

Alzheimerova bolest kao gerontološki javnozdravstveni problem

Alzheimer's Disease – A Gerontologic and Public Health Problem

Ana Puljak, Goran Perko, Dijana Mihok, Hrvoje Radašević,
Spomenka Tomek-Roksandić

Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba – Referentni centar
Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih ljudi
10000 Zagreb, Mirogojska c. 16

Sažetak Svaki dvanaesti čovjek, stariji od 65 godina oboli od Alzheimerove bolesti, a 24% starijih od 75 godina ima neki oblik ove bolesti. U razvijenim zemljama svijeta, odnosno svim zemljama "starog stanovništva" (u koje se ubraja i Hrvatska), oko 50% starijih od 85 godina boluje od Alzheimerera. Upravo ta dobna skupina najbrže je rastuća populacijska skupina! Sam po sebi nameće se zaključak koliki problem će uskoro biti ova bolest koja se s pravom nosi epitete "tinjajuće bombe" i "tihe epidemije". Alzheimerova bolest progresivna je, neizlječiva i može dovesti do potpune ovisnosti o drugima. Radi propadanja moždanih stanica, oboljele osobe gube psihičke, fizičke i mentalne funkcije. Naglašen je gubitak pamćenja, gubitak orijentacije u vremenu i prostoru, nemogućnost izvođenja svakodnevnih aktivnosti i radnji. Oboljele osobe se osjećaju bespomoćno i izgubljeno. U vrlo teškom položaju je i obitelj, odnosno skrbnici oboljelog. Briga o bolesniku zahtijeva potpunu posvećenost i radikalno mijenja život čitave obitelji. Obzirom da nije izlječiva, naglasak treba dati usporavanju bolesti, što duljem zadržavanju bolesnika u početnim stadijima bolesti, sprečavanju preuranjenog institucionaliziranja bolesnika te pomoći obiteljima u skrbi. Kako bi se to postiglo, potrebna je kvalitetna i kontinuirana edukacija o bolesti, sustavna skrb te primjerena, sustavna evidencija. U ovom trenutku, u Hrvatskoj ne postoji primjerena registracija dijagnosticiranih bolesnika. Samim time ne postoji niti motivacija stručnjaka za precizno evidentiranje ove dijagnoze. Iz ovih razloga, Alzheimerova bolest (G30) vrlo često se krije pod drugim dijagnozama, najčešće demencijama. Često ostaje i nedijagnosticirana, a simptomi se pogrešno interpretiraju kao normalan proces starenja što je vrlo štetno za oboljelu osobu, obitelj i društvo. Osim toga, ne postoji sustavno riješena skrb, posebno za oboljele u ranom i srednjem stadiju bolesti, a koja bi se kvalitetno mogla riješiti kroz dnevni boravak u gerontološkim centrima. Kao što je već naglašeno, nužno je sustavno praćenje kroz registar, ali i evaluacija utvrđivanja Alzheimerove bolesti.

Gljučne riječi: Alzheimerova bolest, edukacija, skrb, evidencija, gerontološki centar

Summary Every twelfth person older than 65 will get Alzheimer's disease, while 24% of people older than 75 have some form of this disease. In developed countries, i.e. in all countries with "old population" (including Croatia), about 50% of people older than 85 suffer from Alzheimer's disease. This is the age group recording the fastest growth, which, of course, raises the question about the future of this disease, rightfully called a "ticking time bomb" and "silent epidemics". Alzheimer's disease is a progressive and non-curable disease that can lead to total dependence. Social, physical and mental abilities are impaired due to deterioration of brain cells. Loss of memory, spatial and temporal disorientation and an inability to carry out daily activities are prominent. People with AD feel helpless and lost. Their families and caregivers are also in a very difficult situation. The care for people with AD requires complete commitment and drastically changes the life of the entire family. Since AD is not curable, emphasis should be placed on its slowing down, prolongation of initial stages, prevention of premature institutionalisation, and help for the caregivers. In order to achieve this, adequate and continuous education, systematic care and appropriate and systematic registration of AD cases are necessary. Currently, no adequate registration of diagnosed patients is in place in Croatia. Therefore, specialists are not motivated to record AD cases, and Alzheimer's disease (G30) is very often hidden under other names, most often dementias. It often remains undiagnosed, and its symptoms are misinterpreted as a normal part of aging, which is harmful for patients, their families and the society in general. Besides, there is no adequate systematic care, especially for the patients in early and middle stages of the disease who could be well managed through day care in gerontology centres. As already emphasised, systematic monitoring and registration, as well as the evaluation of AD diagnosis, are indispensable.

Key words: Alzheimer's disease, education, care, records, gerontology centre

Hrvatska se danas ubraja među zemlje starog stanovništva: 2006. godine u Hrvatskoj, 16,4% stanovništva bit će starije od 65 godina. Ovo je ujedno i populacija koja najčešće obolijeva od Alzheimerove bolesti. Svaki dvanaesti čovjek stariji od 65 godina oboli od ove bolesti, a 24% starijih od 75 godina ima neki oblik Alzheimerove bolesti. U razvijenim zemljama svijeta, odnosno u svim zemljama "starog stanovništva" (u koje se ubraja i Hrvatska), oko 50% starijih od 85 godina boluje od Alzheimerera. Očekivano trajanje života progresivno se produljuje; prema podacima Nacionalne vitalne statistike u SAD-u, očekivano trajanje života 65-godišnjaka u 2004. godini, bilo je 18 godina, 75-godišnjaka 12 godina, a 85-godišnjaka 7 godina (tablica 1) (1-4).

