



Preprečevanje in obvladovanje krhkosti

Uredila:

Mojca Gabrijelčič Blenkuš

Prispevali:

Vojko Strojnik, Miroljub Jakovljevič, Nada Rotovnik Kozjek, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Gregor Veninšek, Tjaša Knific, Igor Žerjal, Janko Strel, Božidar Voljč, Dorjana Zerbo Šporin, Vedran Hadžić

Ljubljana, januar 2016

Vsebina

Uvod	3
Definicija krhkosti	3
Argumentacija izziva	4
Logični okvir delovanja pri obvladovanju krhkosti	7
Definiranje namena, strateškega cilja, specifičnih ciljev ter predlogov ukrepov in aktivnosti	8
Namen	8
Strateški cilji	8
Specifični cilji:	8
Predlog ukrepov in aktivnosti	8
Grobi finančni okvir	9
Predlog nosilca in sodelujočih	9
Predlog časovnega okvira	10
Predlog kazalnikov	10
Literatura	11
Priloge	11

Uvod

Številne študije so pokazale, da je staranje povezano s fiziološkimi telesnimi spremembami, spremembami sestave telesa, gibalnih in miselnih vzorcev ter spremembami vnosa in potreb hranilnih snovi, s spremembami beljakovinskega metabolizma in pogosto zmanjšano telesno maso, kar posledično poveča tveganje za sarkopenijo (izgubo mišične mase in mišičnega delovanja) tudi pri osebah s prekomerno telesno težo (sarkopenična debelost - torej za prekomerno telesno težo in podhranjenost), vse opisano pa je temelj za nastanek krhkosti v starosti. Krhkost je danes vesplošen in naraščajoč družbeni problem, ki se ponekod premika tudi v mlajše generacije.

Nastanek krhkosti zaznamujejo številni dejavniki tako fiziološke narave, povezani s staranjem, kot patološke narave, povezani z akutnimi in kroničnimi boleznimi, ki se pogosteje pojavijo med staranjem.

Evropska komisija se zaveda pomena bremena krhkosti in številnih nedorečenosti na tem področju, zato je v letu 2015 začela pripravljati Skupni ukrep (Joint Action) na temo krhkosti, h kateremu se s soglasjem Ministrstva za zdravje pridružila tudi Slovenija. Ukrep naj bi se začel izvajati v letu 2017.

Definicija krhkosti

Definicija krhkosti še ni poenotena.

Težava je, da ni večinskega mnenja o etologiji in definiciji krhkosti (Tocchi, 2015). Na splošno obstajajo trije pristopi konceptualizacije krhkosti:

- v prvem pristopu smatrajo, da je krhkost upad telesnega funkcioniranja. Fenotip krhkosti, ki so ga oblikovali Fried in sodelavci (2001) je bil osnovan na petih prej opredeljenih kriterijih telesne krhkosti. Ta pristop je pri raziskovalcih najpogosteje uporabljen;
- drugi pristop gleda na krhkost kot kopičenje pomanjkljivosti v različnih področjih (npr. spoznavne sposobnosti, telesne funkcije, samo-ocena zdravja, kajenje, laboratorijski izvidi). Pri tem pristopu se najpogosteje uporablja Indeks krhkosti, ki so ga razvili Rockwood in sodelavci (2007). Uporablja se lahko pri različnih kliničnih stanjih in boleznih;
- zadnji pristop prav tako izhaja, da je več področij (socialno, duševno, telesno) vpletenih v koncept krhkosti. Najpogosteje se pri tem pristopu uporabljajo vprašalniki, ki vključujejo vsa omenjena področja, kot so Groningen indikator krhkosti (Schuurmans et al., 2004; Steverink et al., 2001) ali Tillburg indeks krhkosti (Gobbens et al., 2010).

