijek su isključeni iz dijaloga i akcija kada se radi o poboljšanju njihovog položaja u društvu. Kao rezultat toga, starije žene i muškarci ne primaju svoj dio u dijeljenju nacionalnog i globalnog napretka, posebice stari u ruralnim krajevima. Ukloniti predrasude iz gledišta populacije prema starijim osobama veliki je izazov današnjice.

Cilj: Ispitati mišljenja, stavove i ponašanja školske djece u razdoblju osnovnoškolskog obrazovanja prema starijim osobama. Uočiti postoje li stereotipi u manjoj razini zbog veće povezanosti članova unutar ruralne sredine.

Metode: Provedeno je kvantitativno istraživanje među učenicima 6. i 7. razreda Osnovne škole Đakovački Selci, u Selcima Đakovačkim. Broj učenika koji su pristupili rješavanju anonimnog upitnika je 60, od kojih je 33 učenika ženskog spola, a 27 muškog spola. 32 učenika polaznici su 6. razreda, dok je učenika 7. razreda koji su pristupili upitniku 28. Upitnik se sastoji od dva dijela, u prvom su ispitani stavovi prema starijim osobama, a u drugom dijelu ponašanja usmjerena ka starijim osobama.

Rezultati: mRezultati upitnika verificirali su manjak znanja o starijim osobama na područjima njihovih mogućnosti i potreba s obzirom na godine. Unatoč tome, ponašanja školske djece prema starijoj populaciji su prikaz kohezivnosti ruralne sredine i senzibiliziranosti djece prema starijima.

Zaključak: Porast stanovništva starije dobi u ukupnoj populaciji konstantno je u porastu. Takav odnos generacija opterećuje zdravstveni sustav i povećava potrebe za lijekovima, medicinskom skrbi, s istovremenim nedostatkom mladog stanovništva za doprinos državi. Navedeno stanje očekuje se i u budućnosti, a uloga medicinskih sestara kao edukatora je u smanjivanju stereotipa prema starijim osobama te prenošenju pozitivnih ponašanja od razdoblja školskog uzrasta do odraslih. Razlike u generacijama uvijek su prisutne, no potrebno ih je smanjivati s ciljem povećanja senzibiliziranosti prema marginaliziranim skupinama.

POSTERI

POSTERS

116 NAJVEĆI IZAZOV 21. STOLJEĆA – DEMOGRAFSKO STARENJE I U HRVATSKOJ

TOMEK-ROKSANDIĆ S, Kolarić B, Šostar Z, Duraković Z, Reiner Ž, Krznarić Ž, Ljubičić M, Šitum M, Katić M, Fortuna V, Katalinić-Janković V, Predavec S, Penava-Šimac M, Huić M, Balenović A, Laušin V, Durut-Beslač D, Glibotić Kresina H, Smoljanović M, Smoljanović A, Tomasović Mrčela N, Poppek I, Lukić M, Maltarić M, Mravak S, Sajko D, Lovrić K

Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

spomenka.tomek-roksandic@stampar.hr

Ključne riječi: starije osobe, demografsko starenje, Hrvatska, dugovječne starije osobe, stogodišnjaci

Broj i udio osoba starijih od 65 godina se po procjeni 2014. godine u Hrvatskoj povećao u odnosu na popisnu 2011. godinu te iznosi 18,62% (N=789 124), pri čemu udio muškaraca iznosi 15,22% ukupne muške populacije (N= 311 458), a udio žena iznosi 21,79% ukupne ženske populacije (N=477 666). U popisnoj 2011. g. udio starijih od 65 g. iznosio je 17,7% (N=758 633), ukupnom hrvatskom pučanstvu.

Udio osoba starijih od 65 godina je 2011. godine u Gradu Zagrebu iznosio 17,31% (N=136 770), pri čemu je udio muškaraca iznosio 14,40% ukupne muške populacije (N= 53 201), a udio žena je iznosio 19,86% ukupne ženske populacije (N=83 569).

Broj i udio osoba starijih od 65 godina se po procjeni 2014. godine u Gradu Zagrebu, povećao u odnosu na popisnu 2011. godinu te iznosi 18,04% (N=144 057), pri čemu je udio muškaraca iznosio 14,92% ukupne muške populacije (N= 55 687), a udio žena iznosi 20,79% ukupne ženske populacije (N=88 370).

Osobito značenje ima veličina pojavnosti spolne diferencijacije u starijih dugovječnih osoba od 95 do 106 godina, u Hrvatskoj po popisnoj 2011. g., gdje udio starijih žena od 95 do 106 godina iznosi čak 1 719. Najviše ih ima u Gradu Zagrebu 21,29% (N=366), a najmanje u Virovitičko-podravskoj županiji 1,05% (N=18). Starijih muškaraca ima 482, u dobi od 95 do 106 godina, po županijama Hrvatske po popisnoj 2011. godini. Od toga ih najviše živi u Gradu Zagrebu 23,65% (N=114), a najmanje u Virovitičko-podravskoj županiji tek 1,04% (N=5). Ako promatramo ciljnu skupinu najstarijih osoba s navršениh 100 godina po popisnoj 2011. godini, dakle starijih osoba u dobi od 100 do 106 godina, u Hrvatskoj bilo je ukupno 198 osoba. Grad Zagreb bilježi najveći udio s 22% (N=43) dok Požeško-slavonska županija ne broji niti jednog stogodišnjaka. U cilju praćenja gerontološko-javnozdravstvenih determinanti učinkovitosti, dostupnosti i ishoda liječenja gerijatrijskih bolesnika, nužna je provedba informatizacije u zaštiti zdravlja starijih, putem projekta GeroS/CEZIH za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerontoloških i gerijatrijskih osiguranika. Na taj način je moguća učinkovitija izrada integriranih gerontoloških programa u cilju unapređenja zaštite zdravlja starijih osoba te racionalizacije rastuće gerijatrijske potrošnje.

Demografsko starenje hrvatskog pučanstva osobito u odnosu na uvećanje broja stogodišnjaka jasno ukazuje na visoko pozicionirano 8. mjesto Hrvatske u državama svijeta po udjelu starijih. To je implikacijski najveći izazov 21. stoljeća, diktiran na novi gospodarski smjer razvoja, od sustava zdravstva, obrazovanja, socijalne skrbi, mirovinskih fondova, ekologije, zdravstvenog turizma za hrvatsko i europsko starije pučanstvo, hrvatskog fonda za gerijatrijsku zdravstvenu njegu, banaka i osiguravajućih društava, do hrvatskog fonda za zdravstveno i socijalno osiguranje, znanosti, obrazovanja, kulture te gerontološko-znanstveno istraživačke djelatnosti i znanstvenih projekata u strukama specijalizacije i agencija za zapošljavanje novih profesija do gerontoservisa, digitalne gerontoeconomije i gerontotehnologije (Shema 1.).

Schema 1. Nove gospodarstvene međuovisne vrijednosti skrbi za starije osobe **AKTIVNE STARIJE OSOBE - FUNKCIONALNO SPOSOBNE I PRODUKTIVNE**

ZAŠTITA ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA / GeroS / CEZIH za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerontoloških i gerijatrijskih osiguranika – Nacionalni / županijski / regionalne Službe / Centri za zdravstvenu gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo i Grada Zagreba; Gerontološki centri s geroprofilaktičkim programima; Primarna zdravstvena zaštita za starije / skupna opća (obiteljska) medicina za starije; Polikliničko konzilijarna; Gerijatrijska, bolnička i psihogerijatrijska zdravstvena zaštita; Dnevna bolnica za starije; Dnevni boravak za Alzheimerove bolesnike; Domovi za starije s Programom četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege i Programom gerontonegoveateljica; Gerijatrijsko - rehabilitacijska zdravstvena skrb; Zdravstvena savjetovališta i savjetovanja za starije;

SOCIJALNA I PRAVNA ZAŠTITA STARIJIH

Socijalni programi za starije; Domovi za starije, Gerontološki centri / izvaninstitucijska skrb za starije; Dnevni boravci za Alzheimerove bolesnike; Primjena prehrambenogerontoloških normi jelovnika u domovima za starije i gerontološkim centrima; Udomitelji za starije; Servisi gerontodomačice za pomoć starijima; Usluge gerontoservisa / posudionice pomagala za starije; Pravobraniteljstvo za starije; Socijalna, pravna i psihološka savjetovališta i savjetovanja za starije; “Roza telefon” za starije;

OBITELJ I UDRUGE / ZAKLADE

Programi potpore sustavima osobito zdravstva, socijalne skrbi i obrazovanja u razvoju samopomoći, suzaštite i samoodgovornosti za očuvanje funkcionalne sposobnosti starijih;

HRVATSKI TURIZAM ZDRAVLJA ZA EUROPSKO STARIJE PUČANSTVO

Potprogrami provedbe i promidžbe pozitivnog zdravstvenog po-našanja starijih; Potprogrami pravilne primjene korisne mediteranske prehrane za starije osobe (Hrvatske smjernice za pravilnu prehranu starijih); Potprogrami primjene stalne tjelesne aktivnosti za starije osobe; Potprogrami stalne psihičke i radne aktivnosti za starije osobe; Potprogrami jadranske aromaterapije za starije sa šetnicama za aktivno, zdravo starenje;

UGOSTITELJSTVO I HOTELIJERSTVO

Restorani zdrave vitaminizirane hrane protiv pothranjenosti u dubokoj starosti i pretilost u ranijoj starosti; Slastičarnice za starije i starije dijabetičare;

GRADITELJSTVO I ARHITEKTURA

Izgradnja stanova, javnih i turističkih objekata uz izradu namještaja primjerenih arhitekturi stanovanja starijih, izgradnja pametnih gradova za starije, razvoj koncepta zdravog aktivnog i neovisnog starenja poglavito usmjereno intersektorskoj suradnji te energetske učinkovitosti novih proizvoda za eko – pametna stambena rješenja za starije osobe

POLJOPRIVREDA

«Mladi i stari zajedno» - ekonomska stimulacija zadržavanja mladih u seoskim starijim domaćinstvima uz korištenje iskustvenog potencijala starijih i učenju te prijenosu vještina za poljoprivredne proizvode; razvoj seoskog turizma za starije;

PROMET

Prilagodba prometnica i vozila, uvođenje novih semafora koji imaju u sebi sustav odbrojavanja i zvučni signal za sigurni prijelaz starijih osoba, uklanjanje barijera s ciljem prevencije nesreća i ozljeda starijih osoba; Medicina prometa i bontona sigurnosti u odnosu na funkcionalno onesposobljene starije osobe;

INDUSTRIJA I OBRT

Prehrambena industrija - proizvodnja zdrave hrane prilagodene potrebama starijih; Tekstilna i kozmetička industrija - moda i kozmetika za starije; Malo poduzetništvo i obrt za proizvodnju proizvoda i pomagala za starije osobe;

HRVATSKI FOND ZA GERIJATRIJSKU ZDRAVSTVENU NJEGU FUNKCIONALNO ONESPOSOBLJENIH STARIJIH OSOBA

Novi dodatni porez za proizvodnju nezdrave hrane i opetovano utvrđeno negativno zdravstveno ponaša-nje pojedinaca i institucija u proizvodnji proizvoda štetnih po zdravlje (npr. duhanska industrija);

Novi dodatni porez za ugostiteljske objekte i hotele koji nude nezdravu hranu;

MIROVINSKI FONDOVI

Produženje radnog vijeka ovisno o funkcionalnoj sposobnosti, visina mirovina ovisno o godinama radnog staža, namjenske investicije za domove za starije iz proračuna mirovinskih fondova;

BANKE, OSIGURAVAJUĆA DRUŠTVA

Štednja starijih osoba sa benefitima, životna osiguranja za starije osobe, djedovi i bake otvaraju štednju za unuke; unuci otvaraju štednju za starije osobe;

HRVATSKI FOND ZDRAVSTVENOG I SOCIJALNOG OSIGURANJA

GeroS / CEZIH za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerontoloških i gerijatrijskih osiguranika / sinergijska poveznica zdravstvene i socijalne skrbi za starije - racionalizacija rastuće gerijatrijske zdravstvene potrošnje;

HRVATSKI DRŽAVNI PRORAČUN

Usmjeren na razvoj novih oblika izvaninstitucijske skrbi kojima je cilj zadržati stariju osobu u vlastitom prebivalištu što je duže moguće;

ZNANOST, OBRAZOVANJE I KULTURA

Specijalizacija iz gerijatrije po UMS-u, trajna izobrazba iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege, Poslijediplomski studij iz gerontologije i gerijatrije namijenjen zdravstvenim, socijalnim, pravnim, ekonomskim i drugima, u dodiplomskom i poslijediplomskom obrazovanju različitih stručnjaka i novih profila / zanimanja koja skrbe o starijima, trajna edukacija gerijatrijskih medicinskih sestara, obrazovanje starijih i Centri za obrazovanje starijih - gerontogogija; Profesionalna interesna preokupacija starijih osoba; Radionice i stvaraonice za starije; informatička edukacija sa starijima, kultura, filmovi, kazalište i druga kulturna događanja; Gerontostomatolog, prvostupnik radne terapije za starije, prvostupnik fizioterapije za starije, Gerontonutricionist; Gerontokineziolog za starije; Manager za starije osobe; Gerontotehnolog; Arhitekt za starije;|

GERONTOLOŠKO-ZNANSTVENO ISTRAŽIVAČKA DJELATNOST I ZNANSTVENI PROJEKTI U STRUKAMA SPECIJALIZACIJE I AGENCIJA ZA ZAPOŠLJAVANJE I GERONTO SERVISI

Ciljana gerontološka znanstvena istraživanja po različitim strukama specijalnosti, Hrvatski i EU gerontološki i gerijatrijski znanstveni projekti, korištenje potencijala umirovljenika primjenom znanja i vještina na mlade djelatnike u struci;

EKOLOGIJA

Ekološki programi za starije; uvođenje ekoloških redara funkcionalno sposobnih starijih osoba;

Izvor: Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba – Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nasatvni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“

117. SLUŽBA ZA JAVNOZDRAVSTVENU GERONTOLOGIJU NASTAVNOG ZAVODA ZA JAVNO ZDRAVSTVO „DR. ANDRIJA ŠTAMPAR“

KOLARIĆ B, Tomek-Roksandić S, Šostar Z, Tomasović Mrčela N, Lukić M, Maltarić M, Mravak S, Lovrić K, Meštrić S

Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

branko.kolaric@stampar.hr

Ključne riječi: gerontološko-javnozdravstvena djelatnost, gerontologija, starija osoba, gerontološke norme, programi, smjernice, GeroS / CEZIH, zdravstvene potrebe, funkcionalna sposobnost, aktivno zdravo starenje

Definicija: Gerontologija (znanost o starenju) je interdisciplinarno područje koje, između ostalog, uključuje istraživanje procesa starenja iz aspekta biologije, psihologije, sociologije, medicine i javnog zdravstva. Demografska revolucija koja se odvija u posljednjih stotinjak godina (gotovo eksponencijalan porast udjela osoba starije životne dobi) dovela je moderna društva do novih izazova u najrazličitijim područjima - od zdravlja i zdravstva sve do ekonomskih i političkih implikacija društvenih promjena (primjerice održivosti mirovinskih sustava). Služba provodi poslove iz domene javnozdravstvene gerontologije. Javnozdravstvena gerontologija bavi se karakteristikama i potrebama populacije starije životne dobi koje su vezane uz zdravlje te joj je cilj razvijati model aktivnog zdravog starenja na razini populacije. Za razliku od gerijatrije, koja se prvenstveno bavi liječenjem i sprečavanjem bolesti pojedinca, javnozdravstvena gerontologija se temelji na promicanju zdravlja tj. povećanju zdravlja kao resursa u populaciji osoba starije životne dobi. Javnozdravstvena gerontologija, uz kvantitativno-pozitivistička istraživanja, osobito njeguje i kvalitativni pristup istraživanju s ciljem stvaranja novih hipoteza i uvažavanja osobnog iskustva u procesu starenja. Potonja istraživanja posebice su važna u razvoju programa promicanja zdravlja, organizaciji zdravstvene zaštite i njege osoba starije životne dobi. Kratko o povijesti: Gerontološka djelatnost Zavoda ima tradiciju još od 1978. godine te je dobila priznanje imenovanjem Referentnog centra Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba kroz tri petogodišnja mandatna razdoblja od 2002. godine. Služba za javnozdravstvenu gerontologiju izdvojena je kao zasebna organizacijska jedinica Zavoda u svibnju 2016. godine. Povijesni razvoj gerontološke djelatnosti u Zavodu detaljnije je opisan u Glosariju o Referentnom centru Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, (www.stampar.hr/gerontologija – glosarij). Sadašnja organizacija: Rad Službe je organizacijski strukturiran kroz jedan odjel i četiri odsjeka. Odjel u Službi: Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju obavlja najsloženije poslove i zadaće redovita četiri područja gerontološko-javnozdravstvene djelatnosti. Djeluje kroz Odsjek za registar zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih osoba; Odsjek za gerijatrijsku zdravstvenu negu; Odsjek za geroprofilaksu i promociju aktivnoga i zdravoga starenja i Odsjek za gerontološko-javnozdravstveni menadžment. Budućnost: Gerontologija je relativno mlada znanstvena i stručna grana te se dinamično najbrže razvija u zapadnim državama svijeta. Zbog specifičnosti i kompleksnosti zdravstvenih potreba osoba starije životne dobi djelatnosti u Službi izrazitog su interdisciplinarnog gerontološkog sastava stručnjaka različitog profila doeduciranih iz gerontologije. Planovi za kratkoročno i srednjeročno razdoblje su: daljnji razvoj evaluacije, kvalitete i cjelovitosti gerontološko-javnozdravstvenih pokazatelja zdravstvenog stanja i funkcionalne sposobnosti starijih, prvenstveno implementacijom elektroničkih medija, uvođenjem projekta GeroS / CEZIH za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika. Istraživanja i izradba smjernica, uputa, gerontoloških normi u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja osoba starije životne dobi te razvoj edukacijskih modela za profesionalce (poslijediplomsko usavršavanje iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege, usvajanje i adaptacija međunarodnih gerontoloških smjernica sukladne europskoj i hrvatskoj gerontološkoj doktrini). Kadrovski ćemo se obogatiti novim profilima stručnjaka kako bi dosegнули fleksibilnost radnog okruženja i time omogućili lakše praćenje dinamičnih procesa i promjena u području gerontologije. Posebnu pažnju posvetit ćemo održavanju razine kvalitete najsloženijih redovitih poslova i zadaća redovita četiri područja gerontološke-javnozdravstvene djelatnosti, kako bi i u budućnosti zadovoljili kriterije za dodjelu mandatnog petogodišnjeg razdoblja naslova Referentnog centra Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba.

118. ANALIZA PREŽIVLJENJA, POKAZATELJI KAKVOĆE ŽIVOTA I ZDRAVLJA U SUDIONIKA STUDIJE O KRONIČNIM BOLESTIMA U HRVATSKOJ (PETOGODIŠNJE PREŽIVLJENJE)

MIMICA N¹, Žakić Milas D¹, Milas G², Gradiški IP¹, Pavlović M³

¹Klinika za psihijatriju Vrapče Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

²Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb, Hrvatska

³Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, Zagreb, Hrvatska,

nino.mimica@gmail.com

Ključne riječi: petogodišnje preživljenje, kakvoća življenja, CASP-19

Opis problema: Predmet istraživanja odnosio se na kakvoću života provedenu anketom, uključivši CASP-19, u relativno zdravih pokretnih starijih osoba u praćenom segmentu opće populacije u razdoblju 1967. - 2012. godine. Provedena je kliničko-epidemiološka studija o kroničnim bolestima u uzorku kontinentalne i obalne populacije starijih pokretnih neinstitucionaliziranih osoba tijekom 2006. i 2007. godine. /MZOS: 0222411-2407/. Praćen je vitalni status kroz 5-godišnje razdoblje. Do ožujka 2012. godine registrirana je opća smrtnost unutar uzorka.

Cilj istraživanja je utvrditi prediktivnu vrijednost samoiskazane kvalitete življenja i relevantnih pokazatelja zdravlja na petogodišnje preživljenje pokretnih starijih osoba sa osobinama „zdravog“ starenja bez, pri kliničkom pregledu, utvrđenih težih psihičkih i neuroloških stanja i bolesti.

Metode rada: Uz medicinski pregled sudionici studije dobrovoljno su sudjelovali u anketi nekoliko pokazatelja životne kakvoće uz upitnik CASP-19. Do 1. ožujka 2012. godine registrirana je opća smrtnost unutar uzorka (N preminulih = 64). Sudionici studije dobrovoljno su sudjelovali u kliničkom pregledu i anketama (dozvola etičkog povjerenstva IMiMR 28102005) uključivši CASP-19 (19 strukturiranih pitanja; izbor između četiri moguća odgovora u četiri domene: samokontrole, autonomije, izvođenja dnevnih aktivnosti i zadovoljstva životnim prilikama (dozvola korištenja instrumenta: ELSA; HAPIEE studija; od Hyde M, Manchester UK). Sudjelovalo je 397 starijih osoba (raspon dobi 70-92 godine). Provedena je analiza preživljenja primjenom Coxove regresije u sklopu programskog paketa SPSS/PASW verzije 20 (IBM Corp., N.Y., USA)).

Rezultati rada s raspravom: Rezultati upućuju na smanjenje u pojedinim domenama kakvoće življenja proporcionalno godinama starosti, ali i povezanost urbano-ruralnog medicinsko-geografskog gradijenta s više smrtnih ishoda u ruralnim područjima (p<0,02). Žitelji urbanih područja imali su 1,1 puta veću vjerojatnost preživljavanja unutar promatranog razdoblja od 5 godina. S obzirom na interakcije ispitivanih domena kakvoće života i prediktora zdravlja (ELA, metabolički sindrom, Framingham heart score, stambene prilike) uzorak je bio homogene strukture s obzirom na ispitivane četiri domene kvalitete života.

Zaključak: Pokazatelji ankete CASP-19 o kvaliteti življenja i analizirane interakcije s pojedinim pokazateljima zdravlja u pokretnih starijih neinstitucionaliziranih osoba ukazuju na očekivanu povezanost smrtnosti u 5 godina nakon perlustracije u IV. epidemiološkom valu i ispitivanih pokazatelja kvalitete života. Registrirana je veća smrtnost u ruralnim područjima Republike Hrvatske koja je također povezana s ispitivanim pokazateljima kvalitete života.

119. KAMPANJA „STOP NASILJU NAD STARIJIMA“

NINIĆ Z

Klub umirovljenika Zagreb, Zagreb, Hrvatska

zdenka.ninic.vozlic@gmail.com

Ključne riječi: stariji, nasilje, kampanja, javnost, senzibilizacija

O starijim osobama kao žrtvama nasilja se ne govori. O tome društvo šuti pa zato nemamo:

- skloništa za starije - žrtve nasilja,
- SOS besplatni telefon za prijavu nasilja nad starijima,
- sustav savjetovališta za starije,
- pravobranitelja za starije osobe,
- Ured Vlade RH za starije,

- u nacionalnim dokumentima nemamo ugrađene preporuke za postupanje prema starijima - žrtvama nasilja,
- na lokalnoj razini nemamo programe za suzbijanje nasilja,
- nemamo povjerenike za starije,
- stručnjaci su nedovoljno senzibilizirani za problematiku nasilja nad starijima

Provedenim istraživanjem za Grad Zagreb potvrđeno je da nasilje nad starijima postoji i pojavljuje u svim oblicima, psihičkom, fizičkom, ekonomskom i seksualnom. Događa se jednako u obitelji, kada su zlostavljači najuži članovi obitelji (sin, kćerka, zet, snaha), ali se ono događa i u javnim ustanovama, primjerice u domovima umirovljenika, socijalnim - zdravstvenim ustanovama.

Ovom Kampanjom želimo senzibilizirati javnost i stručnjake da nasilje nad starijima postoji, educirati javnost na prepoznavanje nasilja i potaknuti javnost na prijavljivanje nasilja. Niti jedno nasilje i niti jedan nasilnik ne smiju ostati nekažnjeni.

120. VOLONTIRANJE AKTIVNO STARENJE

DUMBOVIĆ N^{1,2}, Šimec M^{1,2}, Lacković E¹, Volarić N¹

¹Udruga za palijativnu pomoć „Srce“, Novi Marof, Hrvatska

²Opća bolnica Varaždin, Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, Novi Marof, Hrvatska

natasad.vz@hotmail.com

Ključne riječi: volonter, aktivnost, kvaliteta života, starenje, Udruga

Volontiranje je nesebično davanje svojega znanja i vremena nekome dugome, a da za to ne primamo nikakvu novčanu naknadu. Kako u gerijatrijskoj dobi možemo davati sebe i svoje vrijeme. Umirovljenjem mnogo puta dolazi do socijalne izolacije, osjećaja beskorisnosti i naravno usamljenosti. Nakon gubitka članova obitelji i kod samačkih domaćinstva te komponente su još izraženije.

Ideja o volontiranju u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof razvila se putem Udruge za palijativnu pomoć „Srce“ Novi Marof, najviše sa ciljem kako poboljšanja kvalitete boravka bolesnika u bolnici tako i aktivnog sudjelovanja sumještanu u radu bolnice i Udruge. Osnovala se međugeneracijska skupina volontera kojoj je glavni cilj poboljšanje kvalitete boravka bolesnika u bolnici.

Volontiranjem volonteri:

- vraćanju samopouzdanje
- osjećaj pripadnosti
- razvoj intelektualnih sposobnosti
- trajne edukacije i stjecanje novih znanja
- radne aktivnosti primjerene dobi
- duhovna potpora i razvoj duhovnosti
- međugeneracijsko učenje i prenošenje iskustva

Aktivno uključivanje starijih osoba u volontiranje primjereno njihovo dobi dovodi do poboljšanja ne samo fizičkog nego i psihičkog zdravlja. Davanjem obaveza i zaduženja vraća se osjećaj važnosti i pripadnosti skupini. Kroz prikaz slučajeva poboljšanja kvalitete života svakog volontera naš je najveći uspjeh. Izjavama volontera: „Vratili ste me u život.“, „Jedva čekam da dođem i da radim.“, „Osjećam se kao u školi.“...ukazuje se na veliki učinak na aktivno i sretno starenje. Uloga volontera u lokalnoj zajednici postepeno raste i zauzima važnu ulogu u razvoju zdrave zajednice. Poticanje na nesebično davanje u poboljšanju kvalitete života jedan je od osnovnih ciljeva Udruge za palijativnu pomoć „Srce“ Novi Marof.

121. UTJECAJ DUHOVNOSTI I RELIGIOZNOSTI NA DEPRESIVNOST KOD OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI SMJEŠTENIH U INSTITUCIJI

KARTELO PINTARIĆ G

Dom za starije osobe Trnje, Zagreb, Hrvatska

dom-trnje@zg.htnet.hr

Ključne riječi: duhovnost, osobe starije životne dobi, religija, religioznost, depresija

Depresivni sindrom razvija se kao kombinacija predispozicije, psihosocijalnih i tjelesnih čimbenika. Religija je organizirani sustav vjerovanja, ponašanja, obreda i simbola čija je namjena olakšati bliskosti sa svetim ili transcendentnim. Duhovnost je osobno traganje za razumijevanjem odgovora na konačna pitanja o životu, značenju, u odnosu sa svetim ili transcendentnim, koje može (ali i ne mora) dovesti do ili proizlaziti iz razvoja religioznih obreda i stvaranje zajednice. Brojna istraživanja ukazuju na to da određeni aspekti religioznosti mogu biti obrnuto povezani s depresivnim simptomima.

Cilj istraživanja bio je ispitati utjecaj religioznosti i duhovnosti na depresiju kod osoba starije životne dobi smještenih u instituciji. U istraživanju sudjelovale su starije osobe smještene u Dom „Trnje“ Zagreb tijekom 2007. godine. Ukupno je sudjelovalo 101 ispitanika (50% muškaraca, 50% žena), prosječne dobi 80 godina. Instrumentarij je slijedeći Upitnik religiozna orijentacija (Allport i Ross, 1967), Skala duhovne dobrobiti (Ellison, 1983) i Beckov upitnik depresivnosti (Beck i sur., 1996.). Korišteno je šest varijabli od kojih su prve tri mjere religioznosti i duhovnosti, a preostale tri mjere depresivnosti. Korišteni su bivarijantni i multivarijantni statistički testovi; faktorska analiza, T-test, analiza varijance i Pearsonov koeficijent korelacije. Rezultati su pokazali da osobe starije životne dobi koje su više religiozne nisu manje depresivne od osoba koje su manje religiozne. Osobe koje osjećaju veću egzistencijalnu dobrobit su manje depresivne od osoba koje osjećaju manju egzistencijalnu dobrobit.

122. OBITELJSKI NJEGOVATELJI STARIJIH OSOBA S OBZIROM NA VRSTE BOLESTI I OBILJEŽJA SKRBI

RUSAC S, Štambuk A, Skokandić L

Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Studijski centar socijalnog rada, Zagreb, Hrvatska

srusac@pravo.hr

Ključne riječi: obiteljski negovatelji, starije osobe, vrste bolesti, obilježja skrbi

U Republici Hrvatskoj prisutan je izraziti trend nepovoljnih demografskih kretanja što ukazuje na potrebe pronalaženja novih oblika društvene skrbi za starije stanovništvo. Neformalnu skrb o starijim osobama još uvijek u 70% do 80% slučajeva pružaju članovi obitelji. Stoga je cilj ovog istraživanja dobiti uvid u vrste bolesti (multimorbiditet) starijih osoba i obilježja skrbi koju pružaju obiteljski negovatelji. U istraživanju su sudjelovala 342 obiteljska negovatelja starijih osoba s područja grada Zagreba. Uzorak je bio prigodni. Tijekom 2013. i 2014. godine provedeno je usmeno anketno istraživanje.

Rezultati su pokazali da najveći postotak starijih osoba za koje skrbe neformalni negovatelji, ima problema s krvnim tlakom - 41,4%. Isti postotak starijih osoba – 34,4% ima probleme s leđima, kralježnicom i vratom kao i dubokom starosti, općim lošim stanjem i nemogućnošću brige o sebi. Na trećem mjestu je nestabilnost i sklonost padovima (29%), slijede nemogućnost kretanja i potpuna fizička ovisnost (25,7%) te konačno Alzheimerova bolest ili neki drugi oblici demencije (24%). Navedene bolesti predstavljaju „tipične“ bolesti starije populacije zbog kojih je potrebna skrb negovatelja.

Njegovatelji u većini slučajeva njeguju stariju osobu od 1 do 4 godine (44,1%), 5 i više godina njeguje osobu 35,3% negovatelja, dok manje od godinu dana stariju osobu njeguje njih 20,6%.

Na razini dnevne njege, najveći broj ispitanih negovatelja njeguje osobu do 4 sata dnevno (44%), slijede negovatelji koji i danju i noću njeguju stariju osobu (31,5%), zatim 17,6% negovatelja koji skrbe cijeli dan i 23% negovatelja koji skrbe 8 sati dnevno. Iz navedenog je vidljivo da obiteljski negovatelji nose veliki teret s obzirom na multimorbiditet starijih osoba kao i vrijeme provedeno u njezi. Zahtjevi njege mogu iscrpljujuće djelovati na zdravlje negovatelja pa i čitavu obitelj ukoliko nema servisa, usluga ni adekvatne podrške u lokalnoj zajednici. Stoga, prepoznavanje uloge obiteljskog negovatelja kao humanijeg oblika skrbi u odnosu na institucionalnu skrb, potrebno je pravno regulirati kroz institut obiteljskog negovatelja.

123. JAVNOZDRAVSTVENE AKCIJE PROMICANJA ZDRAVOG AKTIVNOG STARENJA I PREVENCIJE BOLESTI KOD OSOBA U DOBI OD 65 I VIŠE GODINA U ZADARSKOJ ŽUPANIJI 2014./2015

PETRIĆ A, Ćosić Dukić J

Zavod za javno zdravstvo Zadar, Zadar, Hrvatska

ana.petric1@zd.t-com.hr

Ključne riječi: javnozdravstvene akcije, zdravo starenje, prevencija bolesti, starije osobe, Zadarska županija

U Zadarskoj županiji (ZŽ) udio stanovnika u dobi od 65 i više godina u ukupnom stanovništvu po Popisu 1991. iznosio je 10,8% a po Popisu 2011. godine 18,5% što pokazuje proces stalnog starenja stanovništva. Cilj javnozdravstvenih akcija je promicanje zdravog aktivnog starenja i prevencija bolesti kod osoba u dobi od 65 i više godina u ZŽ, u svrhu podizanja kvalitete života starijih osoba.

Metode: Predavanja o zdravom starenju, utjecaju kroničnih nezaraznih bolesti i ozljeda na funkcionalnu osposobljenost starijih osoba te uz savjete kako ih prevenirati, održano je u 26 jedinica lokalne samouprave u razdoblju od listopada 2014. do travnja 2015. godine. Nakon predavanja organizirana su mjerenja krvnog tlaka, šećera u krvi, opsega struka i indeksa tjelesne mase (ITM). Suradnici u provedbi aktivnosti vezanih za predavanja bile su jedinice lokalne samouprave, Patronažna služba Doma zdravlja ZŽ, liječnici obiteljske medicine ZŽ, Društvo Crvenog križa ZŽ, župe Zadarske nadbiskupije.

Rezultati: Na predavanjima je sudjelovalo oko 600 osoba. Mjerenjima je pristupilo 569 osoba, muškaraca 214 (37,6%), žena 355 (62,4%). Kao referentnu vrijednost za povišeni krvni tlak uzeli smo sistolički tlak veći od 140 mmHg i/ili dijastolički tlak veći od 90 mmHg. Kod 163 (28,6%) osobe izmjerene su vrijednosti povišenog krvnog tlaka, dok je njih 406 (71,4%) imalo tlak niži ili jednak od navedenog. Kao referentnu vrijednost za povišeni šećer u krvi uzeli smo 9 mmol/L, jer su mjerenja uglavnom bila u popodnevnim satima nakon obroka. Kod 75 (13,2%) osoba izmjerene su vrijednosti jednake ili veće od 9 mmol/L šećera u krvi, ostali su imali niže vrijednosti od navedene. Kod mjerenja ITM-a, pothranjeno je bilo 6 (1,1%) osoba, povećanu tjelesnu težinu je imalo 267 osoba (46,9%), pretilost je zabilježena kod 192 osobe (33,7%), dok su 104 (18,3%) osobe imale normalnu tjelesnu težinu. Kod mjerenja opsega struka koji je korisna mjera za procjenu zdravstvenih rizika debljine, 59 (16,6%) žena i 55 (25,7%) muškaraca imali su normalan rizik. Povećani rizik smo utvrdili kod 70 (19,7%) žena i 63 (29,4%) muškarca dok je visok rizik imalo 226 (63,7%) žena i 96 (44,9%) muškaraca.

Zaključak: Usporedba popisnih godina stanovništva pokazuje proces stalnog starenja stanovništva u ZŽ. Kod izmjerenih osoba zabilježene su povišene vrijednosti faktora rizika za nastanak kroničnih nezaraznih bolesti pa je tako prekomjernu tjelesnu težinu imalo 80,7% osoba te je kod 63,7% žena i 44,9% muškaraca zabilježen opseg struka veći od preporučenih vrijednosti. Stoga je bitno provoditi ovakve javnozdravstvene akcije kako bi se starije stanovništvo upoznalo s faktorima rizika za nastanak kroničnih nezaraznih bolesti i važnosti što ranijeg otkrivanja bolesti. Isto tako treba staviti naglasak na usvajanje zdravih životnih navika, čime se smanjuju rizici za obolijevanje, produljuje životni vijek te u konačnici osigurava zdravije starenje.

124. ORGANIZACIJA CJELOVITE SKRBI ZA STARIJE OSOBE NA LOKALNOM NIVOU – POREČKO ISKUSTVO

ĆAKIĆ KUHA S

Dom za starije i nemoćne osobe Poreč, Poreč, Hrvatska

dom.porec@pu.t-com.hr

Ključne riječi: institucionalna skrbi, izvaninstitucionalna skrb, lokalna zajednica, zdravo aktivno starenje

Problem: Na području Grada Poreča-Parenzo živi 2.452 osobe starije od 65 godina, što čini udio od 14,69%. Od tog broja 825 osoba prema Popisu 2011. ima teškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Organizacija skrbi za ovu populaciju u cijelosti je prepuštena lokalnoj zajednici.

Cilj: prikaz iskustava u skrbi za starije osobe koja je u cijelosti organizirana na lokalnom nivou.

Metode: prikaz aktivnosti prema službenoj dokumentaciji i izvještajima o radu.