Tablica 1. Očekivano trajanje života u starijoj životnoj dobi (SAD, 2004.)

Dob (godine)	Očekivano trajanje života (godine)		
	Ukupna populacija	Muškarci	Žene
65	18	17	20
70	15	13	16
75	12	10	12
80	9	8	9
85	7	6	7

Izvor: Arias E. *United States Life Tables 2002, National Vital Statistics, Reports 2004*; 53

U ovom trenutku u Hrvatskoj ne postoji sustavno registriranje ove dijagnoze. Neadekvatna registracija rezultira lošom motivacijom stručnjaka u preciznom evidentiranju ove dijagnoze. Iz ovih razloga, Alzheimerova bolest vrlo često se krije pod drugim dijagnozama, najčešće demencijama. Nепрепознат opseg problema, neprimjerenim (odnosno gotovo nepostojećim) registriranjem bolesti dovodi do potpuno krivoga zaključka o nepostajanju problema koji je, kontradiktorno, zapravo velik. Osim toga, bolest ponekad ostaje neprepoznata, a simptomi se pogrešno interpretiraju kao normalan proces starenja ili demencija, što je vrlo štetno za oboljelu osobu, obitelj i društvo u cijelosti.

Prve simptome Alzheimerove bolesti najčešće primjećuje obitelj, skrbnici ili prijatelji starije osobe, odnosno sama starija osoba. Bolest najčešće počinje monosimptomatski, s blagim promjenama u kogniciji, pamćenju ili obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Iz istih razloga u ranom stadiju može ostati i neprepoznata. Ukoliko je početak nagle naravi, za to su najčešće odgovorni trigeri kao što su emocionalni šok, pojava druge teške bolesti, operativni zahvat, promjena sredine i sl..

Bolest je progresivna i degenerativna, uništava stanice moždane kore i okolne strukture. Uzrok je za sada nepoznat; postoje brojne studije koje su pokušale povezati Alzheimerovu bolest s genskim naslijeđem, unošenjem aluminija u organizam, uzimanjem estrogena i progesterona, ali niti jedna nije dokazala uzročno-posljedičnu vezu već samo eventualnu supojavnost.

Kao posljedica propadanja stanica mozga, u oboljelih dolazi

do gubitka fizičkih, mentalnih i psihičkih funkcija, ovisno o tome koji je dio moždanih struktura pogođen bolešću.

Osim progresivnošću, bolest je obilježena ireverzibilnošću, demencijom i somatskim komplikacijama, a od osobe do osobe progredira različitom brzinom i intenzitetom. Prosječno razdoblje razvoja bolesti jest osam do dvanaest godina (iako to može biti i tri, odnosno dvadeset godina). Razvoj bolesti dijeli se u tri osnovna stadija: rani, srednji i kasni. Granice između pojedinih stadija nisu oštre, kao što su i simptomi individualno vrlo različiti.

Simptomi se javljaju na mentalnoj, psihičkoj i fizičkoj razini, a djeluju na području raspoloženja, emocija i ponašanja (2, 5-7).

Karakter bolesti polako narušava svakodnevni život oboljeloga, no jednako snažno utječe i na život obitelji ili skrbnika. Budući da ne postoji mogućnost izlječenja, ono što se može poduzeti jest rano prepoznavanje bolesti, odgoda uznapredovalih stadija bolesti te prilagodba svakodnevnoga života. Kako bi se ovo ostvarilo, potrebna je dobra informiranost o tijeku bolesti, o početnim simptomima kao i postojećim mogućnostima skrbi, brige i usporavanja tijeka bolesti. Prije svega, svaki stariji čovjek mora biti educiran o svojem problemu. Jednako tako i osobe mlađih dobnih skupina koje žive, skrbe ili na bilo koji način brinu o starijim članovima obitelji trebale bi imati saznanja o ovoj bolesti, kako radi članova svoje obitelji tako i radi sebe samih. Dobra edukacija i prepoznavanje veličine problema (registriranje bolesti) početak je i osnova rješavanja ovog problema.

Alzheimerova bolest kao gerontološki javnozdravstveni problem

Osim progresivnosti i kompleksnosti, specifičnost Alzheimerove bolesti jest i sve veća učestalost. Primjerice, u Švedskoj na 9 milijuna stanovnika, 150.000 pacijenata je dementno, a 120.000 ih ima tešku Alzheimerovu bolest. 90.000 pacijenata ima blagi, odnosno srednji oblik Alzheimerove bolesti. Projekcija ovih podataka na Hrvatsku govori kako 24% starijih od 75 godina ima neki oblik Alzheimerove bolesti (tablica 2).

Prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, imperativ u skrbi za starije jesu mentalne, odnosno neurološke bolesti, a u preporukama za način skrbi naglašavaju se multidisciplinarni timovi u lokalnoj zajednici, što se u većini europskih zemalja već provodi.

