

STATE OF THE ART REPORT S PRIPOROČILI

PREGLED STANJA IN PRIPOROČILA PRIPRAVLJENA
V SKLOPU PROJEKTA INTEGRACIJA GERIATRIČNE
OSKRBE STAREJŠIH

Avtorji:

izr. prof. dr. Branko Gabrovec
Katarina Cesar
doc. dr. Mitja Vrdelja
Janina Žagar
dr. Tatja Kostnapfel
dr. Stella Sekulić Kelhar
Gregor Veninšek
prim. doc. dr. Alenka Trop Skaza
dr. Tanja Selič Kurinčič
mag. Simona Mušič
Mila Terčelj
izr. prof. dr. Mojca Jevšnik Podlesnik
Tjaša Knific
dr. Suzana Pustivšek
dr. Martina Horvat
Nina Salobir
doc. dr. Miroljub Jakovljevič
Tajda Breznik
Janja Horvat
Nuša Crnkovič



STATE OF THE ART REPORT S PRIPOROČILI

Pregled stanja in priporočila pripravljena v sklopu projekta Integracija geriatricne oskrbe starejših

AVTORJI: izr. prof. dr. Branko Gabrovec, Katarina Cesar, doc. dr. Mitja Vrdelja, Janina Žagar, dr. Tatja Kostnapfel, dr. Stella Sekulić Kelhar, Gregor Veninšek, prim. doc. dr. Alenka Trop Skaza, dr. Tanja Selič Kurinčič, mag. Simona Mušič, Mila Terčelj, izr. prof. dr. Mojca Jevšnik Podlesnik, Tjaša Knific, dr. Suzana Pustivšek, dr. Martina Horvat, Nina Salobir, doc. dr. Miroljub Jakovljević, Tajda Breznik, Janja Horvat, Nuša Crnkovič

IZDAJATELJ: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

OBLIKOVANJE: Neža Prešiček

KRAJ IN LETO IZDAJE: Ljubljana, junij 2026

ELEKTRONSKA IZDAJA

SPLETNI NASLOV: <https://nijz.si/>

BESEDILO NI LEKTORIRANO.

UPORABA IN OBJAVA PODATKOV, V CELOTI ALI DELOMA, DOVOLJENA LE Z NAVEDBO AVTORJEVIN VIRA.

Vsebina Priporočil za zdravo staranje je bila pripravljena v okviru projekta Integracija geriatricne oskrbe starejših. Projekt sofinancirata Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje in Evropska unija – NextGenerationEU. Projekt se izvaja skladno z načrtom v okviru razvojnega področja: Zdravstvo in socialna varnost, komponente 1: Zdravstvo (C4 K1), naložbe: Krepitev kompetenc kadrov v zdravstvu za zagotavljanje kakovosti oskrbe.

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

COBISS.SI-ID [285061379](#)

ISBN 978-961-7284-11-9 (PDF)