Rezultati: Grad Poreč-Parenzo kao lokalna zajednica sustavno brine o starijim osobama organizacijom i financiranjem programa institucionalne i izvaninstitucionalne skrbi. Važnost kontinuiranog razvoja usluga za ovu populaciju Grad Poreč-Parenzo iskazao je donošenjem Strategije zdravog aktivnog starenja Grada Poreča-Parenzo 2015.-2020. godine.

Institucionalnu skrb provodi Dom za starije i nemoćne osobe Poreč koji je javna ustanova u pretežnom vlasništvu Grada Poreča-Parenzo. Uz financiranje izgradnje ustanove, Grad Poreč-Parenzo sufinancira i smještaj korisnika Doma, uglavnom u iznosu od 50% ekonomske cijene smještaja. Dom uz pružanje usluga koje su uobičajene za ovaj tip ustanove posebno njeguje međugeneracijsku solidarnost i volonterstvo kao vrijednosti važne u lokalnoj zajednici provodeći lokalne i međunarodne projekte.

Izvaninstitucionalna skrb za starije osobe provodi se kroz nekoliko projekta i organizacija. Dom za starije i nemoćne osobe provodi projekte poludnevnog boravka za starije, medicinske rekreacije za starije u svim mjesnim odborima te program namijenjen pomoći terminalno bolesnim osobama koji obuhvaća zdravstvene i psiho-socijalne usluge te posudbu ortopedskih pomagala. Udruga umirovljenika Klub Galija Poreč okuplja cca 1.000 umirovljenika kroz različite aktivnosti i programe koji doprinose zdravom aktivnom starenju. Kroz aktivnosti Gradskog društva Crvenog križa Poreč organiziran je program pomoći za starije osobe u socijalnoj potrebi, a kroz Zdravi grad Poreč psihološko savjetovanje starijih. Nekoliko organizacija civilnog društva provodi programe koji uglavnom imaju za cilj povećanje kvalitete života starijih osoba, članova ovih organizacija.

Zaključak: Cjelovitu skrb za starije osobe moguće je kvalitetno organizirati na lokalnom nivou u institucionalnom i izvaninstitucionalnom obliku, promovirajući zdravo aktivno starenje, međugeneracijsku solidarnost i volonterstvo kao trajne vrijednosti, što uz organizacijske i ljudske resurse zahtijeva i značajne financijske resurse lokalne zajednice. Međutim, socijalna ulaganja lokalne zajednice nisu samo rashodi već investicija u budućnost.

125. UTJECAJ KREATIVNIH AKTIVNOSTI NA DUŽINU ŽIVOTA

GREŠ A^{1,2}, Radovančević Lj²

¹Ordinacija obiteljske medicine “Dr. Stipić”, Petrinja, Hrvatska

²Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata, Split, Hrvatska

alengres@gmail.com

Ključne riječi: kreativne aktivnosti, umjetnici, vježbanje morfoloških aktivnosti, dužina života, genetika

Autori polaze od hipoteze da kreativnost ispunjava život na način da omogućuje ljudskom mozgu zanimljivu aktivnost koja ga intelektualno-kognitivno hrani i daje potstrek za duševno-duhovni rast, maturaciju i razvijanje raznih osobina što govore za produžetak sposobnosti za što dulji radni vijek.

Da bi tu pretpostavku provjerili ili možda potkrijepili i dokazali, autori u računali dužinu života umjetnika, značajnih kreativnih ljudi u povijesti: glazbenika (kompozitora – koji su često i performer), likovnjaka i književnika.

Kreativno je maštanje, tj. razvoj duševnih predodžbi, zamišljanje, stvaralačka imaginacija, po psihologijskim leksikonima, ustvari obogaćivanje pojmova novim materijalima i uviđanje novih relacijama ili pak kreiranje novih spoznaja, odnosa i sadržaja, što prije toga nisu postojali. Kreativno zamišljanje novih materijala ovisi ne samo o općem psihičkom kapacitetu i sposobnostima, nego i o njihovoj strukturi same osobnosti i modusa da koji djeluju te upliva raznih nekognitivnih činitelja, involirajući i upliv same okoline. Kreativnost je prapotreba čovjeka i čovječanstva i uzrok je i uvjet nastanka umjetnosti, tj. estetske komponente i poimanja svijeta života i bitka. Stoga je kreativno maštanje bitan uvjet i razlog svake umjetničke aktivnosti i ostalih pronalazaka – inovacije. Postojali su pokušaji u psihologijskoj znanosti da se uplivi strukture intelektualne funkcionalnosti te strukture osobnosti, posebice nekognitivnih crta ličnosti količinski – numerički izmjere i odrede. U tome se nije dovoljno postojano uspjelo osobito s obzirom na prognostiku slučajeva, ali je proricanje u prošlost dalo ipak neke satisfaktične ishode.

Kretivnost, dakle, trebala bi umjetnika osigurati stalnim vježbanjem morfoloških jedinica – stanica CNS i njihove fiziologije, zamišljanjem, stvaralaštvom, preventivnim čimbenicima prema starenju. Tek će izračun dužine aktivnog vijeka to potvrditi.

126. USPOREDBA USPJEHA TERAPIJE TOTALNIM PROTEZAMA RETINIRANIM MINI IMPLANTATIMA I IMPLANTATIMA STANDARDNIH DIMENZIJA

PERŠIĆ S¹, Štefančić S², Maver M², Čelebić A¹

¹Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

²Stomatološka poliklinika Zagreb, Zagreb, Hrvatska

sanja.stefancic@zg.htnet.hr

Ključne riječi: mini implantati, totalne proteze, gerontostomatologija

SVRHA: Svrha rada je usporediti uspješnost terapije potpune bezubosti totalnim protezama koristeći retincije mini dentalnim implantatima (MDI) ili implantatima standardnih dimenzija (ISD) u mandibuli, pacijenata starije životne dobi. MDI su uski implantati pogodni za intraforaminalnu aplikaciju kod uskih alveolarnih grebena. Širina MDI iznosi od 1,8 do 2,9 mm. Širina ISD iznosi > 3,5 mm.

METODE RADA: U istraživanje je uključeno 50 pacijenata koji su dobili po 4 MDI intraforaminalno (34, 32, 42 i 44) (proteza retinirana kuglom i O-ring etečmenom) i dvadeset pacijenata čija je donja proteza bila retinirana na implantatima standardne širine (>3,5 mm) pomoću lokator retencijskog sustava. Pacijenti su ispunili hrvatsku verziju OHIP-14 upitnika za procjenu kvalitete života ovisne o oralnom zdravlju (OHRQoL) i upitnik žvakanja (CFQ) koji ima 10 pitanja (bodovi 0-4; 0=bez poteškoća, 4=najveće poteškoće) tri puta: prije terapije, 2-3 mjeseca nakon terapije i godinu dana nakon terapije.

REZULTATI: U obje skupine ispitanika i OHRQoL i funkcija žvakanja značano su poboljšane nakon terapije (P<0.01), tj. značajno su smanjene vrijednosti zbroja bodova oba upitnika. U MDI skupini zabilježeno je najveće smanjenje bodova OHIP-14 upitnika, kao i CFQ (poboljšanje žvakanja). Nije bilo značajne razlike u zbroju bodova nakon terapije između MDI i ISD skupine, iako su nešto manje vrijednosti zabilježene za OHIP14 kod MDI pacijenata, a nešto bolja žvačna funkcija (zbroj bodova CFQ) kod ISD skupine (p>0,05). Nakon godine dana rezultati su ostali konzistentni za oba upitnika u obje skupine i nije bilo statistički značajnih razlika u odnosu na rezultate neposredno nakon terapije (p >0,05).

ZAKLJUČAK: Uspoređujući uspjeh terapije totalnim protezama retiniranim mini implantatima i implantatima standardnih dimenzija zaključuje se kako se veliki uspjeh postiže s obje terapije, koji ostaje stabilan tijekom prve godine nakon protetsko-kirurške rehabilitacije.

127. STJECANJE ZNANJA O PRIMJENI ISO NORMI ZA SUSTAVE UPRAVLJANJA KAO POTICAJ ZA DOŽIVOTNO UČENJE

DEVČIĆ-JERAS A¹, Matanović-Stojanović S²

¹Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

²Zavod za javno zdravstvo Istarske županije, Pula, Hrvatska

ana.devcic-jeras@stampar.hr

Ključne riječi: sustav upravljanja, ISO norme za sustave upravljanja, doživotno učenje, trajno poboljšavanje, Demingov krug

U radu se polazi od činjenice da društvena zajednica treba pružiti pojedincu kroz cijeli životni vijek mogućnosti ostvarenja cjelovitog razvitka vlastitih potencijala. Uvođenje znanja o ISO normama za sustave upravljanja u različite oblike obrazovanja predstavlja u kontekstu ovog rada inovacijsko gerontološki prijedlog. Na temelju dugogodišnjeg iskustva u primjeni normi ISO 9001, ISO 14001, ISO 17025, ISO 31000 i ISO 9004, Služba za integrirani sustav upravljanja u NZZJZ „Dr. Andrija Štampar“

uvela je 2014. godine integrirani sustav upravljanja koji je promoviran na tržištu kao „Model Štampar“. Navedeni model nudi primjenu metoda za trajno poboljšavanje kroz sustavan pristup prema međunarodnim normama koje su obuhvaćene u jedinstveni sustav. Metodologija primjene metoda za poboljšavanje je provjerena u radu s mnogobrojnim timovima za uvođenje i poboljšavanje postojećeg načina rješavanja problema i odziva na izazove u privatnom i poslovnom životu. Jednostavne metode su Demingov krug PDCA (Plan –Do – Check – Act), Pareto princip, Ishikawa dijagram riblje kosti, dijagrami tijeka aktivnosti, ispitne liste vezane uz pojedine teme, skraćene analize rizika radi

donošenja odluka na temelju činjenica povezujući na dokumentiran način uzroke i posljedice problema. Primjena metoda pomaže da se pojedinci, timovi i organizacije fokusiraju na identificiranje ključnih uzroka problema čime se postiže potrebna djelotvornost i da se rješava problem na optimalan način čime se povećava vlastita učinkovitost. U široj društvenoj zajednici Zavod neprestano razvija kulturu kvalitete u ustanovama s kojima suraduje u okviru poslovanja i promoviranjem sustava upravljanja na stručnim skupovima. Uz punu podršku Uprave, Služba za integrirani sustav upravljanja poduzima preventivne aktivnosti za neprestano poboljšanje postojećeg načina rada težeći poslovnoj izvrsnosti kroz potpuno upravljanje kvalitetom (TQM). Moto za rad Službe je: „Kvaliteta započinje i završava edukacijom za sustavan način rada“. Gledano kroz prizmu unaprjeđenja zaštite zdravlja starijih osoba, kao i unaprjeđenja sustava zdravstva, socijalne skrbi, obrazovanja predloženi model treba pomoći pristupu trajnog poboljšavanja prema smjernicama novog izdanja norme ISO 9001:2015 u kome je naglašen zahtjev za trajnim poboljšavanjima, učenju o zahtjevima sustava upravljanja i inovacijama.

128. PREVENTIVNI PREGLEDI OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI U OBITELJSKOJ MEDICINI U GRADU ZAGREBU

MARIĆ BAJŠ M, Puljak A

Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

maja.maric-bajs@stampar.hr

Ključne riječi: preventivni pregledi, hipertenzija, pušenje, alkohol, kardiovaskularne bolesti

UVOD: Programom preventivnih pregleda pokrenutim 2004. godine od strane tadašnjeg MZSS i HZZOa svim osiguranicima zdravstvenog sustava starijim od 50 godina koji nisu bili kod izabranog liječnika obiteljske medicine najmanje 2 godine osigurava se besplatan preventivni pregled uz određene laboratorijske pretrage. Program je doživio znatne izmjene uz uvođenje novih oblika evidencije i evaluacije preventivnih pregleda u obiteljskoj medicini (paneli).

METODE: U razdoblju od 2009.-2015. godine u okviru Programa u ordinacijama obiteljske medicine u gradu Zagrebu pregledano je i intervjuirano 712 osoba. Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ prikuplja upitnike liječnika obiteljske medicine uz generiranje podataka unutar jedinstvene baze podataka. U radu su deskriptivno statistički analizirane varijable izdvojene kohorte od 334 ispitanika starijih od 65 godina.

REZULTATI: Prosječna dob ispitanika iznosila je 70.6 godina [standardna devijacija (SD)= 9.1], omjer spolova muškarci/žene iznosio je 0.41. Unutar izdvojene kohorte evidentirano je 76 osoba (22.8%) starijih od 80 godina koje nisu posjetile liječnika pune dvije godine. 14.7% ispitanika su pušači, 25.3% je bivših pušača. Do 3 alkoholna pića tjedno konzumiralo je 15.6% ispitanika. Prekomjernu tjelesnu težinu (ITM 25-30) imalo je 27.5% muškaraca i 28.3% žena. 19.2% muškaraca i 20.7% bilo je debelo (ITM>30). Hipertenzija je utvrđena kod 13.6% muškaraca i 16.3% žena. Izolirana sistolička hipertenzija utvrđena je kod 19% muškaraca i 16.3% žena, a izolirana dijastolička hipertenzija kod 3.4% muškaraca i 3.5% žena. Kod 10.4% žena i 19.2% muškaraca pronađene su patološke pojave prilikom digitorektalnog pregleda. Kod 56.3% [95% interval pouzdanosti (CI) 52.7-59.8] postavljena je sumnja na jednu ili više novootkrivenih bolesti. Ukupno je postavljena sumnja na 358 novootkrivenih bolesti. 21.5% (n=77) novootkrivenih bolesti činili su poremećaji metabolizma lipoproteina. Slijedi hipertenzija, 9.2% (n=33), pretilost, 8.4% (n=30) i dijabetes melitus neovisan o inzulinu, 5.9% (n=21). Kod 19 osoba postavljena je sumnja na novotvorinu te su upućeni na daljnju obradu.

ZAKLJUČAK: Programom su obuhvaćene osobe koje nisu bili u kontaktu s liječnikom tijekom 2 godine niti su same zamijetile simptome ili pravovremeno reagirale za zamijećene simptome. Polovinu izdvojenih suspektnih stanja čine upravo rizici kardiovaskularnih bolesti kao najčešćeg uzročnika mortaliteta Zagrepčana čime se potvrđuje javnozdravstveni značaj ovakvih programa i nužnost njihova provođenja.

129. PATOLOGIJA GOVORA I GREŠKE U PROCJENI KOGNITIVNOG OŠTEĆENJA DEMENTNIH BOLESNIKA

JURKOVIĆ I, Kudumija Slijepčević M

Studij sestrinstva Visoka tehnička škola Bjelovar, Bjelovar, Hrvatska

ijurkovic@vtsbj.hr

Ključne riječi: kognicija, demencija, MMSE, jezik, oštećenja govora

U radu će biti prikazan slučaj bolesnice koja se liječi pod dijagnozom demencije. Kognitivno oštećenje testirano je najčešće korištenim instrumentom za procjenu kognitivnog oštećenja MMSE (Mini mental state examination).

Praćenjem pacijentice kroz dvije godine nisu utvrđena zakazivanja u osobnom i socijalnom funkcioniranju te je njeno stanje klinički revidirano.

Utvrđi se patologija govora primjenom psiholingvističkog testa PALPA te se izvrši ponovna procjena njenih kognitivnih sposobnosti s rezultatom tek blažeg oštećenja dok se na psiholingvističkom testu utvrdi nemogućnost imenovanja pojmovi.

Cilj rada je ukazati na manjkavosti primjene samo MMSE instrumenta u utvrđivanju kognitivnog oštećenja. Nužno je provesti dodatne testove kognitivnih i jezičnih sposobnosti kako izolirana patologija govora ne bi uvjetovala postavljanje dijagnoze demencije sa svim mogućim posljedicama.

130. HIGH RELATIVE PREVALENCE OF LOW-RISK/HIGH-RISK HPV CO-INFECTION IN CROATIAN WOMEN OLDER THAN 65 YEARS OF AGE AND ITS PUBLIC HEALTH IMPLICATIONS

MEŠTROVIĆ T^{1,2}, NEUBERG M², Kozina G², Profozić Z¹

¹Clinical Microbiology and Parasitology Unit, Polyclinic „Dr. Zora Profozić“, Zagreb, Croatia

²Department of Biomedical Sciences, University Centre Varaždin, University North, Varaždin, Croatia

tomislav.mestrovic@gmail.com

Keywords: Human papillomavirus, HPV prevalence, women older than 65

The specific population prevalence of low-risk and high-risk HPV among women in Croatia older than 65 years of age and its impact on their health is still unknown. Nowadays significantly more women are aging with their uterus intact and hence remain vulnerable to cervical HPV disease. In addition, many older women are sexually active and engage in other behaviours (such as smoking) that are recognized risk factors for genital tract HPV.

Our aim was to determine the prevalence of low-risk (LR) and high-risk (HR) HPV infection (as well as co-infection with both types) in elderly female population primarily from Zagreb region (Croatia) as a first step towards adequate public health awareness of this issue. The study involved a total of 102 non-hysterectomised women older than 65 (from 65 to 80 years of age) and tested in the outpatient clinic during a 5-year period. HPV testing was performed from the cervical swabs using the Hybrid Capture 2 (hc2) HPV DNA Test (Qiagen Corporation, Gaithersburg, MD, USA) according to the manufacturer's protocol.

Total HPV prevalence in our study population was 28.43%, without any statistically significant yearly variations. Among HPV positive women, 10.34% were positive for only LR HPV, 31.04% were positive for only HR HPV, whereas 58.62% were positive for both LR and HR HPV. Such large percentage of HPV-positive elderly women harbouring co-infections with both LR and HR HPV (compared to those infected by only one of the risk types) represents a novel and important finding.

It was previously shown in a cohort of younger women from Zagreb that such co-infection pattern can have a compounding effect on the occurrence of cytological changes leading to cervical dysplasia and potential cervical cancer in the long run. Although thus far it was deemed reasonable to use only a Pap smear to screen women older than 65 for cervical cancer because of their low risk, it seems somewhat premature to assume that HPV transmission in this age group will not follow an upward trend similar to some other sexually transmitted infections. Therefore a transition from savings-driven to patient-care-driven screening guidelines should be advocated.

131. HOLISTIČKI PRISTUP LIJEČENJU BOLNIH SINDROMA KRALJEŠNICE STARIJIH OSOBA U POLIKLINICI “NADO”

KRAPAC L, Nikšić B N, Stamenković T

Poliklinika NADO, Zagreb, Hrvatska

lado.poliklinikavg@gmail.com

Ključne riječi: Bolni sindromi kralješnice, starije osobe, holistički pristup, dekompresijka trakcija

Velika prevalencija i incidencija bolnih sindroma kralješnice poslije 60-te godine života impresivna je u aktivnih epidemioloških studija u svijetu i u nas (1). Hiperdijagnostika ipolipgamazija u liječenju cervikalnih i/ili lumbalnih bolnih sindroma svjetski je fenomen. Povećanje zdravstvene potrošnje, osobito osoba treće i četvrte životne dobi dijelom treba tražiti i u tim dvjema činjenicama!

METODE RADA

U Poliklinici NADO sa sjedištem u Zagrebu nastojimo multidisciplinarnim pristupom primijeniti holistički pristup liječenju bolne kralješnice. Uz ortopeda, neurokirurga, fizijatra – reumatologa u rad su uključeni i psiholog, fizioterapeut, elektroakupunkturolog te specijalizirani fizioterapeuti.

REZULTATI

U Ambulanti za prevenciju bolesti koštanozglobnog sustava Poliklinike NADO u razdoblju od 12 mjeseci liječili smo zbog bolnih sindroma kralješnice 60 žena i 40 muškaraca starijih od 65 godina. Najčešći razlog bila je križobolja (kronična u 36% i akutna u 64%). Broj procedura dekompresijske trakcije kralješnice (DTK), koji se temelji na postupnom programiranom instrumentalnom rasterećenju dinamičkih vertebralnih segmenata, varirao je od 5 do 20 (Mod=5). Na početku i na kraju DTKa smo upitnikom po Oswerstiju pratili osposobljenost bolesnika za svakodnevne životne aktivnosti. Koristili smo se i osnovnim antropometrijskim podacima (visina, težina, BMI, opseg trbuha, snaga stiska šaka). Na analognoj vizualnoj skali boli (AVS), bolesnici su navodili stupanj boli na početku i na kraju DTKa. Značajno smanjenje boli (3 i više stupnja na AVS) navodilo je 72% s križoboljom (LBP) i 60% s cervikobrahijjalnim sindromom (CBS). Značajno poboljšanje kvalitete živote zabilježili smo u 80% s bolnim križima i 70% pacijenata starije životne dobi s tegobama vratne kralješnice. Na kraju terapije bolesnicima dajemo savjete o načinima prehrane, dijete, primjeni ortopedski pomagala te pisane upute o ergonomsom unaprjeđenju okoliša, kao i terapijskim i relaksacijskim vježbama. U televizijskim kontakt emisijama educiramo pacijente i usmjeravamo na postupke prevencije bolnih sindroma kralješnice.

ZAKLJUČAK

Potvrđena je učinkovitost DTKa i preventivni učinci u osoba starije životne dobi, kao i korisna suradnja s neurokiruzima, radiolozima i ortopedima. Naglašava se važnost praćenja komorbiditeta I povoljnog utjecaja DTKa na recidive bolnih sindroma kralješnice te smanjenje zdravstvene potrošnje.

LITERATURA

1. Mimica M., Krapac L., i Malinar M.: Epidemiološko istraživanje kroničnih reumatskih tegoba i bolesti u našoj populaciji. Lij. vjes., 1980;102:539-542.

132. ENDODONTSKA TERAPIJA KOD PACIJENATA STARIJE DOBI U POSTUPKU PRIPREME ZA VALVULOPLASTIKU

ŠEGOVIĆ S

Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

segovic@sfzg.hr

Ključne riječi: aortna stenoza, mitralna regurgitacija, valvuloplastika, endodontski zahvat, prevencija infektivnog endokarditisa

Starije osobe zaslužuju posebnu pažnju u stomatološkoj ordinaciji zbog promjena u njihovom fizičkom i zdravstvenom stanju, kao i zbog promjena koje se događaju u stomatognatom sustavu i u zubnim tkivima tijekom života uslijed djelovanja fizioloških i patoloških čimbenika. U osoba starije dobi najčešće bolesti srčanih zalistaka su aortna stenoza i mitralna regurgitacija. U pripremi pacijenta za valvuloplastiku obavezan je i stomatološki pregled te odgovarajuća

priprema. Kod pacijenta s nesaniranim zubalom terapeut se susreće s brojnim nedoumicama, uz nezaobilazno pitanje potrebe prevencije infektivnog endokarditisa. Endodontski zahvati se planiraju uz detaljnu analizu radiografskih snimaka i anamnestičkih podataka, imajući u vidu mogućnosti oralne rehabilitacije te uz suradnju timova različitih specijalističkih grana dentalne medicine kao i konzultaciju kardiologa.

133. KRETANJE BROJA OBOLJELIH I UMRILIH OD ŠEĆERNE BOLESTI U ZADARSKOJ ŽUPANIJI - MOGUĆNOSTI PRIMJENE FINDRISC UPITNIKA ZA PROCJENU RIZIKA ZA ŠEĆERNU BOLEST TIPA 2

BALORDA LJ¹, Balorda A²

¹Služba za socijalnu medicinu i javno zdravstvo, Zavod za javno zdravstvo Zadar, Zadar, Hrvatska

²Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

ljilja.balorda@zjz.t-com.hr

Ključne riječi: FINDRISC-upitnik, šećerna bolest tip 2, faktori rizika, opseg struka, indeks tjelesne mase, Zadarska županija

Uvod: Broj oboljelih od šećerne bolesti u svijetu je u kontinuiranom porastu, prema podacima International Diabetes Federation, u 2015.-oj godini je procijenjeno da je u svijetu 415 milijuna oboljelih od šećerne bolesti, a u 2040.-oj godini očekuje se porast na 642 milijuna oboljelih. Šećerna bolest tip 2 čini 90% oboljelih. Znatno broje oboljelih osoba ne zna da ima šećernu bolest. Da bi se spriječile brojne komplikacije poput kardiovaskularnih bolesti, zatajenja bubrega, dijabetičke retinopatije i gangrene stopala, potrebno je šećernu bolest na vrijeme otkriti i pravilno liječiti. Stoga je važno rano otkriti osobe koje imaju višestruke faktore rizika za nastanak šećerne bolesti. Promjenom nezdravih životnih navika moguće je smanjiti obolijevanje od šećerne bolesti i poboljšati kvalitetu života u osoba s visokim rizikom.

Ciljevi rada: Prikazati kretanje broja oboljelih i umrlih od šećerne bolesti u Zadarskoj županiji (Zž) i usporediti s prosjekom za Republiku Hrvatsku. Prikazati podatke dobivene anketiranjem na prigodnom uzorku koji ukazuju na zastupljenost najučestalijih faktora rizika za nastanak šećerne bolesti kao što su prekomjerna tjelesna težina, povećan opseg struka, tjelesna neaktivnost i nizak unos voća i povrća u prehrani.

Metode: U ovom radu za mortalitetne pokazatelje prikazane su dijagnoze od E10 do E14 po MKB-X te su korišteni mortalitetni podaci DZS RH od 1997. do 2014. godine. Mortalitetne stope za period od 1997. do 2010. godine su izračunate na Popis 2001., a stope od 2011. do 2014. godine na Popis 2011. godine. Podaci o broju oboljelih za dijagnozu Diabetes melitus dobiveni su iz Godišnjeg statističkog izvješća o radu ambulanti opće/obiteljske medicine u Zadarskoj županiji i u Republici Hrvatskoj od 1997. do 2014. godine. Podaci su prikazani kao apsolutni brojevi, postotni udjeli te opće i dobno specifične stope na 100.000. Stope oboljelih u obiteljskoj medicini su izračunate na broj osoba u skrbi za svaku od navedenih godina. Anketni upitnik za procjenu rizika za obolijevanje od šećerne bolesti tipa 2 preuzet je iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, a radi se o prijevodu finskog upitnika za procjenu rizika za šećernu bolest tip 2 (FINDRISK) u desetogodišnjem periodu. Osobe čiji ukupni zbroj bodova iznosi 15 i više su pod povećanim rizikom te ih je potrebno uputiti na daljnje savjetovanje i obradu. Podaci dobiveni ovim upitnikom su statistički obrađeni, prikazani su kao apsolutni brojevi i postotni udjeli.

Rezultati: Prema godišnjim statističkim izvješćima iz ordinacija obiteljske medicine u Zž broj oboljelih od šećerne bolesti iznosio je u 1997. godini 3.751 osobu te su činili 2,7% u ukupnom broju osoba u skrbi, sa stopom od 2.661,4/100.000. U 2014. godini zabilježen je porast od 169,3% te je zabilježeno 10.103 oboljele osobe, a one su činile 6,4% u ukupnom broju osoba u skrbi sa stopom od 6.409,6/100.000. U istom vremenskom periodu u RH broj oboljelih od šećerne bolesti u 1997. godini iznosio je 99.108 osoba te su činili 2,5% u ukupnom broju osoba u skrbi, sa stopom od 2.525,6/100.000. U 2014. godini zabilježen je porast od 119,3% te je zabilježeno 217.357 oboljelih osoba koje su činile 5,2% u ukupnom broju osoba u skrbi sa stopom od 5.199,8/100.000. U ukupnom broju oboljelih, udio osoba koje su bile mlađe od 65 godina kada im je postavljena dijagnoza šećerne bolesti u Zž i u RH u 1997. godini bio je isti i iznosio je 52% (Zž-1.957; RH-51.357), dok je u 2014. godini taj udio u Zž bio manji i iznosio je 37,1%, a u RH 43,2% (Zž-3.752; RH-93.978). U istom periodu broj umrlih od šećerne bolesti u Zž se povećao za 82,9%, sa 35 umrlih osoba u 1997. godini (stopa 25,5/100.000) na 64 umrle osobe u 2014. godini (stopa 37,3/100.000).

Upitnikom za procjenu rizika za nastanak šećerne bolesti tipa 2 ispitane su 293 osobe, 123 muškarca i 170 žena. Prosječna dob za muškarce iznosila je 66 godina i kretala se u rasponu od 17 do 101 godine, a za žene 63 i kretala se u

rasponu od 12 do 90 godina. Prilikom ispunjavanja upitnika izmjeren je opseg struka i izračunat ITM. Pretilost, ITM veći od 30, zabilježen je u 22% muškaraca i 16,5% žena. Povećana tjelesna težina, ITM od 25 do 30, zabilježena je u 59,3% muškaraca i 54,1% žena. Vrlo visok rizik s obzirom na opseg struka zabilježen je u 48% muškaraca i u 58,8% žena, dok je povišen rizik zabilježen u 30,9% muškaraca i 24,1% žena. Svakodnevnu tjelesnu aktivnost na poslu ili u slobodno vrijeme u trajanju od najmanje 30 minuta prijavilo je 90,2% muškaraca i 84,7% žena. O svakodnevnoj konzumaciji voća ili povrća pozitivno se izjasnilo 71,1% muškaraca i 82,6% žena.

Rizik za šećernu bolest tipa 2 veći od 15 zabilježen je u 29,3% muškaraca i u 22,9% žena. Visoki rizik od 15 do 20, zabilježen je u 20,3% muškaraca i 20% žena, dok je vrlo visok rizik, veći od 20, zabilježen u 8,9% muškaraca i 2,9% žena. Prosječna vrijednost za muškarce je iznosila za $X=11,98$ ($SD=5,22$), a za žene $X=10,66$ ($SD=4,79$). Statistička značajnost je testirana t testom za nezavisne uzorke; $t=2,25$; $p=0,0253$; $DF=291$.

Zaključak: roj oboljelih od šećerne bolesti u Zadarskoj županiji pokazuje trend kontinuiranog porasta te su stope oboljelih i umrlih od ove dijagnoze veće od prosjeka za Republiku Hrvatsku u promatranom periodu. Upitnik za procjenu rizika za šećernu bolest tip 2 je vrlo praktičan i jednostavan za primjenu u javnozdravstvenim akcijama i u radu patronažnih sestara, na osnovi kojih se mogu izdvojiti osobe s visokim i vrlo visokim rizikom za šećernu bolest te ih uputiti na daljnju obradu. Osim toga bilo bi poželjno uključiti ih u savjetovalište i pokušati na taj način poboljšati kvalitetu života osobe s umjerenim rizikom za obolijevanje od šećerne bolesti te time utjecati na smanjenje mortalitetnih i morbiditetnih stopa od ove bolesti u Zadarskoj županiji.

Literatura:

1. Zavod za javno zdravstvo Zadar. Zdravstveno statistički ljetopis Zadarske županije od 1998. do 2014. Zadar. Dostupno na: http://www.zjz-zadar.hr/hr/publikacije_i_obraci/ljetopisi

134. ODJEL ZA DEMENCIJE U DOMU ZA STARIJE OSOBE ALFREDO ŠTIGLIĆ PULA

APOSTOLOVSKI D, Grubišić - Juhas V

Dom za starije osobe Alfredo Štiglic Pula "Casa per Anziani alfredo Štiglic Pola", Pula, Hrvatska

dnevni.boravak@dom-alfredo-stiglic.hr

Ključne riječi: demencije, dnevni boravak, dugotrajni smještaj, savjetovalište

Odjel za demencije objedinio je Cjelodnevni boravak za osobe oboljele od Alzheimerove demencije i drugih demencija (kapaciteta 25 korisnika) te jedinicu za dugotrajni smještaj (kapaciteta 18 korisnika -17 dugotrajni + 1 povremeni). U sklopu odjela djeluje i savjetovalište.

Cjelodnevni boravak je desetsatni program u sklopu kojeg se korisnicima pružaju usluge prijevoza - dovoz i razvoz, prehrane - tri obroka, održavanje osobne higijene – njega inkontinentih, kupanje, brijanje, organizacija slobodnog vremena – kreativne radionice, vježbe, šetnje, čitanje dnevnog tiska, društvene igre, križaljke, zdravstvena zaštita, rad sa članovima obitelji, socijalni rad.

Uz specifičnu prostornu i kadrovsku opremljenost, u sklopu smještaja korisnicima oboljelim od demencija se pruža specifičan, njima primjeren stručni tretman – stanovanje, potrebna njega, zdravstvena zaštita, pravilna prehrana, održavanje higijene prostora i odjeće, stalan nadzor stručnih radnika u obavljanju gotovo svih njihovih aktivnosti sukladno potrebama i mogućnostima, razne vrste okupacije, brine se o zaštiti njihovih prava i interesa.

Praksa je pokazala kako su mogućnosti skrbi o osobama oboljelim od demencija nedostatne u odnosu na potrebe. Ovo je zasigurno jedan od najzahtjevnijih i najtežih vrsta skrbi o oboljeloj osobi uopće. Ona ne obuhvaća isključivo zdravstvenu skrb i njegu, štoviše, aspekt "socijalne skrbi", zahtijeva od zbrinjavatelja potpunu, danonoćnu uključenost, upravo zbog prirode bolesti i najrazličitijih oblika njezina manifestiranja. Obitelj je često nemoćna, dovedena do same granice iscrpljenosti, a zaposleni su članovi obitelji u dodatnom problemu - kako i gdje zbrinuti oboljelog za vrijeme dok su na radnom mjestu? Što učiniti kada se i pored najbolje volje više ne zna na koji način pomoći oboljelom (teški i terminalni stadij)?

Savjetovalište je nerijetko mjesto gdje se prvi puta dijagnosticira demencija. Obitelj na jednom mjestu dobiva sve potrebne i relevantne informacije o skrbi za oboljelu osobu, o mogućnostima koje nudi ustanova kao i ostalim pravima iz sustava socijalne skrbi budući u savjetovalištu djeluje multidisciplinarni tim.

Kao najučinkovitiji tijek skrbi, pokazao se upravo onaj postupak: boravak oboljelog kod kuće, uz suport obitelji i savjetovališta, progresijom bolesti korištenje usluga Cjelodnevnog boravka i na koncu, prelazak na dugotrajni smještaj.

135. TREBA LI HRVATSKA REGISTAR ZA DEMENCIJE I KAKO GA OSNOVATI?

BENJAK T¹, Škes M², Štefanić V¹, Draušnik Ž¹, Bagarić Krakan L³

¹Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

²Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

³Klinika za psihijatrijske bolesti Vrapče, Zagreb, Hrvatska

tomislav.benjak@hzjz.hr

Ključne riječi: demencije, starije osobe, nacionalni Registar za demencije

Cilj: Prikazati dostupne podatke o Alzheimerovoj bolesti i drugim demencijama u Republici Hrvatskoj te ukazati na njihovu nedostatnost za provođenje preporuka Vijeća Europske unije o potrebi izrada nacionalnih strategija i planova utemeljenim na kvalitetnim podacima, kao i iznijeti viziju razvoja registra za demencije.

Metode: U radu i analizi su korišteni objavljeni podaci Hrvatskog zdravstveno statističkog ljetopisa o demencijama (MKB-10 dijagnoze: F01-F09 i G30) iz baze hospitalizacija Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) te iz Registra osoba s invaliditetom (ROI). Nedostaci istraživanja su dostupni podaci o broju hospitalizacija u bazi hospitalizacija, ali ne i o broju osoba, dok su podaci u ROI samo za osobe kojima su demencije uzrok invaliditeta. Limitiranost u obuhvatu podataka o demencijama proizlazi iz činjenice da HZJZ nema dostupne podatke o ovoj skupini bolesti iz primarne niti specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite.

Rezultati: d 2010. do 2014. godine ukupan broj hospitalizacija osoba u dobi 65+ zbog demencija i ostalih organskih i simptomatskih mentalnih poremećaja (F01-F09 i G30), u kontinuiranom je porastu u stacionarnim ustanovama i u dnevnim bolnicama. Ukupan broj hospitalizacija 2010. godine iznosio je ukupno 3.597 te je činio više od polovine svih hospitalizacija zbog svih mentalnih poremećaja (F00-F99), a 2014. godine je porastao za 21,74% (na 4.379 hospitalizacija). U ROI na dan 25.5.2016. zabilježeni su podaci o 24.897 osoba kojima je navedena skupina bolesti uzrok invaliditeta.