Početni i osnovni problemi vezani uz prepoznavanje, liječenje, brigu i skrb o oboljelima od Alzheimerera u Hrvatskoj jesu: nedovoljna senzibilizacija javnosti, stručnjaka i struktura koje kreiraju zdravstvenu zaštitu, nedovoljna informiranost i educiranost kako pojedinaca, tako i uže i šire zajednice te neadekvatno registriranje. Kao posljedica ovog problema generiraju se brojni drugi problemi kao što su nepravovremeno prepoznavanje bolesti, poistovjećivanje bolesti s procesom starenja, predrasude i negativan stav prema oboljelima.

Tablica 2. Projekcija Alzheimerove patologije na populaciju Hrvatske

Stupanj	Starost	75 - godišnjaci
Populacija bez Alzheimerove patologije		7%
I. – II. Subjektivne promjene pamćenja/MCI ili bez simptoma ili lagane depresije		69%
III. – IV. Blagi		20%
V. – VI. Teški		4%

Izvor: Karolinska sveučilišna bolnica Stockholm, Odjel za neurogerijatriju (2005. godina)

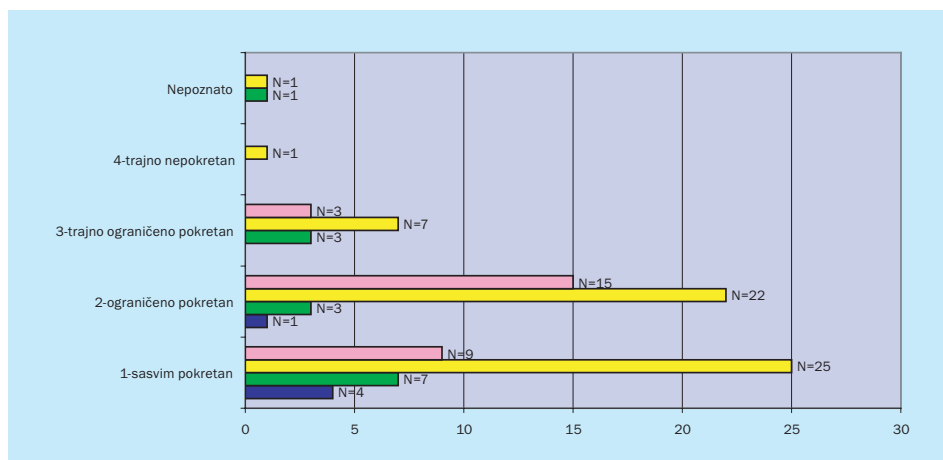
MCI - Mild cognitive impairment (blagi kognitivni poremećaj)

Kao što je već istaknuto, u Hrvatskoj se ne provodi sustavno registriranje ove bolesti. Problem leži u nepostojanju sveobuhvatnih registara te u neprimjerenim programima evidencije. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10 revizija), Alzheimerovu bolest označava šifra G30. Ova šifra po definiciji isključuje senilnu demenciju (F03) i degeneraciju mozga (G31), a upravo su ovo dijagnoze, odnosno šifre (uz šifru poremećaja ličnosti i ponašanja

uzrokovanih oštećenjem mozga – F07) pod kojima se pri nepreciznim dijagnosticiranjima i evidentiranjima krije Alzheimerova bolest. Važno je napomenuti kako je u MKB-u Alzheimerova bolest specificirana kao: Alzheimerova bolest s ranim početkom (G30.0), Alzheimerova bolest s kasnim početkom (G30.1), druga Alzheimerova bolest (G30.8) te Alzheimerova bolest, nespecificirana (G30.9).

U Centru za gerontologiju ZZJZGZ registriraju se sve dijagnoze korisnika domova za starije i nemoćne, gerontoloških centara te starijih pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, na psihogerijatrijskim odjelima i gerijatrijskim ustanovama i ustanovama za rehabilitaciju i njegu. U ovim ustanovama, čiji su provoditelji PZP-a (praćenje zdravstvenih potreba) gerijatrijskih osiguranika uključeni u određeni oblik trajne izobrazbe iz gerontologije i gerijatrije, utvrđena je i evidentirana Alzheimerova bolest. Međutim, zbog nepreciznoga i nepotpunog dijagnosticiranja i evidencije Alzheimerove bolesti, ne može se prikazati ni analizirati stvarna učestalost. Dio zaključaka o nekim zdravstvenim obilježjima vezanim uz ovu bolest, može se donijeti indirektno, praćenjem zdravstvenih potreba i specifičnosti starijih osoba (slika 1 i 2) (3, 4).

Ono što se evidentira jesu vodeći uzroci smrti po skupinama bolesti i po pojedinačnim bolestima. Iz tablice 3 možemo