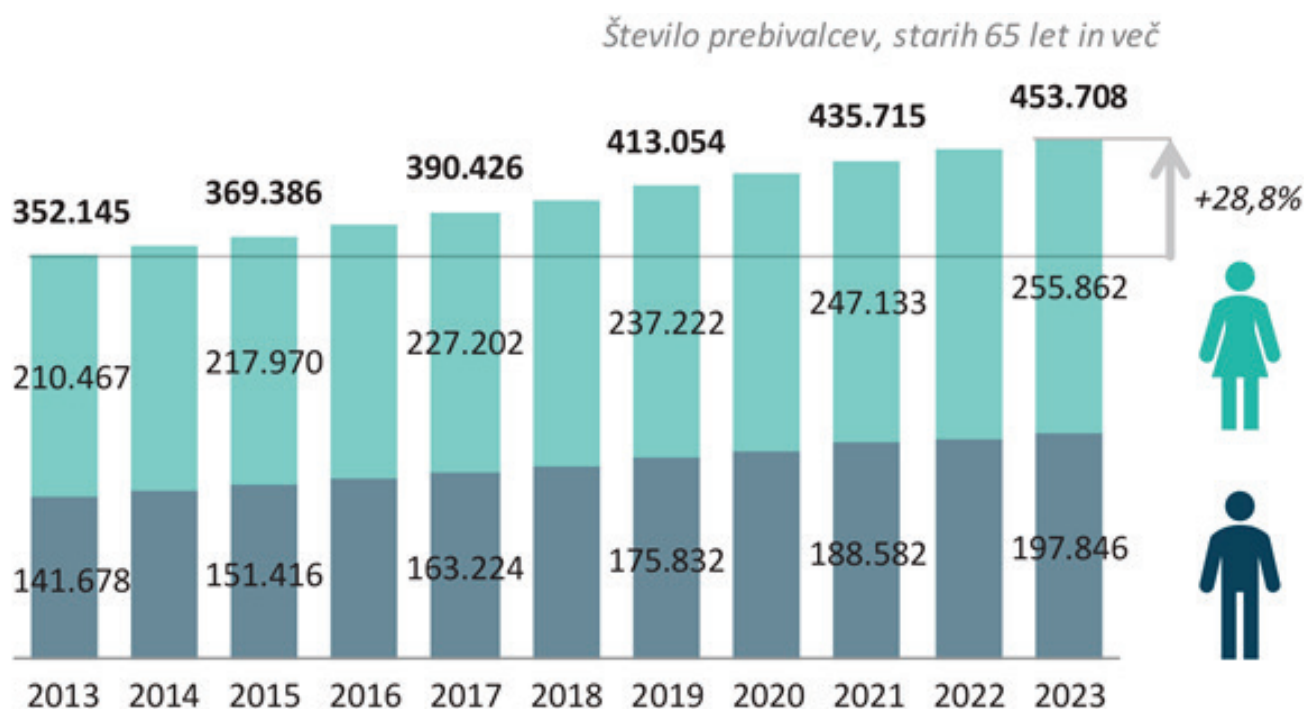
1. Uvod.....	1
2. Metode.....	4
2.1 Iskalna strategija.....	4
2.2 Analiza informacij.....	4
2.3 Omejitve skupne iskalne strategije.....	5
3. Rezultati.....	6
3.1 Staranje in spremembe v starosti.....	6
3.2 Zdravo staranje.....	7
3.3 Multikulturnost in staranje.....	8
3.4 Holistični pristop in opolnomočenje starejših.....	9
3.5 Krhkost.....	11
3.5.1 Definicija krhkosti.....	11
3.5.2 Prevalenca krhkosti.....	11
3.5.3 Reverzibilnost krhkosti.....	12
3.5.4 Diagnosticiranje krhkosti.....	12
3.5.5 Zaznava krhkosti v klinični praksi.....	13
3.5.6 Obvladovanje krhkosti.....	13
3.5.7 Vloga vmesne in prehodne oskrbe v okviru integriranega modela oskrbe.....	15
3.5.8 Katera so bodoča raziskovalna področja pri preučevanju krhkosti?.....	16
3.5.9 Zaključki.....	16
3.6 Komuniciranje s starejšimi odraslimi.....	16
3.6.1 Pristopi pri komuniciranju s starejšimi odraslimi.....	17
3.6.2 Merila kakovosti komunikacije.....	19
3.6.3 Učenje komunikacijskih veščin v izobraževanju.....	19
3.6.4 Sodelovanje zdravstvenih strokovnjakov in strokovnjakov za komuniciranje.....	20
3.6.5 Komunikacija v paliativni oskrbi.....	20
3.6.6 Družbene vrednote in zdravstveno komuniciranje s starejšimi odraslimi.....	20
3.6.7 Zaključki.....	20

3.7 Klinična obravnava.....	21
3.7.1 Higiena rok v klinični obravnavi.....	21
3.7.2 Okužbe in cepljenja.....	21
3.7.3 Polifarmakoterapija in klinična obravnava.....	22
3.7.4 Multimorbidnost in klinična obravnava.....	23
3.7.5 Pristopi nudenja dolgotrajne oskrbe starejših odraslih.....	24
3.7.6 Ustno zdravje in klinična obravnava.....	25
3.7.7 Spremembe v starosti, ki so pomembne za klinično obravnavo.....	27
3.7.8 Zaključki.....	28
3.8 Prehrana.....	28
3.8.1 Spremembe v prehranskih potrebah starejših odraslih oseb.....	28
3.8.2 Presejalna orodja za zgodnje odkrivanje podhranjenosti pri starejših odraslih.....	29
3.8.3 Izvedeni programi in projekti na temo prehrane starejših v Sloveniji.....	30
3.8.4 Pomen uravnotežene prehrane.....	31
3.8.5 Vloga prehranskih dopolnil pri starejših odraslih oseb.....	32
3.8.6 Prehranska intervencija in rehabilitacija starejših odraslih oseb....	32
3.8.7 Prehrana v domovih za starejše odrasle in dostava obrokov na dom.....	33
3.8.8 Zaključki.....	33
3.9 Telesna dejavnost	34
3.9.1 Pomen telesne dejavnosti na zdravje starejših odraslih.....	34
3.9.2 Pomen specifičnih vadbenih intervencij pri različnih geriatričnih stanjih.....	35
3.9.3 Socialni in zdravstveni vidiki telesne dejavnosti v lokalnem okol- ju.....	36
3.9.4 Telesna dejavnost v okviru oskrbe starejših odraslih v zdravstven- em sistemu.....	37
3.9.5 Programi telesne dejavnosti za specifične ciljne skupine.....	39
3.9.6 Vpliv telesne dejavnosti na duševno zdravje in socialno povezanost.....	40
3.9.7 Vloga nevladnih organizacij pri spodbujanju telesne dejavnosti.....	40
3.9.8 Zaključki.....	41