Glede na to, da bomo poskušali razumeti krhkost celostno, je zadnja opredelitev trenutno za potrebe projekta najboljša. Obenem je Groningen kazalnik krhkosti uporaben tako v kliniki kot v domačem okolju

Argumentacija izziva

Sistematični pregled literature na temo krhkosti pri osebah, starih 65 let in več, ki je vključeval 31 študij iz Združenega kraljestva, Združenih držav Amerike, Evrope, Avstralije in Kanade kaže, da (Collard et al., 2012):

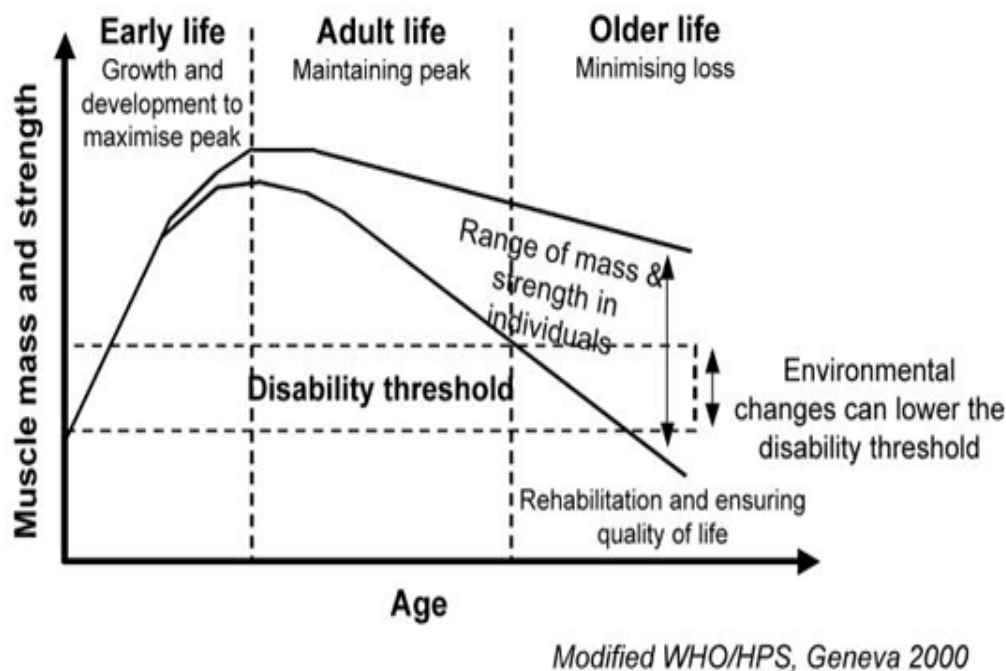
- prevalenca telesne krhkosti znaša od 4,0 % do 17 % (povprečje 9,9 %);
- je prevalenca višja, če vključimo psiho-socialno krhkost in znaša povprečno 10,7 % (95% IZ 10,5 % - 10,9 %);
- je prevalenca krhkosti pri ženskah (9,6 %) skoraj dva kart višja kot pri moških (5,2 %);
- se prevalenca krhkosti viša z naraščajočo starostjo, zelo izrazito pa po starosti 80 let.

Propadanje skeletne mišične mase, ki je del fizioloških procesov med staranjem, postopoma vodi do sarkopenije, ki skupaj z osteoporozo zmanjšuje funkcionalno telesno maso in pripomore h krhki starosti. Pri razvoju krhkosti se poveča možnost padcev, potreba po pomoči drugih, lahko se pojavi večja obolevnost in z njo povezano večje število hospitalizacij in več bivanj v različnih oblikah institucij za starostnike, pa tudi možnost slabših izhodov zdravljenja najrazličnejših zdravstvenih težav.

Svetovna zdravstvena organizacija je na pomen demografije dolgoživih družb, dinamike staranja in krhkosti, še posebej pa na pomen zgodnjih preventivnih aktivnosti za povečanje kvalitete življenja in zmanjšanja ekonomskih in drugih bremen, pričela opozarjati že pred nekaj desetletji.

Danes, ko se vedno bolj ukvarjamo s problematiko sedečega življenjskega sloga in sarkopenične debelosti, naraščajoče osteoporoze in duševnih težav, tudi pri mlajših starostnih skupinah, je načrtovanje intervencij v vseživljenjskem poteku s posebnim poudarkom na ranljivih in socialno ekonomsko bolj ogroženih skupinah prebivalstva nuja za vsako družbeno skupnost.