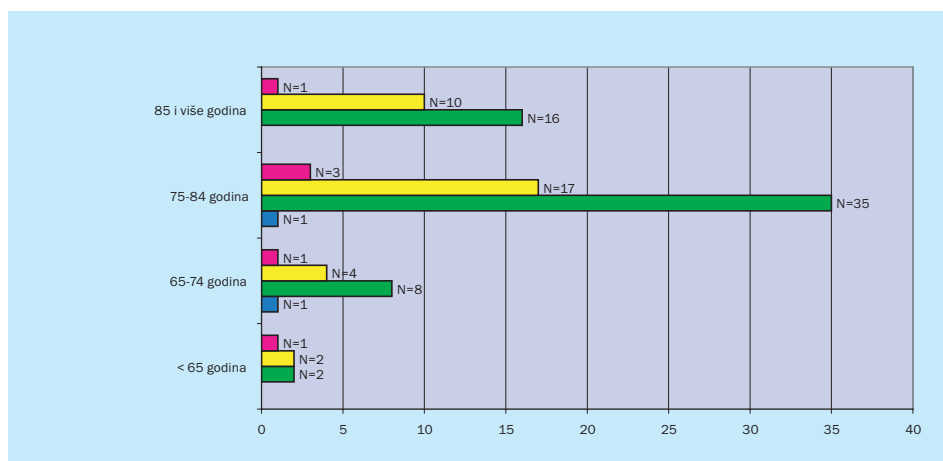


Slika 1. Pokretljivost u korisnika u Gerontološkom centru Medveščak po dobnim skupinama (N=102, 2005. godina)

Legenda:

- 85 i više godina
- 75-84 godina
- 65-74 godina
- < 65 godina

Izvor: CZG ZZJZGZ



Slika 2. Samostalnost u korisnika u Gerontološkom centru Medveščak po dobnim skupinama (N=102, 2005. godina)

Legenda:

- 3-trajno nesamostalan
- 2-ograničeno samostalan
- 1-sasvim samostalan
- Nepoznato

vidjeti kako je 95,24% umrlih, od ukupno umrlih od Alzheimerove bolesti (Hrvatska, 2004. godina), starije od 65 godina. Važno je istaknuti kako je u ovoj skupini čak 35 umrlih u dobi od 65 do 74 godine, a 67 umrlih u dobi od 75 do 84 godine. U skupini bolesti živčanog sustava (G00-G98, N = 522) u 2004. godini je u Hrvatskoj, od ukupno umrlih osoba, čak 24,14% umrlo od Alzheimerove bolesti. (Izvor: Potvrda o smrti - Izvješće doktora medicine o smrti i CZG ZZJZGZ). Iz analiziranih hospitalizacija u 2004. godini (tablica 4) također možemo vidjeti kako je u skupini bolesti živčanog sustava, 25,54% hospitaliziranih starije životne dobi. (Izvor: HZZJZ i CZG ZZJZGZ) (4, 8, 9).

Osim problema neprimjerenog evidentiranja u sustavu zdravstva i problema nedovoljne informiranosti šire javnosti, u Hrvatskoj je prisutna i nedovoljna educiranost pojedinaca, interesne skupine i uže okoline oboljeloga. Naime, ne postoji organizirana sustavna edukacija osoba starijih dobnih skupina koje ova bolest uglavnom pogađa. Ovdje treba staviti naglasak na potrebu edukacije i informiranja osoba u ranoj starosti – od 65. do 74. godine, kako bi iste na vrijeme bile upoznate s načinima samoprepoznavanja

i prepoznavanja prvih simptoma Alzheimerove bolesti, koja se posebno veže za srednju i duboku starost. Jedan od problema jest i needuciranost osoba srednje životne dobi, a to je ona populacija koja uglavnom skrbi o starijim osobama u obitelji i može primijetiti prve simptome bolesti, a koja je izrazito zainteresirana za moguća rješenja, pomoć i prilagodbu svakodnevnoga života kada do bolesti dođe.

S druge pak strane, osim nedovoljnog prepoznavanja bolesti, problem je u neznanju o mogućnostima skrbi, samopomoći i pomoći u svakodnevnomu životu oboljeloga i njegove obitelji, kao i o aktivnostima koje mogu usporiti bolest. Naime, pomoć obitelji u skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti, izuzetno je važna jer, prema najnovijim istraživanjima, pokazalo se kako je "burn out" sindrom skrbnika o oboljelome često snažnija indikacija za institucionalizaciju, nego što je sama težina bolesti (10).

Neizbježna posljedica navedenih problema u konačnici jesu neadekvatna skrb, prerano hospitaliziranje i institucionalizacija bolesnika, brža progresija bolesti te porast gerijatrijske potrošnje zdravstvene i socijalne zaštite.

Tablica 3. Vodeći uzroci smrti u skupini bolesti živčanog sustava (G00-G98, N=522) po dobnim skupinama ukupno umrlih u Hrvatskoj (2004. godina)

GRUPA BOLESTI (MKB – X. rev. 1995.)	DOBNE SKUPINE				UKUPNO			
	0-64	65-74	75-84	85 i +	broj umrlih	%	65+	% 65 + po bolesti
G20 Parkinsonova bolest	5	41	57	22	125	23,95	120	96,00
G21 Sekundarni parkinsonizam	-	-	-	-	-	-	-	-
G24 Distonija	-	-	-	-	-	-	-	-
G25 Ostali ekstrapiramidni poremećaji i poremećaji kretnji	1	-	-	-	1	0,19	-	-
G30 Alzheimerova bolest	6	35	67	18	126	24,14	120	95,24
G31 Ostale degenerativne bolesti živčanog sustava	2	2	6	2	12	2,30	10	83,33
G40 Epilepsija	32	9	9	3	53	10,15	21	39,62
G82 Paraplegija i tetraplegija	10	3	2	-	15	2,87	5	33,33
Ostale dg (G00-G98)	111	53	24	2	190	36,40	79	41,58
Ukupno (G00-G98)	167	143	165	47	522	100,00	355	68,01
% od ukupno (G00-G98, N=522)	31,99	27,40	31,61	9,00	100,00			