3.10 Duševno zdravje.....	42
3.10.1 Pomen krepitve duševnega zdravja v starosti.....	42
3.10.2 Nacionalni programi za duševno zdravje starejših odraslih.....	42
3.10.3 Projekti na področju duševnega zdravja starejših.....	43
3.10.4 Klinične smernice in klinične poti za obravnavo duševnega zdravja starejših odraslih v Sloveniji.....	45
3.10.5 Izobraževanje strokovnih služb za delo s starejšimi odraslimi na področju duševnega zdravja.....	45
3.10.6 Zaključki.....	46
3.11 Presejalna orodja.....	46
3.11.1 Vloga presejanja v preventivni obravnavi.....	47
4. Ključna sporočila.....	48
5. Viri.....	50

1. Uvod

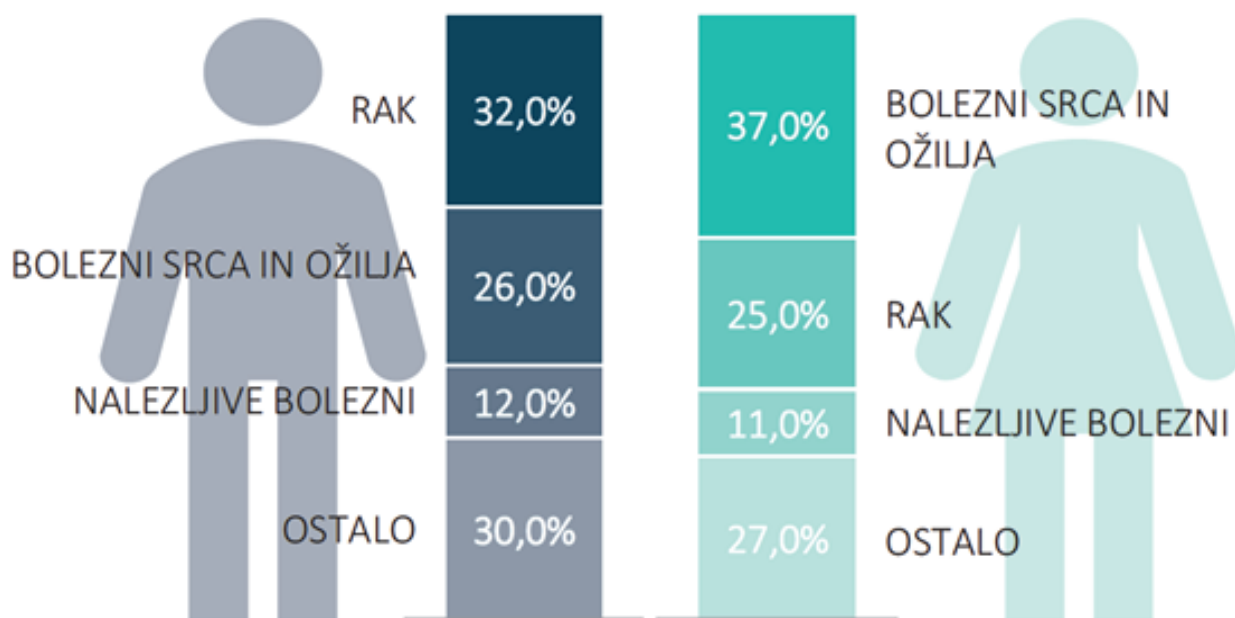
Staranje prebivalstva se po svetu pospešuje: skoraj vsaka država beleži rast tako števila kot deleža starejših ljudi. Leta 2019 je bilo na svetu 703 milijonov ljudi starih 65 let ali več, do leta 2050 pa naj bi se to število podvojilo na 1,5 milijarde. Globalni delež prebivalstva, starega 65 let ali več, se je povečal s 6 % (1990) na 9 % (2019) in naj bi do leta 2050 dosegel 16 % (United Nations, 2019a). V Evropi naj bi do leta 2050 bil delež starejših odraslih starejših od 65 let še višji in sicer skoraj 28 % prebivalstva (Leeson, 2018). Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenija (2026) je bil leta 2023 delež oseb starejših od 65 let 21,4 % (Slika 1).



Slika 1: Starejši prebivalci (65 let in več), po spolu, Slovenija, 2013–2023.

Vir: SURS; povzeto po Zdravstveno stanje prebivalcev Slovenije do leta 2023 (2024) (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024).