Zaključak: Procjenjuje se da u Hrvatskoj 86.000 ljudi boluje od demencije. Formiranje nacionalnog Registra jedini je način osiguranja egzaktnih pokazatelja o broju oboljelih, incidenciji i prevalenciji, što bi bila osnova za donošenje strategija i akcijskih planova koji će unaprijediti kvalitetu zdravstvene i socijalne zaštite te kvalitetu života oboljelih od Alzheimerove bolesti i njihovih obitelji. U Godišnji provedbeni plan statističkih aktivnosti za svaku godinu, pored Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo potrebno je uvrstiti i Referentni centar za gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ kao suradnika na istraživanju. U proces stvaranja Registra svakako treba uključiti i specijaliste psihijatre, ali i sve druge stručnjake koji sudjeluju u skrbi za ovu izrazito ranjivu populaciju. Na ovaj način bi Hrvatska ispunila preporuku Vijeća EU da države članice

136. FIZIKALNA TERAPIJA U KUĆI BOLESNIKA NAKON UGRADNJE ENDOPROTEZE KUKA-PRIKAZ SLUČAJA

ZAŽINA V, Ostrež J, Tomašić T

Ustanova za zdravstvenu njegu u kući, Zagreb, Hrvatska

zazina.valerija85@gmail.com

Ključne riječi: ENDOPROTEZA KUKA, GERIJATRIJSKA DOB, FIZIKALNA TERAPIJA U KUĆI

Fizikalna terapija u kući bolesnika predstavlja specijalističku zdravstvenu zaštitu koja se obavlja u kući korisnika. Prednosti ovog oblika pružanja terapije su zadovoljavanje najvećeg broja starijih osoba koje žive sa svojim obiteljima ili kao samac u svojem domu. Obavljajući fizikalnu terapiju u kući fizioterapeut pristupa individualno sa ciljem očuvanja i unaprjeđenja zdravlja postupcima prevencije, liječenja i rehabilitacije. U dogovoru sa pacijentom i njegovom obitelji fizioterapeut nastoji uvjete u kući prilagoditi potrebama i stanju pacijenta i upoznaje ih sa rizičnim čimbenicima. Prijedlog za fizikalnu terapiju u kući daje doktor specijalist a odobrenje daje ovlašteni doktor Zavoda, temeljem koje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite izdaje uputnicu za provođenje fizikalne terapije u kući. Cilj ovog rada je prikazati važnost i potrebu za provedbom fizikalne terapije u kući starijih osoba usmjerene na postizanje poboljšanja njihovog svakodnevnog funkcionalnog statusa kao i motivaciju samog pacijenta. Obitelj i fizioterapeut pružaju emocionalnu i psihološku podršku u njihovom prirodnom okruženju.

Slučaj prikazuje stanje pacijentice nakon ugradnje totalne endoproteze kuka u dobi od 72. godine i odrađenih 30 tretmana fizioterapijskih postupaka u trajanju 2. mj. nakon čega pacijentica odlazi na bolničku medicinsku rehabilitaciju. Hod na hodalicu samo po stanu i stanovanje na 4. katu bez lifta onemogućilo je pacijentici odlazak do dućana. Nakon savladanog hoda sa štakama po ravnom, uz i niz stepenice pacijentica postiže sposobnost hoda 800 m do dućana 2 puta tjedno. Pacijentica je educirana u provođenju vježbi za jačanje mišićne muskulature, disanja, ravnoteže, hoda i mjerama opreza.

Planiranjem razvoja socijalne, zdravstvene i druge skrbi za promijenjene potrebe starijih ljudi u skoroj budućnosti starenje bi trebao postati manji problem. Na razini pojedinca treba poticati uspješno starenje. Svakoj starijoj osobi mogu se preporučiti određena ponašanja kojima se održavaju sposobnosti i aktivnosti. Aktivnosti mogu biti na tjelesnoj, intelektualnoj, emocionalnoj i socijalnoj razini. Potrebno je uvesti zdrav način prehrane i primjerenu tjelovježbu. Primjenom tih aktivnosti sprječavaju se bolesti koje zahtijevaju liječenje i njegove troškove. Potrebno je težiti usvajanju i razvijanju novih znanja i vještina kod stručnih osoba osobito u multidisciplinarnom radu.

137. SOCIJALNI I KULTURNO - ANTROPOLOŠKI PRISTUP FENOMENU KORIŠTENJA

ŽIVODER I¹, Županić M²

¹Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin, Varaždin, Hrvatska

²Zdravstveno veleučilište, Zagreb, Hrvatska

ivana.zivoder@gmail.com

Ključne riječi: slobodno vrijeme, starija dob, antropološki pristup

Sažetak: Sa starosti se percepcija slobodnog vremena mijenja. Netko može uzeti u obzir slobodno vrijeme za opuštanje, a netko ga može razumjeti kao izvor samoće u interakciji sa drugim ljudima, netko bavljenja sportom i sl. Aktivnosti u slobodno vrijeme također mogu biti različite. Cilj ovog rada je prikazati odnos prema bavljenju neuobičajenim aktivnostima u slobodno vrijeme starije ženske populacije. Kulturna antropologija (sociokulturna antropologija), grana antropologije, društveno-humanistička znanost o čovjeku kao društvenom i kulturnom biću. Suvremena antropološka istraživanja, uz tradicionalne plemenske zajednice, sve se češće usmjeravaju na proučavanje složenih i urbanih društava. Autorice, Cuddy, A. J. C., Fiske, S.T (2002) navode da su dobni stereotipi jako rašireni i u svom članku predstavljaju stereotipan pogled na starije osobe kao vrlo tople i prijateljske, ali vrlo nesposobne. Ta nesposobnost se odnosi između ostalog i bavljenja nekim aktivnostima u slobodno vrijeme Stvaranje stereotipa ovisi o kognitivnom doživljaju.

Cilj istraživanja: prikazati da životna dob nije presudna u korištenju slobodnog vremena baveći se aktivnostima koje se uglavnom prepisuju mladim djevojkama.

Metode istraživanja: Polustrukturiran intervju pomoću kojeg sam željela saznati motive koji su naveli voditeljicu da osmisli ovakav oblik korištenja slobodnog vremena za gospođe starije dobi i objavljeni prilozi u javnim medijima sa izjavama ispitanica kao sekundarni izvor.

Zaključak: Ispitanice svoje slobodno vrijeme koriste na način da su zadovoljne sa onim što rade. „Misle da smo šašave babe, a mi se samo dobro zabavljamo“ - Svjesne svojih godina i predrasuda sredine ipak u kontinuitetu rade ono što ih veseli i pomiču granice strogo definiranih podjela i načina korištenja slobodnog vremena za „stare i mlade“.

138. STRES KOD STARIJIH OSOBA

MATIĆ V

valentina.matic@yahoo.com

Ključne riječi: stres, kriza, starija dobi, prevencija, gerijatrija

Uvod: Stres je prirodni podražaj koji se javlja kao reakcija na određena iskustva koja ne moraju nužno biti loša. Okolinski čimbenici, kvaliteta života, socijalna podrška i stupanj zadovoljstva životom imaju značajan utjecaj na razinu doživljenog stresa. Istraživanja su pokazala da stariji ljudi ne reaguju bitno drugačije na stresne situacije od mlađih ljudi. Otežana prilagodba na nove osobito teže uvjete života može dovesti do gubitka osjećaja kontrole,

a sekundarno i samopoštovanja. Najznačajniji ovakav događaj je umirovljenje koje za većinu predstavlja stresan period ponajviše zbog promjena u financijskom statusu. Starije osobe često osjećaju tjeskobu zbog nesigurne budućnosti, napetost, nervozu, zbunjenost, preosjetljivost, nepovjerenje u druge osobe i slično. Problemi prilagodbe na nove životne situacije su izraženiji zbog narušenih tjelesnih i psihičkih sposobnosti. Istraživanja pokazuju da 11% muškaraca i 25% žena u dobi od 60 do 75 godina uzima neki od benzodijazepina. Cilj ovog istraživačkog rada bio je procijeniti učestalost pojave stresa kod starijih osoba te procijeniti koje su to za njih najstresnije situacije.

Metode i ispitanici: Interno izrađenim upitnikom ispitano je 94 starijih osoba, od toga 39 muškaraca i 55 žena. Prosječna dob bila je 67.3 godine. Upitnik je bio u potpunosti anonimn i sastojao se od deset specifičnih pitanja zatvorenog tipa te je ukupan rezultat izražen u postotcima.

Rezultati: Dobiveni rezultati pokazuju da ispitanici osjećaju znatnu razinu stresa koja se odražava na njihovo psihičko i fizičko stanje. 53% ispitanika muške populacije redovito se nalazi u nekoj stresnoj situaciji dok je udio svakodnevnog stesa kod ispitanica čak 75%. Kao najveća stresna situacija za ispitanike oba spola predstavlja gubitak voljene osobe (87%), a druga najčešća stresna situacija je bolest ili bespomoćnost. Podršku obitelji u bilo kojem trenutku ima njih samo 38%.

Zaključak: Prevencija predstavlja ključ zdravlja cijele zajednice pa tako i zdravstvene njege starijih osoba. Intervencije moraju biti usmjerene ka trenutnom rješavanju problema pojedinca kroz holistički pristup, kako stres ne bi progresirao u krizu. PMR (progresivna mišićna relaksacija) pokazala je odlične rezultate u redukciji stresa kod starijih osoba.

139. RADNO TERAPIJSKE STRATEGIJE I INTERVENCIJE KOD OBOLJELIH OD ALZHEIMEROVE BOLESTI

ŠANTEK V, Njegovan Zvonarević T, Pulić E, Šimunović D

Zdravstveno veleučilište, Zagreb, Hrvatska

vjerocka.santek@zv.hr

Ključne riječi: Alzheimerova bolest, okupacije, radno terapijski proces, Rt ciljevi, korisniku usmjereni pristup

Alzheimerova bolest je progresivna, degenerativna i smrtonosna bolest moždanog tkiva, a uzrokuje gubitak pamćenja, probleme s mišljenjem i obavljanjem aktivnosti svakodnevnog života. Danas u Hrvatskoj približno ima oko 80.000 oboljelih i ta je brojka u porastu. Navedeno se temelji na činjenici da je hrvatska populacija jedna od najstarijih u Europi i izračunu da ova bolest zahvaća 10% osoba starijih od 65 godina. Tako u ranoj fazi ove bolesti radni terapeuti imaju važnu ulogu i široko područje djelovanja. Iskustva vezana uz svakodnevne okupacije omogućavaju ranu detekciju deficita vezanih uz promjenu ponašanja koju niti obitelj oboljelog, a ni sama oboljela osoba nije u mogućnosti prepoznati. Radno terapijske intervencije usmjerene su na očuvanje sposobnosti za obavljanje posla, prilagodbu okruženja i zahtijeva aktivnosti, s ciljem umanjenja frustracije, edukaciju obitelji, uvježbavanje na postojeće prilagodbe, održavanje sigurnog sudjelovanja u svakodnevnim aktivnostima uz odgovarajuću potporu i resurse. Radno terapijske intervencije oboljelom pružaju osjećaj osobnosti i smislenog sudjelovanja u životu, jer su usmjerene na sposobnosti, a ne na ograničenja. Istodobno i na promicanje svrhovitog i smislenog korištenja vremena, uspostavljanju osjećaja pripadnosti i omogućavanje verbalnih i neverbalnih komunikacija. Intervencija je također usmjerena na promicanje pozitivnog ponašanja i preusmjeravanje nepoželjnog. Prema okvirima radno terapijske prakse kvaliteta života se definira kao sudjelovanje u okupacijama koje su povezane sa zdravljem i obavljanjem aktivnosti produktivnosti, slobodnog vremena i samozbrinjavanja. Intervencija uspostavlja osnovne odrednice kognitivnih i funkcionalnih komponenti sa ciljevima temeljenim na sposobnostima korisnika. Intervencija je učinkovitija ukoliko se provodi u prilagođenom i obiteljskom okruženju (Dooley i Hinojosa, 2004). Radno terapijski proces kod osoba s AB je personaliziran i korisniku usmjeren, obuhvaća niz intervencija, osigurava informacije i podršku za obitelji i skrbnike. Radno terapijskim intervencijama kod oboljelih djelujemo na očuvanje samostalnosti, jačanje integriteta te povećanje osobne sigurnosti i sigurnosti u zajednici. Sve navedeno potvrđuje važnost radnog terapeuta kao člana multidisciplinarnog tima u radu s osobama oboljelim od AB (Evans i Cotter, 2008).

140. PREVENCIJA I PROMOCIJA ZDRAVLJA OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI IZ PERSPEKTIVE RADNIH TERAPEUTA

NJEGOVAN ZVONAREVIĆ T, Šantek V, Pulić E, Šimunović D

Zdravstveno veleučilište, Zagreb, Hrvatska

tatjana.njegovan-zvonarevic@zvu.hr

Ključne riječi: prevencija zdravlja, osobe starije životne dobi, radna terapija, promicanje zdravlja, smislene okupacije

Kontinuirani rast broja starijih osoba dovesti će do povećanja potrebe za dugoročnim uslugama, a samim time i uslugom radne terapije. Zdravlje i dobrobit snažno su povezani sa okupacijama u kojima osobe starije životne dobi pronalaze smisao i sudjeluju svaki dan (AOTA, 2010). Aktivnosti koje pojedinac doživljava kao smislene okupacije utječu na stanje stvarnog ili mogućeg zdravlja i dobrobiti. Pojmovi zdravlja i okupacija su međusobno povezani. Neke bitne karakteristike okupacija su da su one samoinicirane, cilju usmjerene, iskustvene, ponašajne, društveno cijenjene i priznate, izgrađene od adaptivnih vještina, organizirane, esencijalne za kvalitetu života i imaju sposobnost utjecanja na zdravlje. Wilcox definira zdravlje iz RT perspektive kao “odsutnost bolesti, ali ne nužno i onesposobljenja; ravnotežu fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja koji se postiže kroz društveno cijenjene i pojedinačno smislene okupacije. Premještanje fokusa s kontrole bolesti i preživljavanja na zdravlje kroz prevenciju bolesti, održavanje zdravlja i promociju zdravlja osigurava široko područje za radno terapijsku djelatnost. Radni terapeuti imaju ključne uloge u zaštiti zdravlja osoba starije životne dobi, jer poticanjem pospješuju aktivnosti koje su povezane uz unapređenje zdravlja, a uz edukaciju osoba starije životne dobi i njihove obitelji potiču motivaciju na akcije koje promiču zdravlje i ograničavaju potencijal za okupacijsku deprivaciju, alijenaciju ili neravnotežu povezanu s trenutnim navikama. RT pružaju usluge promocije zdravlja, koje obično uključuju ‘redizajn životnih stilova’ ili razvoj potpore za zdravo sudjelovanje u okupacijama u skladu s korisniku-usmjerenom praksom (Restall, Ripat i Stern, 2003), promocija zdravlja i prevencija kod osoba starije životne dobi uključuje rad na poboljšanju fizičkih, kognitivnih ili psiholoških sposobnosti, prilagodbu aktivnosti, kako bi iste bile lakše i smislenije te prilagođavanje okoline da bude sigurniji i da osigurava podršku (Townsend i Polatajko, 2013). Uloga RT je promicanje osobne odgovornosti osoba starije životne dobi za zdravlje kroz poticanje samo otkrivanja aktivnosti koje mogu unaprijediti zanimanje i sudjelovanje u smislenim okupacijama.

141. RADNO TERAPIJSKE STRATEGIJE U PREVENCIJI PADOVA OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

RUŽIĆ L, Njegovan Zvonarević T

Zdravstveno veleučilište, Zagreb, Hrvatska

luka.ruzic@hotmail.com

Ključne riječi: prevencija pada, radni terapeut, neovisnost osoba starije životne dobi, aktivnosti svakodnevnog života, ergonomska prilagodba

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije svake godine pad doživi jedna trećina osoba starijih od 65 godina, a učestalost padova se povećava s dobi. U Hrvatskoj su padovi vodeći uzrok smrtnosti i bolničkog liječenja. Gerontološke analize navode važnost unaprjeđenja interdisciplinarnog preventivnog u cilju smanjenja broja ozljeda gdje kao neizostavni član tima djeluje i radni terapeut kako u instituciji tako i u domu korisnika. Za povećanje sigurnosti i sprječavanje padova potrebno je učiniti promjene, kako u životnom stilu starije osobe tako i u njezinu okolišu. Starije osobe nevoljko prihvaćaju promjene ustaljenog ritma i načina provođenja aktivnosti svakodnevnog života koje uključuju produktivnost, brigu o sebi i slobodno vrijeme, kao i promjene fizičke okoline koju u najvećem broju slučajeva nisu mijenjali godinama. Radni terapeuti procjenom klijenta i odabranom intervencijom mogu utjecati na faktore rizika koji dovode do pada i spremnost klijenta na promjenu u ponašanju, načinu života te promjeni svoje okoline. Strah od pada često dovodi do samo-ograničenja u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života. Kao posljedica tih samo-ograničenja, dolazi do smanjene fizičke aktivnosti, što doprinosi povećanom riziku za padove. Ergonomske prilagodbe omogućuju korisniku poboljšavanje izvođenja aktivnosti svakodnevnog života, što dovodi do povećanja samostalnosti, izvedbe i zadovoljstva. Radno terapijske intervencije usmjerene su na edukaciju i trening provedbe aktivnosti dnevnog života, koje su individualno prilagođene svakom korisniku. Dugoročno, navedeno

smanjuje zdravstvene i institucionalne troškove liječenja i rehabilitacije od posljedica padova. Cjelokupnom radno terapijskom intervencijom djeluje se pozitivno na zdravlje i opće dobro stanje starije populacije. Intervencije promiču neovisnost i osobnu sigurnost i osiguravaju podršku za provedbu aktivnosti na siguran način.

142. UTJECAJ INTENZITETA TJELESNE AKTIVNOSTI NA INDEKS TJELESNE MASE I POSTOTAK TJELESNE MASTI U STARIJOJ DOBI

RADAŠEVIĆ H, Jelušić S, Meštrić A, Kender K, Resanović B

Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

hrvoje.radasevic@stampar.hr

Ključne riječi: tjelesna aktivnost, starije osobe, indeks tjelesne mase, postotak tjelesne masti

UVOD: Povišeni indeks tjelesne mase (ITM) te postotak tjelesne masti (PTM) povećavaju rizik za nastanak čitavog niza kroničnih nezaraznih bolesti u starijoj dobi. Redovita zdravstveno usmjerena tjelesna aktivnost (ZUTA) pomaže u održavanju optimalne tjelesne težine te pozitivno utječe na zdravstveni status. Cilj istraživanja bio je utvrditi učinak intenziteta tjelesne aktivnosti u starijoj dobi u odnosu na ITM i PTM.

METODE: Tijekom 2015/16. godine u ambulantama savjetovališta Centra za preventivnu medicinu, NZJZ „Dr. Andrija Štampar“ 70 osoba u dobi od 60 do 79 godina (29 muškaraca i 41 žena) bilo je pregledano i savjetovano. PTM je mjereno metodom bioelektrične impedancije dok je ITM izračunat. Podaci o intenzitetu tjelesne aktivnosti dobiveni su putem odgovarajućeg upitnika. Dobiveni podaci o intenzitetu tjelesne aktivnosti podijeljeni su u tri kategorije: niski, umjereni i visoki.

REZULTATI: U ukupnom uzorku, 40,0% (N=28) starijih od 60 godina aktivnost je provodilo niskim intenzitetom, 45,7% (N=32) umjerenim, a 14,3% (N=10) visokim. U osoba koje su provodile nisku razinu aktivnosti srednja vrijednost ITM iznosila je 30,9, a PTM 33,9%. Umjereni aktivni imali su ITM 28,4 i PTM 33,0% dok je u visoko aktivnih i ITM i PTM iznosio 25,7. Spolna diferencijacija ukazuje na nešto viši ITM u muškaraca (M) u odnosu na žene (Ž) u sve tri kategorije aktivnosti. Niska 31,1 M i 30,7 Ž, umjereni 30,3 M i 27,6 Ž i visoka 26,1 M i 24,9 Ž. Vrijednosti PTM znatno su više u žena nego u muškaraca što je i očekivano s obzirom da je optimalni postotak kod žena 20-30%, a kod muškaraca 15-20%. PTM u nisko aktivnih iznosi 38,5% Ž i 28,7% M, u umjereni aktivnih 35,0% Ž i 27,9% M, a kod visoko aktivnih 30,9% Ž i 23,4% M.

ZAKLJUČAK: Dobiveni rezultati ukazuju da vježbanje umjerenim i visokim intenzitetom u odnosu na niski u starijoj dobi, između ostalog, utječe na smanjenje ITM i PTM. Preporuke Svjetske zdravstvene organizacije za ZUTA-u podržavaju aktivnost umjerenog intenziteta kod starijih osoba koje nemaju ograničavajućih zdravstvenih stanja te visokog intenziteta ukoliko su i u dobroj fizičkoj kondiciji. S toga vrijedi naglasiti važnost provođenja javnozdravstvenih intervencija u cilju promicanja tjelesne aktivnosti od najranije dobi kako bi te iste osobe u starijoj dobi imale što manje zdravstvenih problema te bile u mogućnosti, u svrhu još većih zdravstvenih koristi, provoditi preporučeni intenzitet aktivnosti

143. UNAPRJEĐENJE KVALITETE ŽIVOTA STARIJIH OSOBA U REHABILITACIJI OBOLJELIH OD SENILNE MAKULARNE DEGENERACIJE PRIMJENOM TRENINGA EKSCENTRIČNOG GLEDANJA

MOSLAVAC A¹, Škes M²

¹Specijalna bolnica za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama, Zagreb, Hrvatska

²Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

marija.skes@stampar.hr

Ključne riječi: senilna degeneracija makule, ekscentrična fiksacija, trening ekscentričnog gledanja, kvaliteta života, starije osobe

Uvod: Senilna makularna degeneracija (AMD) je progresivna bolest oka povezana sa starenjem koja postupno uništava centralni vid. Učestalost senilne makularne degeneracije je proporcionalna povećanju broja stanovništva

starije životne dobi. Osobe starije od 75 godina imaju vjerojatnost oboljenja od 30%, dok je postotak za raniju životnu dob značajno manji.

Metoda rada: Trening ekscentričnog gledanja (EV) je strategija koju provodi edukacijski rehabilitator - stručnjak za rehabilitaciju vida, s ciljem poboljšanja vizualnog funkcioniranja osoba s gubitkom centralnog vida. Ekscentrično gledanje predstavlja korištenje drugog djela retine, a ne fovee za fiksaciju te omogućava izvođenje aktivnosti korištenjem perifernog dijela vidnog polja. Na taj način može se olakšati samostalno izvođenje aktivnosti svakodnevnog života, što značajno utječe na samopouzdanje oboljele osobe i unaprjeđuje kvalitetu života.

Rezultati: Najveći nositelj rizika za senilnu makularnu degeneraciju je dob. Bolesti oka i očnih adneksa (H00-H59) u Gradu Zagrebu u 2014. godini nalaze se na trećem mjestu kao uzrok hospitalizacije osoba starijih od 65 godina (7.709). U 2015. godini bolesnici stariji od 60 godina čine 76% od ukupno hospitaliziranih u navedenoj skupini (H00-H59) dok bolesnici stariji od 60 godina s prebivalištem u Zagrebu čine čak 82% od ukupno hospitaliziranih u navedenoj skupini bolesti. Ostali mrežnični poremećaji (H35) nalaze se na trećem mjestu vodećih dijagnoza po broju hospitalizacija u dobi od 75 i više godina, a na drugom mjestu u dobi od 60 do 74 godine. Većina metoda EV je usredotočena na čitanje, ali se može primijeniti i u drugim aktivnostima svakodnevnog života. Provođenje programa započinje procjenom vidnih funkcija, funkcionalnog vida te određivanjem poželjnog lokusa na retini koji se trenira (TRL) za preuzimanje funkcije fiksacije. Vježba se provodi monookularno na boljem oku. Slijedi uvježbavanje fiksacije i svjesnosti o postojanju mjesta ekscentrične fiksacije, predčitalačke vježbe, proširenje polja percepcija, postepeno smanjivanje veličine, a povećanje količine slova. Za uspješnost programa je, osim stručno osposobljenog edukacijskog rehabilitatora, potreban potpuni angažman pacijenta, pravilno osvjetljenje i određivanje optimalnog optičkog pomagala.

Zaključak: Starije osobe koje uspješno savladaju trening EV mobilnije su i samostalnije, nisu apsolutno ovisne o statičkim optičkim pomagalima u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti što značajno utječe na uspješno izvođenje svakodnevnih aktivnosti i unaprjeđuje kvalitetu njihova života.

144. PREHRANA KOD OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

DUH L, Mihalić V, Božičević D, Ožvald I

Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa, Duga Resa, Hrvatska

lidijaduh1@gmail.com

Ključne riječi: osobe starije životne dobi, prehrana, edukacija, medicinska sestra

Postoje određena klinička iskustva i impresije o povoljnom djelovanju nekih načina prehrane, određenih lijekova, fizikalnih postupaka te psihoterapijskih i psihosocijalnih mjera koje mogu biti od velike koristi za populaciju starije životne dobi. Prvenstveno je potrebno pridržavati se preporuka za uravnoteženu optimalnu prehranu koja sačinjava određen omjer ugljikohidrata, bjelanjčevina i masti, vitamina, minerala, nukleinskih kiselina, nezasićenih masnih kiselina i drugih sastojaka.

Razlog zadovoljstva ponuđenom hranom je u tome što je hrana pripravljena na način koji je prilagođen starijoj životnoj dobi i mogućnostima konzumacije. Djelatnici naše bolnice također ulažu dodatne napore u stručnom usavršavanju iz područja nutricionizma.

Uloga medicinske sestre je vrlo značajna kako u procjeni stanja pacijenata tako i u provođenju specifičnih intervencija sestrijske prakse vezanih uz pojedine prehrambene probleme. Pravilna prehrana izuzetno je značajna jer povećava kvalitetu života pacijenata ali i na konačne rezultate liječenja pa joj je potrebno posvetiti vrlo veliku pažnju.

Kod osoba starije životne dobi treba voditi računa o adekvatnoj hidrataciji kao i obliku dijete sukladno zdravstvenom stanju pojedinca (kašasta, ukusna, dijabetična, žučna, lagana, pojačana, miksana). Oblik prehrane treba prilagoditi i apetitu pojedinca, a kod velikog broja osoba starije životne dobi specifičan problem stvara i korištenje zubne proteze.

Za djelatnike koji se u svom radu svakodnevno susreću sa prehranom bolesnika važno je znati ove podatke kako bi mogli osigurati pravilnu prehranu, dijete i način pripreme hrane kako bi bila što prihvatljivija za konzumaciju pacijentima. Medicinska sestra treba staviti naglasak i na edukaciju pacijenata i njegove obitelji o važnosti pravilne prehrane. Kako na odjelu prevladavaju pacijenti starije dobi većina nosi zubnu protezu. Važnu ulogu u edukaciji pacijenata o ispravnoj higijeni usne šupljine i zubne proteze ima medicinska sestra. Potrebno je naglasiti da se urednom stomatološkom kontrolom može pratiti stanje usne šupljine tj. zubi ili proteze i pravovremeno intervenirati u koliko se uoči neki nedostatak.

Analizom podataka o oblicima prehrane u navedenoj bolnici utvrđeno je da je najzastupljeniji lagani oblik prehrane

za kojim slijedi dijabetični oblik prehrane. Uloga sestre sukladno tome bila bi educirati pacijente koji imaju neki oblik prilagođene prehrane o važnosti pridržavanja propisane dijete kao i o načinu prehrane, odnosno namirnicama koje su dozvoljene za konzumaciju.

145. PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY – A SINGLE CENTER EXPERIENCE

TOMAŠIĆ V, Lerotić I, Pavić T, Budimir I, Baršić N, Stojsavljević S

Department of gastroenterology and hepatology, Sestre milosrdnice University Hospital Center, Zagreb, Croatia

tomasicvedran@gmail.com

Ključne riječi: Percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG, dysphagia, swallowing disorders, artificial enteral feeding

Aim: Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) is a tool of choice for providing long-term enteral feeding to patients with a variety of chronic and degenerative neuromuscular and malignant diseases which cause swallowing disturbances. The aim of this study is to evaluate our single endoscopic center experience with PEG procedure taking into account demographic data, indications technical problems and related complications.

Materials and methods: The demographic data, complications and follow-up findings of patients who had undergone PEG between April 2013 and June 2016 were examined prospectively using medical files. We have taken into account the recent and long-term complications, the replacement or removal of the tube were recorded, the patients swallowing function were observed.

Results: One hundred forty and one percutaneous endoscopic gastrostomy and three hundred and eleven percutaneous endoscopic gastrostomy related procedures (149 PEG replacements and 162 regular PEG check outs) were performed in 160 adult patients during a three-year period. The median age of the patients was 60 years (range 17-85 years; 104 male gender). Patients with neurological and malignant diseases (head and neck cancer followed by esophageal and stomach cancer) constituted the majority (60.6% and 25% respectively). The PEG placement was successful in 98% of cases (3 patients were referred to surgery). During the follow up period overall rate of complications was 26%. Most common minor complications included local stoma site infection (27%), PEG clogging (25%), and granulations (8%) and were successfully treated conservatively; buried bumper syndrome with skin abscess developed in two patients leading to septic complications and death in one of them. In 12 cases PEG tube was removed when patients have recovered their normal swallowing function.

Conclusion: PEG is safe and effective method for enteric nutrition feeding in adults with swallowing disorders. Owing to the lack of sufficient knowledge and the consequent failure to recognize the problems of patients with secondary dysphagia, PEG is still unsatisfactory and underutilized tool for ensuring artificial enteral feeding in today's routine medical practice in Croatia.

146. PROPISIVANJE BENZODIAZEPINA U STARIJIH OSOBA

POPOVIĆ B¹, Radošević Quadranti N^{2,3}, Baričev Novaković Z^{1,2}

¹Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

²Dom zdravlja Primorsko goranske županije, Rijeka, Hrvatska

³Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

branslava.popovic@ri.t-com.hr

Ključne riječi: anksiolitici, benzodiazepini, neprimjereno propisivanje, starije osobe,

Benzodiazepini su najčešće propisivani lijekovi za liječenje anksioznosti, depresije i nesanicice u starijih osoba. To su lijekovi visokog terapijskog indeksa, brzog djelovanja, učinkoviti i korisni za određene indikacije. Unatoč dobrim svojstvima ove skupine lijekova, smjernice o propisivanju navode da se mogu koristiti u kratkom vremenskom periodu (4-6 tjedana), u najmanjoj učinkovitoj dozi. Ipak, dugoročno propisivanje i korištenje benzodiazepina za različita psihološka stanja još je uvijek vrlo rasprostranjeno. Epidemiološki podaci govore da 20 -35% starijih od

65 god. u populaciji te 25-55% u domovima za starije osobe koriste benzodiazepine. Fiziološke promjene koje se događaju u procesu starenja utječu na farmakokinetičke i farmakodinamske osobine lijekova pa tako i na smanjenje terapijskog indeksa za benzodiazepine. Razlika u rasponu doze koja ima anksiolitički do sedacijski učinak, znatno je niža u odnosu na mlađe osobe i može značajno utjecati na svakodnevne aktivnosti. Simptomi sustezanja nakon smanjenja/ukidanja benzodiazepina, mogu biti drugačiji, često se razvijaju psihotične reakcije, konfuzija, dezorijentacija, depersonalizacija. Pri izboru benzodiazepina u starijih prednost treba dati kratkodjelujućim čija doza ne bi trebala biti veća od polovine doze koja se propisuje mlađim osobama: za lorazepam >3 mg, oksazepam >60 mg te alprazolam <2 mg. U navedenim dozama ovi lijekovi nemaju bolji učinak, ali je mogućnost razvoja nuspojava značajnija. BDZ imaju aditivni učinak pri istovremenom uzimanju s drugim lijekovima koji imaju depresorni učinak na središnji živčani sustav (npr. antipsihotici, antidepresivi, opijatni analgetici, antihistaminici sa sedacijskim djelovanjem, antikonvulzivi, alkohol). To često dovodi do povećane uspavanosti, smanjene motoričke sposobnosti, depresije disanja i drugih neželjenih učinaka koji mogu biti smrtonosni. Benzodiazepini spadaju u lijekove koje treba izbjeći uz određene dijagnoze, tako njihova dugotrajna primjena može izazvati ili pogoršati depresiju, izazvati ataksiju, sinkope, dovesti do oštećenja psihomotoričkih funkcija, treba ih izbjeći u bolesnika s demencijom; u KOBP-a ili astme mogu uzrokovati depresiju disanja. Dugotrajna uporaba dovodi do razvoja tolerancije i ovisnosti te oštećenja kognitivnih funkcija, povećan je rizik od padova i posljedičnih fraktura kukova, automobilskih nesreća.

Zaključak: Stalnom edukacijom te praćenjem učinkovitosti i dužine trajanja terapije anksioliticima, liječnici obiteljske medicine mogu pomoći poboljšanju kvalitete života svojih starijih bolesnika.

Literatura

1. Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF et al. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use. Eur. J. Clin. Pharmacol 2001;57:419-425.

147. NJGOVATELJI OSOBA OBOLJELIH OD DEMENCIJE, NEDOVOLJNO PREPOZNATA RIZIČNA SKUPINA

LUCIJANIĆ J, Hanževački M

Dom zdravlja Zagreb-Zapad, Zagreb, Hrvatska

jemileti@yahoo.com

Ključne riječi: demencija, njegovatelj, obiteljska medicina

Uvod: Sa starenjem stanovništva demencija postaje rastući globalni zdravstveni problem sa izravnim posljedicama na samog bolesnika, ali i na članove obitelji. Osobe koje njeguju oboljele članove obitelji izložene su pojačanim emocionalnim, fizičkim, socijalnim i ekonomskim pritiscima. Navedeno se reflektira na svakodnevno funkcioniranje u zajednici, ali i na povećan rizik za razvoj različitih oboljenja.

Metode rada: Analizirali smo populaciju osiguranika s dijagnozom demencije te njihovih njegovatelja u skrbi dvije ambulante obiteljske medicine na području grada Zagreba tijekom posljednje godine dana.

Rezultati: Utvrdili smo 27 osoba koje su prepoznate kao dementne što čini 3% populacije osiguranika starijih od 65 godina (883).

U grupi oboljelih od demencije podjednako je muškaraca (48%) i žena (52%). Medijan dobi dementnih osoba je 82 godine, žene su značajno starije u odnosu na muškarce (87 vs. 80 godina; $p=0,01$). Medijan dobi njegovatelja bio je 62,5 godine, njegovatelji su češće žene (67%). O oboljelima od demencije skrbili su uglavnom supružnici (46%) ili djeca (42%). O muškarcima oboljelima od demencije češće skrbi supružnik (OR 15; $p=0,004$) što objašnjavamo dužim životnim vijekom žena.

Oko pola oboljelih imalo je izražene bihevioralne simptome (56%) ili bilo inkontinentno (48%), ove dvije grupe tegoba su povezane (OR 5,9; $p=0,031$). Bolesnici s bihevioralnim simptomima ili inkontinencijom su stariji od onih bez ($p=0,04$ za bihevioralne simptome i $p=0,019$ za inkontinenciju). Stariji njegovatelji češće su skrbili od oboljelima s izraženim bihevioralnim simptomima (medijan 74 vs. 57,5 godina za skrbnike o oboljelima sa i bez bihevioralnih simptoma; $p=0,021$).

Zaključak: Populacija koja skrbi o oboljelima od demencije je i sama starije životne dobi. To su uglavnom ženske osobe, supružnici ili djeca oboljelih. S porastom dobi dementnih osoba raste učestalost pojave bihevioralnih simptoma i demencije. Sukladno tome i skrbnici starije životne dobi češće brinu o zahtjevnijim i težim bolesnicima. Naše su observacije ograničene relativno malim brojem bolesnika i potrebne su daljnja istraživanja koja će omogućiti bolji uvid u odnose između karakteristika oboljelih od demencije i njihovih njegovatelja. To će omogućiti dizajniranje ciljanih intervencija usmjerenih na populaciju njegovatelja o oboljelima od demencije koji su za sada još uvijek nedovoljno prepoznati kao rizična skupina.