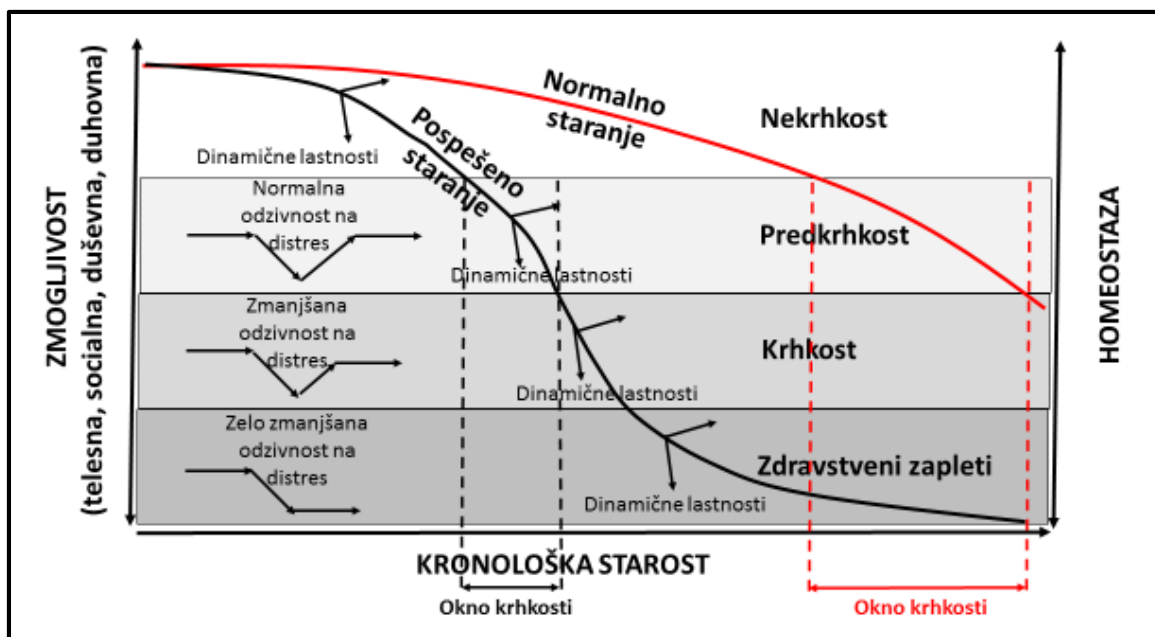
V nadaljevanju je prikazana shema krhkosti, ki jo je v letu 2000 pripravila Svetovna zdravstvena organizacija.



Slika 1. Prikaz razmerja med mišično maso in močjo na eni strani in starostjo na drugi strani, ter pomenom praga nezmožnosti zaradi krhkosti; prilagojeno po WHO/HPS, 2000

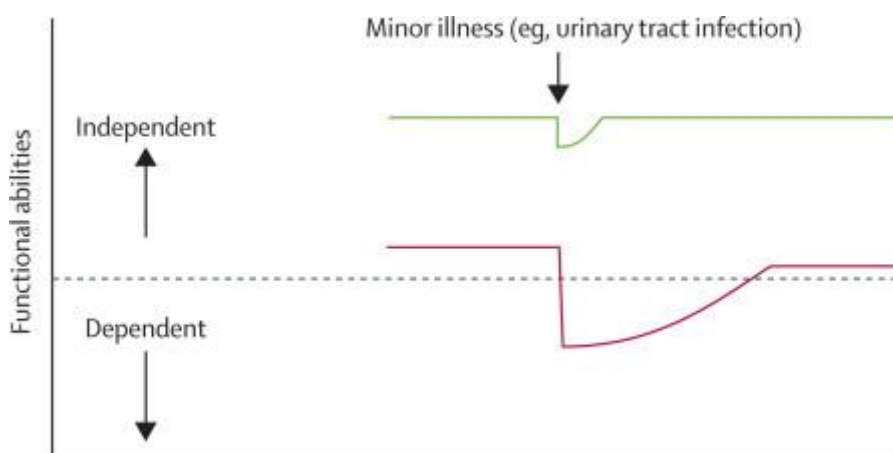
Shema Svetovne zdravstvene organizacije ne izraža vse dinamike z nihanji kot odzivi na stresorje, ki jih doživljajo starejši, zato smo jo za potrebe projekta prilagodili.