S staranjem so neposredno povezane številne spremembe. Na fiziološki ravni nastopijo spremembe na celičnem in molekularnem nivoju, ki se postopno akumulirajo in vodijo v nastanek različnih bolezni ter na koncu, smrt (Steves idr., 2012). Te spremembe so odvisne od različnih dejavnikov, pri čemer je kronološka starost zgolj eden izmed šibko povezanih dejavnikov. Posledično skupina starejših odraslih, tj. starih 65 let ali več, predstavlja najbolj heretogeno starostno skupino (Ghosh idr., 2023; Steves idr., 2012). Visoka stopnja heterogenosti te populacijske skupine je razvidna tudi iz vodilnih vzrokov umrljivosti v Sloveniji (Slika 2). Čeprav se v povprečju v tem starostnem obdobju signifikantno poviša tveganje za razvoj kroničnih bolezni in multimurbitnosti, sama prisotnost diagnoze ne poda uvida v to, kakšen vpliv ima na posameznikovo življenje (Etxeberria idr., 2019; Menassa idr., 2023; Young idr., 2009). Posameznik ima lahko na primer oslavljen vid in povišan srčni pritisk, vendar z očali in zdravili za uravnavanje pritiska živi polno življenje – tj. bolezensko stanje ne vpliva na njegovo zmožnost vsakodnevnega delovanja.



Slika 2: Vodilni vzroki umrljivosti, po spolu, Slovenija, 2022.

Vir: SURS; povzeto po Zdravstveno stanje prebivalcev Slovenije do leta 2023 (2024) (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024).

V starejši odrasli dobi se hkrati spreminjajo številne determinante duševnega zdravja. Med pomembnejšimi so spremembe v socialni mreži in medosebnih odnosih, ki so pogosto povezane z upokojitvijo ter spremembami vsakodnevne strukture in vlog (Dong idr., 2024; Murniati idr., 2022; Schwartz & Litwin, 2019). S starostjo se poveča tudi verjetnost izgub bližnjih, kar lahko vodi v žalovanje, osamljenost in socialno izolacijo. Poleg tega se lahko v tem obdobju poveča tveganje za nižji socialno-ekonomski status oziroma socialno ogroženost (Schwartz & Litwin, 2019). Starejši odrasli so lahko tudi bolj ranljivi za viktimizacijo; to je še posebej izrazito pri osebah s kognitivnim upadom ali demenco, kjer se lahko povečata odvisnost od drugih in izpostavljenost različnim oblikam nasilja (Crnkovič idr., 2024). Kumulativna prisotnost več takšnih determinant je povezana z večjim tveganjem za slabše duševno zdravje, kar lahko prispeva k večjemu tveganju za težave s spanjem, depresijo, anksioznost in samomorilne misli ter s tem tudi k povečanemu tveganju za pojav demence (Almondes idr., 2016; Dahlberg idr., 2022; Maier idr., 2021). To lahko pomembno negativno vpliva tudi na posameznikovo telesno zdravje, ki je neločljivo povezano z duševnim zdravjem (Luo idr., 2020). Poleg tega raziskave kažejo tudi na pomemben negativen vpliv starizma na duševno in telesno zdravje starejših odraslih (Allen idr., 2022a; World Health Organization, 2021a).

Po drugi strani pa Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) izpostavlja zadostna količina redne telesne dejavnosti in vdrževanje primerne prehrane kot ključna zaščitna dejavnika za zdravo staranje (World Health Organization, 2015a). Poleg tega so bili med drugim kot pomembni zaščitni dejavniki za zdravo staranje identificirani tudi občutek smisla v življenju, socialna mreža (vključno z vključevanjem v skupinske aktivnosti), hobiji, prisotnost duševnega dobrobiti, občutka pripadnosti in kakovostni spanec (Hornby-Turner idr., 2017; Ki idr., 2024; Susanti idr., 2020; Wingo idr., 2020; Zahodne, 2021).

Posledično SZO poudarja pomembnost celostnega pristopa k oceni procesa staranja skozi prizmo življenjske poteka in funkcionalnih zmožnosti, pri čemer funkcionalne zmožnosti zajemajo vse fizične

in duševne kapacitete posameznika, kot tudi vse relevantne okoljske dejavnike (World Health Organization, 2015a). To osvetljuje tudi potrebo po integriranih, celovitih in usklajenih zdravstvenih storitvah, ki so zmožne naslavljanje kompleksne, medsebojno povezane potrebe starejših odraslih (Kunna idr., 2017; Wu idr., 2023).

Kot odziv na to je bil oblikovan projekt "Integracija geriatrične oskrbe starejših", ki je usmerjen v pregled in analizo ključnih področij zdravstvene in socialne obravnave starejših oseb. V okviru projekta so bile izvedene analize stanja in pregled literature na temeljnih vsebinskih sklopih: krhkost, komunikacija, klinična obravnava, prehrana, telesna dejavnost, duševno zdravje, uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije ter presejalna orodja.