Tablica 4. Hospitalizacije po skupinama bolesti i dobi starijih bolesnika u Hrvatskoj (N=582.407, 2004. godina)

GRUPA BOLESTI (MKB – X. rev. 1995.)	DOBNE SKUPINE					UKUPNO			
	0 - 64	65 - 74	75 - 84	85 i više	Nepoznato	Ukupno	%	Ukupno 65+	% 65+ po skupini bolesti
I. Zarazne i parazitarne bolesti	12.068	1.832	1.378	209	3.895	19.382	3,33	3.419	17,64
II. Novotvorine	41.469	18.947	7.636	718	10.685	79.455	13,64	27.301	34,36
III. Bolesti krvi i krvotvornog sustava te određene bolesti imunološkog sustava	2.505	923	875	173	917	5.393	0,93	1.971	36,55
IV. Endokrine bolesti, bolesti prehrane i metabolizma	7.945	2.961	1.570	165	2.183	14.824	2,54	4.696	31,68
V. Duševni premećaji i poremećaji ponašanja	29.836	3.182	1.745	311	3.689	38.763	6,66	5238	13,51
VI. Bolesti živčanog sustava	9.237	2.460	1.462	177	2.715	16.051	2,76	4.099	25,54
VII. Bolesti oka i očnih adneksa	6.621	6.505	5.210	523	2.793	21.652	3,72	12.238	56,52
VIII. Bolesti uha i mastoidnog nastavka	2.452	324	123	6	464	3.369	0,58	453	13,45
IX. Bolesti cirkulacijskog sustava	25.285	22.096	15.832	2.701	13.082	78.996	13,56	40.629	51,43
X. Bolesti dišnog sustava	28.957	5.946	4.594	758	9.781	50.036	8,59	11.298	22,58
XI. Bolesti probavnog sustava	29.105	10.003	5.538	808	9.265	54.719	9,39	16.349	29,88
XII. Bolesti kože i potkožnog tkiva	4.806	850	490	66	1.613	7.825	1,34	1.406	17,97
XIII. Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva	15.862	5.046	1.850	92	5.094	27.944	4,80	6.988	25,01
XIV. Bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa	27.903	6.443	3.216	335	8.996	46.893	8,05	9.994	21,31
XV. Trudnoća, porođaj i babinje	8.168	-	-	-	2.880	11.048	1,90	-	-
XVI. Određena stanja nastala u perinatalnom razdoblju	7.630	-	-	-	918	8.548	1,47	-	-
XVII. Kongenitalne malformacije, deformiteti i kromosomske abnormalnosti	4.379	56	21	3	1.423	5.882	1,01	80	1,36
XVIII. Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi nevršteni drugamo	13.260	3.333	2.390	396	4.565	23.944	4,11	6.119	25,56
XIX. Ozljede, otrovanja i neke druge posljedice vanjskih uzroka	27.280	4.889	4.038	982	9.073	46.262	7,94	9.909	21,42
XXI. Čimbenici koji utječu na stanje zdravlja i kontakt sa zdravstvenom službom	13.306	2.040	982	100	4.993	21.421	3,68	3.122	14,57
Ukupno (N=582.407)	318.074	97.836	58.950	8.523	99.024	582.407	100,00	165.309	
%	54,62	16,80	10,12	1,46	17,00	100,00		28,38	

Izvor: HZZJZ i CZG ZZJZGZ

Alzheimerova bolest u Hrvatskoj i potrebna rješenja

Govoreći o Alzheimerovoj bolesti, ne možemo govoriti samo o bolesniku, već i o obitelji, odnosno skrbniku koji se za nj brine. Budući da je ova bolest izrazito teška i progresivna, prije svega je važno educirati javnost i stručnjake o veličini i težini problema, kao i mogućnostima

njegova umanjeња. Dio stručnjaka i sama obitelj koji su uključeni u skrb o pacijentu najbolje znaju koliko je skrb kompleksna i koliko utječe na njihov život. Međutim, Alzheimerova bolest prvenstveno je teška za bolesnika. Osim motoričkih deficita, koji su uznemirujući sami za sebe, posebno su teški psihički deficiti, gubitak orijentacije, gubitak pamćenja, dezorijentiranost u vremenu i prostoru. Oboljele osobe dugo zadržavaju svijest o sebi i o bolesti, kao i sposobnost emotivnog reagiranja. Nemoć koju

osjećaju ne samo zbog gubitka pamćenja, nego i gubitka sposobnosti obavljanja nekih uobičajenih radnji, gubitka saznanja o sebi, svojim najbližima te gubitka orijentacije u vremenu i prostoru, zaista su zastrašujući. U početnoj pa i srednjoj fazi bolesti, oboljeli su svjesni svojih deficita i često ih nastoje kompenzirati te se tako prvi simptomi bolesti ne moraju odmah primijetiti. S obzirom na to da je gubitak mentalnih i psihičkih sposobnosti progresivan, dijagnosticiranje u ranijim stadijima bolesti nužno je ne samo iz medicinskih razloga, već i radi rješavanja pravnih i brojnih drugih pitanja vezanih uz bolesnika, u stadiju u kojemu je još sposoban donositi odluke vezane uz sebe i svoju obitelj. Rješenje problema nalazi se u sustavnoj senzibilizaciji javnosti, u destigmatiziranju bolesnika, boljoj edukaciji o prepoznavanju prvih simptoma bolesti, o tijeku bolesti i prilagodbi svakodnevnoga života obitelji i oboljeloga. Kako bi se usporilo napredovanje bolesti, oboljeli mora biti integriran u društvo te raditi na održavanju preostalih sposobnosti koje ima. Na ovaj način bolesniku se poboljšava kvaliteta života, osjećaj smisla i mogućnost funkcioniranja u svakodnevnome životu (11-15).