Prevladuje večinsko mnenje, da je krhkost poseben sindrom, ki se pojavlja predvsem pri starejših osebah, ki so pod večjim tveganjem za hospitalizacijo in odvisnost, zaradi česar je skrajšana pričakovana življenjska doba (Boyd et al., 2005; Fried et al., 2001). Krhkost je stanje ranljivosti zaradi slabega delovanja homeostaze pri izpostavljenosti stresorjem in je posledica skupnega upada funkcije fizioloških sistemov (Clegg et al., 2013) (slika 2).



Slika 2. Dinamični prehod med nekrhkostjo in zdravstvenimi zapleti, v različnih fazah življenjskega cikla – Priredil dr. Miroљjub Jakovljević za potrebe projekta AHA.SI

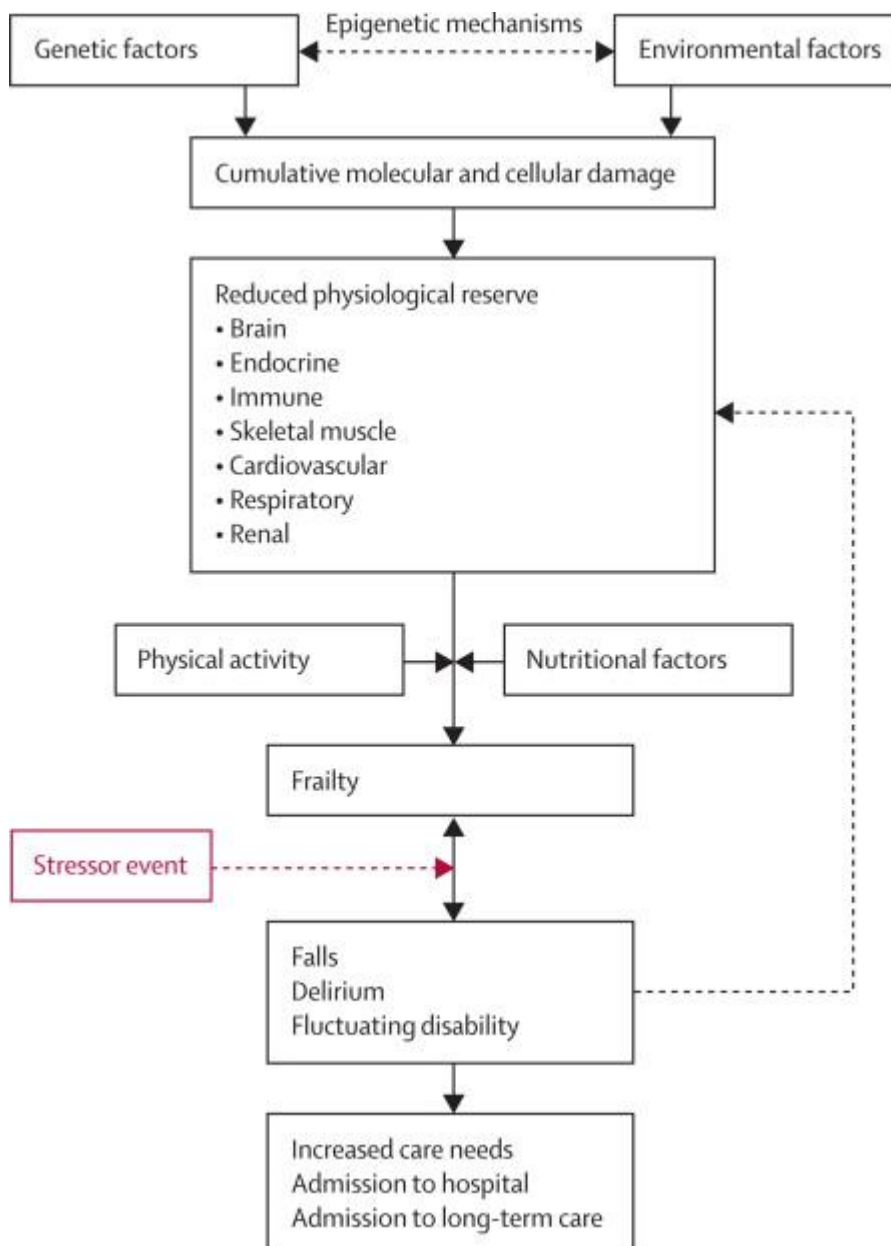
V pojasnilo zgornji dinamični sliki dodajamo še individualni stresni dogodek, kot so ga orisali raziskovalci na delavnici revije Lancet v letu 2013.