Cilj trenutnega poročila pregleda stanja je predstaviti izčrpen pregled trenutnega znanja, praks in priporočil za nadaljnji razvoj geriatrične oskrbe v Sloveniji. Poseben poudarek je namenjen identifikaciji obstoječih vrzeli v oskrbi in izobraževanju kadra, raznolikosti pristopov, priložnostim za izboljšanje kakovosti oskrbe in okrepitvi interdisciplinarnega sodelovanja. Ta uvodni pregled služi kot strokovna podlaga za nadaljnje oblikovanje integriranih modelov oskrbe, strateških usmeritev na ravni države ter razvoja ukrepov za podporo kakovostnemu, dostojanstvenemu in varnemu staranju v domačem okolju in skupnosti.

2. Metode

2.1 Iskalna strategija

V okviru priprave dokumenta Poročilo pregleda stanja so bile vključene vsebine, zbrane in analizirane v okviru petih delovnih paketov (DP), pri čemer je vsak DP obravnaval specifično tematsko področje, povezano z zdravstveno in socialno oskrbo starejših oseb. Za posamezno vsebinsko področje so bile pripravljene osnutki poročil in povzetki iz pregleda literature. Spodnja tabela prikazuje razdelitev tematskih področij po posameznih delovnih paketih:

DP	Področje, ki ga pokriva posamezen DP
DP3	Komuniciranje
DP4	Klinična obravnava
DP5	Prehrana
DP6	Telesna dejavnost
DP7	Duševno zdravje

Tabela 1: Področja, ki so bila raziskana in analizirana v okviru posameznih delovnih paketov.

Iskanje virov je potekalo znotraj strokovnih skupin na osnovi ključnih besed, ki so se navezovala na posamezno področje, kot na primer: »geriatrična prehrana«, »telesna dejavnost starejših«, »komunikacija s starejšimi«, »polifarmacija«, »krhkost«, »duševno zdravje v starosti«, »demenca«, »presejalna orodja v geriatrici«. Uporabljene so bile znanstvene podatkovne baze (npr. PubMed, ScienceDirect), repozitoriji institucij (npr. NIJZ, ZZZS), mednarodne smernice (WHO, ESPEN, EUGMS) ter nacionalni strateški dokumenti (npr. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, Priporočila za vadbo starejših ipd.). Prav tako je bila vključena siva literatura – npr. izobraževalni programi, projektna poročila, publikacije zbornic in strokovnih združenj ter izobraževalna gradiva.

2.2 Analiza informacij

Analiza je bila zasnovana tematsko in kvalitativno. Ker je primerljivost vključenih vsebinskih področij kompleksna, so bila za namen lažjega poenotenja končnih rezultatov izoblikovana vprašanja, na katera so posamezni DP odgovorili v svojih poročilih:

1. Ali že obstajajo kakšni programi na temo obravnavane tematike?

2. Ali so programi financirani? Kakšno je financiranje?
3. Ali že obstajajo kakšne smernice?
4. Ali se je oziroma se izvaja kakšen projekt?
5. Že obstaja kakšna klinična pot?
6. Kaj se na to temo dogaja v Sloveniji.

To je v procesu končne redakcije omogočilo lažjo primerljivost rezultatov in pripravo končnih priporočil.

2.3 Omejitve skupne iskalne strategije

Kljub sistematičnemu pristopu je imela iskalna strategija nekatere omejitve. Prva med njimi je bila raznolikost področij, ki so zahtevala različne metodološke pristope, kar je otežilo popolno standardizacijo zbiranja in analize informacij. Druga omejitev se nanaša na razpoložljivost podatkov in virov v slovenskem jeziku. Na določenih vsebinskih področjih (npr. uporaba IKT, presejalna orodja, higiena rok) so dostopni viri omejeni, kar je zahtevalo večjo vključitev mednarodnih smernic in posrednih virov. Poleg tega je pomembno omeniti, da obstaja zelo omejen obseg slovenskih raziskav o starejših odraslih.

3. Rezultati

3.1 Staranje in spremembe v starosti

Staranje je kompleksen in večdimenzionalen proces, ki vključuje preplet bioloških, psiholoških, socialnih in okoljskih sprememb. Med posamezniki poteka različno, saj nanj vplivajo telesne in duševne zmožnosti, dedni dejavniki, življenjski slog, zdravstveno stanje ter značilnosti socialnega in bivalnega okolja. Razumevanje teh sprememb je ključno za kakovostno obravnavo starejših, saj lahko le celosten pristop prispeva k ohranjanju njihove funkcionalne sposobnosti, samostojnosti, dostojanstva in kakovosti življenja (Menassa idr., 2023). Ker imajo starejši ne le telesne, temveč tudi psihološke, socialne in okoljske potrebe, Abdi idr. (2019) poudarjajo, da morajo biti modeli oskrbe in podpore zasnovani okoli teh potreb, saj njihovo ravnoesje pomembno vpliva na prilagojenost, dobro počutje in zadovoljstvo v starosti (Abdi idr., 2019).