148. PRIMJER DOBRE PRAKSE UDRUGA ZA PSIHOSOCIJALNE POTREBE AMADEA ĐAKOVO

MIKŠIĆ Š¹, Fadiga V², Juranić B³

¹Dom zdravlja Đakovo, Đakovo, Hrvatska

²Udruga za psiho-socijalne potrebe Amadea, Đakovo, Hrvatska

³Klinički bolnički centar Osijek, Osijek, Hrvatska

steficamiksic@gmail.com

Ključne riječi: socijalna mreža, psihosocijalna podrška, treća životna dob

Povezivanjem multidisciplinarnih znanja i stručnjaka te postojećih organizacija u mjestu stanovanja, uključivanjem u lokalnu zajednicu, osobama starije životne dobi dajemo podršku za dostojanstvenije starenje, potičući ih na to da život u trećoj životnoj dobi ima svoj smisao i vrijednosti. Socijalna mreža svakog pojedinog člana bitan je aspekt socijalne podrške. Raznolikost socijalnih mreža pojedinca razlikuje se s obzirom na spol, dob, partnerski status, veličinu i strukturu obitelji, socioekonomska obilježja i obrazovnu razinu. Prilagodljivost je glavna prednost pružanja ove vrste skrbi. Uključivanje starije osobe i njene obitelji u planiranje i oblikovanje usluga koje će im biti pružene, najbolji su način da bi se mogle zadovoljiti potrebe. Cilj rada je primjerom dobre prakse predstaviti Udrugu za psiho-socijalne potrebe „Amadea“ u Đakovu, koja okuplja osobe starije od 65 godina koje su usamljene, bilo da žive same ili žive u obitelji koje su zaposlene. Ciljevi udruge su: pružiti psihosocijalnu podršku starijim i osamljenim osobama u mjestu stanovanja kako bi lakše prevladali teškoće koje donosi starost, bolest i gubitak dragih osoba. Pružanjem izvaninstitucionalne skrbi postiže se da osoba što dulje ostane u svom poznatom okruženju s obitelji i prijateljima, da se što manje ometu životni uvjeti i način života svakog pojedinca.

U današnje vrijeme patronažne sestre uključuju se u rad nevladinih udruga i djeluju kao volonteri, svojim znanjem i iskustvom pridonose razvoju socijalne mreže za osobe starije životne dobi. Poznavajući problematiku i potrebe starijih osoba i njihovih obitelji prihvaćaju izazov u svom radu.

149. ULOGA EDUKACIJSKOG REHABILITATORA U SKRBI ZA OSOBE STARIJE ŽIVOTNE DOBI

ŠKES M¹, Lang Morović M²

¹Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

²Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

marija.skres@stampar.hr

Ključne riječi: Gerijatrijska zdravstvena njega, organizacija zdravstvene njege, dom za starije osobe

Uvod: U većini zemalja svijeta uočen je trend starenja stanovništva koji nastaje kao posljedica smanjene stope nataliteta te produljenja očekivanog trajanja života što bitno utječe na zdravstvenu, socijalnu, obrazovnu i ekonomsku strukturu društva. Republika Hrvatska, 2015. godine bilježi 17,7% osoba starijih od 65 godina, uz prosječno očekivano trajanje života 77,6 godina.

Metode: Zdravstvena skrb za starije zahtijeva multidisciplinarnan, holistički pristup. Jedan od često neprepoznatih članova tima je i edukacijski rehabilitator čija uloga u timu uključuje procjenu potreba, interesa i sposobnosti, izradu plana podrške, senzibilizaciju pripadnika svih segmenata društva, poticanje suradnje između tijela državne vlasti i organizacija civilnog društva, pružanje podrške u sustavu organiziranog stanovanja, uklanjanje prostornih prepreka, tranzicijske programe, kreativne, art/ekspresivne i komplementarne terapije, kao i široki spektar drugih rehabilitacijskih postupaka u području rehabilitacijske medicine, psihosocijalne onkologije, asistivne i rehabilitacijske tehnologije.

Edukacijsko-rehabilitacijska djelatnost u radu sa starijim osobama provodi se u zdravstvenim ustanovama ili ustanovama socijalne skrbi. Mogućnost patronažnog rada kroz mobilne stručne timove u zajednici u kojoj pojedinac živi dodatno doprinosi podizanju kvalitete života starijih osoba osiguravanjem podrške za samostalni život, odnosno prevenciju institucionalizacije.

Rezultati: Prema zdravstveno-statističkim pokazateljima u Republici Hrvatskoj vodeće dijagnoze u 2015. godini po broju hospitalizacija u dobi od 65+ su senilna katarakta, cerebralni infarkt, prijelom bedrene kosti, pneumonija i akutni infarkt miokarda. U Gradu Zagrebu, to su u dobi 60-74 godine senilna katarakta, zloćudna novotvorina dušnica

i pluća, angina pectoris, zloćudna novotvorina kolona i rektuma, a od 75+ senilna katarakta, cerebralni infarkt, sepse, prijelom bedrene kosti te pneumonija. Prema Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom u Hrvatskoj živi 511.094 osoba s invaliditetom, od čega je 42,4% starijih od 65 godina dok je u Gradu Zagrebu taj udio 43,9%. Prevalencija invaliditeta u Hrvatskoj u dobnoj skupini 65+ iznosi 24,9%, u Gradu Zagrebu 29%.

Zaključak: Navedeni pokazatelji ukazuju na porast udjela starijih osoba, od kojih veliki broj boluje od kroničnih nezaraznih bolesti i/ili ima utvrđen invaliditet, kao i na potrebu za osnaživanjem i reorganizacijom sustava skrbi i podrške za osobe starije životne dobi. Jedan od načina za postizanje istog je proširivanje sastava multidisciplinarnog tima u skrbi za starije osobe uključivanjem edukacijskog rehabilitatora.

150. PRIKAZ RADA SAVJETOVALIŠTA ZA PSIHOGERIJARIJU NASTAVNOG ZAVODA ZA JAVNO ZDRAVSTVO „DR. ANDRIJA ŠTAMPAR“

ORBAN M, Kušan Jukić M, Bekić M

Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Služba za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti, Zagreb, Hrvatska

mkjukic45@gmail.com

Ključne riječi: psihogerijatrija, mentalno zdravlje, Alzheimerova bolest, demencije, neformalni njegovatelji

Polazeći od saznanja kako nema zdravlja bez mentalnog zdravlja, Služba za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti NZJZ „Dr. Andrija Štampar“ provodi i razvija aktivnosti iz djelokruga zaštite mentalnog zdravlja osoba starije životne dobi kroz rad Savjetovališta za psihogerijatriju. U Savjetovalištu se provodi program rane detekcije Alzheimerove bolesti i drugih demencija, intenzivni rad s osobama koje boluju od neurodegenerativnih bolesti i drugih psihičkih poremećaja u starijoj životnoj dobi, ali i rad s članovima njihovih obitelji koji su najčešće neformalni njegovatelji. Istaknuli bismo rad s članovima obitelji kojima se pruža psihoedukacija, obiteljsko savjetovanje te individualna suportivna psihoterapija, posebice u procesu žalovanja.

U ovom radu prikazat ćemo rezultate rada Savjetovališta za psihogerijatriju Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ u Zagrebu.

151. TRENDOVI U POPULACIJSKIM KRETANJIMA U REPUBLICI HRVATSKOJ I GRADU ZAGREBU 2001.-2011.

MALTARIC M, Vranjes H, Tomek-Roksandic S

Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska
manuela.maltaric@stampar.hr

Ključne riječi: starenje stanovništva, vitalnostistički pokazatelji, demografski pokazatelji, zdravstvena zaštita, depopulacija, invaliditet

Opis problema: Cilj rada je bio prikupiti vitalnostističke i demografske podatke za pojedine skupine unutar populacije građana Republike Hrvatske, posebice o osobama starijima od 65 godina i osobama s oštećenjima za područje Grada Zagreba i Republike Hrvatske, sve s daljim ciljem unapređenja zdravstvene zaštite starijih odnosno osoba s oštećenjima. Fokusirali smo se na proučavanje trenda starenja hrvatskih građana, prikazivanja trenda kretanja demografskih pokazatelja u gradu Zagrebu i Republici Hrvatskoj, pokazatelje vezane za dugovječne osobe starije od 95 godina, uzroke invalidnosti po dobnim populacijskim skupinama u Hrvatskoj te na deskripciju pojave invaliditeta po hrvatskim županijama.

Metode rada: Podaci su prikupljeni redovitim aktivnostima Centra za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ te preuzimanjem podataka Državnog zavoda za statistiku prema popisima stanovništva iz 2001. i 2011. godine. Podaci su obrađeni metodama deskriptivne epidemiologije, a zaključci su izvedeni na temelju dobivenih rezultata. Za obradu podataka korišten je paket programa MS Office 2011.

Rezultati: Udio osoba starijih od 65 godina u populaciji grada Zagreba je od 14,88% u popisnoj godini 2001. porastao

na 17,31% u 2011. (136.770 osoba u 2011.). Udio osoba starijih od 65 godina u ukupnom pučanstvu u Republici Hrvatskoj od 15.62% u godini 2001. porastao je na 17,70% u 2011. (758.633 osoba u 2011.), s većim udjelom žena u toj skupini. Prirodni prirast u gradu Zagrebu pokazuje trend uspona u periodu od 2003. do 2011. godine i prelazak s negativnih na pozitivne vrijednosti (od -1246 u 2003. do +327 u 2010. godini). Na nivou Republike Hrvatske nema trenda kontinuiranog povišenja vrijednosti prirodnog prirasta, a vrijednosti se kreću od najnižih -12907 u 2003. do -9822 u 2011., s najvišim vrijednostima u godinama 2008. i 2009. Ukupan broj stogodišnjaka u Hrvatskoj (dugovječnih osoba starosti 95-106 godina) se od 2001. do 2011. značajno povećao za 51,21%, s 1455 na 2201 osobu. Broj osoba s invaliditetom u Hrvatskoj je porastao s 429.421 na 759.908 osoba (za 76,96%), a najčešći uzrok invalidnosti u skupinama starijim od 15 godina je bolest, dok je kod mlađih uzrok invalidnosti od rođenja. Broj invalidnih starijih osoba (>65g.) se u Hrvatskoj povećao sa 148.170 na 353.247 (za 138,41%). U Zagrebu je porast invaliditeta u toj skupini manji (102,94%), s 26.618 na 54.019.

Zaključak: Demografski pokazatelji ukazuju na trend apsolutnog i relativnog porasta udjela starijeg pučanstva u Gradu Zagrebu i u Republici Hrvatskoj u razdoblju 2001.-2011. godine. Također, podaci ukazuju i na trend porasta broja invalidnih osoba u svim hrvatskim županijama. Potrebno je i dalje kontinuirano raditi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji najčešćih bolesti po dobnim skupinama, očuvanju nivoa zdravstvene zaštite, na unapređenju geroprofilakse i zdravstvene zaštite starijih osoba te dalje raditi na jačanju ovih djelatnosti, osobito u pojedinim regijama RH, a u skladu s uočenim deficitima.

152. TRENDOVI INCIDENCIJE I SMRTNOSTI RAKA DOJKE U GRADU ZAGREBU, ZA ŽENE U DOB 65+, U RAZDOBLJU 2002. – 2013. GODINE

JELAVIĆ M¹ Tešić V^{1,2}, Kosanović Ličina ML¹

¹Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

²Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Katedra za socijalnu medicinu i epidemiologiju, Rijeka, Hrvatska
melita.jelavic@stampar.hr

Ključne riječi: rak dojke, incidencija, smrtnost, probir

Uvod i cilj: U žena starije dobi, kao i u svim ostalim dobnim skupinama kod žena, rak dojke najčešće je sijelo malignih bolesti. Prikaz kretanja trenda incidencije i smrtnosti od raka dojke ima za cilj ukazati na opsežnost ovog javnozdravstvenog izazova.

Metode: Korišteni su podatci rutinske zdravstvene statistike – Baze umrlih osoba (HZJZ) te Registra za rak (HZJZ), u razdoblju 2002. -2013. godine, za žene dobi 65+, prikazani metodama deskriptivne epidemiologije.

Rezultati: U promatranom razdoblju najveći rast stope incidencije zabilježen je u dobi 65- 69 godina, trogodišnji prosjek dobnog-specifične stope/100.000 početkom promatranog razdoblja (2002.-2004.) je 35,56/100.000, dok krajem (2011.-2013.) isti iznosi 64,22. U dobnim skupinama 70-74 te 75-79 godina incidencija je stabilna i nepromjenjiva, u skupini 80-84 bilježi se padajući trend. Porast stope incidencije bilježi se još u dobnj skupini 85+, 49,50 (2002.-2004.) : 62,79 (2011.-2013.). Sukladno podacima mortalitetne statistike nema promjena u ukupnom broju umrlih žena od raka dojke. U dobi 0-64 godine broj umrlih je stabilan s laganom tendencijom pada, istovremeno raste broj umrlih u dobi 65 +. Najveći porast dobnog - specifične stope smrtnosti bilježi se u dobi 85+, 2002.-2004. godine prosječna trogodišnja stopa iznosila je 39,81/100.000, 2011.- 2013. godine iznosi 58,36. Porast stope mortaliteta bilježi se i u dobi 65-69 godina, dok je najznačajniji pad stope u dobnj skupini 80-84 godina. U gradu Zagrebu se od 2004. provode programi ranog otkrivanja raka dojke. Ciljnom populacijom Nacionalnog programa (2006.) obuhvaćena je populacija u dobi od 65-69 godina, dok preostale dobi promatrane populacije u gradu Zagrebu imaju mogućnost sudjelovati u Programu preventivne mobilne mamografije. Porast incidencije u dobnj skupini 65-69 godina ide u prilog provedbi programa probira, a s navedenim možemo povezati i stabilne trendove, odnosno pad broja novooboljelih u preostalim dobnim skupinama, osim u dobi 85+. Izostanak pada smrtnosti kao i zabilježeni porast iste u starijim dobnim skupinama ukazuju na potrebu uvođenja ciljanih javnozdravstvenih aktivnosti.

Zaključak: Unatoč provedbi programa probira rast broja i udjela smrtnosti u dobi 65+ u ukupnoj smrtnosti od raka dojke te izostanak pada ukupne smrtnosti, navodi nas da preispitamo dodatne mogućnosti motivacije i dostupnosti programa ranog otkrivanja raka poglavito ženama starije životne dobi.

153. THE ROLE OF ARTERIAL STIFFNESS IN ASSESSMENT OF COGNITIVE DECLINE

MOROVIĆ S

Aviva Medical Center, Department of neurology, Zagreb, Croatia

sandra_morovic@hotmail.com

Keywords: Arterial Stiffness, Mild Cognitive Impairment, Dementia, Vascular Risk Factor

Cognitive impairment is still considered as a normal side effect of aging in general population.

Greater population life expectancy leads to increased incidence of cognitive impairment cases, making this one of the most important medical and social problems worldwide. Therefore, prevention of cognitive impairment is an imperative. Dementia includes a heterogeneous group of disorders, the most common being Alzheimer dementia (AD) and vascular dementia (VD). Most cardiovascular risk factors, such as hypertension, diabetes mellitus, hypercholesterolemia, atrial fibrillation, and smoking are not exclusively risk factors for VD, but also for AD. Early changes of the blood vessel wall can be detected by early ultrasound screening methods which allow us to detect changes before the disease becomes clinically evident. Intracranial hemodynamics can be assessed by Transcranial Doppler Sonography (TCD), functional TCD with various functional tests, and TCD detection of cerebral emboli. Extracranial circulation, carotid and vertebral arteries, can be assessed by means of color Doppler flow imaging (CDFI). Novel ultrasound technology enables us non-invasive, bedside detection of early vascular changes such as arterial stiffness, measurement of the intima-media thickness (IMT), pulse-wave velocity, or endothelial dysfunction in order to obtain information necessary to closer determine the relation between vascular status and disease development, so that the evolution of CVD could be prevented or at least postponed. Early disease detection enables on-time management of vascular risk factors, and can postpone or even reverse disease progression.

154. FIKSNOPROTETSKA TERAPIJA FRAKTURE GORNJEG PRVOG INCIZIVA U 94 GODIŠNJE PACIJENTICE

ĆATOVIĆ D¹, Komar D², Ugljen A², Ćatović DŽ¹

¹Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

²Klinika za stomatologiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

dinacatovic@gmail.com

Ključne riječi: fraktura zuba, endodontska terapija, nadogradnja, metalkeramička krunica, fiksnoprotetska terapija, starija osoba

Frakture zuba česta su pojava u kliničkoj stomatološkoj praksi. Obično do loma zuba dolazi naglim ugrizom u tvrdi predmet ili komad hrane /prim. orah ili badem/. Lomovi mogu nastati i kao posljedica udarca u vestibularnu plohu zuba. Najčešće su ovakvim pojavama podložni devitalizirani zubi, posebice oni koji dodatno imaju velike ispune u kliničkoj kruni, koji olakšavaju njegov nastanak. U osoba starije dobi koje često pate od xerostomie uočava se i desikacija tvrdih zubnih tkiva. Ona su po površini prožeta tankim frakturnim linijama i ispunima, pa zubi u starijih osoba mogu frakturirati, iako nisu devitalizirani. U radu smo prikazali klinički slučaj kompletne frakture kliničke krune gornjeg inciziva i fiksnoprotetsku terapiju pacijentice starije životne dobi. Pacijentica stara 94 godine dolazi i ambulantu Zavoda za fiksnu protetiku Klinike za stomatologiju KBC-a u Zagrebu sa kompletno odlomljenom kliničkom krunom prednjeg gornjeg sjekutića, vidno uznemirena i zabrinuta zbog mogućeg gubitka zuba i narušenog estetskog izgleda. Anamnezom se ustanovi da je pacijentica zagrizla u tvrdi kruh i da je osjetila, da se zub prelomio. Na pregledu se ustanovi da je korijenski dio zuba u alveoli, da ostala meka tkiva nisu oštećena i da pacijentica nema bolove. Test na vitalitet preostalog dijela zuba bio je negativan. Analiza retroalveolarne rentgen snimke pokazala je da je korijenski dio zuba u alveoli vitalan, te je indicirana vitalna ekstirpacija zubne pulpe u lokalnoj anesteziji i punjenje korijenskog kanala. Pacijentici je u međuvremenu napravljena imedijatna parcijalna proteza, kojom se pokrio defekt gubitka i narušeni izgled. Nakon dva dana od punjenja korijenskog kanala, pristupilo se fiksnoprotetskoj terapiji, koja se sastojala od preparacije korijenskog kanala i modelacije nadogradnje, cementiranja lijevane nadogradnje u korijen devitaliziranog zuba i izrada metalkeramičke krunice. Nakon cementiranja krunice na ekstraradikalarni dio nadogradnje pacijentici je potpuno restaurirana funkcija frakturiranog zuba. Postojeća umjetna krunica potpuno se uklopila u prirodni zubni niz po boji, veličini i obliku.

155. ORALNA REHABILITACIJA U 75 GODIŠNJEG PACIJENTA

ĆATOVIĆ DŽ¹, Komar D², Ugljen A², Ćatović D¹

¹Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

²Klinika za stomatologiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

dzanacatovic@gmail.com

Ključne riječi: nagrizna udloga, korekcija međučeljusnog odnosa, fiksnoprotetska terapija, parcijalna skeletirana proteza, starija osoba

Oralna rehabilitacija ubraja se u najzahtjevnije i najsloženije stomatološko protetske zahvate. Zahtjeva dugotrajnu terapiju pacijenta, suradnju i dobru koordinaciju između više stomatoloških specijalnosti i strpljenje pacijenta. U osoba starije životne dobi ovakva vrsta zahvata nije uvijek provediva iz više razloga. Osnovni razlozi su opće zdravstveno stanje i visoka dob, koji ograničavaju pacijenta da izdrži dugotrajnu i zahtjevnju terapiju. Često se zbog poremećenih okluzijskih odnosa trebaju isti korigirati, vrlo pažljivo i postupno, zbog smanjene tolerancije temporomandibularnog zgloba na promjene visine zagriža. Troškovi samog zahvata dodatni su limitirajućih čimbenik pa se u osoba starije dobi zbog toga ide na kompromisna rješenja, koja često nemogu zadovoljiti u potpunosti. U ovom radu prikazali smo slučaj oralne rehabilitacije pacijenta starije životne dobi koji je vrlo uspješno riješen. Pacijent stara 75 godina dolazi u ambulantu Zavoda za fiksnu protetiku Klinike za stomatologiju KBC-a u Zagrebu sa željom da protetski sanira svoje zubalo i poremećene međučeljusne odnose, koji mu smetaju kod konzumacije hrane. U drugom planu je bila i korekcija estetskog izgleda. Anamnezom se ustanovi da pacijent nije redovito kontrolirao zube i usta, a zadnjeg posjeta stomatologu se i ne sjeća. Na pregledu se ustanovi parcijalna bezubost u obje čeljusti, sa zostalim korijenovima, plak i kamenac na preostalim zubima i obrnuti preklap zuba u fronti. Analiza ortopantomograma pokazala je da se pojedine zaostale korijene treba ekstrahirati, a pojedine zube spasiti, što konzervativnim pristupom, izradom ispuna, što endodontskom terapijom. Na prvom pregledu pacijentu su uzeti otisci za studijske modele i napravljene fotografije, kako bi se mogao napraviti definitivni plan terapije. Terapija je počela kirurškim odstranjenjem zaostalih korijenova i liječenjem pojedinih zuba. Nakon toga pacijentu su napravljene donja i gornja nagrizna udloga, koje je nosio 5 mjeseci, da se vidi tolerancija temporomandibularnog zgloba na promjenu visine zagriža. Obzirom da je pacijent podnio korigiranu visinu zagriža, nakon 5 mjeseci pristupilo se kombiniranoj fiksnu i mobilno protetskoj terapiji. Pacijent je dobio blokove krunica u gornjoj i donjoj čeljusti, sa skeletiranim protezama. Završni izgled pacijenta potpuno je iskorigiran, a učinkovitost žvakanja znatno poboljšana.

156. PREVALENCIJA INVALIDITETA OSOBA U DOBI 65+ U REPUBLICI HRVATSKOJ

ŠTEFANČIĆ V, Draušnik Ž, Benjak T, Mihel S

Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

vesna.stefancic@hzjz.hr

Ključne riječi: invaliditet, stariji, OSI, registar, prevalencija

Uvod: Medicinska i tehnološka dostignuća produljila su životni vijek s daljnjom tendencijom rasta što, uz kontinuirano smanjenje nataliteta, dovodi do povećanja udjela osoba starije životne dobi, koje imaju fizička i psihička oštećenja koja u određenim slučajevima mogu uzrokovati invaliditet. U RH su 2014. godine živjele oko 789 124 osobe starije od 65 godina (18,6% ukupnog broja stanovnika).

Gerontološko/gerijatrijski problem: Produljenje životnog vijeka često nosi i određenu vrstu oštećenja i invaliditeta pa donosi odluku trebaju raditi na tome da te godine budu bez bolesti i invaliditeta, odnosno da se olakša život osobama s oštećenjem i/ili invaliditetom. U planiranju preventivnih mjera i donošenju programa za OSI (osobe s invaliditetom) važni su točni podaci. Ovaj rad prikazuje prevalenciju invaliditeta OSI u dobi od 65 i više godina po spolu, dobnim skupinama i županijama s ciljem naznake veličine problema, a na temelju toga i donošenja odluka koje će tim osobama olakšati život.

Rezultati: U Registru nalaze se podaci za 217 686 OSI starijih od 65 godina, što čini 27,59% od ukupnog broja stanovnika starijih od 65 godina. Najveći broj OSI starijih od 65 godina je u Gradu Zagrebu i Splitsko-dalmatinskoj županiji, no prevalencija invaliditeta je najviša u Krapinsko zagorskoj županiji (35,16%), a najniža u Istarskoj županiji (13,05%). Prevalencija invaliditeta osoba starijih od 65 godina u RH prema spolu je 39/100 za muškarce i 24,22/100

za žene. Za muškarce je najveća prevalencija u Krapinsko-zagorskoj županiji (50,23/100), a najmanja u Istarskoj županiji (18,68/100). Za žene je najveća prevalencija u Krapinsko-zagorskoj županiji (31,29/100), a najmanja u Istarskoj županiji (11,41/100). Prema spolu i pojedinim dobnim skupinama osoba starijih od 65 godine, prevalencija je najveća u dobnj skupini osoba starijih od 85 godina (muškarci 59,26/100, žene 38,63/100). Najmanja prevalencija osoba starijih od 65 godina je u dobnj skupini 70-74 godina (muškarci 28,58/100, žene 16,31/100).

Zaključak: Gotovo trećina osoba starijih od 65 godina ima neki oblik invaliditeta. Budući da svako oštećenje ne dovodi do invaliditeta za pretpostaviti da je broj osoba koje imaju oštećenje veći. Za poboljšanje života tih osoba nužno ih je evidentirati, upoznati s pravima koja imaju te raditi na poboljšanju javnozdravstvenih mjera

157. POVEZANOST ZNANJA O DEMENCIJI I PERCIPIRANE KOMPETENTNOSTI RADA S DEMENTNIM KORISNICIMA KOD ZAPOSLENIKA DOMOVA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE

ĆOSO B¹, Mavrinc S^{1,2}

¹Provis, Udruga za pružanje socijalno-psihogerontološke pomoći i edukaciju, Rijeka, Hrvatska

²Alma Mater Europaea – ECM, Maribor, Slovenija

bojana.coso@psihogerontologija.hr

Ključne riječi: demencija, percipirana kompetentnost, znanje o demenciji, domovi za starije i nemoćne osobe, medicinsko osoblje

Demencija je etiketirana kao jedan od četiri glavna javnozdravstvena problema u Republici Hrvatskoj, a novija istraživanja stavova o demenciji kod osoblja zaposlenih u domovima za starije i nemoćne pokazala su izrazito nisko znanje o demenciji koje je u razini znanja kod opće populacije. Demencija uključuje kognitivne, afektivne i bihevioralne promjene koje u kombinaciji izazivaju stresnu situaciju kod zaposlenika domova, naročito ukoliko nemaju dovoljno znanja o demenciji. Percipirana kompetentnost u radu utječe na stvarnu kompetentnost u radu, a u stranim istraživanjima uočena je veza između znanja o demenciji i percipirane kompetentnosti. Stoga je cilj ovoga rada bio ispitati povezanost znanja o demenciji i percipirane kompetentnosti zaposlenika domova za starije i nemoćne osobe koji primaju i oboljele od demencije. Ispitanici su podijeljeni na medicinsko i nemedicinske osoblje, ovisno o poslu kojega obavljaju. U ispitivanju je korištena hrvatska verzija Upitnika percipirane kompetentnosti (Leung i sur., 2013) te hrvatska verzija Skale znanja o Alzheimerovoj bolesti, Alzheimer's Disease Knowledge Scale, ADKS, Carpentera i sur., 2009), verzija za ispitivanje znanja o demenciji. Upitnik percipirane kompetentnosti sastoji se od jednog faktora, dok se ADKS sastoji od šest faktora znanja o demenciji: faktori rizika, dijagnosticiranje oboljenja, tijek bolesti, utjecaj bolesti na život, tretman i upravljanje te njega oboljelih. Rezultati su pokazali povezanost znanja o demenciji i percipirane kompetentnosti kod obje skupine ispitanika. S obzirom na ranije uočenu vezu percipirane kompetentnosti i kvalitete obavljanja posla osoblja zaposlenih na odjelima za osobe s dijagnosticiranom demencijom, rezultati naglašavaju važnost dodatne edukacije osoblja. Pretpostavka je kako bi povećanje znanja o demenciji povećalo i percipiranu kompetentnost u radu s osobama oboljelima od demencije.

158. PROFIL ISHODA REHABILITACIJE SLUŠANJA (PIRS) - PRIJEDLOG PROJEKTA SVEOBUHvatnog PRAĆENJA ISHODA REHABILITACIJE SLUŠANJA U SVRHU POVEĆANJA KVALITETE ŽIVOTA OSOBA OŠTEĆENOG SLUHA I OPTIMIZACIJE TROŠKOVA REHABILITACIJE SLUŠANJA

BONETTI L¹, Vitas N²

¹Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb, Hrvatska

²Aplikata d.o.o., Zagreb, Hrvatska

luka.bonetti@erf.hr

Ključne riječi: treća životna dob, stečeno oštećenje sluha, rehabilitacija, socio-emocionalne posljedice, holistički model intervencije

Stečeno oštećenje sluha (SOS) ima 328 milijuna odraslih osoba, a stekne ga svaka 3. osoba u dobi iznad 65 godina temeljem čega se može sumnjati da SOS utječe na život preko 250 000 osoba u Hrvatskoj. S obzirom na sve veću brojnost te subpopulacije, realno je očekivati i porast troškova zdravstvenog osiguranja i socijalnih usluga povezanih s rehabilitacijom, s obzirom na utjecaj SOS-a na socio-emocionalne aspekte života, mentalno zdravlje, funkcionalni status, radnu sposobnost te općenito kvalitetu života.

Navedeno upućuje na goruću potrebu promjene pristupa intervenciji radi susretanja sveobuhvatnih rehabilitacijskih potreba osoba treće životne dobi, tj. smanjenja ekonomskih učinaka SOS-a. Suvremena intervencija to nastoji postići odmakom od tradicionalnog medicinskog modela usmjerenog na oštećenje (odstupanje u strukturi/funkciji uha) i na teškoću (posljedice oštećenja), odnosno ravnopravnim usmjeravanjem na hendikep (socio-emocionalne posljedice SOS-a te stigmu, predrasude i stereotype).

Iz tog je razloga od strane Odsjeka za oštećenja sluha Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta predložen projekt PIRS. Projekt je usmjeren na reorganizaciju postojećih resursa i dopunu usluga s ciljem optimizacije troškova rehabilitacije i prevencije/ublažavanja sekundarnih teškoća uzrokovanih socio-emocionalnim utjecajem SOS-a, padom radne sposobnosti i kvalitete života te izolacijom osoba sa SOS-om od svakodnevnih životnih aktivnosti. Projektom se predlaže nadogradnja medicinskog modela rehabilitacije holističkim/psihosocijalnim modelom angažiranjem interdisciplinarnih timova, umrežavanjem rehabilitacijskih centara bazom podataka radi praćenja i postavljanja standarda pružanja usluga na razini javno-zdravstvenog i sustava zdravstvenog osiguranja te aktualizacija problema SOS-a i senzibilizacija šire javnosti.

Realizacija ciljeva projekta podrazumijeva podršku i suradnju kliničkih, rehabilitacijskih i slušnih centara, javno-zdravstvenih, osiguravajućih i obrazovnih ustanova i nadležnih tijela te svih stručnih organizacija kojima pripadaju dionici interdisciplinarnog područja SOS-a. Očekuje se da će njihova suradnja polučiti: 1) procjenu opsega problema SOS-a u Hrvatskoj; 2) dizajn i psihometrijsku potvrdu probnog instrumenta te instrumenta za (samo)procjenu ishoda rehabilitacije; 3) prijedlog i pozitivnu evaluaciju pilot-programa ranog otkrivanja SOS-a, psiho-socijalnog modela rehabilitacije te pratećih informatičkih rješenja za njihovu podršku; 4) integraciju svih aktivnosti u postojeći IT sustav javnog zdravstva; 5) umrežavanje raspoloživih resursa i stvaranje interdisciplinarnih timova; 6) kreiranje literature za korisnike i stručnjake; te 7) prijedlog aktivnosti za promociju prevencije psiho-socijalnih posljedica SOS-a.

159. ADHERENCIJA PREMA MEDIKACIJI KOD STARIJIH BOLESNIKA S ARTERIJSKOM HIPERTENZIJOM

PRGA I, Leppée M, Culig J

Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar”

ivana.prga@stampar.hr

Ključne riječi: adherencija, medikacija, arterijska hipertenzija, starija populacija, komorbiditet

Uvod:

Adherencija je ustrajnost pacijenta prema propisanoj medikaciji. Mnoštvo faktora utječe na adherentno ponašanje starijih bolesnika s arterijskom hipertenzijom te je poznato kako su stariji bolesnici s arterijskom hipertenzijom uglavnom neadherentni prema liječenju.

Cilj:

Cilj ovog istraživanja je utvrditi opseg adherencije prema medikaciji bolesnika (n=361) s arterijskom hipertenzijom u gradu Zagrebu. Broj dijagnoza i razlozi za neadherenciju su također mjereni.

Metode:

Bolesnici s arterijskom hipertenzijom su za vrijeme njihovog posjeta ljekarni bili zamoljeni ispuniti validirani upitnik. Statistička obrada podataka je rađena korištenjem t-testa.

Rezultati:

U ispitivanoj populaciji je bilo više žena (n=193; 53,5%) nego muškaraca (n=168; 46,5%). Nije bilo značajne statističke razlike između adherentnih i neadherentnih bolesnika u odnosu na dob i spol. Gotovo polovica bolesnika s arterijskom hipertenzijom imala je 66 godina i više (n=166; 46%). Bolesnici su odgovarali na pitanja o općim simptomima svoje bolesti (npr. umor, anksioznost, poremećaji spavanja). Bolesnici koji su bili adherentni prema medikaciji imali su statistički značajno manje simptoma (p=0,025). Pronađena je statistički značajna razlika prema adherenciji ovisno o broju dijagnoza osobito kod grupe bolesnika s arterijskom hipertenzijom te još dvije ili više dijagnoza (p=0,002) što je i očekivano. Među 16 najčešćih razloga za neustrajnost prema medikaciji korištenih u upitniku, zaboravljivost je najčešći razlog (60,8%) u najvećoj i najstarijoj skupini ispitanika (66+; n=166) kao i u ostalim skupinama. Drugi razlog je uzimanje više lijekova nekoliko puta dnevno (42,2%), bolesnik je ostao bez lijekova (42,2%) te problem uzimanja lijeka u određeno vrijeme (37,3%). Nije bilo značajne statističke razlike između dobni skupina u odnosu na četiri najčešća razloga za neuzimanje terapije (p= 0,171).

Zaključak:

Bolesnici s arterijskom hipertenzijom su uglavnom bili neadherentni prema medikaciji. Zdravstveni djelatnici trebaju poboljšati komunikacijske vještine i pružati informacije, koristiti afirmativne tehnike razgovora, motivirati bolesnika te postavljati specifična pitanja o adherenciji.

160. SKRB O OSOBAMA KOJE BOLUJU OD ALZHEIMEROVE BOLESTI

MIHEL S, Benjak T, Draušnik Ž, Štefančić V

Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

sandra.mihel@hzjz.hr

Ključne riječi: Alzheimer, demencija, skrb, stariji, domovi

Udio stanovnika starijih od 65 godina u ukupnom stanovništvu važan je pokazatelj starenja koji u Republici Hrvatskoj u 2016. godini iznosi 19%. Projekcije pokazuju da bi 2050. godine u Hrvatskoj moglo biti 26,2% ljudi starijih od 65 godina. Prema podacima Međunarodnog udruženja za Alzheimerovu bolest (ADI – Alzheimer’s Disease International) i Europskog udruženja za AB (Alzheimer Europe) za 2012. godinu, procijenjeno je da u Republici Hrvatskoj od demencije boluje 80.864 osoba (oko 2% stanovništva). Alzheimerova bolest je najčešći uzrok demencije i čini 60-70% svih demencija. Kako se radi o kroničnoj, progresivnoj i neizlječivoj bolesti, demencija utječe na sve aspekte života oboljele osobe ali i članove obitelji koji najčešće brinu o oboljeloj osobi. Napredovanjem bolesti dolazi do gubitka samostalnosti oboljelih osoba, a kod članova obitelji koji se brinu o oboljeloj osobidolazi do fizičkog, psihičkog, emotivnog, ali i financijskog iscrpljenja.

Prema podacima Ministarstva socijalne politike i mladih, u Republici Hrvatskoj je u 2015. godini u ustanovama boravilo 136 osoba (22 muškarca i 114 žena) koje boluju od Alzheimerove bolesti. Osobe su smještene u 34 doma na području Republike Hrvatske.

S obzirom na dob, najviše korisnika je u dobnoj skupini 80-84 godine (34%), u dobnoj skupini 85 i više je 23% korisnika, a u dobnoj skupini 75-79 godina ima 17% korisnika.

Prema duljini smještaja u domove manje od 1 godine je boravio 41 korisnik, u razdoblju od 1-3 godine boravilo je 48 korisnika, a 47 korisnika je u dugotrajnom smještaju u domovima (duže od 3 godine). Analiza dugotrajnog smještaja u domove pokazuje da 20 korisnika boravi 5-10 godina, 19 korisnika 3-5 godina a 8 korisnika je u domu više od 10 godina.

Veći broj domova koji skrbe o osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti smješten je u sjeverozapadnom dijelu Hrvatske a manji u Slavoniji i Primorskoj Hrvatskoj. Potreban je uravnoteženi regionalni razvoj domova sa specijaliziranim smještajnim jedinicama za osobe s Alzheimerovom demencijom.

161. GERONTOLOŠKO JAVNOZDRAVSTVENI MENADŽMENT

MRAVAK S, Tomek-Roksandić S, Kolarić B, Tomasović-Mrčela N, Lukić M, Meštrić S, Maltarić M, Lovrić K, Sajko D

Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

stela.mravak@stampar.hr

Ključne riječi: gerontološko javnozdravstveni menadžment, organizacijska struktura, poslovni procesi, osnovni, srednji i vrhovni menadžment, operativna, taktička i strateška razina planiranja

Konkurentna globalna klima na tržištu 21. stoljeća povećala je svijest o poslovnim procesima kao najvažnijoj paradigmi menadžmenta, a osobito u gerontologiji. Ideja o procesnoj organizaciji sve je učestalija, dok procesna opcija postaje neophodna za svakodnevno poslovanje. Integracija procesnog okvira u strukturu menadžmenta predstavlja čisti fokus na konzistentne i kooperativne načine ostvarenja rezultata koji direktno utječu na operativnu razinu, pritom pretpostavljajući odnosno vodeći ka zadovoljnim korisnicima i interesno-utjecajnim skupinama.