Slika 3. Ranljivost krhkih starostnikov ob nenadni, lahko manjši spremembi zdravstvenega statusa; Lancet, 2013.

Zaradi genetskih in okoljskih dejavnikov tekom življenja prihaja do kumulativnih molekularnih in celičnih poškodb, ki so izrazitejše v času (kulturno sprejetega) staranja organizma. Zmanjšajo se funkcijske zmožnosti različnih tkiv, od možganov, srčno žilnega, dihalnega, ledvičnega imunskega in endokrinega sistema ter še posebej mišičnega tkiva. Razvoj krhkosti lahko pomembno ublažijo ali zaustavijo zunanje intervencije, še posebej na področju prehrane, telesne dejavnosti, dobrega duševnega zdravja in umskih zmožnosti. V obdobju predkrhkosti in še posebej krhkosti že manjši stresorji (kot je na primer manjše obolenje) lahko pripeljejo posameznika, začasno ali trajno, pod prag zmožnosti za samostojno življenje in opravljanje osnovnih življenjskih funkcij, kar lahko izrazito poveča potrebo po dolgotrajni oskrbi.

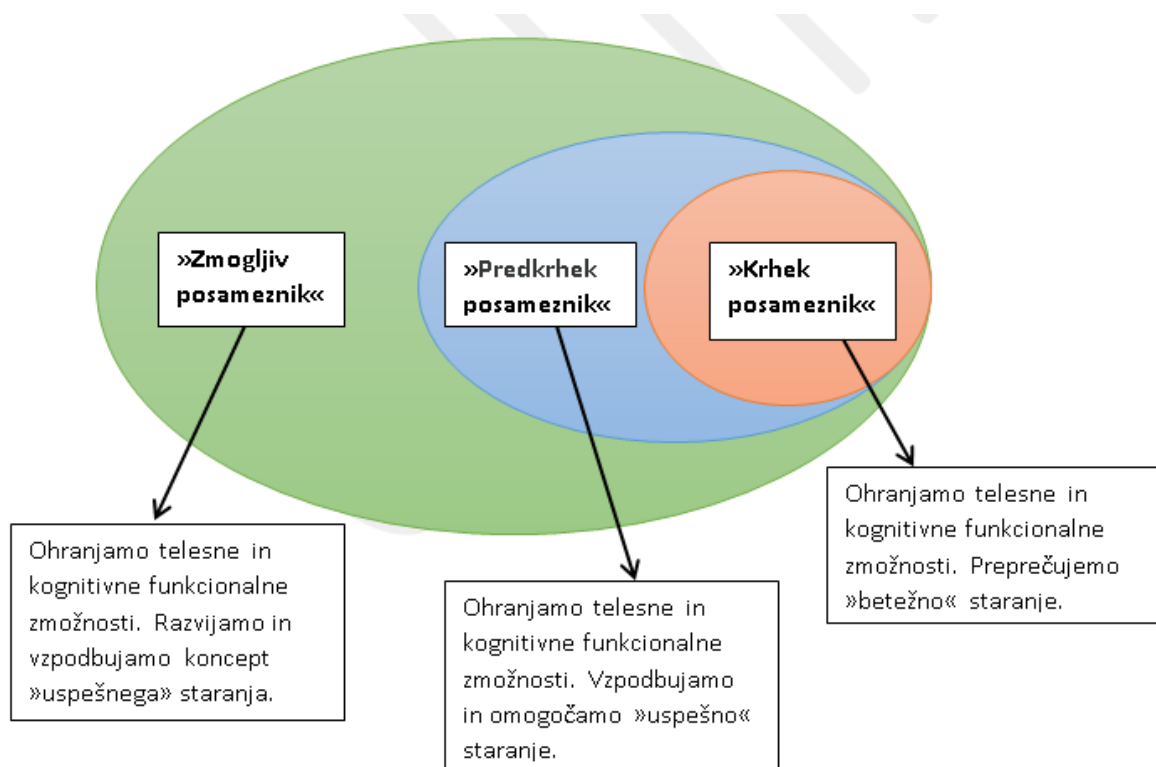
Shema 1: Shematski prikaz patofiziologije krhkosti (Lancet, 2013)



Zaradi povečanega staranja prebivalstva narašča tudi problematika krhkosti. Posledice lahko pomembno zmanjšajo neodvisnost in kvaliteto življenja posameznika ter znatno povečajo stroške zdravstvenih in socialnih storitev in so tako lahko zelo resne za posameznike, družine, lokalno skupnost in celotno družbo.