Na biološki ravni se s staranjem postopno zmanjšuje funkcionalna zmogljivost organizma. Do sprememb prihaja zaradi manjše elastičnosti tkiv, zmanjšane količine vode v telesu ter slabšega delovanja posameznih organskih sistemov, kot so imunski sistem, srce in ožilje, prebavila, živčevje, dihalna in sečilna (Boltz idr., 2016). Koža postaja tanjša, bolj suha, manj elastična in občutljivejša za poškodbe, hkrati pa se povečuje verjetnost počasnejšega celjenja ran in okužb (Touhy & Jett, 2020). V mišično-skeletnem sistemu se zmanjšujeta mišična masa in mišična moč, upada tudi kostna gostota, kar povečuje tveganje za padce, zlome, osteoporozo in zmanjšano gibljivost (Boltz idr., 2016). Pogoste so tudi spremembe čutil, zlasti vida, sluha, okusa, vonja in tipa, kar pomembno vpliva na varnost, orientacijo in kakovost vsakodnevnega življenja (Touhy & Jett, 2020).

Pomembne spremembe se pojavljajo tudi v delovanju imunskega sistema. V starosti oslabi celični in humoralni imunski odziv, zato so starejši bolj dovzetni za okužbe, počasneje okrevajo ter imajo večje tveganje za kronična vnetja in avtoimunske bolezni (Boltz idr., 2016). Tudi srčno-žilni sistem se s staranjem spreminja: žile postajajo bolj toge, krvni tlak se pogosto zvišuje, srce pa se slabše prilagaja večjim telesnim naporom. Prav tako so v starosti pogostejše srčno-žilne bolezni. Podobno se zmanjšuje učinkovitost dihalnega sistema, saj pljuča postajajo manj elastična, dihanje bolj plitvo, čiščenje dihalnih poti pa manj učinkovito, kar povečuje tveganje za respiratorne okužbe (Touhy in Jett, 2020).

Na psihološki ravni staranje pogosto prinaša spremembe v spominu, pozornosti, hitrosti mišljenja in učenju. Pri starejših se lahko zmanjša kognitivna sposobnost, poveča pozabljivost in zmanjša motivacija za umsko dejavnost, zlasti po upokojitvi, ko je manj vsakodnevnih intelektualnih spodbud (Boltz idr., 2016). Milavec Kapun (2011) opozarja, da se v starosti pogosto pojavljajo tudi občutki duhovne praznine, izgube smisla, strah pred smrtjo, občutki krivde ter potreba po ponovnem osmišljanju lastnega življenja. Poleg tega so v tem obdobju pogostejše čustvene stiske, kot so potrnost, depresivnost, osamljenost in zmanjšana psihološka odpornost, zlasti kadar se posameznik sooča z izgubo partnerja, prijateljev, zdravja ali samostojnosti (Milavec Kapun, 2011).

Kljub temu starost ne pomeni nujno osebnostne spremembe, saj pogosto ostajajo ohranjene življenjske izkušnje, ustvarjalnost, sposobnost presoje in modrost (Boltz idr., 2016).

Socialne spremembe v starosti so tesno povezane z biološkimi in psihološkimi spremembami. Ob upokojitvi se pogosto spremeni socialna mreža posameznika, zmanjša se vsakodnevni stik s sodelavci, hkrati pa se lahko spremenijo tudi družinske vloge, ekonomski položaj in občutek družbene vključenosti (Milavec Kapun, 2011). Starejši se pogosto srečujejo z izgubo partnerja ali prijateljev, s preselitvijo, večjo odvisnostjo od drugih ali z vključitvijo v institucionalno varstvo, kar lahko poveča občutke osamljenosti, odrinjenosti in socialne izključenosti (What Do We Know About Healthy Aging?, 2022). Tudi Ramovš (2003) poudarja, da v starosti v ospredje stopijo potrebe po materialni varnosti, kakovostnih medčloveških odnosih, ohranjanju telesne in duševne svežine, predajanju življenjskih izkušenj mlajšim generacijam ter doživljanju smisla starosti (Ramovš, 2003).

3.2 Zdravo staranje

Za uspešno prilagajanje na starostne spremembe je pomembno, da starejši ohranja aktivnost, občutek koristnosti in možnost sodelovanja v družbi. Smiselno je spodbujati vseživljenjsko učenje, prilagojene oblike dela po upokojitvi, medgeneracijsko povezovanje ter vključevanje starejših v skupnostne dejavnosti (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve RS, 2006). Prav socialna podpora, občutek pripadnosti ter dostop do zdravstvene in socialne oskrbe pomembno prispevajo h kakovosti življenja v starosti. Novejše raziskave kažejo, da starejši pogosto ne potrebujejo le bolnišničnega zdravljenja, temveč predvsem dobro organizirano primarno zdravstveno oskrbo ter širšo podporo v skupnosti, vključno s pomočjo na domu, podporo pri mobilnosti in samooskrbi, ustreznimi bivalnimi pogoji ter drugimi oblikami socialne in zdravstvene podpore (Abdi idr., 2019).