Organizacijske strukture u gerontologiji čine tri komponente:

1. Organizacijska struktura sadrži formalne linije odgovornosti, uključujući broj hijerarhijskih razina i raspon kontrole voditelja;
2. Organizacijska struktura identificira način grupiranja pojedinca u odjele, odjela u organizaciju te organizacije u konačnu gerontološku djelatnost;
3. Organizacijska struktura uključuje dizajniranje sustava koji omogućava efikasnu komunikaciju, koordinaciju i integraciju napora različitih razina gerontološko javnozdravstvenog menadžmenta.

Gerontološko javnozdravstveni menadžment je proces planiranja, praćenja, organiziranja i evaluiranja te predlaganja zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih, sa ciljem unapređenja zdravlja starijih a u svrhu osiguranja gerijatrijske i gerontološke zdravstvene zaštite i utjecaja na razvoj tržišno – gospodarske pozitivne zdravstvene politike države, koji se provodi putem 3 razine planiranja.

Osnovna razina gerontološko-javnozdravstvenog menadžmenta čine ordinacije opće/obiteljske medicine, domovi za starije, gerontološki centri, dnevni boravak za Alzheimerove bolesnike, ustanove za gerijatrijsku zdravstvenu njegu, gerijatrijske bolnice/dugotrajno liječenje, psihogerijatrija i druga konzilijarna specijalistička, gerontostomatologija i dr. Oni su ujedno izvor podataka o gerontološkim osiguranicima ili gerijatrijskim bolesnicima te provode operativnu razinu planiranja.

Srednja razina gerontološko-javnozdravstvenog menadžmenta čine županijski / regionalni Centri za zdravstvenu gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo koji provode koordinaciju s provoditeljima praćenja zdravstvenih potreba. Provode taktičku razinu planiranja.

Najviša razina gerontološko-javnozdravstvenog menadžmenta čini Referentni centar Ministarstva zdravlja za zaštitu zdravlja starijih osoba – Služba za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ koji provodi stratešku razinu planiranja po principu odozgo prema dolje i odozdo prema gore.

U cilju unapređenja gerontološko javnozdravstvene djelatnosti nužna je povezanost I međusobna suradnja između sve tri razine menadžmenta.

162. DINAMIČKI SUSTAV E-UČENJA U PRIMJENI EDUKACIJE IZ JAVNOZDRAVSTVENE GERONTOLOGIJE

MRAVAK S, Tomek-Roksandić S, Kolarić B, Tomasović-Mrčela N, Lukić M, Meštrić S, Maltarić M, Lovrić K, Sajko D

Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

stela.mrvak@stampar.hr

Ključne riječi: obrazovanje, e-učenje, nov pristup učenju, stručnjaci koji se bave skrbi starijih osoba, javnozdravstvena gerontologija

UVOD: U Hrvatskoj u 2015. godini imamo registriranih 162 dom za starije osobe bilo privatnih ili državnih, 78 pružatelja usluga za starije i nemoćne osobe bez osnivanja doma, 295 obiteljskih domova za starije. Od djelatnika u području gerontologije se danas traži da djeluju na različite načine na njihovim poslovima, rukuju novom opremom, procesuiraju nove oblike informacija i zbog toga stalno moraju ažurirati svoja znanja, razumijevanje i vještine. Količina potrebnih informacija i složenost posla neprestano raste.

METODE RADA: Obrazovanje i samo-razvoj se mora shvatiti kao neprekidni proces koji omogućuje da se prilagodimo promjenama te da se sami razvijamo u sklopu procesa cjeloživotnog učenja. Sa jedne strane se od stručnjaka koji skrbe u zaštiti zdravlja starijih osoba se traži da se što više educiraju, a sa druge strane imaju sve manje vremena za edukaciju. Dinamički sustav za e-učenje predstavlja novi pristup učenju putem online edukacije.

REZULTATI RADA S RASPRAVOM: Cilj online edukacije je doprijeti do stručnjaka koji se bave gerontološkom zaštitom bez obzira gdje se nalaze, na radnom mjestu, kod kuće, gdje god im je olakšan pristup i pružiti im visokokvalitetne materijale iz primjene javnozdravstvene gerontologije za samo učenje uz sustave podrške. Dinamički sustav za e-učenje je dostupan uvijek i ne zahtjeva od sudionika da putuju i dolaze na određeno mjesto. Velika prednost online edukacije je da omogućava sudionicima (individuama ili grupama) da vode razgovore i diskusije preko računala. Uloga Referentnog centra Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba kao neizostavnog sektora u edukaciji o zaštiti zdravlja starijih osoba je izradba i priprema pisanih, audio i video materijala koji se ugrađuju u dinamički sustav za e-učenje. Dinamičkim sustavom za e-učenje predsjedava e-moderator na isti način kako to radi moderator koji predsjedava sastankom samo putem online komunikacije.

ZAKLJUČAK: Svrha Referentnog centra MZ RH u primjeni e-učenja je da svaki djelatnik u skrbi za starije bez obzira gdje se nalazi bude educiran iz područja gerontološke i gerijatrijske zdravstvene zaštite.

163. ZNAČENJE PRAĆENJA I EVALUACIJE STANJA UHRANJENOSTI GERONTOLOŠKOG I GERIJATRIJSKOG OSIGURANIKA

MALTARIĆ M¹, Tomek-Roksandić S¹, Kolarić B¹, Pavić T², Tomasović Mrčela N¹, Poppek I³, Stela M¹, Lukić M¹, Lovrić K¹, Meštrić S¹, Matijević Hlatki S⁴, Durut-Beslač D⁵

¹Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

²Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Zagreb, Hrvatska

³Zavod za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije, Sisak, Hrvatska

⁴Abbott Laboratories d.o.o., Zagreb, Hrvatska

⁵Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Zagreb, Hrvatska

manuela.maltaric@stampar.hr

Ključne riječi: stanje uhranjenosti, pothranjenost, debljina, gerontološki osiguranik, gerijatrijski bolesnik, web servis NRS 2002

Udio osoba starijih od 65 godina od 15,62% popisne 2001. godine (N=693 540) porastao je na 17,70% (N=758 633) popisne 2011. godine. Gerontološkojavnnozdravstveni pokazatelji ukazuju na porast gerijatrijske zdravstvene potrošnje zbog pojavnosti pothranjenosti starijih u dubokoj starosti, odnosno 85 i više godina (N= 60 600), koji zauzima značajan udio od 7,99% u ukupnom hrvatskom starijem pučanstvu popisna 2011. god. Pravodobno prepoznavanje osoba koje

su u riziku od pothranjenosti ili su već pothranjene ključno je u rješavanju problema pothranjenosti. Implementacijom NRS 2002 web servisa za nutritivni probir omogućena je u sklopu projektnog modela GeroS / neodvojivo povezan s CEZIH-om za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika. Web servis NRS 2002 Referentnog centra Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba – Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ omogućava praćenje determinanti koje predstavljaju značajne javnozdravstvene pokazatelje za analizu nutritivnog rizika u starijoj dobi, pothranjenosti i debljine. Osim izračuna rezultata NRS 2002, obuhvaćene su dobne skupine, spol, osnovna antropometrijska mjerenja, funkcionalna sposobnost, pokretnost, samostalnost, vodeće i prateće dijagnoze i rizična ponašanja. Rezultati praćenja podataka dobivenih putem web servisa NRS 2002 u periodu od 1.3.2015. do 5.5.2015. godine. obuhvatili su 342 osobe starije od 65 godina. Pothranjenost u muškaraca se javlja jedino u dobnoj skupini 75-84 (N=1), dok je ista kategorija u žena ravnomjerno zastupljena u dobnim skupinama 65-74 i 75-84 (N=1). U dobnoj skupini 75-84 godina nalazimo najviši broj žena s teškom pothranjenošću (N=4), a ista kategorija u žena se javlja još jedino u dobnoj skupini 85-94 (N=1). Tešku pothranjenost nalazimo kod muških korisnika samo u dobnoj skupini 75-84 godine (N=1). Vrijednosti za sve kategorije u dobnoj skupini starijih od 95 za oba spola iznose N=0. Apsolutni broj osoba s prekomjernom tjelesnom težinom iznosi N=23, dok je debljina zastupljena s N=12 te osobe s normalnom težinom N=53. Zaključno, potrebno je uvesti obvezni monitoring pothranjenosti u starijoj životnoj dobi, u svim zdravstvenim ustanovama i domovima za starije osobe kako bi se potvrdila prevalencija pothranjenosti u osoba starije životne dobi.

164. IMPLANTOPROTETSKA TERAPIJA U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

VUCINIC D¹, Simonic-Kocijan S², Uhac M³, Kovac Z³

¹Dentex d.o.o., Rijeka, Hrvatska

²Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

³Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Studij dentalne medicine, Rijeka, Hrvatska

suncanask@medri.uniri.hr

Ključne riječi: potpuna proteza, implantat, retencija, starija životna dob, zadovoljstvo

Zbog čestih nepovoljnih odnosa čeljusti, poglavito u starijoj populaciji, nošenje potpunih proteza je otežano ili onemogućeno. Znatno poboljšanje retencije i stabilizacije nadomjestka postiže se ugradnjom implantata na koje se proteza može priključiti raznim vezama (prečka, zglobna veza, lokator). U planiranju implantoprotetske terapije vrlo je važno uzeti dobru opću i stomatološku anamnezu, obaviti detaljan klinički pregled i rengenšku analizu. Dobivene informacije biti će ključne u odluci o implantoprotetskoj terapiji, posebno u starijoj životnoj dobi.

Pacijent star 72 godine dolazi radi teškoća u nošenju gornje potpune proteze. Kliničkim pregledom utvrđuju se izrazito nepovoljni anatomske odnosi u gornjoj čeljusti s niskim alveolarnim grebenom i slabo izraženim tuberima maksile. U donjoj čeljusti nalaze se prirodni zubi (35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 45) te djelomična proteza s lijevanom bazom što dodatno otežava nošenje gornje proteze.

Po izvršenoj rengenškoj analizi kojom je utvrđena odgovarajuća struktura kosti i povoljni prostorni odnosi okolnih anatomskih struktura te procjenom općeg zdravstvenog stanja pacijenta kojom je utvrđeno vrlo dobro psihofizičko stanje uz regulirani dijabetes i hipertenziju, pristupa se planiranju terapije.

Pacijentu je preporučena ugradnja dva implantata (Nobel Biocare 4,3x10) te izrada gornje potpune proteze retinirane lokatorima (Locator Abutment RP 3,0 mm Nobel Biocare).

Po ugradnji i osteointegraciji (6 mjeseci) pristupilo se izradi gornje potpune proteze. Radi individualizacije ista je karakterizirana (Nexco FLASK / Nexco Paste, Ivoclar Vivadent).

Potpuna proteza retinirana na dva implantata priključena lokatorima predstavlja optimalno rješenje za prikazani slučaj. Implantoprotetska terapija znatno je poboljšala funkcionalnost nadomjestka, ugodu i zadovoljstvo pacijenta.

ZAKLJUČAK

Prikazani klinički slučaj pretstavlja medicinski optimalno i ekonomski prihvatljivo rješenje u situacijama kada anatomske odnosi ne osiguravaju retenciju i stabilizaciju potpune proteze te se, u slučaju dobrog općeg zdravstvenog stanja, preporuča i u starijoj životnoj dobi.

165. EUROPSKO PARTNERSTVO ZA INOVACIJE U PODRUČJU AKTIVNOG I ZDRAVOG STARENJA (EIP-AHA) — REFERENTNO MJESTO GRAD ZAGREB

LAZIĆ V¹, Balenović A¹, Glušević A¹, Kašuba Lazić Đ^{1,2}

¹Dom zdravlja Zagreb-Centar, Zagreb, Hrvatska

²Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za obiteljsku medicinu, Škola narodnog zdravlja „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska
vanjalazic@vip.hr

Ključne riječi: aktivno starenje, zdravo starenje, inovacije, EIP-AHA, referentno mjesto

Prema ocjeni Europske komisije (EK), aktivno i zdravo starenje populacije važan je društveni, socijalni ekonomski i zdravstveni izazov za sve zemlje Europske unije (EU), koji se posebice odnosi na pronalaznje inovativnih rješenja na tome području, a za koja Europa ima veliki potencijal.

Razvoj inovacija u području aktivnog i zdravog starenja, (EK) odlučila je postići osnivanjem Europskog partnerstva za inovacije u području aktivnog i zdravog starenja (engl. European

Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP-AHA), koji je usmjeren na osnivanje i podršku u razvoju i radu Referentnih mjesta (engl. Reference site (RC)) u različitim regijama EU. Glavni je cilj partnerstva pronalaznje inovativnih ideja i širokoprimjenjivih rješenja koji će implementirani u praksu, rezultirati trostrukim dobitkom za Europu:

1. omogućit će građanima EU da vode zdrav, aktivan i nezavisan život u starijoj dobi
2. unaprijedit će održivost i učinkovitost socijalnih i zdravstvenih sustava
3. stremić će poticanju i poboljšanju tržišta inovativnih proizvoda i usluga kao odgovor na izazov starenja na razini EU i globalno, stvarajući nove prilike za razvoj poduzetništva

Dom zdravlja Zagreb Centar se u suradnji s Nastavnim zavodom za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ i mrežom partnera iz područja pružatelja zdravstvene skrbi, akademske zajednice, industrije i tehnologije te civilnog društva prijavio na 2. poziv za referentna mjesta za aktivno i zdravo starenje (EIP-AHA) temeljem predstavljajući niza projekata iz područja aktivnog i zdravog starenja koji se već provode u Gradu Zagrebu.

Anonimnim postupkom kojim se ocjenjivalo zadovoljavanje kriterija za status RC EIP-AHA, a u kojem su sudjelovali i drugi kandidati koji su se natjecali za isti status zajedno sa stručnim timom iz EK, prijava Doma zdravlja Zagreb-Centar je ocijenjena pozitivno. Time je Gradu Zagrebu dodijeljen status EIP-AHA referentnog mjesta s jednom zvjezdicom, jedinim RC u istočnom dijelu Europe.

Novo članstvo u skupini EIP-AHA RC “Referentnom mjestu Grad Zagreb” omogućuje pristup informacijama i znanjima o uspješnim inovacijama koje se provode u svakom pojedinom od 67 Referentnih mjesta diljem EU. Time je omogućen transfer znanja i iskustava među RC u svrhu poticanja daljnjeg razvoja gospodarstva i stvaranja nove ekonomske vrijednosti.

Pored povezivanja u Mreže za suradnju referentnih mjesta (Reference site collaborative network, RSCN), “Referentnom mjestu Grad Zagreb” je priznanjem toga statusa omogućeno i sudjelovanje u pilot projektu tzv. “Twinninga referentnih mjesta” s ciljem što bržeg početka transfera znanja među referentnim mjestima. “Referentno mjesto Grad Zagreb” aktivno se uključilo u navedene projekte te u uskoj suradnji sa svim partnerima ispunjava preuzete obaveze od Organizacije EIP-AHA.

166. PREHRAMBENOGERONTOLOŠKE NORME ZA JELOVNIKE U DOMU ZA STARIJE I GERONTOLOŠKOM CENTRU

MALTARIĆ M¹, Tomek-Roksandić S¹, Bošnjak J², Vranešić Bender D³, Kolarić B¹, Tomasović Mrčela N¹, Smolej-Narančić N⁴, Krznarić Ž³, Pavić T⁵, Stavljenić-Rukavina A⁶, Fortuna V⁷, Popek I⁸, Lukić M¹, Stela M¹, Lovrić K¹, Meštrić S¹, Hlatki Matijević S⁹

¹Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

²Odjel za zdravstvenu ispravnost i kvalitetu hrane i predmeta opće uporabe – Referentni centar Ministarstva zdravlja za analize zdravstvene ispravnosti hrane, Zagreb, Hrvatska

³Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

⁴Institut za antropologiju, Zagreb, Hrvatska

⁵Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice - Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Zagreb, Hrvatska

⁶Libertas međunarodno sveučilište, Zagreb, Hrvatska

⁷Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom – Grad Zagreb, Zagreb, Hrvatska

⁸Zavod za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije, Sisak, Hrvatska

⁹Abbott Laboratories d.o.o., Zagreb, Hrvatska

manuela.maltaric@stampar.hr

Ključne riječi: starija osoba, prehrambenogerontološke norme, jelovnici, dom za starije, debljina, pothranjenost, gerontološki centar

Usporedba gerontološko-javnozdravstvenih pokazatelja u 2011. g. s 2001. g. upućuje na značajan porast funkcionalno onesposobljenih starijih osoba u odnosu na pokretljivost (Hrvatska, 2001. g., 148 170 / 2011. g., 353 247). Bolesti su vodeći uzrok funkcionalne onesposobljenosti starijih osoba u Hrvatskoj. U provedenim upitnicima o praćenju pokazatelja kvalitete u domovima za starije koje je obuhvatilo N=56 domova za starije, na području Hrvatske, s brojem korisnika N=7 974, čak 23% (N=1 804) ispitanika doma je pretilo (prema BMI), (Slika 1). Brojne su fiziološke promjene tijekom procesa starenja, poglavito u funkciji probavnog sustava koje zahtijevaju specifičnosti prehrane osoba starije dobi. Bolesne i funkcionalno onesposobljene starije osobe imaju drukčije nutritivne potrebe od zdravih, aktivnih starijih osoba. Gerontološki nutricionisti predlažu smjernice pravilne prehrane koja predstavlja prihvaćeni model uravnoteženog unosa hrane uz primjenu Osam prehrambenih pravila za starije osobe te smanjenje unosa 5 B (bijelo brašno, bijela mast, sol, bijela riža, šećer) u starijoj dobi. Debljina u starijih osoba je rizični čimbenik za nastanak šećerne bolesti tipa 2, bolesti srca i krvnih žila, osteoartritisa te karcinoma debelog crijeva, dojke, endometrija i drugih tumora, kao i ozbiljnih zdravstvenih poteškoća poput funkcionalne onesposobljenosti koje povezujemo sa skraćenim očekivanim trajanjem života.

- Zaključno, cilj izradbe jelovnika po Smjernicama za prehranu osoba starije dobi, I i II dio (Liječ. Vjesn. 2011;133:1-10) uz redovitu procjenu nutritivnog statusa, funkcionalne sposobnosti i zdravstvenih potreba starijih je u svrhu unaprjeđenja zaštite zdravlja i zdravstvene zaštite starijih u domovima za starije i gerontološkim centrima – izvaninstitucijskoj skrbi za starije.



Slika 1. Stanje uhranjenosti (pothranjenost, pretilost) u odabranim domovima za starije (N=7 974/100%), 2016. g., Hrvatska

Izvor: SJG NZJZ „Dr. Andrija Štampar“

167. SPOLNA DIFERENCIJACIJA PO OČEKIVANOM TRAJANJU ŽIVOTA (HRVATSKA, 1999. – 2015. g.)

KOLARIĆ B¹, Tomek-Roksandić S¹, Šostar Z¹, Tomasović Mrčela N¹, Maltarić M¹, Benjak T², Meštrić S¹, Štefančić V², Mravak S¹, Sajko D¹, Lukić M¹, Lovrić K¹, Popek I³

¹Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

²Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

³Zavod za javno zdravstvo Sisačko - moslavačke županije, Sisak, Hrvatska

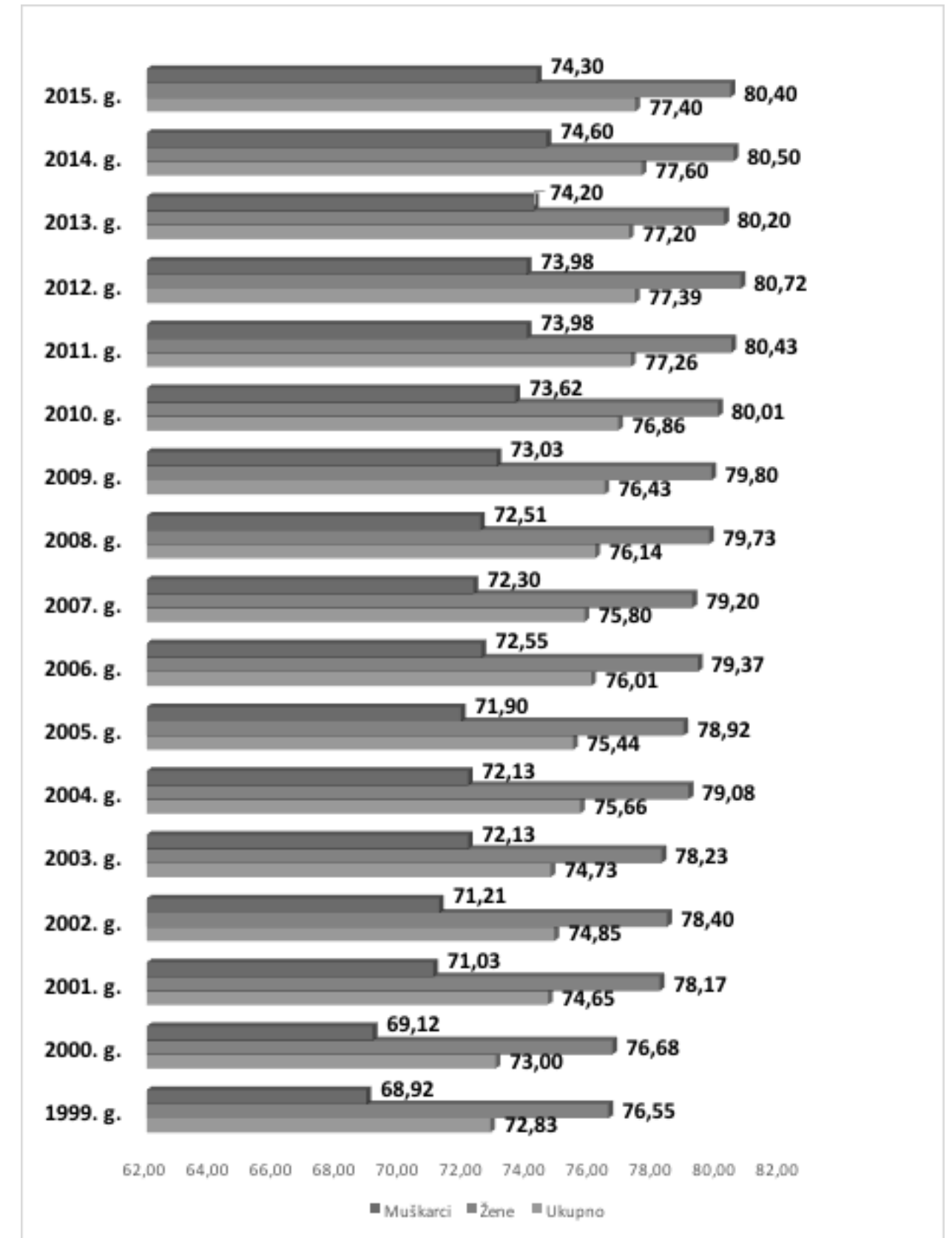
branko.kolaric@stampar.hr

Ključne riječi: očekivano trajanje života, starije osobe, spolna diferencijacija, zaštita zdravlja starijih

U Hrvatskoj je broj stogodišnjaka, dugovječnih osoba starijih od 95 g., 2001. g. iznosio 1 455 (1 132 starije žene i 323 starije muške osobe). U usporedbi s popisnom 2011. g., broj dugovječnih osoba starijih od 95 g., iznosio je 2 201, (1 719 starijih žena i 482 starijih muških osoba), što ukazuje na povećanje za 51,21% (34,15% starijih žena i 49,23% starijih muških osoba) u desetogodišnjem razdoblju. Trend demografskog starenja populacije diktira sve veći porast zahtjeva i potreba za gerijatrijskim i gerontološkim zdravstvenim programima, mjerama i postupcima zaštite zdravlja starijih osoba. Po klasifikaciji UN-a Hrvatska se sa udjelom 17,7% starijih od 65 godina nalazi u četvrtoj skupini država s najstarijim pučanstvom. Projekcije ukazuju kako će do 2025. godine u Hrvatskoj udio starijih osoba od 65 godina dosegnuti visokih 27,4%. Očekivano trajanje života pri rođenju (slika 1.) ukazuje na povećanje godina života očekivanog trajanja pri rođenju ukupnog stanovništva Hrvatske 2015. g. za 4,57 godine, od 1999. godine (72,83 godine) do 2015. godine (77,40 godina). Kod muškaraca vidljivo je povećanje očekivanog trajanja života pri rođenju za 5,38 godina 2015. godine (74,30 godine) u odnosu na 1999. godinu (68,92 godina) te kod žena za 3,85 godine u razdoblju od 1999. godine (76,55 godina) do 2015. godine (80,40 godina). Interesantni su pokazatelji za isto promatrano razdoblje, koji upućuju istovremeno na smanjenje razlike po spolnoj diferencijaciji u odnosu na očekivano trajanje života pri rođenju. Očekivano trajanje života pri rođenju 1999. godine prikazuje razliku između žena i muškaraca od 7,63 godine dok se 2015. godine smanjila na 6,10 godina. Prema raspoloživim podacima možemo zaključiti da se u 16-godišnjem razdoblju, očekivanog trajanja života pri rođenju, spolna diferencijacija smanjila za 1,5 godinu (Slika 1.).

Zaključno, gerontološko-javnozdravstvena analiza očekivanog trajanja života pri rođenju u Hrvatskoj, upućuje na daljnja gerontološka interdisciplinarna istraživanja o korelaciji očekivanog trajanja života i potencijalno izgubljenih godina života u odnosu na nastanak patološkog starenja i veličinu pojavnosti multimorbiditeta te funkcionalne onesposobljenosti starijih osobito u ranijoj i srednjoj starosti.

Slika 1.



Slika 1. Očekivano trajanje života prema spolu, Hrvatska, 1999. – 2015.;
Izvor: DZS i SJG NZJZ „Dr. Andrija Štampar“

168. FIZIOTERAPEUTSKA INTERVENCIJA U POBOLJŠANJU KONTROLE BALANSA I PREVENCIJI PADOVA KOD OSOBA TREĆE ŽIVOTNE DOBI

ZNIKA M¹, Tomek-Roksandić S², Telebuh M³, Brumnić V¹

¹Veleučilište Lavoslav Ružička u Vukovaru, Vukovar, Hrvatska

²Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

³Zdravstveno veleučilište, Zagreb, Hrvatska

znika.m@hotmail.com

Ključne riječi: kontrola balansa, pad, treća životna dob, fizioterapeut

Prijelomi zadobiveni kao posljedica padova kod osoba treće životne dobi predstavljaju značajan zdravstveni problem. Svaka treća osoba dobi iznad 65 godina barem će jedanput godišnje doživjeti pad, a približno 5% od tih padova rezultira prijelomom, dovode do povećanja morbiditeta i mortaliteta osoba treće životne dobi te sa sobom donose uz tjelesna oštećenja i psihosocijalne posljedice u vidu straha od ponovnog pada čime starija osoba gubi svoju samostalnost.

Do danas se liječenje osteoporoze s ciljem prevencije prijeloma kao najznačajnijih komplikacija padova uglavnom fokusiralo na intervencije u obliku farmakoterapije. Provođenje programa vježbanja s ciljem poboljšanja ravnoteže i balansa predstavlja dobar put u prevenciji padova i u prevenciji komplikacija koje nastaju kao posljedica istih. Kako bi se zadržale sposobnosti odgovarajućeg balansa tijekom provođenja raznih aktivnosti neophodna je interakcija i koordinacija većeg broja senzornih sustava, primarno proprioceptivnog, vizualnog i vestibularnog. Poremećaj ili oštećenje bilo kojeg od tih sustava može uzrokovati simptome poput nestabilnosti i vrtoglavice koji mogu uzrokovati pad. Tijekom starenja funkcioniranje proprioceptivnog, vizualnog i vestibularnog sustava kao i sustava za centralnu integraciju informacija koje oni pružaju vremenom propada. Stoga se relativno uobičajeno kod starijih osoba mogu zateći problemi s balansom, a koji nisu posljedica neke bolesti. Osobama treće životne dobi proprioceptivni stimulus predstavlja glavni stimulus u održavanju posturalne kontrole. Ta nam spoznaja pruža putokaz u kojem pravcu djelovati. S ciljem smanjenja rizika od pada i prijeloma kod osoba sa smanjenom koštanom masom najnovija istraživanja ukazuju na prednosti multimodalnog programa vježbi koji bi uključivao vježbe balansa, vježbe jačanja mišićne snage i izdržljivosti. Iz tih spoznaja proizlazi potreba za uključivanjem ciljano educiranih fizioterapeuta u kreiranje programa vježbi, a s ciljem provođenja intervencije koja bi bila usmjerena na prevenciju padova, a temeljila bi se na multimodalnom programu vježbi, s vježbama balansa kao neizostavnom komponentom. Provođenjem takvog oblika vježbi utjecalo bi se kako na tjelesni tako i na psihosocijalni aspekt komplikacija uzrokovanih padom, a time i na poboljšanje kvalitete života starijih osoba. Pregledom literature ostaje otvoreno pitanje o načinu pristupa najvećem broju korisnika. Navode se: vježbe u za to određenim prostorijama, u kući korisnika, edukacija putem brošura i knjižica te u novije vrijeme neki autori istražuju mogućnost on line internetske edukacije.

169. PROMICANJE ZDRAVLJA I STARIJA ŽIVOTNA DOB

PULJAK A, Bajs Marić M; Polić-Vižintin M

Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

ana.puljak@stampar.hr

Ključne riječi: promicanje zdravlja, primarna prevencija, multidisciplinarni javnozdravstveni-gerontološki tim, individualni gerontološki pristup, starenje tijekom života, starija životna dob

Udio osoba starijih od 65 godina u ukupnom pučanstvu, u popisnoj 2011. godini u Republici Hrvatskoj iznosio je 17,7%. Prema tome, Hrvatska se nalazi u kategoriji zemlja s vrlo starim pučanstvom (udio starijih od 65 godina iznad 10%). Iz tog razloga nužno je razvijati i implementirati programe promicanja zdravlja koji se odnose na stariju životnu dob. Programi promicanja zdravlja preduvjet su zdravog aktivnog starenja.

Zdravo aktivno starenje podrazumijeva cjeloživotno provođenje preventivnih mjera, očuvanje funkcionalne sposobnosti starijih osoba, očuvanje mentalnog zdravlja i socijalnu uključenost. Prilikom promišljanja o zdravom aktivnom starenju i kreiranju strategija i programa promicanja zdravlja važno je uzeti u obzir sve ove čimbenike.

Promicanje zdravlja podrazumijeva sve aktivnosti i metode koje se provode u cilju primarne prevencije. Odnosno, to su sve metode i aktivnosti koje su preduvjet da se određene bolesti, invaliditet, funkcionalna ili socijalna

onesposobljenost niti ne pojave. Metode promicanja zdravlja obuhvaćaju širok spektar aktivnosti i dionika i zahtijevaju interdisciplinarni tim prilikom definiranja prioriteta u izradi strategija, akcijskih planova i programa promicanja zdravlja.

Osnove promicanja zdravlja i preventivnog koncepta nužno je početi provoditi u mladoj dobi. Osim zdravstvenog sustava, učinkovite strategije promicanja zdravlja obuhvaćaju i sve druge društvene sustave, društvo u cjelini, lokalnu i državnu upravu.

Metode promicanja zdravlja su: edukacija širokih populacijskih skupina, edukacija rizičnih i vulnerabilnih skupina, rad u malim grupama (rizične i vulnerabilne) i po potrebi-individualni rad. U širem smislu metode i aktivnosti promicanja zdravlja su: stvaranje okruženja za zdravlje, gospodarske mjere, mjere i aktivnosti lokalne i državne uprave, pravne i političke mjere.

Primjerenim i sveobuhvatnim promicanjem zdravlja provedbom aktivnosti kroz sve dobne skupine može se preventivno djelovati na brojna stanja i bolesti u starijoj životnoj dobi i očuvati zdravlje u najvećoj mogućoj mjeri, smanjiti pobol, učestalost komplikacija bolesti, očuvati funkcionalnu sposobnost i socijalnu uključenost. Za to je potrebno razvijati odgovarajuće strategije, akcijske planove i programe promicanja zdravlja prema utvrđenim postulatima u smislu multidisciplinarnosti, sveobuhvatnosti i provedbe od najranije dobi do starosti te kroz stariju životnu dob.

Nužno je razvijati multidisciplinarnu strategiju promicanja zdravlja na lokalnoj i državnoj razini kao i kroz sve društvene sustave ukoliko želimo stvoriti okvir za zdravo aktivno starenje koje ujedno podrazumijeva i prevenciju bolesti u starosti te znatne uštede unutar zdravstvenog, ali i drugih sinergijskih sustava.

170. GERONTOLOŠKA – JAVNOZDRAVSTVENA DJELATNOST U SPLITSKO – DALMATINSKOJ ŽUPANIJI

MARASOVIĆ ŠUŠNJARA I, Smoljanović M, Smoljanović A, Vučica I

Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

ivana.marasovic.susnjara@nzjz-split.hr

Ključne riječi: Splitsko-dalmatinska županija, zdravlje starijih osoba, centar za gerontologiju, gerontološko - javnozdravstvena djelatnost, gerontološko - javnozdravstveni tim

Gerontološku - javnozdravstvenu djelatnost, na razini primarne zdravstvene zaštite, provode gerontološki timovi unutar županijskih Zavoda za javno zdravstvo sa standardom staračkog populacijskog obuhvata od 30.000 starijih od 65 godina na svom području. Gerontološki tim sačinjavaju stručnjaci: doktor spec. javnog zdravstva/epidemiologije - gerontolog, viša med. sestra/viši rad. teh. ter. i gerontološko zdravstveni statističar. U Splitsko - dalmatinskoj županiji prema popisu stanovništva iz 2011. godine bilo je 75.451 starijih od 65 godina, a gerontološko – javnozdravstvenu djelatnost provodio je Odjel/Centar za gerontologiju Nastavog zavoda za javno zdravstvo Splitsko - dalmatinske županije (NZJZ SDŽ).

Cilj: prikazati rad Odjela/Centra za gerontologiju NZJZ SDŽ kao važne odrednice u unapređenju i zaštiti zdravlja starijih osoba

Rezultati: Odjel/Centar za gerontologiju NZJZ SDŽ prati, proučava, evaluira i izvješćuje o zdravstvenim potrebama i funkcionalnoj onesposobljenosti starijih ljudi te predlaže zdravstvene mjere za svoje područje. Aktivno sudjeluje i provodi znanstveno – istraživačku i publicističko - gerontološku djelatnost (Zdravstveno stanje stanovnika Splitsko – dalmatinske županije dobi 65 i više godina, 2014; Vodič organizacija i ustanova koje rade u interesu starijih osoba, 2015 i dr.). Od 1. listopada 2010. provode se Gerontološke tribine (do sada održane 23) u okviru redovite gerontološke djelatnosti Odjela/Centra za gerontologiju kao oblik trajne izobrazbe iz gerontologije – liječnika PZZ-a i drugih stručnjaka koji skrbe u zaštiti zdravlja starijih osoba. Zastupljena je i interesektorska i međunarodna suradnja (NET – Age projekt). Tu je i neposredan rad u zajednici s ciljem poticanja i promocije pozitivnog zdravstvenog ponašanja radi poboljšanja i očuvanja zdravlja i funkcionalne sposobnosti u okviru Gerontoloških radionica za korisnike Domova i osoblja koji o njima skrbe.

Zaključak: Zaštita zdravlja starijih osoba glavni je pokazatelj napretka, ali i propusta u zaštiti zdravlja starijih osoba. Rad Odjela/Centra za gerontologiju NZJZ SDŽ osnova je za osiguranje primjerenog Programa zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih osoba i Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije.