Obitelji koja se skrbi o oboljelome, edukacija pomaže u organiziranju skrbi te u prilagodbi na nov način života, počevši od praktičnih stvari kao što su prilagođavanje životnog prostora, osposobljavanja za primjerenu komunikaciju s oboljelim, pomoć u održavanju kognitivnih sposobnosti, sprečavanju "sindroma lutanja" te orijentiranja u vremenu i prostoru. Problem edukacije, osim kroz educiranje putem medija i tiska, sustavno se može riješiti kroz gerontološke centre, odnosno domove za starije i nemoćne putem periodičnih, kontinuiranih predavanja i radionica te kroz različite edukativne materijale.

Cilj ovakve edukacije jest samoprepoznavanje, odnosno prepoznavanje prvih simptoma bolesti kod partnera, rodbine ili prijatelja, kao i informiranje o svim oblicima skrbi i pomoći koju mogu ostvariti oboljeli, odnosno članovi njihovih obitelji. Na ovaj način smanjuje se, odnosno odgađa institucionalizacija, što je poželjno kako za bolesnika, tako i za društvo u cijelosti.

Ovdje treba naglasiti potrebu uključivanja gerontoloških centara u dnevnu skrb za starije, koji su najkvalitetnije rješenje za oboljele u ranom i srednjem stadiju bolesti na razini primarne zdravstvene zaštite (3, 15, 16). Naime, ovaj oblik skrbi podrazumijeva zadržavanje oboljeloga u obitelji, ali i dnevni boravak u centru u kojem je isti uključen u prilagođene radnoterapeutske programe i aktivnosti. Ovaj način skrbi ima više prednosti: članovi obitelji mogu nastaviti svoju radnu aktivnost, oboljeli je uključen u aktivnosti prilagođene njegovu stanju, odgađa se ili sprečava institucionalizacija te smanjuje gerijatrijska potrošnja. U nekim od gerontoloških centara već postoji ovakav način skrbi koji se pokazao izuzetno kvalitetan, kako za oboljeloga tako i za njegovu obitelj te bi tebao postati i sustavno rješenje. Tijekom skrbi o oboljelima u gerontološkim centrima, moguća je i evidencija bolesnika na jednomu mjestu (primjerice u jednome gerontološkom centru), u kojemu bi se mogla dobiti informacija o identitetu oboljeloga u slučaju "sindroma lutanja". U odabiru dnevnog boravka za Alzheimerove bolesnike izdvaja se Gerontološki

centar Medveščak – u čijih je bolesnika, s najvećim udjelom u dobi od 75 do 84 godine, utvrđena ograničena samostalnost i ograničena pokretnost. U ovome dnevnom boravku, kroz radnoterapeutske aktivnosti provodi se sekundarna i tercijarna prevencija sa svrhom sprečavanja pogoršanja bolesti i njezinih komplikacija (3, 11-15).

Uz senzibilizaciju javnosti, edukaciju, poboljšanje dnevne skrbi (sustavno rješenje), bitna je pravilna evidencija te registracija oboljelih, na osnovi čega se planira skrb i zdravstvena zaštita.

Kao dugoročna podrška adekvatne skrbi potrebno je uvođenje gerontologije i gerijatrije u dodiplomsku i poslijediplomsku nastavu kroz koju bi se sustavno educirali i senzibilizirali svi oni koji sudjeluju ili će sudjelovati u skrbi za starije osobe.

Kada govorimo o edukaciji, bitno je napomenuti kako je kvalitetna edukacija velik ulog u budućnost jer, s obzirom na to da je hrvatsko pučanstvo staračko pučanstvo s tendencijom porasta udjela stanovništva u dubokoj starosti (Alzheimerova bolest javlja se u 24% starijih od 75 godina, odnosno u 50% starijih od 85 godina), velika je vjerojatnost da će netko od nas ili članova naše obitelji zatrebati znanje i pomoć u borbi s ovom teškom bolesti.

Jedna od osnova rješenja problema – dovoljno rano dijagnosticiranje bolesti – osim iz obveze pružanja primjerene zdravstvene zaštite i gerijatrijske skrbi bolesnicima i obitelji, nužna je i radi velikih ekonomskih prednosti. Naime, jedna godina odgode početka bolesti, ranim dijagnosticiranjem, 10 godina kasnije rezultira s 210.000 gerijatrijskih pacijenta manje. Samo jedan mjesec odgode institucionalizacije, što se postiže dobrom edukacijom, ranim dijagnosticiranjem, integriranjem oboljelih u društvo i, na ovaj način, odgodom uznapredovalih faza bolesti, dovodi do uštede od 1,12 milijardi dolara u SAD-u. Usporavanje pada MMSE za 2 jedinice (jedinice procjene psihomotoričke sposobnosti) kod srednjih oblika Alzheimerera, godišnje rezultira uštedom od 3.700 američkih dolara po pacijentu. Ovdje nisu uključene uštede radi smanjenja izostanka obitelji s posla zbog skrbi o pacijentu (1, 17-19).