Logični okvir delovanja pri obvladovanju krhkosti

Za lažjo opredelitev namena in cilja predlogov ukrepov na področju obvladovanja krhkosti smo izoblikovali logični okvir, ki želi poudariti, da se želimo s problemom krhkosti ukvarjati celostno, to je tako s preprečevanjem kot tudi zdravljenjem ali vzdrževanjem določenega stanja.



Definiranje namena, strateškega cilja, specifičnih ciljev ter predlogov ukrepov in aktivnosti

Namen

Namen obvladovanja krhkosti je ohraniti posameznikove funkcijske telesne, duševne, socialne in duhovne zmožnosti čim dlje časa na »normalnem« nivoju ter vrniti funkcijsko zmožnost predkrhkim in krhkim starejšim odraslim; povečati pričakovana zdrava leta življenja in povečati kvaliteto življenja starejših.

Strateški cilji

- **obvladovanje prehranske ogroženosti**
- **obvladovanje funkcijske oziroma gibalne manj zmožnosti**
- **obvladovanje oziroma vzdrževanje kognitivno spoznavnih zmožnosti**
- **omogočati socialno vključenost starejših**

Specifični cilji:

- ohranjena visoka funkcijska (telesna, duševna, duhovna, socialna) zmožnost in dobra kvaliteta življenja starejših ter samostojno, dejavno in neodvisno življenje v kasno starost;
- pravočasno odkrivanje predkrhkih in krhkih starejših odraslih
- zmanjšana obolevnost starejših, tako zaradi nalezljivih kot zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni; vzdrževanje funkcijskih zmožnosti starejših odraslih s kroničnimi boleznimi in poškodbami
- zmanjšani stroški zdravljenja, oskrbe, ... starejših
-

Predlog ukrepov in aktivnosti

- a. Vzpostavljeno delovno telo za izvajanje ukrepov in povezovanje deležnikov (plus: ocenjevanje programov za financiranje, ...)
 - identifikacija političnih odločevalcev in vzpostavitev mreže deležnikov;
 - ustanovitev delovnega telesa v okviru relevantnega sektorja in definiranje njegove vloge;
 - redno spremljanje ter poročanje o delu in napredku;
- b. Razviti, implementirati in spremljati sistem presejanja na krhkosti, po posameznih področjih
- c. Zagotoviti ukrepe in možnosti v okolju za ohranjanje telesnih, duševnih, duhovnih in socialnih zmogljivosti starejših odraslih:
 - zagotovljena vadišča in programi vadbe; izgradnja trim stez, fitnes gibalnih parkov na prostem, ...; zagotovljen strokovni kader, ki vodi in spremlja vadbo; nadzor izvajanja vadbe; TV in radijske oddaje za spodbujanje vadbe; vzpostavitev obvladovanja krhkosti v okviru ukrepov dolgotrajne oskrbe na domu; spodbujanje medgeneracijske vadbe v domačem okolju;
 - zagotoviti osnovno prehransko oskrbo in možnost specializirane prehranske obravnave;
 - zagotoviti programe za vzdrževanje in razvijanje kognitivnih (spoznavnih) zmožnosti;

definiranje potreb starejših in deležnikov, ki delajo s starejšimi; vzpostavitev in nadgraditev obstoječih programov izobraževanja o obvladovanju krhkosti pri starejših pri vseh relevantnih profilih;

- vzpostavitev »točk zaupanja« za informiranje in spodbujanje veščin za obvladovanje krhkosti (domovi za starejše občane, nevladne organizacije z vzpostavljeno mrežo v regijah – ZDUS);
- razvoj pristopov za motiviranje starejših za vključitev in izvajanje ukrepov za obvladovanje krhkosti; razvoj informacijsko motivacijske podpore
- programi za usposobljene starejših oseb in za usposobljene njihovih neformalnih oskrbovalcev za izvajanje aktivnega življenjskega sloga in obvladovanje krhkosti, v podporo ukrepom na področju dolgotrajne oskrbe;
- vzpostavitev in vzdrževanje spletne strani z informacijami o različnih vidikih obvladovanja krhkosti;
- podpora razvoju in uporabi IKT tehnologije pri obvladovanju krhkosti;
- vzpostavitev sistema spremljanja aktivnosti na osebni in sistemski ravni;

Grobi finančni okvir

Izračune za oceno ukrepa bo potrebno pripraviti pred uvedbo ukrepov.