171. POTENCIJALNO IZGUBLJENE GODINE ŽIVOTA ZBOG PRERANE SMRTNOSTI, HRVATSKA, 2013. i 2014. GODINA

TOMEK-ROKSANDIĆ S, Kolarić B, Šostar Z, Lipovščak M, Tomasović Mrčela N, Maltarić M, Meštrić S, Mravak S, Lukić M, Sajko D, Lovrić K, Popek I, Benjak T, Štefančić V, Katalinić-Janković V, Predavec S, Skoko-Poljak D

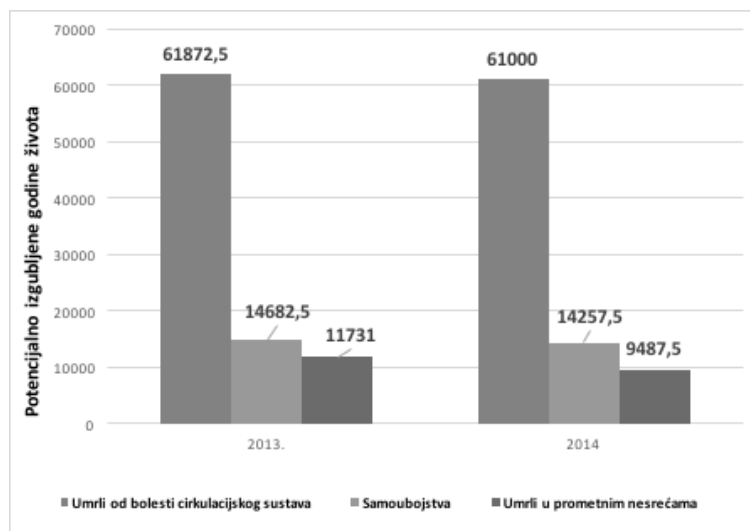
Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

spomenka.tomek-roksandic@stampar.hr

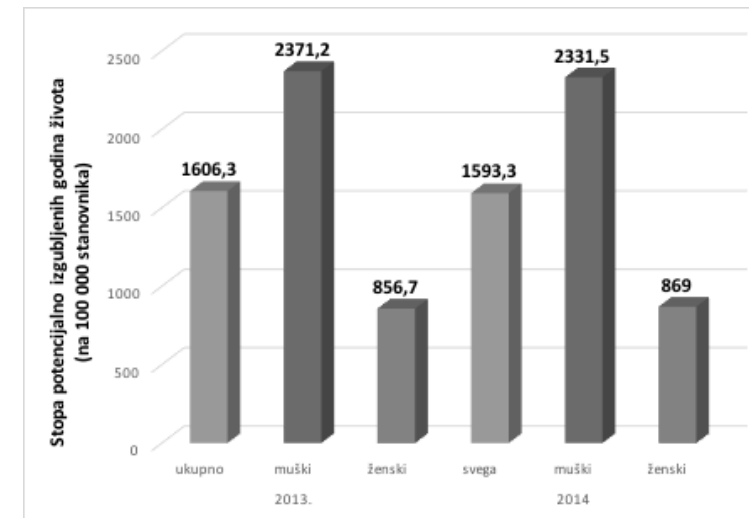
Ključne riječi: potencijalno izgubljene godine života, prerana smrtnost, cirkulacijske bolesti, suicid, prometne nesreće, geroprofilaktične mjere

Potencijalno izgubljene godine života (PYLL – Potential Years of Life Lost, skraćena u međunarodnoj literaturi, ili YLL - Years of Life Lost) odnose se na podatak o ukupno izgubljenim godinama života zbog prerane smrti stanovništva nastale zbog određenih uzroka smrti, to jest bez obzira na to je li riječ o prirodnoj ili nasilnoj smrti. Preranom smrću smatra se smrt koja se dogodila prije određene starosne dobi (npr. prije 75. godine ili očekivanog trajanja života). Pri izračunu potencijalno izgubljenih godina života uzima se u obzir broj umrlih svake dobne skupine množeći frekvenciju s brojem preostalih godina života određene (izabrane) starosti i uključujući stvarnu dobnu strukturu stanovništva koja se promatra. Stopa potencijalno izgubljenih godina života pokazuje broj izgubljenih godina života na 100 000 stanovnika. Gerontološko - javnozdravstvena analiza PYLL - a 2013. godine ukazuje kako ukupan broj potencijalno izgubljenih godina iznosi 241 902,5 (165 988,5 muškaraca i 75 914 kod žena), a 2014. godine iznose 234 259 (160 694,5 muškaraca i 73 564,5 žena). Stopa PYLL - a u 2013. godini iznosi 6280,2 na 100 000 stanovnika (8707,0 na 100 000 muškaraca i 3902,1 na 100 000 žena), a u 2014. godini 6118,8 na 100 000 stanovnika (8475,1 na 100 000 muškaraca i 3806,8 na 100 000 žena). Najčešći uzroci smrti u 2013. i 2014. godini su bolesti cirkulacijskog sustava, samoubojstva, zatim prometne nesreće, koji ujedno i uzrokuju potencijalno izgubljene godine života (Slika 1.). Stopa potencijalno izgubljenih godina života zbog prerane smrtnosti od bolesti cirkulacijskog sustava (Slika 2.) u 2013. godini iznose 1606,3 na 100 000 stanovnika (2371,2 na 100 000 muškaraca i 856,7 na 100 000 žena), a u 2014. godini iznosi 1593,3 na 100 000 stanovnika (2331,5 na 100 000 muškaraca i 869,0 na 100 000 žena). Stopa potencijalno izgubljenih godina života zbog prerane smrtnosti od samoubojstava (Slika 3.) u 2013. godini iznose 381,2 na 100 000 stanovnika (630,6 na 100 000 muškaraca i 136,7 na 100 000 žena), a u 2014. godini iznosi 372,4 na 100 000 stanovnika (571,3 na 100 000 muškaraca i 177,2 na 100 000 žena). Stopa potencijalno izgubljenih godina života zbog prerane smrtnosti u prometnim nesrećama (Slika 4.) u 2013. godini iznose 304,6 na 100 000 stanovnika (496,1 na 100 000 muškaraca i 116,8 na 100 000 žena), a u 2014. godini 247,8 na 100 000 stanovnika (400,2 na 100 000 muškaraca i 98,3 na 100 000 žena).

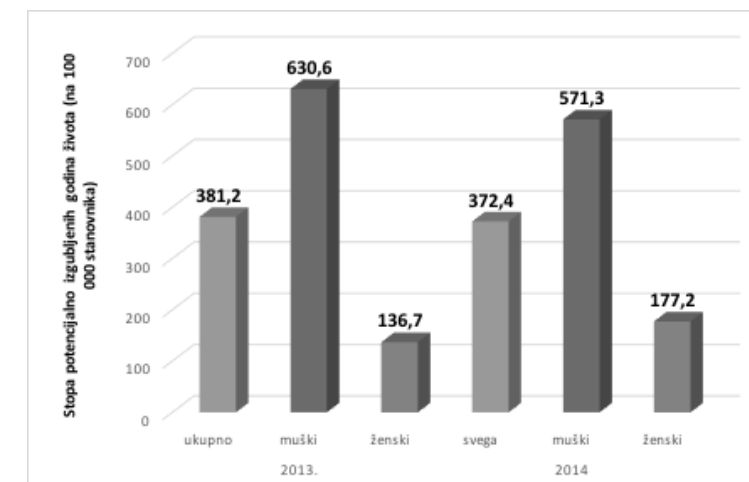
Zaključno gerontološko - javnozdravstvena analiza potencijalno izgubljenih godina života fokusirano ukazuje na imperativnu potrebu primjene geroprofilaktičnih mjera primarne, sekundarne tercijarne i kvartarne prevencije za starije u svrsi preveniranja osobito cirkulacijskih bolesti i psihičkih bolesti u mlađim dobnim skupinama prije ranije starosti.



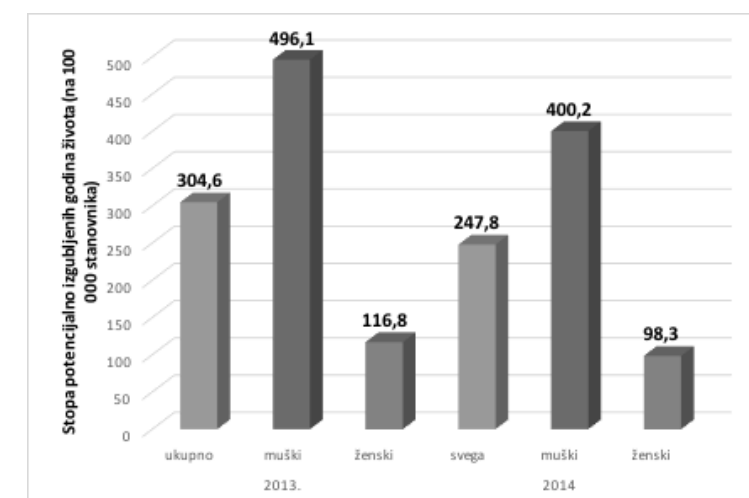
Slika 1. Potencijalno izgubljene godine života zbog prerane smrtnosti najčešćih uzroka smrti, Hrvatska, 2013. i 2014. g.; Izvor: DZS i SJG NZJZ „Dr. Andrija Štampar“



Slika 2. Stopa potencijalno izgubljenih godina života zbog prerane smrtnosti od bolesti cirkulacijskog sustava, Hrvatska, 2013. i 2014. g.; Izvor: DZS i SJG NZJZ „Dr. Andrija Štampar“



Slika 3. Stopa potencijalno izgubljenih godina života zbog prerane smrtnosti od samoubojstava, Hrvatska, 2013. i 2014. g.; Izvor: DZS i SJG NZJZ „Dr. Andrija Štampar“



Slika 4. Stopa potencijalno izgubljenih godina života zbog prerane smrtnosti u prometnim nesrećama, Hrvatska, 2013. i 2014. g.; Izvor: DZS i SJG NZJZ „Dr. Andrija Štampar“

172. DIGITALNA EKONOMIJA U GERONTOLOGIJI PUTEM GEROS/CEZIHA

MRAVAK S, Tomek-Roksandić S, Kolarić B, Tomasović-Mrčela N, Lukić M, Meštrić S, Maltarić M, Lovrić K, Sajko D

**Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska
stela.mrvak@stampar.hr**

Ključne riječi: digitalna ekonomija, GeroS/CEZIH, gerontologija, upravljanje znanjem

Zdravstveni sustav je jedan od najsloženijih sustava sa kojima se susrećemo, koji se u skrbi za starije osobe neposredno isprepliće sa socijalnim i drugim sustavima u društvu. To uključuje nekoliko partnera / stručnjaka koji rade u različitim područjima te trebaju surađivati kako bi se osigurala bolja zaštita zdravlja starijih osoba. Kako bi se osigurala kvalitetna skrb starijih osoba neopisiva je važnost količine znanja svih tih navedenih partnera /stručnjaka. Znanje jednog partnera / stručnjaka je istovremeno iznimno važno za sve ostale partnere /stručnjake u zdravstvenoj zaštiti. Došlo je velikog napretka kako u zdravstvu, tako i u informatici. Jedna važna prednost ovog napretka je da je naš životni vijek je danas znatno duži nego što bi bio još prije nekoliko desetljeća. Ako promatramo obradu podataka u zdravstvenom sustavu vidimo da je zadnjih desetljeća došlo do velikih pomaka, iz papirnatih načina i skladištenja podataka u papirnatom obliku, prelazi se na kompjuteriziranu evidenciju i pohranu podataka, što omogućuje bolje upravljanje podacima.

Digitalna ekonomija u gerontologiji putem GEROS/CEZIHa predstavlja novi vid stvaranja i razvoja djelatnosti, koja koristi informacijsko-komunikacijske tehnologije a temelji se na informacijama, nematerijalnim dobrima, kreativnosti i inovaciji te u konačnici utječe na novi aspekt organiziranja djelatnosti. GEROS/CEZIHa u svojoj provedbi uključuje tri vrste učesnika:

1. Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
2. Ustanove koje skrbe o zaštiti starijih osoba (domovi za starije, Gerontološki centri, bolnice, poliklinike, primarnu zdravstvenu zaštitu, udomiteljstva, udruge/zaklade za starije i dr.
3. Gerontološki i gerijatrijski osigurani

Digitalna ekonomija putem GEROS/CEZIHa je sustav koji omogućava interaktivno digitalno upravljanje znanjem unutar gerontološko javnozdravstvene djelatnosti i mnogo šire. Upravljanja znanjem u gerontologiji je promovirati i osigurati optimalno, pravodobno, učinkovito i pragmatično znanje svim stručnjacima koji skrbe u zaštiti zdravlja starijih, gdje i kada im je to znanje potrebno kako bi se im se pomoglo stvoriti visoku kvalitetu, dobru informiranost i isplativu skrb starijih osoba. Cilj upravljanja digitalnom ekonomijom putem GEROS/CEZIHa u gerontologiji je informacijski sustavima podrži prikupljanje, pretraživanje i upravljanje javnozdravstvenim podacima i informacijama koje će rezultirati gerontološkim inovativnim programima sa ciljem bolje, kvalitetnije i sveobuhvatne skrbi starijih osoba.

GEROS/CEZIHa omogućuje upravljanje informacijskim sustavom te na temelju njega kroz analize i ocjenjivanje poslovnih procesa dolazilo se do taktičkih informacija koje su omogućuju dugoročno strateško planiranje i upravljanje, što vodi racionalizaciji gerijatrijske zdravstvene potrošnje

173. GERONTOTEHNOLOGIJA – INOVACIJSKE TEHNOLOGIJE U SKRBI ZA STARIJE

KALITERNA LIPOVČAN LJ, Brajša-Žganec A

**Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb, Hrvatska
ljiljana.kaliterna@pilar.hr**

Ključne riječi: tehnologija, starenje, skrb, prevencija

Gerontotehnologija je znanstveno-primijenjena disciplina koja se bavi istraživanjem i razvojem različitih tehnika i proizvoda zasnovanim na znanstvenim spoznajama o procesu starenja. Znanje prikupljeno u okviru gerontoloških istraživanja pruža osnovicu za prilagodbu postojećih i razvoj novih tehnologija koje imaju za cilj zadovoljiti potrebe i zahtjeve starijih ljudi. Osnovna značajka gerontotehnologije je usmjerenost na korisnika, a osnovni joj je cilj omogućiti razvoj tehnoloških rješenja koja će poboljšati zdravlje i olakšati život starim ljudima. Stari ljudi nisu homogena

skupina ni po svojim psihofizičkim osobinama ni po socioekonomskom statusu i kupovnoj moći, a osobito ne po željama i potrebama. Međutim, prema gerontološkim istraživanjima, dvije su potrebe zajedničke svima: zadržati što dulje neovisnost i zdravlje i zadržati ili čak poboljšati socijalne kontakte. Oba ova područja tehnologija mora i može poduprijeti svojim rješenjima i proizvodima. Razvoj suvremene tehnologije ima mnogo izazova, a jedan od njih je i to da se učinci starenja i opadanja funkcionalnih sposobnosti mogu umanjiti i/ili izbjeći tehnološkim rješenjima u čovjekovoj okolini, što je osnovni koncept koji je pokrenuo razvoj ove discipline.

174. PROCJENA, SKRB I EVALUACIJA ZDRAVSTVENE NJEGE U DOMU ZA STARIJE OSOBE KROZ E-DOKUMENTACIJU

SAJKO M¹, Možanić J²

¹Sveučilište Sjever, Varaždin, Hrvatska

**²Caritasov dom za starije i nemoćne osobe “Sv. Ivan Krstitelj”, Ivanec, Hrvatska
melita.sajko@unin.hr**

Ključne riječi: dokumentacija, zdravstvena njega, starije osobe, medicinske sestre

U prosincu 2009. godine Hrvatska komora medicinskih sestara donosi potvrdu o prihvaćanju sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije i nemoćne osobe kao standard Hrvatske komore medicinskih sestara. Za provedbu su uključeni svi domovi za starije u gradu Zagrebu i pojedini privatni domovi po županijama Republike Hrvatske.

Caritasov dom za starije i nemoćne osobe „Sv. Ivan Krstitelj“ u Ivancu smješta 105 osoba, od kojih je oko 70% smješteno u jedinici zdravstvene i opće njege. S uvođenjem sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege, osoblje doma počelo je koristiti jednu po jednu listu iz navedene dokumentacije uz istovremenu adekvatnu edukaciju. Nakon određenog razdoblja primjene „papirnat“ dokumentacije, 2012. godine ostvareni su preduvjeti za uvođenje dokumentacije u elektronskom obliku. S obzirom da nakon probnog roka od tri mjeseca osoblje doma nije bilo zadovoljno idejnim rješenjima koje je u svojoj verziji sestrinske dokumentacije ponudila jedna druga tvrtka, Caritasov dom pristupio je izradi vlastite dokumentacije uz tehničku potporu informatičke tvrtke u koju je implementirano elektronsko vođenje dokumentacije socijalne službe, jedinice za zdravstvenu i opću njegu, kuhinje i tehničke službe te su svi segmenti navedene dokumentacije međusobno povezani i mogu koristiti određene podatke neke druge službe te se na taj način izbjegava dupliranje podataka i ubrjava se unos podataka. U sestrinskom dijelu dokumentacije, ispoštovane su sve preporuke sestrinske dokumentacije prema četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege, a kako se uvodio koji segment dokumentacije, tako su djelatnici predlagali eventualne izmjene i olakšavanja procesa unosa podataka, ako su bili u skladu sa sestrinskom dokumentacijom koju preporuča HKMS. Postojeći podaci sadržani u dokumentaciji mogu se koristiti i za statističku obradu prilikom podnošenja periodičkih izvješća, a praćenje korisnika je sveobuhvatno i sustavno na način da svi stručni radnici imaju o korisniku upravo one informacije koje su im u datom trenutku potrebne. U radu je prikazana dokumentacija koja se koristi u planiranju, provedbi i evaluaciji zdravstvene njege gerijatrijskog korisnika te načini povezivanja s ostalim službama u domu.

175. BOLNIČKO LIJEČENJE PALIJATIVNIH GERIJATRIJSKIH BOLESNIKA-PRIMJER IZ PRAKSE

ŠTIRJAN MARKOVIĆ G, Jelkovic N, Cetinić I

**Specijalna bolnica za plućne bolesti, Zagreb, Hrvatska
gordanastirjan@yahoo.com**

Ključne riječi: Palijativna skrb, starija životna dob, hospitalno liječenje, vodeći simptomi i dijagnoze

Palijativna medicina i palijativna skrb je prepoznata i prakticira se u zemljama svijeta više desetaka godina. U Republici Hrvatskoj proteklih 4-5 godina vidljiv je značajniji napredak u implementaciji palijativne skrbi u praksi. Odjel za palijativnu medicinu i palijativnu skrb Specijalne bolnice za plućne bolesti u Zagrebu započeo je s radom u 10. mj. 2015. Obradom prikupljenih podataka u vremenskom periodu od 6 mjeseci rada prikazan je odnos hospitaliziranih

bolesnika s obzirom na dob, spol, dijagnoze, vodeći simptom, način prijema, dužinu boravka, kategorizaciju bolesnika, sestrinske dijagnoze i krajnji ishod. Broj hospitaliziranih palijativnih bolesnika starije životne dobi u terminalnom stadiju malignih ili kroničnih bolesti bio je skoro dvostruko veći u odnosu na isti stadij bolesti osoba mlađih od 65 godina. Zbog vodećih simptoma kod prijema, adekvatno zbrinjavanje u izvanbolničkoj sredini u tom stadiju bolesti nije bilo moguće.

Osnivanje bolničkih palijativnih odjela je neophodno za kvalitetno medicinsko zbrinjavanje simptoma kod palijativnih pacijenata u terminalnoj fazi bolesti i provođenje palijativne skrbi s učestalijom potrebom hospitalizacije pacijenata starije životne dobi.

176. HOSPITALIZACIJE STARIJIH OSOBA ZBOG OZLJEDA U DUBROVAČKO-NERETVANSKOJ ŽUPANIJI 2003.-2015.

MAŠANOVIĆ M, Džono Boban A

Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije, Dubrovnik, Hrvatska

marija.masanovic@zzjzdnz.hr

Ključne riječi: starije osobe, hospitalizacije, ozljede, padovi, Dubrovačko-neretvanska županija

U radu su prikazane hospitalizacije starijih osoba zbog ozljeda.

Izvor podataka su bolesničko-statistički obrasci (JZ BSO) iz OB Dubrovnik za razdoblje 2003.-2015. godine za osobe s prebivalištem u Dubrovačko-neretvanskoj županiji (DNŽ). Podaci su prikazani prema spolu i dobi: 65-74 g. (rana starija dob), 75-84 g. (srednja starija dob) i 85 i više godina (duboka starost). Za prikaz ozljeda korištena je MKB-10. revizija, skupina Ozljede, otrovanja i ostale posljedice vanjskih uzroka (S00-T98) te Vanjski uzroci morbiditeta i mortaliteta (V00-Y98).

U promatranom razdoblju ozljede kao uzroci hospitalizacija starijih osoba u OB Dubrovnik nalaze se na sedmom mjestu kod muškaraca i na petom kod žena. Prema spolu u ukupnom broju hospitaliziranih starijih osoba bilo je 67,0% žena (Ž) i 33,0% muškaraca (M). Najveći udio hospitaliziranih muškaraca bio je u ranoj starijoj dobi (48,4%), a žena u srednjoj starijoj dobi (45,9%). U ranijoj starijoj dobi najčešće ozljede kod muškaraca bile su ozljede glave (25,9%) i ozljede kuka i bedra (18,3%), a u srednjoj i dubokoj starosti ozljede kuka i bedra bile su na prvom mjestu. Kod žena u svim dobnim skupinama ozljede su najčešće nastajale u području kuka i bedra koje su prevladavale s porastom dobi. Prema tipu ozljede najčešće se radilo o prijelomima i to 49,6% kod M i 69,9% kod Ž. Vodeći vanjski uzroci ozljeda su slučajni padovi kod oba spola (M 76,5% i Ž 89,4%), uglavnom nastali na istoj razini (W01). Slijede ozljede nastale u prometu (M 11,4% i Ž 5,9%), od kojih su 72,2% hospitaliziranih bili pješaci (prema spolu M 46,2% i Ž 53,8%), a najčešće se radilo o ozljedi glave.

U DNŽ u analiziranom razdoblju žene u dobi 65 i više godina bile su dvostruko češće hospitalizirane zbog ozljeda, a ozljede kuka dominirale su u oba spola. Najčešći vanjski uzroci ozljeda bili su padovi. Iako su muškarci češće hospitalizirani zbog ozljeda nastalih u prometu, žene su češće hospitalizirane zbog ozljeda koje su zadobile kao pješakinje. Prevencija ozljeda u dobi 65 godina i više treba biti imperativ u javnozdravstvenoj medicini kako bi se spriječio dizabilitet, smanjili troškovi zdravstvene zaštite te osigurala kvaliteta života starijih osoba.

177. ZNANJE STUDENATA SESTRINSTVA O STARIJIM OSOBAMA

POLJAK D¹, Sajko M²

¹Opća bolnica Varaždin, Varaždin, Hrvatska

²Sveučilište Sjever, Varaždin, Hrvatska

damir.poljak@unin.hr

Ključne riječi: Znanje, sestrinstvo, studenti, starije osobe

Uvod: Stanovništvo Hrvatske stari i prema popisu stanovništva iz 2011. godine u Hrvatskoj živi 17,7% osoba starijih od 65 godina. Starenje stanovništva neizbježno stavlja izazove pred zdravstveno osoblje koje će se u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti te u socijalnim ustanovama sve više baviti upravo starijom populacijom.

Svrha ovoga rada je utvrditi s koliko znanja o starijim osobama raspolažu studenti sestrinstva i koliko znanja im pruža redovan studijski program.

Metode i ispitanici: Istraživanjem je obuhvaćeno 146 studenata sestrinstva Sveučilišta Sjever. Od toga je 91 student prve godine studija te 55 studenata treće godine studija. Studentima je u tiskanom obliku dan Test znanja o starenju i starosti kojeg je izradio Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar” - Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba sa ukupno 12 tvrdnji o starijim osobama i ponuđenim odgovorima točno ili netočno.

Rezultati: Na tvrdnju da većina starijih osoba može samostalno obavljati sve svakodnevne aktivnosti obje grupe studenata su u većini dale krivi odgovor, 38% studenata prve godine i 44% studenata treće godine. Na tvrdnju da umne sposobnosti redovito opadaju sa starenjem studenti prve godine su u većini odgovorili da je točna (72%), dok su studenti treće godine u većini (55%) odgovorili da je ta tvrdnja netočna što je ujedno i točan odgovor. Također, na tvrdnju da je većina članova obitelji zapustila svoje starije članove, studenti obje grupe odgovorili su u većini da je tvrdnja točna, ali studenti treće godine ipak u nešto manjem postotku.

Zaključak: Očekivani su rezultati bili da će studenti treće godine dati točnije odgovore od studenata prve godine koji još nisu imali ni jedno predavanje o starijim osobama. To se i pokazalo na nekim tvrdnjama, kao što su pitanje samostalnosti starijih osoba, opadanja kognitivnih sposobnosti i zanemarivanja starijih osoba od strane članova obitelji. Odgovori studenata treće godine svakako su rezultat predavanja, ali su i djelomično pod utjecajem iskustva koje imaju u radu sa starijim osobama te je dio studenata ipak odgovorio netočno.

178. KINEZIOTERPIJOM DO BOLJE RAVNOTEŽE KOD STARIJIH OSOBA

HERC M¹, Telebuh M², Titan M¹

¹Alma Mater Europaea, Europski centar Maribor, Maribor, Slovenija

²Zdravstveno veleučilište Zagreb, Zagreb, Hrvatska

mladen.herc@almamater.si

Ključne riječi: starost, ravnoteža, pad, kinezioterapija, testiranje

Uvod: Rast broja starijih osoba je činjenica koja nam je svima znana i Svjetska zdravstvena organizacija (2012) u svom izvještaju govori, da je zbog razvoja na području medicine i higijene u prošlom stoljeću došlo do očekivanog produžavanja životne dobi. Kretanje je osnovna ljudska potreba i samo usklađeno, učinkovito i funkcionalno kretanje nam omogućava izvođenje različitih tjelesnih aktivnosti, kao što su hod, trčanje, hranjenje, rad, itd. Starenje je neminovnost u našem životnom ciklusu i želja nas svih je da starost proživimo kvalitetno i što je moguće zdraviji. Starost povezujemo sa smanjenjem životnih funkcija, što uključuje promjene posture, ravnoteže, agilnosti, koordinacije odnosno promjene u cijelom lokomotornom sustavu i psihofizičkom stanju pojedinca. Smanjivanje životnih funkcija se može prevenirati s fizičkom aktivnošću u ranijoj dobi. S tjelesnom aktivnošću tijekom cijelog života, ali i u starijoj dobi omogućavamo održavanje tjelesnog i duševnog zdravlja i na taj način ostvarimo pretpostavke za što samostalniji život starijih osoba.

Metode rada: U istraživanju je sudjelovalo 30 ljudi iz doma umirovljenika, starih između 65 i 96 godina. Prosječna starost ispitanika je bila 79,6 godina. Uključujući faktor je bio sposobnost samostalnog (bez pomoći druge osobe) hoda na 6 (šest) metara sa ili bez pomagala. Izvodili smo kinezioterapiju u obliku svakodnevne (osim subote i nedjelje) grupne tjelovježbe. Upotrijebili smo dva funkcijska testa za ravnotežu i to su Timed up and go test in Four step square test.

Rezultati: Prosječna vrijednost vremenski mjenog testa Up and go (UAGT) je prije početka programa kinezioterapije bila 15,3 ± 5,7 sekunde i prosječna vrijednost testa Four step square (FSST) je bila 19,6 ± 10,9 sekunde. Mjerenja smo izvodili i poslije izvedenog programa kinezioterapije i pri tome dobili slijedeće rezultate, UAGT 13,5 ± 5,2 sekunde i kod FSST 13,6 ± 8,1 sekunde. Prosječni napredak ispitanika kod UAGT je bio 9,6 % i kod FSST 27,4%.

Rasprava: Rezultati našeg istraživanja dokazuju i pokazuju da s kinezioterapijom u obliku tjelovježbi za unapređenje ravnoteže postizemo pozitivne učinke na ravnotežu, a posljedično i na smanjivanje opasnosti od padova, koji su u starosti česti i mogu imati jako negativne posljedice

179. GDJE JE NESTAO MEDITERAN?! USPOREDBA SMRTNOSTI OSOBA DOBI ≥65 GODINA U SPLITSKO-DALMATINSKOJ ŽUPANIJI SA SMRTNOSTI U HRVATSKOJ I MEDITERANSKIM ZEMLJAMA EUROPE

JERONČIĆ TOMIĆ I¹, Mulić R¹, Smoljanović M¹, Vučica I²

¹Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

²Zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

iris.jeroncic@mefst.hr

Ključne riječi: mediteranski način života, struktura smrtnosti, primarna prevencija, organizacija zdravstvene zaštite

Mediteranski način života uvjetovan je klimatskim, povijesnim i kulturnim čimbenicima. Očituje se u društvenoj, duhovnoj i materijalnoj domeni života, u običajima životnog i godišnjeg ciklusa.

Zastupljenost mediteranskog načina života pokušali smo neizravno prikazati usporedbom stopa smrtnosti Splitsko-dalmatinske županije, Republike Hrvatske i Mediteranskih zemalja. U Mediteranske zemlje ubrojili smo: Cipar, Francusku, Grčku, Italiju, Izrael, Maltu, Portugal i Španjolsku. Prema strukturi smrtnosti, odnosno udjelima (%) prosječnog broja umrlih po pojedinim MKB-10 skupinama bolesti u prosječnom ukupnom broju umrlih u razdoblju uspoređena je SDŽ s mediteranskim zemljama i zemljama u tranziciji. Uz standardne stope smrtnosti prikazan je 95%-tni Confidence Interval (CI) i izračunata značajnost razlika software programom Statistica ANOVA Tukey-Kramerovim testom višestruke komparacije (statistički značajna razlika kod q vrijednosti iznad 4,373).

SDŽ pripada mediteranskom podneblju, a Republika Hrvatska jednom trećinom. Po stopama smrtnosti SDŽ i RH nemaju obilježja Mediterana. Po strukturi broja umrlih SDŽ se nalazi između skupine zemalja u tranziciji i mediteranskih zemalja. Četiri vodeće skupine uzroka smrti: Bolesti sustava za cirkulaciju, Novotvorine, Bolesti dišnog sustava i Bolesti probavnih organa, odnosno Bolesti živčanog sustava za mediteranske zemlje, čine 83% svih smrti u SDŽ. U skupini zemalja u tranziciji taj zbir je 90%, dok je u mediteranskim zemljama 77%. Preostalih devet MKB-10 skupina bolesti u SDŽ su uzrokom 17% smrti, u zemljama u tranziciji 10%, a u mediteranskim zemljama 23% smrti.

Za bolesti/stanja gdje SDŽ i RH imaju povoljan položaj u sredini redoslijedne liste, može se reći da su te bolesti ovisne o primarnoj prevenciji. Skupina bolesti gdje su SDŽ i RH na začelju liste s najvećim stopama smrtnosti, visina smrtnosti je u većoj povezanosti sa sekundarnom i tercijarnom prevencijom. Konačni ishod kod ovih bolesti ovisi o primarnoj prevenciji, ali je u većoj ovisnosti o organizaciji i dostupnosti sekundarnih i tercijarnih razina zdravstvene zaštite.

Neizravno, može se reći kako je zdravstvena zaštita u RH ukupno dobro organizirana i s dobrim rezultatima kod bolesti i stanja koji su ovisni o samom radu zdravstvene zaštite. Nijedna služba zdravstvene zaštite ne može nadoknaditi propuste primarne prevencije koji se odnose na izbjegavanje zdravih navika i njegovanje tradicionalnih podneblju odgovarajućih zdravih navika i oblika zdravog življenja.

180. OBLICI SKRBI STARIH LJUDI KROZ GRUPNI RAD U ZAJEDNICI

VRABEC B¹, ŽUPANIĆ M²

¹Dom zdravlja Zagreb - Zapad, Hrvatska

²Zdravstveno veleučilište, Zagreb, Hrvatska

glavna.sestra@dzz-zapad.hr

Ključne riječi: skrb, starija osoba, grupni rad, zajednica

Patronažna zdravstvena zaštita je medicinsko socijalna djelatnost koja provodi mjere specifične zdravstvene njege u svrhu promicanja i očuvanja zdravlja pojedinca, obitelji i zajednice.

Procjena zdravstvenog stanja starije osobe je postupak kojim se utvrđuje zdravstveno, psihičko, fizičko i emocionalno stanje osobe te njegovo socijalno i sigurnosno okruženje, odnos obitelji i okoline i procjena potreba za savladavanje poteškoća vezanih za kroničnu bolest.

Svrha pružanja pomoći starijim ljudima u zajednici i osiguravanje kvalitete života u vlastitom domu kroz mjere primarne sekundarne i tercijarne prevencije. Ciljevi pružanja skrbi su:

- osigurati optimalne uvjete za kvalitetan život u okruženju vlastitog doma
- provedbe mjere i postupka za očuvanje zdravlja
- provedba mjera i postupaka usmjerenih kontroli bolesti
- provedba mjera usmjerenih prepoznavanju riziko faktora u okolini
- integracija starijih korisnika u društvo
- osiguravanje kvalitete života i produženje životnog vijeka

Jedan od oblika rada u zajednici je grupni rad sa starijim ljudima. Radom u grupi ima za cilj promicati zdravlje provođenjem zdravstvenog odgoja, prosvjećivanjem, poticanjem usvajanja i potpomaganjem zdravijeg načina života.

Sve dosadašnje evaluacije grupnog rada sa starijim ljudima pokazale su niz pozitivnih promjena kao što su proširenje sjećanja, povećanje samopouzdanja, smanjivanje neprijateljstva, veća društvenost, senzorna stimulacija članova i poboljšana socijalizacija. Uloga patronažne sestre u grupnom radu sa strijom populacijom ima za cilj evidentirati osobe s povećanim rizikom po zdravlje (npr. starije osobe, pušače, alkoholičare, hipertoničare, dijabetičare, osobe s prekomjernom težinom, osobe s profesionalnim rizicima).

Cilj rada:

Prikazati oblike grupnog rada sa starijim osobama na području koje pokriva patronažna djelatnost Doma zdravlja Zagreb - Zapad.

181. THE ASSESSMENT OF DYSPHAGIA AND ITS NUTRITIONAL IMPLICATIONS AMONG ELDERLY IN DIFFERENT SETTINGS

JUKIĆ PELADIĆ N¹, Venturini C², Giorgini N¹, Fagnani D¹, Sparvoli D¹, Cola C¹, Basile R², Bartoloni L¹, Orlandoni P²

¹Vivisol Srl c/o Geriatric reserach Hospital INRCA Ancona, Ancona, Italy

²Geriatric Research Hospital INRCA Ancona, Ancona, Italy

rackog@yahoo.it

Keywords: oropharyngeal dysphagia, assessment, screening, EAT-10

Introduction: Dysphagia (D) is a hidden malady which frequently affects elderly. Swallowing disorders interfere with their nutritional intake and may lead to malnutrition, dehydration, aspiration pneumonia and death. Dysphagia is frequently unrecognized among free living elderly. The Clinical Nutrition Unit of INRCA geriatric Hospital Ancona (Italy) promotes D screening and assessment in different settings and manages the nutritional therapy and dietetic regimens for subjects with D.

Methodology: Different tools are used by INRCA Clinical Nutrition Unit to screen and assess D in field studies and in clinical practice. D is assessed among out patients and hospitalized patients (pts) by Bedside Swallowing Assessment (BSA) with separate evaluation for non fluid and fluid nutrition. For its severity rating the DOSS scale is used (Dysphagia Outcome and Severity Score). For D screening in free living elderly the Eating Assessment Tool Eat-10 was validated in Italian in collaboration with Clinical Nutrition Unit of INRCA. The usefulness of the I-Eat 10 when used by caregivers was tested in nursing homes and homes.

Results: In 2012 a cross-sectional study involved all INRCA in hospital pts (136 pts, 82±11 years). D was assessed by BSA and its prevalence was 41,2%. Nutritional status and prognosis of D pts was poorer, for 39% tube feeding was prescribed, for 51% modified diets. During 2015, 128 neurologic pts were assessed during out hospital visits by BSA. D prevalence was 57%, for 62% diet modifications were necessary. In 2013 the Eating Assessment Tool (EAT 10) was validated in Italian for free living elderly and then its utility was tested among nursing home residents and among caregivers of dysphagic patients. Preliminary results of the study show that I-EAT-10, when filled in by caregivers, is very sensitive (91,65%) and able to identify pts with disease but it has very low ability to identify correctly pts without disease (specificity 31,25%).

Conclusions: D is a very relevant issue among the elderly in all settings which may have important nutritional implications. Swallowing disorders should be regularly screened and assessed. More effort should be done to identify an appropriate case-finding tool for caregivers.