Procjena pojavnosti Alzheimerove bolesti u Hrvatskoj, prema istraživanju Karolinske sveučilišne bolnice u Stockholmu, govori kako na 350.000 starijih od 75 godina, njih 14.000 ima teški oblik Alzheimerera (često neprepoznat i neevidentiran), dok ih 70.000 ima blagi Alzheimer.

Zbog znatnog porasta udjela starije populacije u svim razvijenim zemljama, kao i tendencije njezina sve većeg rasta, posebno populacije duboke starosti u kojoj je Alzheimerova bolest izrazito učestala, prepoznata je potreba brzoga i opsežnog interveniranja zdravstvene i socijalne zaštite u skrbi za oboljele.

Zaključak

Alzheimerova bolest teška je i progresivna; velik je teret za bolesnika, obitelj i društvo u cijelosti. Budući da hrvatsko stanovništvo progresivno stari, a Alzheimerova bolest je bolest starijih dobnih skupina, evidentno je kako skrb o

ovim bolesnicama postaje jedan od vodećih gerontoloških javnozdravstvenih problema. Uz kontinuiranu senzibilizaciju javnosti i stručnjaka koji sudjeluju u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi za starije osobe, edukaciju putem medija, tiska, stručnih sastanaka i radionica, ali i edukaciju organiziranu kroz gerontološke centre, potrebno je i poboljšanje dnevne skrbi, odnosno sustavno rješenje u ovom smislu.

Bitna pretpostavka kvalitetne skrbi jest i pravovremeno dijagnosticiranje, pravilna evidencija te sustavno registriranje oboljelih uz evaluaciju, na osnovi čega se planira skrb i zdravstvena zaštita.

Kao dugoročna podrška primjerenoj skrbi, potrebno je uvođenje gerontologije i gerijatrije u dodiplomsku i poslijediplomsku nastavu, kroz koju bi se sustavno educirali i stručnjaci koji se skrbe ili će se skrbiti o starijim osobama.

Informiranost, edukacija i skrb o ovim bolesnicima test je svake socijalno osvještene zajednice i države. Čak i ako humanost, briga za drugoga, a u konačnici i za samog sebe, nije osnovni motiv (a morao bi biti), ekonomski aspekt zbrinjavanja i liječenja ovih gerijatrijskih bolesnika dovoljno je jasno naglašen da se ozbiljno krene u rješavanje problema.

Literatura

- BROOKMEYER R, GRAY S, KAWAS C. Projections of Alzheimer Diseases in the United States and the Public health impact of Delaying Disease Onset. *American Journal of Public Health* 1998; 88 (9); 1337-42.
- LARSON EB, SHALDEN MF. i sur. Survival after Initial Diagnosis of Alzheimer disease., *Annals of Internal Medicine*, 6 April 2004; 501-09.
- TOMEK-ROKSANDIĆ S, ČULIG J, PERKO G. i sur. Gerontološki centri 2004. Zagrebački model uspješne prakse za starije ljude, Zagreb, 2004; 31-6.
- TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, MIHOK D. i sur. Gerontološki zdravstveno-statistički pokazatelji za Hrvatsku 2002/03. U: Tomek-Roksandić S, Čulig J. ur. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba – Centar za gerontologiju; 2004; 40-51.
- KOPEL R. Alzheimer s Disease: The Costs o U.S. Buisnesses in 2002. Washington, D.C.: Alzheimer Association; 2002.
- BEERS M.H, BERKOW R. Continuity of Care: Integration of Services . U: The Merck Manual of Geriatrics. Published Merck Research Laboratories. West Point 2000; 365-367
- National Nursing Home Survey. National Center for Health Statistics, 1985; 47
- Metodologija statistike umrlih. Metodološke upute br. 55, Državni zavod za statistiku – CROSTAT; Zagreb, 2005.
- BAKLAJČ Ž. (ur.) Zdravstveno stanje i zdravstvena zaštita pučanstva starije životne dobi u Republici Hrvatskoj. Zagreb; Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2005; 78-91.
- GILLEY D.W, MCCANN J.J, BIENIAS J.L, EVANS D.A. Caregiver Psychological Adjustment and Institutionalization of Persons With Alzheimer Disease E:Markides K.S. *Journal of Aging and Health*; 2004; 17:2-190
- WHO. Active aging: A policy framework. Noncommunicable diseases prevention and health promotion. Aging and life course. World health organisation, Geneva: 2003.
- TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, PULJAK A, MIHOK D, RADAŠEVIĆ H, ČULIG J. Role of the registry of health care requirements of the elderly in the croatian elderly population health control and improvement. *Wien. Journal für menopause* 2005; 31-2.
- BEERS M.H, BERKOW R. Continuity of Care: Integration of Services. U: The Merck Manual of Geriatrics. West Point. Published Merck Research Laboratories; 2000; 87-112.
- TOMEK-ROKSANDIĆ S. Javno-zdravstveni pristup u zaštiti zdravlja starijih ljudi. U: Tomek-Roksandić S, Budak A, ur. Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999, Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske 1999; 1-19.
- TOMEK-ROKSANDIĆ S, GORAN P, MIHOK D, PULJAK A, RADAŠEVIĆ H. The role of Center of gerontology, Zagreb institute of public health and Gerontology centers in Croatia. *European Journal of Public Health* 2005; 15 Suppl 1; 182.
- PERKO G, TOMEK-ROKSANDIĆ S, MIHOK D, PULJAK A, RADAŠEVIĆ H. Public health importance of the noninstitutional forms of care for older people in Gerontology centers. *European Journal of Public Health* 2005; 15 Suppl 1; 179.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Health Data 2005: Statistics and Indicators for 30 Countries. <http://www.oecd.org/>.
- CRANDALL C.R. Consequences of institutionalization. *Gerontology*,1991; 482-83.
- WETTSTEIN A. Conzelmann M, Heib: Geriatrie checkliste, 2001; 17-130