Sodobni pogled na staranje poudarja tudi koncept zdravega staranja. To pomeni ustvarjanje takšnih življenjskih pogojev in priložnosti, ki ljudem omogočajo, da skozi vse življenje ohranjajo dobro počutje in počnejo tisto, kar jim je pomembno. Pri tem ni nujno, da je starejši človek popolnoma brez bolezni, saj lahko tudi osebe z eno ali več kroničnimi boleznimi živijo kakovostno, če so njihove zdravstvene težave dobro obvladovane. Ključno vlogo imajo okolje, življenjske razmere, dostop do zdravstvenih in socialnih storitev ter možnosti za ohranjanje samostojnosti, odnosov in aktivne vloge v družbi (Menassa idr., 2023; WHO, 2020).

Svetovna zdravstvena organizacija zdravo staranje opredeljuje kot proces razvijanja in ohranjanja funkcionalne sposobnosti, ki omogoča blagostanje v starosti. Funkcionalna sposobnost vključuje zmožnost zadovoljevanja osnovnih potreb, gibanja, učenja, odločanja, vzdrževanja odnosov in prispevanja družbi. Odvisna je od posameznikovih telesnih in duševnih zmožnosti ter od značilnosti okolja, v katerem živi (WHO, 2020).

3.3 Multikulturnost in staranje

Na področju obravnave starejših iz kulturno in jezikovno raznolikih okolij obstajajo uveljavljeni programi in strukturirane pobude, ki se osredotočajo na starejše iz kulturno in jezikovno raznolikih okolij, pogosto poimenovane kot starejši migranti, pripadniki etničnih manjšin ali CALD – kulturno in jezikovno raznoliki starejši. Med najpogostejšimi so programi kulturno ustrezne oskrbe starejših, ki vključujejo usposabljanja, delavnice in podporo izvajalcem socialnega in zdravstvenega varstva, ter centri za kulturno raznolikost v staranju, ki pripravljajo smernice, priročnike in praktična orodja za delo s starejšimi iz različnih kulturnih okolij. Pomembno vlogo imajo tudi evropski izobraževalni programi, namenjeni razvoju kulturno občutljive oskrbe starejših z migrantskim ozadjem, ter programi, povezani z demenco in migracijami, saj je demenca eden ključnih dejavnikov potrebe po dolgotrajni oskrbi v starosti (World Health Organization Regional Office for Europe, 2018).

Večina tovrstnih programov je financiranih, vendar se viri in obseg financiranja razlikujejo. Del programov se financira iz državnih proračunov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo, številni projekti pa so sofinancirani iz evropskih sredstev, predvsem programov EU. Pogosto gre za projektno financiranje, ki je časovno omejeno, izvajalci storitev pa morajo dodatno financirati implementacijo aktivnosti, kot so tolmačenje ali izobraževanja zaposlenih (OECD & European Union, 2022a).

Na področju multikulturene oskrbe starejših obstajajo tudi različne smernice in priporočila, ki se nanašajo predvsem na kulturno ustrezno organizacijo storitev, razvoj medkulturnih kompetenc zdravstvenih in socialnih delavcev ter prilagojeno obravnavo demence pri pripadnikih etničnih manjšin. Mednarodna priporočila poudarjajo predvsem pomen kulturne varnosti, jezikovne dostopnosti in preprečevanja neenakosti v dostopu do zdravstvenih in socialnih storitev (Napier idr., 2014).

Izvajajo se tudi številni projekti, zlasti na evropski ravni, ki so namenjeni razvoju kulturno občutljive oskrbe starejših z imigrantskim ozadjem. Ti vključujejo raziskave, izobraževanja in razvoj praktičnih orodij ter pilotske projekte, ki preizkušajo nove pristope k oskrbi starejših v večkulturnih okoljih. Projekti pogosto predstavljajo podlago za razvoj smernic, vendar se po zaključku financiranja ne nadaljujejo vedno sistematično (Lancet Migration European Regional Hub, 2021).

Na splošno ne obstaja enotna, standardizirana klinična pot, ki bi bila namenjena izključno multikulturnim starejšim. Kulturni vidiki so večinoma vključeni kot prečni element v obstoječe klinične poti, zlasti na področju demence in duševnega zdravja, kjer obstajajo dodatna priporočila za prilagajanje komunikacije, ocenjevanja in podpore potrebam starejših iz različnih kulturnih in jezikovnih okolij (World Health Organization Regional Office for Europe, 2018).