182. PSIHIJATRIJSKE INTERVENCIJE U DOMU ZA STARIJE OSOBE U BUZETU

VOIVODA STANČIĆ C¹, Šišović GH¹, Kaštelan A²

¹Dom za starije Buzet, Buzet, Hrvatska

²Klinika za psihijatriju, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

dom.buzet@gmail.com

Ključne riječi: osobe starije životne dobi, korisnici, psihijatrijske intervencije, psihofarmaci

Broj osoba starije životne dobi sve je veći u pučanstvu. Starost, uz brojne tjelesne bolesti, nosi i povećan rizik za razvoj psihijatrijskih simptoma i poremećaja. Globalizacija je dovela do pojave „cijepanja“ obitelji što znači da mladi često odlaze živjeti daleko od svojih roditelja. Stoga sve veći broj starijih mora živjeti u specijaliziranim ustanovama koje im mogu pružiti odgovarajuću njegu i skrb.

U ovom radu prezentirani su rezultati istraživanja o psihijatrijskim intervencijama u Domu za starije osobe Buzet. Istraživanjem su obuhvaćeni svi korisnici Doma u razdoblju od tri godine (2012.-2014.). Podaci za analizu dobiveni su pregledom medicinske dokumentacije Doma. U promatranom razdoblju u Domu je boravilo 159 korisnika a za njih 50 (31,4%) je tražena psihijatrijska intervencija, češće za muškarce. Najčešći razlozi traženja intervencije su bili depresivni i anksiozni simptomi. Analiza komorbiditeta je pokazala da korisnici za koje je tražena psihijatrijska intervencija boluju od više tjelesnih bolesti u usporedbi s korisnicima za koje nije tražena intervencija. Od psihijatrijskih dijagnoza najčešće je postavljena dijagnoza demencije. Većinu psihijatrijskih intervencija čine psihijatrijski pregledi, znatno je rjeđe obavljena telefonska konzultacija i hospitalizacija. U svrhu liječenja isključivo se koristi farmakoterapija. Najčešće su propisivani anksiolitici i to oksazepam.

Rezultati upućuju na očekivanu učestalost psihičkih smetnji kod korisnika Doma. Psihofarmaci su propisivani u skladu s postojećim preporukama. Zanimljiv je izostanak drugih modaliteta psihijatrijskog liječenja uz farmakoterapiju. Ovo istraživanje ukazuje na važnost dobre edukacije iz psihogerijatrije za medicinsko osoblje koje radi u ustanovama za skrb starijih osoba.

183. KVALITETA ŽIVOTA OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

RADOVIĆ J, Rončević-Gržeta I, Ružić K, Pavešić Radonja A, Rebić J

Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za psihijatriju, Rijeka, Hrvatska

julija.radovic11@gmail.com

Ključne riječi: osobe starije životne dobi, kvaliteta života, depresija, invalidnost, dom za starije i nemoćne osobe

Kvaliteta života osoba starije životne dobi može biti narušena iz više razloga, često zbog narušenog zdravlja, teže pokretnosti, potrebe za pridržavanjem različitih dijetnih i terapijskih režima uz ovisnost o tuđoj pomoći i slično.

Cilj ovog rada je usporediti kvalitetu života osoba starije životne dobi kod onih koji žive u svom domu u odnosu na one koji žive u domovima za starije i nemoćne osobe.

Ispitali smo 124 osobe smještene u ustanovi za starije i nemoćne osobe i 104 osobe koje žive u vlastitom domaćinstvu. Svi su popunili Zdravstvenu anketu koja je sastavljena za ovo istraživanje i sadrži opće demografske podatke, podatke o navikama, zdravstvenom stanju itd.; MANSA upitnik za procjenu kvalitete života te Upitnik za depresiju za starije osobe.

Dobiveni rezultati pokazuju da su osobe koje žive u obitelji zadovoljnije različitim aspektima života, a osobe smještene u Dom za starije i nemoćne depresivnije su (iako depresija nije kliničkog značaja), a kvalitetu života procjenjuju nižom ako se moraju pridržavati dijetnog režima. Nepokretne osobe su depresivnije bez obzira na smještaj te imaju negativniji stav prema starosti.

184. ZNAČENJE PALIJATIVNOGERIJATRIJSKE SKRBI

TMASOVIĆ MRČELA N, Tomek-Roksandić S, Kolarić B, Mravak S, Lukić M, Maltarić M, Lovrić K, Sajko D, Meštrić S

Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska
nada.tomasovic-mrcela@stampar.hr

Ključne riječi: palijativnogerijatrijski bolesnik, palijativnogerijatrijska skrb, interdisciplinarni tim u palijativnogerijatrijskoj skrbi, GeroS/CEZIH

Palijativnogerijatrijska skrb je nužno potrebna sve većoj i starijoj skupini palijativnogerijatrijskih bolesnika s prevalirajućim dijagnozama uznapredovale i progresivne onkološke bolesti i kroničnih nezaraznih bolesti s egzacerbacijom. Na to ukazuje i povećanje broja osoba u dubokoj starosti (85 god. i više) u desetogodišnjem razdoblju u Hrvatskoj za više od 40% (2011.god., N=60.600/ 2001.god. N=42.553) jer je poznato da je značajan udio gerijatrijskopalijativnih bolesnika u toj dobnj skupini.

Dob ili dijagnoza gerijatrijskog bolesnika ne smije biti indikacija za pružanje palijativnogerijatrijske skrbi. Palijativnogerijatrijsku skrb treba pružiti pravovremeno, bez nepotrebnog odgađanja kada nema primjerenog odgovora na ishod liječenja, uz nužan personalizirani i interdisciplinarni pristup palijativnogerijatrijskom bolesniku koji je u posljednjim stadijima neizlječive bolesti.

Interdisciplinarni tim u palijativnogerijatrijskoj skrbi obuhvaća liječnike specijaliste opće/obiteljske medicine doeducirane iz gerontologije, gerijatre, psihogerijatre, gerijatrijske medicinske sestre, fizioterapeute, gerontopsihologe, socijalne radnike, svećenike, gerontonegovateljice, pa sve do aktivnih članova obitelji, volontera doeduciranih iz područja gerontologije uz pristanak samog palijativnogerijatrijskog bolesnika.

Zbog multiplih zdravstvenih problema u palijativnogerijatrijskog bolesnika te zbog brojnih specifičnosti primarne zdravstvene zaštite za starije osobe i gerijatrijske zdravstvene njege, značajna je primjerena edukacija i doeducacija iz **gerijatrije, gerijatrijske zdravstvene njege i palijativnogerijatrijske skrbi.**

U izmjenama i dopunama mreže javnozdravstvene službe (NN 113/15) u RH je definirana mreža bolničkih djelatnosti s brojem kreveta za produženo, dugotrajno, kronično liječenje te palijativnu skrb.

Nužna je dorada **organizacijske, prostorne i kadrovske strukture za palijativnogerijatrijsku skrb na stacionarima doma za starije** te poglavito izvaninstitucijsko pružanje **palijativnogerijatrijske skrbi** u kući starijeg bolesnika u krajnjoj fazi njegovog života.

Uz postojeći program Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom planirana je razrada dodatnih stupnjeva palijativnogerijatrijske zdravstvene njege.

Zaključak: Palijativnogerijatrijsku skrb sukladno hrvatskim i europskim istraživanjima, u pravilu treba provoditi u domu palijativnogerijatrijskih bolesnika, uz članove njihove obitelji.

Uvođenje projekta **GeroS /CEZIH - za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika, neodvojivo povezanog s nacionalnim zdravstvenim sustavom CEZIH**, unaprijedit će utvrđivanje, praćenje i evaluiranje fokusiranih gerontološkojavnozdravstvenih pokazatelja uključujući praćenje i evaluaciju palijativnogerijatrijskih bolesnika u odnosu na ishode liječenja.

185. FUNKCIONALNA ONESPOSOBLJENOST OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI U HRVATSKOJ

POPEK I¹, Tomek-Roksandić S², Kolarić B², Tomasović Mrčela N², Maltarić M², Lukić M², Mravak S², Sajko D², Lovrić K², Meštrić S²

¹Zavod za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije, Sisak, Hrvatska

²Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

sofija0256@hotmail.com

Ključne riječi: starije osobe, funkcionalna onesposobljenost, fizička pokretljivost, uzroci, popis stanovništva 2001. i 2011.

Proces demografskog starenja desetljećima je prisutan na gotovo cijelom europskom kontinentu. Postavlja se gerontološko-javnozdravstveni upit unapređenja zaštite zdravlja starijih, a time i kvalitete njihovog života. Funkcionalna sposobnost starijih ljudi je njihovo važno zdravstveno obilježje, pokazatelj kvalitete života, važna komponenta zdravog aktivnog starenja i glavni kriterij za institucijskom i izvaninstitucijskom gerijatrijskom skrbi. Funkcionalna sposobnost podrazumijeva sposobnost pojedinca za obavljanje svih svakodnevnih aktivnosti koje osiguravaju primjereno kvalitetno življenje, a uključuje biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje neovisno o kronološkoj dobi pojedinca.

U gerontološko-javnozdravstvenoj analizi su korišteni podaci Državnog zavoda za statistiku prikupljeni Popisom stanovništva 2001. i 2011. godine. Ispitanici su ukupno popisano stanovništvo Hrvatske starije od 65 godina (693.540 osoba u 2001. i 758.633 osoba u 2011.). Podaci u oba Popisa, dobiveni su na temelju izjave osobe koja je popisivaču davala tražene podatke uz pristanak. Stoga su navedeni pokazatelji ovisili o utjecaju brojnih bioloških i nebioloških čimbenika i kao takvi daju procjenu opće slike o funkcionalno onesposobljenim starijim osobama na području Hrvatske u odnosu na fizičku pokretljivost.

Prema podacima Popisa u Hrvatskoj, apsolutni broj osoba starije dobi s teškoćama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti je u porastu za 138%, a prevalencija pojave teškoća u svakodnevnom funkcioniranju u starijoj populaciji je u porastu za 2,2 puta u promatranom desetogodišnjem razdoblju. Rezultati pokazuju porast stope funkcionalne onesposobljenosti (f.o.) u svim dobnim skupinama (rana, srednja i duboka starost), a najveći porast stope je prisutan u dubokoj starosti. Također, prisutne su spolne razlike s većim porastom stope f.o. u žena nego u muškaraca (prevalencija f.o. u starijih žena povećala se 2,5 puta, a u muškaraca za 1,7 puta). Najčešći uzrok koji dovodi do poteškoća u svakodnevnom funkcioniranju su posljedice veličine pojavnosti gerijatrijskog domino efekta s 4 „N“ (nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost, nekontrolirano mokrenje) zbog multimorbiditeta, kroničnih nezaraznih bolesti.

Ovakvi zabrinjavajući rezultati upućuju na nužnost unapređenja zdravstvene prevencije od najranije dobi s ciljem sprečavanja rizičnih faktora za pojavu kroničnih nezaraznih bolesti u starijoj dobi, osobito u ranijoj starosti od 65-74 godine te potrebu za jačanjem i razvojem geroprofilaktičkih mjera kojima se nastoji unaprijediti zaštita zdravlja i očuvati funkcionalna sposobnost i u dubokoj starosti od 85 i više godina.

186. USPOREDBA DUGOROČNIH OBLIKA SKRBI ZA STARIJE OSOBE - SAD, JAPAN, NIZUZEMSKA, REPUBLIKA HRVATSKA

MRVAK S¹, Njegovan Zvonarević T², Tomek-Roksandić S¹, Kolarić B¹, Lovrić K¹, Lukić M¹, Maltarić M¹, Meštrić S¹, Tomasović Mrčela N¹, Sajko D¹

¹Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

²Zdravstveno veleučilište - Katedra za radnu terapiju, Zagreb, Hrvatska

stela.mrvak@stampar.hr

Ključne riječi: domovi za starije osobe, kategorizacijski postupnik, SAD, Japan, Nizozemska, Hrvatska

Demografski trendovi i dobne morbiditetne stope su važne odrednice u definiranju dugoročne skrbi za starije osobe. Rast osoba starijih od 65 godina, posebice onih starijih od 80 godina, rezultirala je time da je u razvijenim državama zadnjih nekoliko desetljeća upečatljiv rast potražnje za dugoročnom skrbi. Između 2-5% starijih osoba živi

u domovima za starije. Odgovori na potražnju za dugotrajnom skrbi razlikuju se od države do države. Oni ovise o strukturi i organizaciji zdravstvenog sustava, dostupnosti resursa u zajednici, mehanizmima financiranja od strane države i privatnog sektora, pa čak i stupnju suradnje između zdravstvenog i socijalnog sustava.

Sjedinjene Američke Države imaju oko 53 kreveta u domovima za starije /1000 starijih osoba. To je treći po veličini segment proračuna SAD-a zdravstvene skrbi. Za 1 krevet se izdvoji \$40.000 godišnje, od toga 47% dolazi od Medicaid programa, 41% iz osobnih izvora, 2% iz privatnih osiguranja te ostatak iz drugih izvora. Korisnici domova se mogu podijeliti u dvije skupine: relativno mali broj je onih koji zahtijevaju kratki boravak, koji su izašli iz bolnice ili su na kraju života i mnogo veći broj koji zahtijevaju dugoročnu skrb zbog funkcionalne onesposobljenosti. Oko 2/3 svih korisnika imaju neku vrstu demencije. U Japanu ima oko 12 kreveta u domovima za starije /1000 starijih osoba. Ali to ne pretpostavlja nisku stopu institucionalizacije starijih osoba. U Japanu postoje druge dvije vrste objekata koji predstavljaju dugoročne oblike skrbi: gerijatrijske bolnice i preko 800 zdravstvenih ustanova za starije osobe sa oko 70.000 kreveta. Gotovo 6% starijih osoba u Japanu je institucionalizirano: 2/3 u gerijatrijskim bolnicama (od čega čak trećina, 32% bude u bolnici duže od godinu dana), više od 1/4 je smješteno u zdravstvenih ustanovama za starije i manje od 0,5% u domovima za starije. Nizozemska ima oko 26 kreveta u domovima za starije /1000 starijih osoba. Polovica tih starijih osoba su s nekom vrstom invaliditeta, dok druga polovica imaju neku psihogerijatrijsku bolest, uglavnom demenciju. Cijena 1 kreveta u domu iznosi \$60.000, od čega 90% troškova se plaća iz Temeljnog zakona AWBZ ili izvanrednih troškova liječenja Zakona iz 1968, bez obzira na financijska sredstva starije osobe. Participacija starije osobe je nekoliko stotina dolara mjesečno. U Hrvatskoj ima ukupno 454 doma za starije osobe, od čega 54 domova je osnivač država ili grad, a 105 domova je drugi osnivač te 295 obiteljskih domova. Godišnje cijene variraju od doma do doma od 25.000 - 42.000 kn godišnje za smještaj starije osobe u obiteljskom domu, zatim od 50.000 - 108.000 kn godišnje za smještaj starije osobe u domu drugog osnivača. Smještaj u domu čiji je osnivač grad ili država varira od 20.000 - 46.000 kn godišnje po korisniku te osim vlastitih sredstava korisnika financiraju se i iz proračuna te drugih decentraliziranih izvora. U domovima za starije osobe u Hrvatskoj u 2016. godini, po provedenom Kategorijskom postupniku programa četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe, od ukupno 4.521 starijih korisnika na I. stupanj/stambeni minimum, a odnosi se na: potpuno samostalan, potrebna pomagala ili poseban pribor, kategorijski je obuhvaćeno 33,18% starijih, na II. stupanj/stacionarni minimum, odnosi se na: potrebnu pomoć, savjet i pomagalo s obuhvatom od 22,19% starijih korisnika, III. stupanj/stacionarni optimum obuhvaća 27,13% starijih korisnika, a odnosi se na: potrebnu pomoć i potpuni nadzor „gerijatrijske“ medicinske sestre te IV. stupanj/stacionarni maksimum - potrebna potpuna pomoć „gerijatrijske“ medicinske sestre, ne može sudjelovati u aktivnostima obuhvaća 16,81% starijih korisnika domova za starije.

Značenje pružanja specifične primarne zdravstvene zaštite za starije s programom četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije te javnozdravstvene mreže bolničkih postelja dugotrajnog, produženog liječenja gerijatrijskih bolesnika po županijama, Grada Zagreba i Hrvatske, uz evaluaciju ishoda liječenja, ima posljedično svrhu racionalizacije rastuće gerijatrijske zdravstvene potrošnje i unaprjeđenje zaštite zdravlja te zdravstvene zaštite starijih osoba.

187. JAVNOZDRAVSTVENA PROCJENA ZDRAVSTVENIH POTREBA STANOVNIŠTVA STARIJE DOBI U GRADU ZAGREBU NA TEMELJU KORIŠTENJA OBITELJSKE MEDICINE U 2015. GODINI,

POLIĆ-VIŽINTIN M¹, Marić Bajs M¹, Šostar Z¹, Racz A², Knez K²

¹Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

²Zdravstveno veleučilište, Zagreb, Hrvatska

marina.polic-vizintin@stampar.hr

Ključne riječi: starenje, smrtnost, pobol, zdravstvene potrebe

Opis problema: Starenje stanovništva utječe na tip pobola i razloge zbog kojih se traži liječnička pomoć. Cilj rada je analizom zdravstvenih indikatora procijeniti zdravstveno stanje i potrebe starijeg stanovništva.

Metode rada: Podaci o pobolu i pregledima registriranim u obiteljskoj medicini te varijacije u stopi mortaliteta (1971-2014) u odnosu na dob i uzroke, analiziraju se epidemiološkom metodom.

Rezultati rada s raspravom: Tijekom 2015. godine primarnu zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini koristilo je 79% osiguranika uz prosječno 7,7 posjeta po osiguraniku. Najveći indeks korištenja bio je iznad 65 godina starosti (88,1 %) uz 14,3 izvršena posjeta po osiguraniku. Iako je udio kućnih posjeta u ukupnim posjetima manji od 1%, značajno je veći kod starijih osiguranika (17/100) u odnosu na ukupno sve osiguranike (5/100).

Kod starijih ljudi hipertenzivne bolesti su na prvom mjestu razloga korištenja obiteljske medicine, s tim da je stopa obolijevanja na 100 osiguranika starijih od 65 značajno viša u odnosu na ostale osiguranike (27 vs.10,3). Bolesti intervertebralnih diskova i ostale dorzopatije druge su po redosljedu u istoj dobnoj skupini (13,7), dijabetes melitus na trećem (10,7), druge srčane bolesti na četvrtom (10,1), a akutne respiratorne infekcije na petom mjestu (9,1).

Hipertenzivne bolesti su značajno više zastupljene u starijoj populaciji u odnosu na ostale starosne skupine ($c^2=27,3$; $p<0,05$), kao i bolesti intervertebralnih diskova i ostalih dorzopatija ($c^2=13,43$; $p<0,05$).

Dvije najznačajnije skupine uzroka smrti, cirkulacijske bolesti i neoplazme, bilježe u Zagrebu od 1971. do 2014. godine stalan rast (cirkulacijske bolesti 26,4%; neoplazme 83,9%). Najveći rast bilježe endokrine bolesti unutar kojih dominira dijabetes (159%).

Zaključak: Osiguranici u dobi 65 i više godina značajno više koriste mjere zdravstvene zaštite u obiteljskoj medicini nego osiguranici mlađih dobnih skupina. Starenje stanovništva reflektira se porastom stope ukupnog mortaliteta te padom standardiziranog mortaliteta po dobnim skupinama. To se može objasniti boljim životnim i zdravstvenim uvjetima što smanjuje vjerojatnost smrtnog ishoda, te produljuje očekivano trajanje života za oba spola.

U promatranom razdoblju u porastu je mortalitet uzrokovan cirkulacijskim i malignim bolestima, duševnim poremećajima te endokrinim bolestima što u kontekstu starenja populacije upućuje na potrebu za intenzivnijim fokusiranjem javnozdravstvenog interesa ka prevenciji kroničnih bolesti te smanjenju dizabiliteta.

188. ORALNA PROTETSKA REHABILITACIJA U RANIJOJ STAROSTI

MAVER BIŠĆANIN M, Pažin B, Štefančić S, Klaić B

Stomatološka poliklinika Zagreb, Zagreb, Hrvatska

mmaver@spz.hr

Ključne riječi: oralna rehabilitacija, abrazija, ranija starost

Oralna rehabilitacija predstavlja veliki izazov za specijaliste stomatološke protetike, a posebice u trećoj životnoj dobi. Stomatološki pacijenti imaju specifične potrebe u različitim fazama života i u različitoj dobi. U starijoj životnoj dobi godine i bolesti mekih i tvrdih zubnih tkiva učinili su svoje: velik je broj izgubljenih zuba, a preostali zubi najčešće nisu u najboljem stanju, postojeći protetski radovi su neadekvatni jer nisu pravodobno zamijenjeni novima (1).

Pacijentica u dobi od 69 godina javlja se u Stomatološku polikliniku Zagreb, nezadovoljna izgledom i funkcijom svojih zuba, te sa željom da se oralno rehabilitira u skladu sa svojim financijskim mogućnostima. Kliničkim pregledom i analizom ortopantomograma dijagnosticirana je abrazija kojom su u većoj ili manjoj mjeri zahvaćeni svi zubi te posljedično snižena vertikalna dimenzija zagriža. Također, zubi 14 i 46 nisu adekvatno endodontski liječeni te je pacijentica upućena na reviziju punjenja, kao i endodontsko liječenje zuba 12, 11, 22, 24, 32. Nakon završenog endodontskog liječenja i parodontološke obrade pristupilo se protetskom zbrinjavanju pacijentice. Gingiva koja je hipertrofirala preko abradiranih zuba odstranjena je uz pomoć diodnog lasera, kako bi se moglo pristupiti izradi individualnih lijevanih nadogradnji u gornjoj čeljusti. Nakon modeliranja iz Palavit G autopolimerizirajućeg akrilata, nadogradnje su izliveno iz paladij-srebrne legure te su cementirane stakleno-ionomernim cementom. U donjoj čeljusti zub 32 opskrbljen je FRC postec kompozitnim kolčićem. Nakon završene protetske rehabilitacije pacijentica je opskrbljena semicirkularnim fasetiranim mostom u gornjoj čeljusti, te mostom u kombinaciji s metalnom djelomičnom protezom retiniranom kvačicama u donjoj čeljusti. Kako bi pacijentici postupno podizali visinu zagriža, prvo je izrađen most u gornjoj čeljusti te je izrađena udlaga koju je pacijentica nosila tijekom 3 mjeseca. Možemo zaključiti da u trećoj životnoj dobi najčešće nalazimo situaciju koja zahtijeva sveobuhvatnu sanaciju, kako u funkcijskom tako i u estetskom smislu. Narušena funkcija stomatognatog sustava često se mora rehabilitirati kombiniranim protetskim radovima koji se sastoje od fiksnih i mobilnih stomatoloških pomagala. Pomno isplanirani i pravilno izvedeni protetski nadomjestci moraju imati zaštitnu i preventivnu ulogu u očuvanju zdravlja svih dijelova stomatognatnog sustava, a u cilju uspostavljanja ravnoteže okluzijskih odnosa i artikulacijskih kretanja, kao i harmonije lica(2).

189. INFORMIRANOST NOSITELJA POTPUNIH PROTEZA O DENTALNIM IMPLANTATIMA

KRANJČIĆ J, Komar D, Čelebić A, Peršić S, Vojvodić D

Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

kranjcic@sfzg.hr

Ključne riječi: dentalni implantati, implantoprotetika, proteze, resorpcija, starija dob

Uvod: Napredovanjem procesa resorpcije alveolarnoga grebena smanjuje se točnost prilijeganja potpunih proteza njihovu ležištu, što pak neposredno utječe na stabilizaciju i retenciju (time i na funkciju) zubnih proteza. Kod izrazito resorbiranih alveolarnih grebena ekstremna pomičnost proteza neutralizira se ugradnjom dentalnih implantata što onda pozitivno utječe na funkcionalnost proteza, ali i na zadovoljstvo pacijenata protezama. Stoga je svrha istraživanja bila ispitati informiranost nositelja proteza starije životne dobi o mogućnostima implanto-protetske terapije.

Metode: Ispitivani uzorak činio je 301 ispitanik – nositelj potpune proteze u dobi od 38 do 99 godina starosti. Istraživanje je provedeno u domovima za starije i nemoćne osobe. Osim što su odgovarali na pitanja o osobnim podacima (dob, spol, mjesto stanovanja, stupanj obrazovanja), odgovorili su i na 12 pitanja na temelju kojih se procijenila informiranost ispitanika o implanto-protetskoj terapiji. Statistička analiza podataka provedena je na razini značajnosti od $p<0,05$.

Rezultati: U skupini ispitanika starijih od 65 godina statistički je značajno više onih koji nisu čuli za pojam dentalnih implantata niti za mogućnost pričvršćenja potpune proteze implantatima za razliku od mlađih ispitanika ($p<0,05$). Bez obzira na stupanj obrazovanja i veličinu mjesta stanovanja, većini ispitanika (70,7%) postupak ugradnje dentalnih implantata nije jasan. Dio ispitanika starijih od 65 godina pogrešno smatra kako ugradnja implantata zahtijeva opću anesteziju i bolničko liječenje ($p<0,05$). Visoko obrazovani ispitanici manje se boje postupka ugradnje implantata te znaju kako se taj zahvat obavlja u lokalnoj anesteziji. Strah od postupka ugradnje dentalnih implantata u statistički značajno većem broju pokazale su žene ($p<0,05$).

Zaključak: Među starijim ispitanicima, ispitanicima s manjim stupnjem obrazovanja i onima koji potječu iz manjih mjesta stanovanja veći je broj neinformiranih o mogućnostima implanto-protetske terapije. Stoga postoji potreba za edukacijom odnosno adekvatnim informiranjem pacijenata o dentalnim implantatima pri čemu bi stomatolozi trebali imati vodeću ulogu, a potom i informiranje putem tiskanih letaka i elektroničkih medija.

190. OBAVEZNI PREGLED I SANACIJA USNE ŠUPLJINE U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

KULIŠ D, Klaić B, Klemenčić M, Forto S, Pažin B

Stomatološka poliklinika Zagreb, Zagreb, Hrvatska

dunjakulis@gmail.com

Ključne riječi: pilot projekt, pregledi usne šupljine, edukacija, prevencija, sanacija

Djelatnici Stomatološke poliklinike Zagreb već pet godina provode projekt „Oralno zdravlje treće životne dobi“. Kroz prikupljene podatke uočena je potreba za stomatološkom sanacijom kod velikog broja ispitanika. Konačni cilj je provedba sanacije svih korisnika. Sanaciju treba provoditi gerontostomatološki tim kojeg čini: gerontostomatolog, gerontostomatološka sestra (medicinska

sestra) i dentalni tehničar. Gerontostomatološki tim bi mogao biti ujedno i pokretni gerontostomatološki tim koji bi bio na raspolaganju korisnicima za sve vidove stomatoloških usluga od prevencije do sanacije.

Pilot projektom „Obavezni pregled usne šupljine u starijoj životnoj dobi“ želimo vidjeti da li se nakon pregleda usne šupljine provodi sanacija. To ćemo uvidjeti kontrolnim pregledom koji ćemo provesti šest mjeseci nakon prvog pregleda.

Metode: Plan provedbe pilot projekta:

1. Prvi pregled usne šupljine korisnika s ispunjenim zdravstvenim upitnikom
2. Prijedlog daljnje sanacije
3. Edukacija tijekom pregleda s dijeljenjem Brošura o oralnom zdravlju
4. Savjetovalište u Stomatološkoj poliklinici Zagreb, bez uputnice

5. Kontrolni pregled usne šupljine nakon šest mjeseci svakog ispitanika s evidencijom provedene sanacije (ako je potrebno i dokumentacijom - povijesti bolesti)

6. Izvještaj o kontrolnim stomatološkim pregledima

Izrada brošura, zdravstvenog upitnika i formulara za savjetovalište. Rad savjetovališta: Pregled svakog petka bez uputnice (narudžba telefonom). Besplatno savjetovalište obuhvaća: 1. Edukaciju o oralnom zdravlju i njegovim specifičnostima u starijoj životnoj dobi, 2. Stomatološki pregled, 3. Upućivanje pacijenta u daljnju sanaciju.

Rezultat: Provedba projekta je u tijeku. Kontrolnim pregledom za šest mjeseci ćemo uvidjeti rezultate sanacije u usnoj šupljini te moći zaključiti učinkovitost pilot projekta.

Zaključak: Pilot projektom želimo ukazati na važnost stomatoloških pregleda i sanacije. Korisnici domova za starije i nemoćne osobe uglavnom imaju svoje primarne stomatologe za koje se opredjeljuju, međutim oni se sporadično javljaju na preglede kad imaju određene tegobe. U Domovima za starije i nemoćne osobe obavezni i kontrolni stomatološki pregledi trebaju se provoditi zbog specifičnosti narušenog zdravlja u starijoj dobi koje utječe na njihovo oralno zdravlje, bilo kao uzrok ili posljedica.

191. MODERNA ENDODONCIJA U TREĆOJ ŽIVOTNOJ DOBI

PAŽIN B, Klaić B, Klemenčić M, Kuliš D, Maver Bišćanin M, Domić T

Stomatološka poliklinika Zagreb, Zagreb, Hrvatska

bpazzin@gmail.com

Ključne riječi: moderna endodoncija, gerijatrijska endodoncija, specifičnosti, prevencija, terapija

Endodoncija je grana stomatologije koja se bavi dijagnostikom i liječenjem patoloških procesa endodontskog prostora. Endodontska terapija obuhvaća više postupaka koji omogućuju adekvatno kemomehaničko čišćenje i trodimenzionalno punjenje prostora korijenskog kanala. Tim postupcima se sprječava nastanak periapikalne lezije ili ako već postoji lezija, njezino cijeljenje.

Gerijatrijska endodoncija se bavi specifičnostima endodontske terapije u trećoj životnoj dobi. Naglasak mora biti primarno na prevenciji, a ukoliko dođe do potrebe za endodontskim zahvatom, na adekvatnoj dijagnostici i terapiji.

U starijoj dobi dolazi do regresivnih promjena koje uključuju smanjenje pulpne komorice i korijenskih kanala zbog odlaganja sekundarnog i tercijarnog dentina kao i smanjenje regenerativnog potencijala pulpno-dentinskog kompleksa. Te promjene klinički otežavaju pronalaženje ulaza u korijenske kanale i testiranje vitaliteta pulpe. Cijeljenje periapikalne lezije nakon završetka endodontske terapije je

također usporeno. Komunikacija s pacijentom je otežana, a medicinska anamneza može dodatno ograničiti stomatološki tretman.

Endodontska terapija predstavlja financijski prihvatljiv i predvidljiv način očuvanja zuba, s tim da bi fokus trebao biti na prevenciji gubitka zubi odnosno očuvanju harmoničnog zubnog niza cijeli život čime se uvelike poboljšava kvaliteta života posebno u starijoj dobi.

192. KARCINOM SKVAMOZNIH STANICA USNE ŠUPLJINE IZAZVAN IRITACIJOM DENTALNE PROTEZE U STARIJEG PACIJENTA-PRIKAZ SLUČAJA

BLAŽIĆ POTOČKI Z, Šepić Matanović B, Molnar M

Stomatološka poliklinika Zagreb, Zagreb, Hrvatska

mikica.sepic@gmail.com

Ključne riječi: denture irritation OSCC

Karcinomi skvamoznih stanica usne šupljine predstavljaju 2 do 5% svih karcinoma, te su jedni od deset najčešćih karcinoma. Osim faktora rizika za pojavu ove vrste karcinoma već objavljenih u literaturi, pušenje i učestala konzumacija alkohola, pojavljuju se i drugi faktori rizika, kao što je kronična trauma oralne mukoze.

Može li se kronična trauma oralne mukoze stvarno smatrati faktorom rizika u nastanku oralnog karcinoma? U usnoj šupljini karcinomi se najčešće nalaze na mjestima kronične iritacije, naročito u nepušača i osoba koje ne konzumiraju alkohol.

Hipoteza o kroničnoj fizičkoj iritaciji oralne mukoze i oralnom karcinomu, mora se uzeti u obzir pri planiranju, a naročito pri dentalnim postupcima u starijoj populaciji. Prikaz slučaja

Pacijent, žena stara 73 godine, javila se u ordinaciju oralne medicine zbog bolova i stezanja u donjoj čeljusti pri nošenju donje parcijalne proteze-DPP. Kliničkim pregledom uočava se ulcerirana indurirana masa, veličine 3x2 cm, u kojoj je bila vidljiva impresija ruba DPP. Pacijent se nekoliko puta u posljednjih tri mjeseca žalila nadležnom stomatologu, pri čemu su načinjene prilagodbe proteze.

Započeli smo liječenje lokalnom antiupalnom terapijom, lokalno iniciranim kortikosteridima, uz zabranu nošenja DPP, ali lezija nije regredirala.

Načinjena je biopsija i uzorak poslan na phd analizu, koja je pokazala da se radi o početnom karcinomu skvamoznih stanica.

Pacijent je upućen na maksilofacijalnu kirurgiju, na nastavak liječenja.

Neadaptirane dentalne proteze česti su uzrok kroničnih iritacija usne šupljine i na takve lezije trebamo obratiti posebnu pažnju u starijoj populaciji.

193. PACIJENTI TREĆE ŽIVOTNE DOBI U ORDINACIJI ORALNE MEDICINE STOMATOLOŠKE POLIKLINIKE ZAGREB

ŠEPIĆ MATANOVIĆ BM, Blažić Potočki Z, Molnar M

Stomatološka poliklinika Zagreb, Zagreb, Hrvatskoj

mikica.sepic@gmail.com

Ključne riječi: treća životna dob oralne bolesti

Podatci o oralnom zdravlju pacijenata treće životne dobi (TŽD) ukazuju na zabrinjavajuću situaciju s povećanom prevalencijom karijesa, parodontnih i oralnih bolesti i simptoma.

Starenjem organizma nastaju specifične promjene u ustima pacijenta, Mijenjaju se navike oralne higijene, kvantiteta i kvaliteta sline, te se uz mnogobrojne lijekove koje pacijenti konzumiraju mijenja i odgovor oralne sluznice.

Cilj nam je prikazati oralne bolesti i simptome kod pacijenta TŽD, koji su liječeni u ordinaciji oralne medicine u toku šest mjeseci 2016. godine.

54 pacijenta, dobi od 65 do 92. godine starosti, 34 žene i 20 muškaraca, obrađeni su kroz šest mjeseci rada ambulante oralne medicine, Stomatološke poliklinike Zagreb. Dijagnosticirani su i liječeni oralni simptomi, kronične autoimune bolesti, poremećaji keratinizacije oralnog epitela, akutne infektivne bolesti, alergije i karcinomi usne šupljine.

24,5% pacijenata bolovalo je od kroničnih autoimunih bolesti, od toga 84% zauzimao je oralni lichen planus, a 16% sistemni lupus erythematosus.

Kod 5,6% pacijenata dijagnosticirana je leukoplakia oralne sluznice, a 16,9% pokazivalo je upalne promjene pod proteznom bazom totalne ili parcijane zubne proteze.

7,5% imalo je akutnu Herpes simplex, a 1,8% Herpes zoster infekciju.

Kod 3,6% pacijenata dijagnosticirana je alergijska reakcija na oralnoj sluznici, a kod 5,6% karcinom oralne sluznice. Oralni simptomi su dijagnosticirani kod 33,9% pacijenata i to: stomatopiroza kod 13,2% a xerostomia u 20,7%. Pacijenti starije populacije, u budućnosti će predstavljati sve veći udio u ukupnom broju pacijenata, te je potrebno spoznati i uočiti oralne bolesti i simptome karakteristične za tu populaciju, a sve u cilju boljeg liječenja i prevencije oralnih bolesti u osoba treće životne dobi

194. COMPLEMENTARY MEDICAL APPROACH IN THE THERAPY OF DISORDERS OF LOCOMOTOR SYSTEM AT/OF PEOPLE IN MARKOV HOTEL MURTER/NADO CENTER MURTER

MARKOV A¹, Jezerac I¹, Nikšić BN², Krapac L²

¹Hotel Murter-Nado Centar Murter, Murter, Hrvatska

²Poliklinika Nado, Zagreb, Hrvatska

info@info-hotel.eu

Keywords: Complementary medicine, Spine lifting, Quality of life

The size of the problem regarding disorders of the locomotor system are actualized mostly at/with people during vacation in summertime. Particularly, the reason for that is in the old age and degeneration of dynamic vertebral segments. Degenerative changes of joints are also a consequence of an overweighing musculo-ligamental structure during seasonal work and/or recreation by sport. With this study, we included Hotel Murter and Nado Polyclinic in Murter complementary medical-recreational facilities and realize a spine-lifting program for old people (particularly, domicil inhabitants of the Murter Island and surrounding cities, but also for tourists.