Voltaren®

**učinkovito uklanja
svaku bol!**

Voltaren® rapid 10 dražeja po 50mg

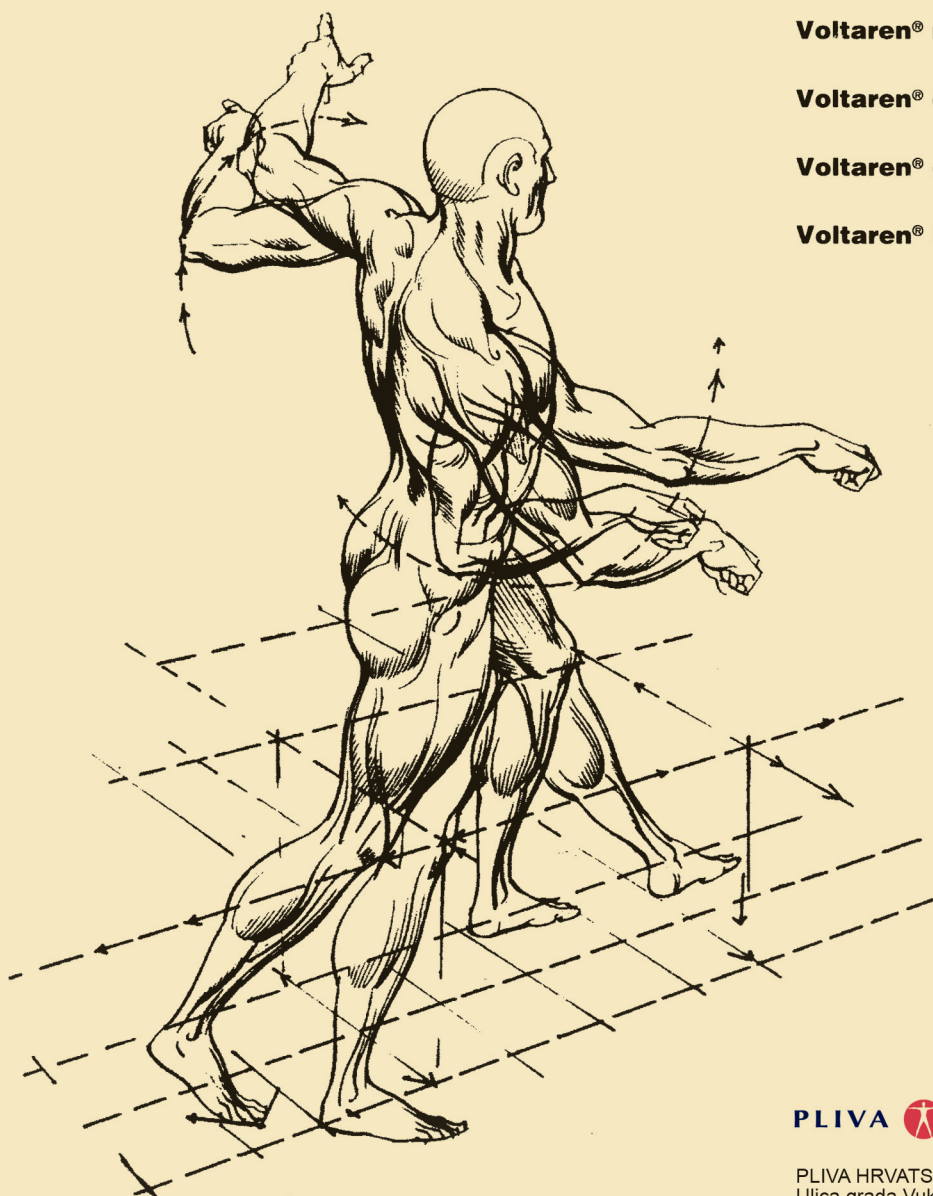
Voltaren® forte 20 tableta po 50mg

Voltaren® retard 20 tableta po 100mg

Voltaren® čepići 10 čepića po 12.5mg, 25mg i 50mg

Voltaren® gel 60g

Voltaren® injekcije 5 ampula po 75mg



PLIVA  MIŠIĆNO KOŠTANI

PLIVA HRVATSKA d.o.o.
Ulica grada Vukovara 49, 10 000 Zagreb, Hrvatska
Telefon: 01 / 3720 - 000, Faks: 01 / 6111 - 835
www.pliva.hr
www.plivamed.net
06-05-VOL-01NO/018-05/06-06