Delovna skupina ni imela časovnih in finančnih virov za pripravo ocene.

Predlog nosilca in sodelujočih

Nosilec aktivnosti:

Ministrstvo za zdravje

Sodelujoči deležniki:

- Domovi za starejše (Skupnost socialnih zavodov Slovenije)
- Fitnes centri
- Dnevni centri
- Negovalne bolnišnice
- Gerontološko društvo Slovenije
- ZDUS
- Geriatrična sekcija;
- Spominčica
- SZKP (Slovensko združenje za klinično prehrano)
- Druge relevantne klinične stroke
- Univerza: Fakulteta za šport UL, Zdravstvena fakulteta UL, Fakulteta za socialno delo UL, Univerza na primorskem – ZRS, ...
- Privatni ponudniki
- Športna društva
- Urbanistični inštitut Republike Slovenije
- NIJZ
- Združenja in društva
- Javna agencija Republike Slovenije za varnost prometa

Potrebno bo definirati, kateri profili se lahko vključujejo v preprečevanje in obvladovanje krhkosti.
Možni predlog:

- Preprečevanje krhkosti pri zmogljivem posamezniku: delujejo lahko vsi relevantni ustrezno usposobljeni profili strokovnjakov
- Preprečevanje in obvladovanje krhkosti pri »predkrhkem« posamezniku: zdravstveni delavci vodijo tim sodelavcev relevantnih strok; za vzdrževanje in izboljševanje stanja lahko delujejo vsi relevantni ustrezno usposobljeni profili strokovnjakov
- »Krhek« posameznik: v zdravljenju krhkosti se vključujejo zdravstveni delavci z zdravstvenimi sodelavci; pri vzdrževanju stanja zdravstveni delavci vodijo tim sodelavcev relevantnih strok.

Predlog časovnega okvira

Predlog kazalnikov

- zdrava leta življenja
- odstotek domov starejših občanov, ki vključujejo aktivnosti za preprečevanje krhkosti v svojo redno dejavnost za oskrbovance ter jo ponujajo zunanjim starejšim članom lokalne skupnosti;
- odstotek občin, ki omogočajo brezplačne programe vadbe za starejše

Literatura

1. Boyd CM, Xue QL, Simpson CF, Guralnik JM, Fried LP. Frailty, hospitalization, and progression of disability in a cohort of disabled older women. *Am J Med* 2005; 118: 1225–31.
2. Clegg A, Young J, Iliff e S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; 381: 752–62. (Seminar marec 2013)
3. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, et al. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 1487–92.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M146–56.
5. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc* 2010; 11: 344–55.
6. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62: 722–7.
7. Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets JP. Old or frail: what tells us more? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59: M962–5.
8. Steverink N, Slaets JPJ, Schuurmans H, Van Lis M. Measuring frailty. Development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). *Gerontologist* 2001; 41: 236–7.
9. Tocchi C. Frailty in older adults: an evolutionary concept analysis. *Res Theory Nurs Pract* 2015; 29(1): 66-84.

Priloge

- gradivo za delavnice in srečanja z deležniki, dostopne na spletni strani AHA.SI pod posameznimi delovnimi področji (www.staranje.si)

- PANGeA monografija – prehrana v starosti

<http://www.zrs.upr.si/monografije/single/telesna-aktivnost-in-prehrana-za-kakovostno-staranje-attivita-fisica-e-nutrizione-per-un-invecchiamento-di-qualita-1853>

- PANGeA monografija – telesna dejavnost v starosti

<http://www.zrs.upr.si/monografije/single/telesna-aktivnost-in-prehrana-za-kakovostno-staranje-attivita-fisica-e-nutrizione-per-un-invecchiamento-di-qualita-1850>