Methods of work: After examination by specialists of rheumatology, an insight into earlier medical records (the importance of comorbidity!) measure of height, weight, BMI, waist size, dynamometry of hands, measurements of degrees of pain (on the AVS) and measurements of the movement of the cervical and/or lumbar spine, we proceeded to conduct a therapy by standardized decompressed traction of spine by programming instrumental equipment. Using those methods, we lead to a vacuum in a vertebral disc and creation of reposition of herniated disc. In braditropic tissue of anulus fibrosus, we wanted to accelerate reparatory processes. Using magnetotherapy of little joints of the spine, we refreshed a metabolic process, not only of cartilagic elements, but also of ligamental-muscular structure.

Results and discussion: At the beginning of work, Markov Hotel 2016 with an accompanying polyclinic with a trated 98 patients.65 of these were older than 65 years. We mostly treated patients with pain syndromes of spine (90%), cervical (30%) and lumbar (70%) but also with degenerative changes of joints (7%), while the least amount accounted to rare inflammatory rheumatic diseases (RA, ASP, sclerodermy, extraarticular rheumatism. We discussed the utility of introducing peloidotherapy, hydrotherapy, aromatherapy and balneorehabilitation as non-agressive, efficient and affordable complementary methods of improving health of old people. Regarding the level of improving of quality of life, we used self-fulfilment of Owersty questionnaire at the beginning and the end of this complementary therapy.

195. ANALIZA SLUČAJEVA HOSPITALIZACIJA OSIGURANIH OSOBA STARIJIH OD 65 GODINA U 2015. GODINI

VAJAGIĆ M, Cesarec A, Meštrović Špoljar J

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Zagreb, Hrvatska

maja.vajagic@hzzo.hr

Ključne riječi: osigurane osobe, stariji od 65 godina, hospitalizacije, DTS, MKB-10

Cilj: Analiza slučajeva hospitalizacija osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) u smislu najčešćih DTS kategorija, te MKB-10 dijagnoza daje uvid u razloge hospitalizacija i troškove bolničkog liječenja osoba starijih od 65 godina.

Materijali i metode: Analizirani su podaci o hospitalizacijama iz baze računa Zavoda za akutne hospitalizacije koje se plaćaju osnovom sustava dijagnostičko – terapijskih skupina (DTS). Na analiziranim računima provedena je analiza dobi, te DTS skupine i glavne dijagnoze slučaja liječenja (evidentira se putem MKB-10 šifre dijagnoze). Rezultati su prikazani za osobe starije od 65 godina, zbirno, odnosno prema dobnim skupinama 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 i 85+.

Rezultati: Od ukupnog broja slučajeva akutnih bolničkih liječenja na teret obveznog zdravstvenog osiguranja u 2015. godini, a kojih je bilo 572.224, 36.64% hospitalizacija odnosilo se na osobe starije od 65 godina. Promatrajući ukupan broj stanovnika u 2015. godini, u dobnoj skupini do 65 godina za oba spola hospitalizirano je samo oko 10%, dok je u dobnoj skupini starijih od 65 godina hospitalizirano oko 28% osoba, s time da udio broja hospitalizacija raste s porastom dobi te u skupini starijih od 85 godina iznosi čak 42%. Najveći broj slučajeva bolničkog liječenja i najveći

financijski iznos odnosi se na skupine Bolesti cirkulacijskog sustava (I00-I99) i potom Maligne bolesti (C00-C99) i te dvije skupine iznose 38,4% ukupnog broja hospitalizacija osoba starijih od 65 godina. Što se tiče najučestalijih DTS skupina, najveći broj slučajeva odnosi se na operacije na leći te iza toga infekcije/upale dišnog sustava s teškim komplikacijama i potom poremećaj cirkulacije bez akutnog infarkta miokarda. Vezano za financijsko opterećenje sustava, na prvom je mjestu skupina traheostomija/ventilacija duža od 96 sati koja se odnosi na najteže slučajeve hospitalizacija vezane uz intenzivno liječenje, a potom zamjena kuka. Također, najčešći uzroci hospitalizacija prikazani su po dobnim skupinama 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 i 85+ jer se isti razlikuju s porastom dobi.

Zaključak: Prikazom hospitalizacija osiguranih osoba starijih od 65 godina očekivano su najčešći uzroci hospitalizacija i najveće financijsko opterećenje zdravstvenog sustava bolesti cirkulacijskog sustava i maligne bolesti na koje se može utjecati preventivnim aktivnostima.

196. GERONTOTEHNOLOGIJA

DLESK BOŽIĆ J, Dajak L, Vlašić A

Dom za starije osobe Maksimir, Zagreb, Hrvatska

dom.maksimir@dom-maksimir.hr

Ključne riječi: gerontotehnologija, asistivna tehnologija, ICT, starenje, perspektiva

Gerontotehnologija

Demografsko starenje jedno je od najvećih javnozdravstvenih dostignuća suvremenog života, ali i velik socijalni, ekonomski i zdravstveni izazov. S dugotrajnim procesom starenja suočava se i stanovništvo Hrvatske- u 2011.g. indeks starenja iznosio je 115,0%, a koeficijent starosti 24,1%. Do 2020.g. predviđa se da će broj osoba starijih od 65 godina porasti za 13,6%, a od 80 za 35,2%.

Nedvojbeno je kako starije osobe troše više zdravstvenih usluga per capita od bilo koje druge dobne skupine. Osobe starije od 60 godina sudjelovale su s oko 44% od ukupnog broja hospitalizacija 2010.g., dok su ukupni troškovi bolničkog liječenja iznosili 3,2 mlrd. kuna (39,5% ukupnih troškova bolničkog liječenja).

Do sada je detaljno analizirana negativna problematika starenja s procjenom dugoročnih posljedica na socijalno-demografski i ekonomski razvoj društva, a krajnje je vrijeme da se usmjerimo na istraživanje potencijala starenja i njegova korištenja na nov, kreativan i ekonomski učinkovit način. Starijim osobama potrebno je omogućiti kvalitetan i dostojanstven život, a društvu nužne pozitivne promjene u stavovima i politikama na području starenja. Upravo to nam omogućuje gerontotehnologija.

Gerontotehnologija podupire “win/win/win” koncept, definiran europskim strategijama, jer doprinosi pozitivnom razvoju pojedinca, društva i ekonomije sa zajedničkim ciljem socijalnog blagostanja i dobrobiti osoba starije životne dobi.

Mišljenja smo da je skrb za starije osobe potrebno modernizirati uvođenjem uređaja, servisa i usluga gerontotehnologije. ICT je potrebno:

- Učiniti financijski pristupačnim (osnivanje posudionice ICT pomagala i uređaja)

- Adaptirati ga potrebama i mogućnostima starijih osoba u našoj okolini i kulturi (razvoj uloge „Social digital officer“ – kao potrebnu vezu između ICT industrije i usluga socijalne skrbi).

Perspektiva inovativnih socijalnih usluga za starije primjenom ICT-a podrazumijeva ulaganje u ljudske i tehnološke resurse, a pozitivne značajke korištenja gerontotehnologije su multidisciplinarni i višestruki:

197. STAROST NIJE BOLEST

RADOVANČEVIĆ LJ¹, Lecher-Švarc V²

¹Udruga za zaštitu prava pacijenata, Zagreb, Hrvatska

²Specijalistička psihijatrijska ordinacija, Zaprešić, Hrvatska

vesna.lecher-svarc@zg.t-com.hr

Ključne riječi: starost, bolest, dugovječnost

Starost je završna faza skoro svakog normalnog života u prirodi – fauni i flori. Ako genetska predispozicija dozvoljava, a zdravlje se tokom života čuvalo koliko god se moglo pa su izbjegnuta oštećenja zdravlja, mnogi pojedinci doživljavaju i dublju starost. Kronološka i kalendarska dob nije korespondentna biološkoj i mentalnoj dobi. Održavanje životnog optimuma, pozitivna hereditarna predodređenja, minimalna opterećenja, duševna homeostaza tokom života, harmonični laborarni, obiteljski, maritalni i općenito zdravo proveden životni vijek jamči duži period senescencije, lišen težih, smrtonosnih bolesti. Svi bi željeli duže živjeti, ali ne biti stari, a malo ih se nakon osviještenja učenjem i spoznajama još u djetinjstvu počnu brinuti o očuvanju zdravlja na vrijeme, shvaćajući savjete medicinske prevencije i općenito mudroslovlja, izraženog u poslovicama narodnog genija: kad bi mladost znala, kad bi starost mogla, ect., ect. Ako je nađen smisao života, adekvatno sposobnostima, dobro izabrana profesionalna vokacija i dedikacija, skladni maritalni odnosi a optimalno izabranim partnerom-icom, kao i mnoge druge socijalne i zdravstvene relacije, realizirani i srećom ispunjeni uvjeti, garantiraju ugodnu finalnu fazu starosti. Tanatofobije i morbofobije nema u osoba koje su za vremena brinule o sebi, drugim bliskim osobama, a i zajednici, dok su im okolnosti to sve dozvoljavale. Smrt se posebno ne očekuje, nego sama dolazi, a kronični suicidanti: pušači, alkoholičari, narkomani ju ne/svjesno dozivaju te rade na sebi da im što prije dođe. Smrt je normalan neminovni kraj perioda starosti, a zbog bolesti je nenormalan, iako također prirodan, uzrokovan bolešću. Smrt se dogodi kao zaspivanje nakon ugodno provedenog dana. Bolest – morbus je per definitionem poremećaj ili nedostatak, odsutnost zdravlja pojedinca ili stanovništva. Dugovječnost je i nasljedna osobina. U nekim obiteljima i u nekim sredinama ima više dugovječnih ljudi.

198. ČOVJEKOV ŽIVOTNI VIJEK KAO SLUČAJNOST I IZVJESNOST

MOMČILOVIĆ B¹, Prejac J², Višnjević V¹, Mimica N³

¹Institut za istraživanje i razvoj održivih eko sustava, Zagreb, Hrvatska

²Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

³Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, Hrvatska

berislav.momcilovic@gmail.com

Ključne riječi: čovjek, životni vijek, particetle, Hrvatska

U ovome prospektivnom i opservacijskom istraživanju promatrali smo dužinu životnog vijeka Hrvatica i Hrvata primjenom metode analize derivata medijana. Tijekom mjesec dana sakupili smo uzorak od 813 particetli objavljenih u javnim medijima (447 muškaraca i 366 žena) u kojih je medijan dužine životnog vijeka bio 75 godina za muškarce i 81 godina za žene. Nakon dobi od 60 godina za muškarce i 65 godina za žene, stopa kumulativne smrtnosti uzima svoj konačni oblik koji odgovara linearnoj eksponencijalnoj funkciji (σ $r_2=0,99$; σ $r_2=0,98$). Dužina životnog vijeka je slučajna individualna karakteristika svakoga ljudskog bića, uz izvjesnost kako će se bilo čija životna priča završiti. Administrativno određivanje granica ljudskih sposobnosti temeljem kronološke dobi je proizvoljni socijalno-politički artefakt, jer u obzir ne uzima probabilističku osnovu čovjekove individualne varijabilnosti.

199. RAZMATRANJA O ODNOSIMA BOLESTI I PROCESA STARENJA

LECHER-ŠVARC V¹, Radovančević LJ²

¹Specijalistička psihijatrijska ordinacija, Zaprešić, Hrvatska

²Udruga za zaštitu prava pacijenata, Zagreb, Hrvatska

vesna.lecher-svarc@zg.t-com.hr

Ključne riječi: bolest, starenje, smrt

Autori nastoje analizirati i komentirati antičku tvrdnju senectus non est morbus, dokazujući njezinu točnost putem sveopćeg iskustva da je starost fiziološki proces nezavisan od (psih)patologije. Polazeći od materijalističko-dijalektičkih filozovskih postavki da je život nastao iz anorganskog te da se živa bića vraćaju u tvar nakon smrti, koja ne mora biti uzrokovana nekim entitetom bolesti ili drastičnijeg poremećaja. Spominje se relacija između starosne dobi i oboljevanja i uzročnosti letalnog egzistusa. Postoje heteroanamnestički post mortem podaci, a osobito u senijumu da ljudi nisu bolovali od neke smrtonosne bolesti u starosti, kao i obdukcijски dokazi, koji su to materijalno objektivno potvrđivali. Očuvanje zdravlja kroz cijeli život, od djetinjstva, izbjegavanje, htijući – nehtijući patogene nokse, odavanje ovisnostima – nikotinizmu, potusu, narkomaniji, kao i pretilosti, umjerena fizička aktivnost, uopće pridržavajući se postulata meden agan – ničega previše – doprinosi zdravoj trećoj i završnoj životnoj dobi. Neminovni tok života sve do senescencije, uz koliko god je to uopće moguće – poštedu oboljevanja, garantira životnu zdraviju starost. Ipak velika većina ljudi umire od neke bolesti ili poremećaja u poodmakloj dobi, što nedvosmisleno pokazuje statističke informacije s morbiditetom na vrhu liste: kardiovaskularne bolesti i karcinomi te plućne bolesti. Autori plediraju za preventivne aktivnosti gravidnih majki od prenatalne dobi djeteta pa tokom cijelog života, da bi se dokazala tvrdnja da starost nije bolest. Kako je Jovan Dučić u „Blago cara Radovana“ rekao: „neko ostari kao zlato i mramor, a neko ostari kao cipela“... To znači, govoreći metaforično, da ni „zlato ni mramor“ pa ni cipela, ne moraju biti bolesni. Autori veliki dio ovog rada posvećuju definiciji i pojmu bolesti.

200. HODOGRAM NAJSLOŽENIJIH POSLOVA I ZADAĆA GERONTOLOŠKO JAVNOZDRAVSTVENE DJELATNOSTI REFERENTNOG CENTRA MZ RH ZA ZAŠTITU ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA

KOLARIĆ B, Tomek - Roksandić S, Šostar Z, Perko G, Benjak T, Predavec S, Katalinić – Janković V, Ljubičić M, Stavljenić – Rukavina A, Mravak S, Tomasović Mrčela N, Lukić M, Maltarić M, Sajko D, Meštrić S, Lovrić K

Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

branko.kolaric@stampar.hr

Ključne riječi: gerontologija, četiri područja djelatnosti, interdisciplinarna znanost, razvoj

Gerontologija – (geron grč. = starac; logos grč. = riječ, znanost) interdisciplinarna znanost o procesima starenja, uključujući biološke, fiziološke, psihološke, kognitivne i socijalne aspekte starenja. Termin je prvi puta 1903. godine upotrijebio Elie Metchnikoff s Pasteurovog instituta u Parizu u „Biološkoj studiji starenja“. Hrvatski akademik Franjo Kogoj objavio je 1958. godine u Zagrebu knjigu „Simposion o gerontologiji“. Gerontologija je uža specijalnost specijalizacije javnog zdravstva i znanstvena disciplina koja proučava starenje u najširem smislu tj. njegove kliničke, biološke, ekonomske, socijalne i psihološke aspekte. Paralelno sa svjetskim i europskim trendovima razvoja gerontologije kao interdisciplinarne djelatnosti u Hrvatskoj se također gerontologija razvija uvodeći u svoje područje djelatnosti nove odjele sa odsjecima. Organigram Službe za javnozdravstvenu gerontologiju čine sljedećih tri odjela s odsjecima:

1. Odjel za zdravstvenu gerontologiju – Referentni centar Ministarstva zdravstva za zaštitu zdravlja starijih osoba unutar kojeg se nalazi četiri Odsjeka: Odsjek za Registar zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih osoba, Odsjek za Podregistar dugovječnih od 95-99 godina i stogodišnjaka, Odsjek za gerijatrijsku zdravstvenu njegu i Podregistarstar kategorijskog postupnika 4 stupnja gerijatrijske zdravstvene njege i kvalitete u domovima za starije, Odsjek za gero-profilaksu, primarne, sekundarne, tercijarne i kvartarne prevencije starijih i promociju aktivnog i zdravog starenja;

2. Odjel za socioekonomske i gerontotehnoške inovacijske programe unutar kojeg se nalazi tri Odsjeka: Odsjek za evaluaciju ishoda liječenja i gerijatrijsku zdravstvenu potrošnju implementacijom GeroSa/CEZIH-a, Odsjek za gerontološko javnozdravstveni menadžment, Odsjek za gerontonutricionizam;

3. Odjel za zaštitu mentalnog zdravlja starijih osoba unutar kojeg se nalazi jedan Odsjek: Odsjek za Alzheimerovu bolest i druge demencije.

Kroz svoje područja djelatnosti Referentni centar Ministarstva zdravstva za zaštitu zdravlja starijih osoba- Služba za javnozdravstvenu gerontologiju, Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar obavlja najsloženije poslove i zadaće.

Obuhvaća redovita četiri područja:

1. Prati, proučava, evaluira, planira, projekcija, te izvješćuje o zdravstvenim potrebama i funkcionalnoj sposobnosti starijih osoba u ranijoj (65 – 74. g.), srednjoj (75-84. g.) i dubokoj starosti (85. i više g.); Projekt GeroS / CEZIH za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerontoloških i gerijatrijskih osigurnika vođenjem Registra s Podregistrom stogodišnjaka i Podregistrom oboljelih od Alzheimerove bolesti i drugih demencija;

2. Koordinacija, stručno - metodološka pomoć, instruktaza, edukacija i reedukacija provoditelja / suprovoditelja zaštite zdravlja i zdravstvene zaštite starijih u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi za starije; trajna edukacija iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege putem gerontoloških tribina, gerontoloških tečajeva, škola, radionica, stvaraonica, kongresa i simpozija interdisciplinarnim gerontološkim pristupom;

3. Izradba, evaluacija, planiranje, predlaganje Programa / normi zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih i Programa osnovnih geroprofilaktičnih mjera primarne, sekundarne, tercijarne i kvartarne prevencije sa vodičem uputa za aktivno zdravo i produktivno starenje te izradba gerontološko - javnozdravstvenih normi i smjernica;

4. Znanstveno – istraživačka i publicistička gerontološko - javnozdravstvena djelatnost.

Razvoj Službe za javnozdravstvenu gerontologiju, Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ koji je ujedno i zahtjeva svakodnevni razvoj. Hrvatska je već odavno država starije populacije čiji udio iz godine u godinu raste i sukladno tome se povećava broj novih djelatnosti i usluga usmjerenih prema starijim osobama.

Kazalo autora
(broj uz ime autora odnosi se na broj stranice objave sažetka)

Authors' Index
(Numbers by authors' names related to abstract page numbers)

A		C	
Akrap A	88	Cerovečki-Nekić V	44, 60
Andrić A	75	Cesarec A	156
Apostolovski D	114	Cetinić I	143
B		Cola C	147
Bagarić Krakan L	115	Č	
Bago M	78	Čelan D	83
Bajs Marić M	138	Čelebić A	109, 153
Balagović I	81, 82	Čikeš N	26
Balenović A	17, 43, 101, 134	Čukelj P	84
Balorda A	113	Čulig J	38, 78, 130
Balorda Lj	113	Ć	
Banov K	98	Ćakić Kuhar S	107
Barić D	22	Ćatić M	63
Baričev Novaković Z	121	Ćatović Ad	34, 36
Barić N	58	Ćatović Di	126, 127
Baršić N	121	Ćatović Dža	126, 127
Bartoloni L	147	Ćosić Dukić J	107
Basile R	147	Ćoso B	128
Bastalić R	62, 63	Ćurić S	54, 62, 63
Beg Zrakić Lj	73	D	
Bekić M	124	Dajak L	54, 157
Benko S	81	Delaš M	71
Benjak T	29, 115, 127, 130, 136, 140, 159	Demarin V	20
Bertić Ž	82	Despot Lučanin J	87, 91
Bilajac L	97	Deucht A	62, 63
Blažeković Milaković S	60	Devčić-Jeras A	48, 109
Blažeković R	22	Diminić Lisica I	73
Blažić Potočki Z	154, 155	Dlesk Božić J	54, 157
Bogdanović N	26, 56, 89	Domić T	154
Bonetti L	129	Draušnik Ž	115, 127, 130
Borovečki A	80	Duh L	93, 120
Bošnjir J	48, 135	Dumbović N	105
Božičević D	93, 120	Duraković Z	16, 17, 25, 26, 29, 101
Brajša-Žganec A	142	Durut-Beslač D	17, 25, 41, 101, 132
Broz Frajtag J	68	Durut D	43
Brumnić V	138	Duvnjak M	46
Budimir I	121	Džakula AM	92
Bukmir L	73	Džambas D	36
Bukša I	63	Džambas Lj	31, 36

Dželetović-Milošević I	31, 36
Džono Boban A	144
Đ	
Đurić KS	21
E	
Erčević D	40
Eškerica J	66
F	
Fadiga V	123
Fagnani D	147
Fehir Šola K	77
Fekonja Z	67
Fištrek M	58
Forto JS	37, 67, 153
Fortuna V	17, 25, 28, 29, 101, 135
G	
Gabrić N	18
Galić R	28, 29
Garić S	62, 63
Gašparović Babić S	34, 73, 75
Geštakovski D	36
Giorgini N	147
Gjorgjievski S	22
Gjurić M	68
Glibotić Kresina H	17, 29, 34, 73, 75, 101
Gluščević A	134
Goluža V	92
Gradiški IP	104
Grbinić-Senji D	74
Grenković R	40
Greš A	108
Grozdanić V	49
Grubišić-Juhas V	93, 114
Gruden JS	35
H	
Haložan D	83
Hanževački M	44, 60, 122
Herc M	82, 145
Hlatki Matijević S	132, 135
Huić M	17, 40, 101
I	
Ivančić I	36
Ivanišević G	78
Ivanković D	93

J	
Janićijević B	48, 50
Janković S	34, 75
Jasić I	98
Jazvić D	63
Jelačić I	51
Jelavić M	74, 125
Jelkovac N	143
Jelušić S	119
Jergović M	48
Jerončić Tomić I	146
Jezerac I	156
Jovičić D	71
Jukić Peladić N	147
Juraga D	97
Juranić B	53, 123
Jurković I	111
Justament R	36
K	
Kaić-Rak A	26
Kalauž S	61
Kaliterna Lipovčan Lj	142
Karačić Š	50
Kartelo Pintarić G	106
Kaštelan A	148
Kašuba Lazić Đ	44, 60, 134
Katalinić-Janković V	17, 29, 101, 140, 159
Katić M	17, 26, 44, 60, 101
Keleminac M	68
Kender K	119
Klaić B	35, 37, 152, 153, 154
Klemenčić M	35, 37, 67, 153, 154
Knežević B	90
Knez K	151
Kolarić B	17, 25, 26, 29, 41, 42, 44, 52, 60, 62, 74, 90, 101, 103, 131, 132, 135, 136, 140, 142, 149, 150, 159
Komar D	126, 127, 153
Konjarik J	53
Konjarik Z	53
Koprivanac M	71
Kosanović Ličina ML	74, 125
Kovač M	63
Kovač Z	133
Kozina G	53, 111
Krajačić P	50
Krajnc A	95
Kranjčić J	153
Krapac L	112, 156

Kresina S	34
Krnić D	75
Krtalić S	71
Krznarić Ž	17, 26, 45, 101, 135
Kudumija Slijepčević M	111
Kuliš D	35, 37, 67, 153, 154
Kumbrija S	44, 60
Kušan Jukić M	44, 124
Kusurin M	22
L	
Lacković E	105
Lang M	71
Lang Morović M	123
Lasić D	48
Laušin V	17, 29, 101
Lazić Đ	43
Lazić G	41
Lazić V	134
Lecher-Švarc V	86, 158, 159
Leppee M	38, 130
Lerotić I	46, 121
Lipovščak M	140
Lorber M	67
Lovrinić Đ	92
Ložnjak-Svalo D	68
Lucijanić J	122
Lukšić Puljak M	63
Lovreković M	45
Lovrić K	17, 25, 29, 41, 42, 52, 60, 62, 101, 103, 131, 132, 135, 136, 140, 142, 149, 150, 159
Lukić M	17, 25, 29, 41, 42, 52, 60, 62, 63, 101, 103, 131, 132, 135, 136, 140, 142, 149, 150, 159
Lj	
Ljajević A	31
Ljubičić M	17, 25, 26, 29, 101, 159
Ljubić M	54
M	
Maček D	54
Maček Z	81, 82
Malašević B	65
Malbašić B	51
Maltarić M	17, 25, 29, 41, 42, 52, 62, 101, 103, 124, 131, 132, 135, 136, 140, 142, 149, 150, 159
Mandić M	81
Marasović-Šušnjara I	87, 139
Maravić Z	41
Mardetko R	86
Marić Bajs M	110, 151

Markov A	156
Maskoun M	82
Mašanović M	144
Mašinović I	66
Matanović-Stojanović S	109
Matica B	74
Matić V	116
Matijaščić A	68
Matijević D	31
Matijević N	36
Maver Biščanin M	152, 154
Maver M	109
Mavrinac S	128
Meštrić A	119
Meštrić S	17, 25, 29, 41, 42, 62, 103, 131, 132, 135, 136, 140, 142, 149, 150, 159
Meštrović Špoljar J	156
Meštrović T	53, 111
Mićović I	62
Mihalić V	93, 120
Mihel S	127, 130
Miholić P	36
Mihovilić D	64
Mikšić Š	53, 123
Milas G	104
Miler M	90
Miloš M	97
Mimica Matanović S	76
Mimica N	32, 44, 104, 158
Mišigoj-Duraković M	80
Miškulin A	86
Molnar M	154, 155
Momčilović B	158
Morović S	126
Moslavac A	119
Možanić J	143
Mrak G	21
Mravak S	17, 25, 29, 41, 42, 52, 62, 71, 101, 103, 131, 132, 136, 140, 142, 149, 150, 159
Mrvoljak R	66
Mucalo I	77
Mulić R	146
Musić Milanović S	71
N	
Nanić L	28
Nemir J	21
Neuberg M	53, 61, 111
Nikolac N	90
Nikšić BN	112, 156
Ninić Z	104

Novačić M	94
Njegovan Zvonarević T	117, 118, 150
O	
Ograjšek-Škunca D	35
Orban M	124
Orešković S	69
Orlandoni P	147
Orlić M	51
Ostrež J	115
Ožvald I	93, 120
P	
Pajnkihar M	83
Paladino J	21
Pavešić Radonja A	148
Pavičić S	54
Pavić T	46, 121, 132, 135
Pavleković G	32
Pavlić J	71
Pavlović D	53
Pavlović M	104
Pavuna D	16
Pažin B	35, 37, 152, 153, 154
Pederin M	26
Penava-Šimac M	17, 25, 29, 45, 101
Peračković K	96
Peričić Salihović M	48, 50
Perko G	60, 159
Peršić S	109, 153
Petrić A	107
Petrović M	40
Pezelj-Duliba D	29, 84
Planinc M	22
Pogorilić S	19
Pokos N	96
Polić-Vižintin M	138, 151
Poljak D	97, 144
Popek I	17, 25, 29, 52, 62, 101, 132, 135, 136, 140, 150
Popović B	76, 121
Portolan Pajić I	27
Predavec S	17, 25, 26, 29, 43, 101, 140, 159
Prejac J	158
Prga I	78, 130
Profozić Z	111
Protić-Helinger O	36
Pugel S	34
Pulić E	117, 118
Puljak A	110, 138

R	
Racz A	151
Radašević H	119
Radica S	91
Radman I	20, 26, 27
Radošević-Quadranti N	76, 121
Radovančević Lj	86, 108, 158, 159
Radovanović S	95
Radović J	148
Ravić M	43
Ravlić S	28
Rebić J	148
Reiner Ž	17, 20, 26, 101
Resanović B	119
Rimac M	85
Roksandić Vidlička S	49
Rončević-Gržeta I	148
Rubelj I	28
Rudež I	22
Rukavina T	71, 97
Rusac S	33, 91, 106
Ružić K	148
Ružić L	118
S	
Sajić-Vrkaš V	91
Sajko D	17, 25, 29, 41, 42, 60, 62, 101, 131, 132, 136, 140, 142, 149, 150, 159
Sajko M	97, 143, 144
Sambol S	88
Serdar S	48
Sertić Đurđević M	62, 63
Simonić-Kocijan S	133
Skokandić L	106
Skoko-Poljak D	29, 140
Smojver-Ažić S	98
Smolej Narančić N	25, 29, 48, 50, 135
Smoljanović A	17, 29, 87, 101, 139
Smoljanović M	17, 29, 87, 101, 139, 146
Sorta-Bilajac Turina I	73, 75
Sparvoli D	147
Stamenković T	112
Stavljenić-Rukavina A	24, 25, 29, 52, 135, 159
Stožnik A	63
Stela M	132, 135
Stevanović R	71
Stojsavljević S	46, 121
Stričević J	83
Sučić M	92
Sutlić Ž	22

Š	
Šantek V	117, 118
Šatorić V	65
Šegović S	112
Šekerija M	84
Šeparović I	36
Šepec S	62
Šepić Matanović B	154, 155
Šimec M	105
Šimunić V	22
Šimunović D	117, 118
Šišović GH	148
Šitum M	17, 25, 27, 29, 43, 101
Škarić-Jurić T	48, 50
Škes M	115, 119, 123
Škrobot Vidaček N	28
Šoštarić B	41, 43
Šostar Z	17, 25, 29, 101, 103, 136, 140, 151, 159
Štambuk A	106
Štefančić S	109, 152
Štefančić V	29, 115, 127, 130, 136, 140
Štimac Grbić D	71
Štirjan Marković G	143
Štrban-Štok Z	60
Štulhofer A	23
Šugić Lj	36
Šundov A	47
Šundov Z	47
Šušković H	29
T	
Tandara Haček R	40
Telebuh M	81, 82, 138, 145
Tešić V	74, 125
Titan M	145
Tomasović Mrčela N	42, 131, 132, 142, 17, 25, 26, 29, 41, 44, 52, 60, 62, 101, 103, 132, 135, 136, 140, 149, 150, 159
Tomašić T	115
Tomašić V	46, 121
Tomas Ž	48, 50
Tomek-Roksandić S	17, 24, 25, 26, 29, 32, 41, 42, 43, 44, 48, 50, 52, 60, 62, 101, 103, 124, 131, 132, 135, 136, 138, 140, 142, 149, 150, 159
Tomić B	29
Trošelj M	72
Tucak J	27
Turk Z	67, 83
U	
Ugljen A	126, 127

Uhac M	133
Unić D	22
V	
Vahtar D	91
Vajagić M	156
Valentović V	62
Varga S	26
Varvodić J	22
Vasiljev Marchesi V	97
Vedriš M	30
Venturini C	147
Verbanac D	77
Veronek J	97
Vidović M	65
Višnjević V	158
Vitas N	129
Vladimir Knežević S	77
Vlah N	34
Vlahović-Palčevski V	76
Vlak T	81
Vlašić A	157
Voivoda Stančić C	148
Vojvodić D	153
Volarić N	105
Vrabec B	146
Vranešić Bender D	46, 135
Vranješ H	124
Vrban I	29, 91
Vrban S	59
Vrbić Lj	29, 50, 65
Vrkić N	90
Vučevac V	60
Vučica I	87, 139, 146
Vučinić D	133
Vukušić Rukavina T	69
Z	
Zajc Petranović M	48, 50
Zavidić T	92
Zažina V	115
Znika M	82, 138
Ž	
Žakić Milas D	104
Žiljak T	59
Žirovec T	58
Živoder I	55, 97, 116
Župan A	94
Županić M	55, 62, 98, 116, 146

AKTIVNO ZDRAVO PRODUKTIVNO STARENJE ACTIVE HEALTHY PRODUCTIVE AGEING

GERONTOLOŠKI POSTULATI / GERONTOLOGIC POSTULATES

NA STARIJIMA SVIJET OPSTAJE, A NA MLADIMA OSTAJE. (akademik M. Pećina)
ON SENIORS THE WORLD SURVIVES, ON THE YOUTH IT REMAINS.

STAROST NIJE BOLEST.
OLDNESS IS NOT A SICKNESS.

STAROST SE AKTIVNO ŽIVI, A NE PASIVNO PROŽIVLJAVA.
OLD AGE OUGHT TO BE ACTIVE LIVING, NOT THE PASSIVE SURVIVING.

KALENDARSKA STAROST NE ODGOVARA BIOLOŠKOJ STAROSTI.
THE CALENDAR OLDNESS IS NOT BIOLOGICAL OLDNESS.

ZDRAV JE ČOVJEK NAJČEŠĆE I SRETAN ČOVJEK, A POVEZANOST TIH POJMOVA
NAJIZRAZITIJA JE U STAROSTI.
A HEALTHY MAN IS GENERALLY A HAPPY MAN, OLD AGE PROVES IT IN THE BEST WAY.

KAKVA MLADOST TAKVA I STAROST.
LIKE YOUTH, LIKE OLD AGE.

TKO MLAD PREZIRE STAROST BIT ĆE I SAM PREZREN KADA OSTARI.
THE YOUNG WHO DESPISE THE OLD AGE WILL BE DESPISED WHEN THEY GROW OLD.

KAKO SE TI DANAS ODNOSIŠ PREMA STARIJIMA, TAKO ĆE SE PREMA TEBI ODNOSITI
KADA OSTARIŠ.
*YOU WILL BE TREATED IN YOUR OLD AGE THE WAY YOU TREATED THE ELDERLY IN YOUR
YOUNG DAYS.*

GERIJARIJA - MEDICINSKA SPECIJALIZACIJA PO UEMS-u i u Hrvatskoj
(u trajanju od 5 godina, Pravilnik o Izmjenama i dopunama pravilnika o specijalističkom usavršavanu doktora
medicine NN 116/2015.)
(European Union of Medical Specialists)

Nakon prihvaćanja gerijatrije kao zasebne specijalizacije po UEMS-u u državama Europske
Unije osnovana je Gerijatrijska europska sekcija medicinskih specijalista 1997. godine.

Osnovni ciljevi europske gerijatrijske sekcije su:

- harmonizacija gerijatrijske struke u državama EU
- promocija kvalitete gerijatrijske i gerontološke djelatnosti u EU
- unapređivanje i osiguranje specijalizacije iz gerijatrije u svim državama EU
- akreditacija i stimulacija kontinuiranog gerijatrijskog profesionalnog razvoja u državama EU



DA LI STE ZNALI?

GRIPA JE OZBILJNA BOLEST,
A OSOBE STARIJE OD 65 GODINA
NALAZE SE POD POVEĆANIM RIZIKOM
ZA RAZVOJ KOMPLIKACIJA GRIPE

CIJEPLJENJE JE NAJUČINKOVITIJI NAČIN PREVENCIJE GRIPE

SVJETSKA ZDRAVSTVENA
ORGANIZACIJA
PREPORUČUJE CIJEPLJENJE
STARIJIH OSOBA
PROTIV GRIPE



Referenca: World Health Organization (WHO). Pristupljeno 10. listopada 2016. Dostupno na: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>

ENSURE® PLUS ADVANCE

KLINIČKA PREHRANA ZA BOLESNIKE S MALNUTRICIJOM
I/ILI GUBITKOM MASE, SNAGE I FUNKCIJE MIŠIĆA



CA-HMB*
(1,5G PO PAKIRANJU),
KAO IZVOR HMB-A

stimulira izgradnju proteina
te usporava razgradnju proteina;
potpomaže izgradnju potpore
tjelesne mase, održava snagu i
funkcionalnost mišića ¹⁻⁵

**20G
PROTEINA**
PO PAKIRANJU

prikladno za sva stanja u kojima
postoji povećana potreba za
proteinima ⁶⁻⁷

VITAMIN D
(500 IU PO PAKIRANJU)

potpomaže izgradnju i snagu
mišića ⁸⁻⁹



* kalcijev β-hidroksi β-metilbutirata, metabolit aminokiseline leucina

LITERATURA: 1. Deutz NE et al. Clin Nutr 2013; doi:10.1016/j.clnu.2013.02.11. 2. Wilson GJ et al. Nutr Metab 2008;5:1. 3. Eley HL et al. Am J Physiol Endocrinol Metab 2008;295(6): E1409-1416. 4. Kornasio R et al. Biochim Biophys Acta 2009;1793(5):755-763. 5. Flakoff P et al. Nutrition 2004;20(5):445-451. 6. Data on file, Abbott Laboratories Ltd, 2013 (BK84). 7. Houston DK et al. Am J Clin Nutr 2008; 87(1):150-155. 8. Bischoff-Ferrari HA et al. BMJ 2009;333:843-846. 9. Bischoff-Ferrari HA et al. Arch Intern Med 2009;169:551-561.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

Abbott Laboratories d.o.o. | Koranska 2 | 10000 Zagreb | t. 01 23 50 510 | f. 01 24 41 334

Život u potpunosti