Raziskave kažejo, da se starejši migranti pogosto srečujejo z večplastnimi ovirami pri dostopu do zdravstvenih in socialnih storitev, kot so jezikovne ovire, slabša zdravstvena pismenost, kulturne razlike v razumevanju bolezni in oskrbe ter omejen dostop do informacij o pravicah in storitvah.

Pomembno vlogo ima tudi družina, saj v številnih migrantskih skupnostih neformalni oskrbovalci predstavljajo ključni vir podpore starejšim, kar lahko vodi do večje obremenjenosti družinskih članov in poznejšega vključevanja formalnih storitev. V literaturi se zato vse bolj poudarja potreba po sistematičnem vključevanju kulturne kompetentnosti v organizacijo dolgotrajne oskrbe ter po boljšem zbiranju podatkov o migracijskem ozadju in etnični pripadnosti starejših uporabnikov storitev, kar bi omogočilo boljše načrtovanje politik in storitev (OECD & European Union, 2022b).

V Sloveniji trenutno ni jasno opredeljenih državnih ali večjih javnih programov, ki bi bili financirani posebej za multikulturno oskrbo starejših, kar kaže na pomembno razvojno vrzel na tem področju (European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion., 2021; Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2016b).

3.4 Holistični pristop in opolnomočenje starejših

Pri obravnavi starejših cilj ne sme biti zgolj podaljševanje življenja, temveč predvsem zagotavljanje kakovostnega staranja. To je povezano z dobrim počutjem, ohranjanjem funkcionalnih sposobnosti ter zmožnostjo prilagajanja na spremembe, ki jih prinaša starost. Sodobni modeli zdravega in kakovostnega staranja zato poudarjajo vpliv bioloških, psiholoških, socialnih, duhovnih, kulturnih in okoljskih dejavnikov ter potrebo po celostni obravnavi posameznika (Touhy & Jett, 2020). Ob tem je za vsakega posameznika poleg kakovostnih storitev pomembno tudi ohranjanje avtonomije, dostojanstva, varnosti, individualnosti in socialne vključenosti. Starejši morajo imeti možnost aktivnega sodelovanja pri vseh vidikih svoje oskrbe, saj se prav s poslušanjem, potrpežljivostjo in vključevanjem njihovih pogledov pridobi bolj realen in poglobljen vpogled v njihove potrebe in delovanje (Queen Margaret University, Edinburgh, Scotland idr., 2019).

Pomemben element kakovostne obravnave starejših je samooskrba, saj prav večšine samooskrbe pomembno vplivajo na možnost, da starejši čim dlje ostane v domačem okolju. Samooskrba vključuje posameznikovo sposobnost, da sam prepozna svoje potrebe in primanjkljaje ter izvaja osnovne vsakodnevne aktivnosti brez pomoči drugih. Železnik (2010) poudarja, da so vedenjski slogi samooskrbe pri starejših povezani z njihovo funkcionalno sposobnostjo in zmožnostjo samostojnega življenja doma (Železnik, 2010). Aktivnosti zdravstvene nege zato ne zajemajo le prepoznavanja težav ali potreb, temveč tudi oceno posameznikovih sposobnosti za samooskrbo, saj je le tako mogoče načrtovati ustrezne, individualizirane intervencije. Tak pristop je tesno povezan s holistično obravnavo, ki starejšega človeka razume kot celovito osebnost z lastno življenjsko zgodovino, izkušnjami, občutji, prepričanji, pričakovanji in željami.

Holistični pristop upošteva fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe starejših, njihove odzive na bolezni in njihovo sposobnost zadovoljevanja potreb po samooskrbi. McEvoy in Duffy (2008) poudarjata, da je holistična praksa temelj zdravstvene obravnave, saj posameznika obravnava kot celoto in ne zgolj skozi prizmo bolezni ali telesnih simptomov (McEvoy & Duffy, 2008). Takšna obravnava upošteva prepletenost telesa, uma in duha ter sociokulturne vplive okolja, v katerem posameznik živi. S holističnim pristopom je tesno povezana tudi na osebo osredotočena oskrba, ki izhaja iz spoznanja, da vsak posameznik svoje potrebe razume in doživlja na sebi lasten

način. Ker niti dva človeka nista enaka, mora biti kakovostna oskrba prilagojena posameznikovim vrednotam, željam, potrebam in življenjskim okoliščinam. McCormack in Dewing (2019) na osebo osredotočeno oskrbo opredelujeta kot pristop, ki temelji na oblikovanju zdravih odnosov med izvajalci oskrbe, uporabniki in drugimi pomembnimi osebami v njihovem življenju (Queen Margaret University, Edinburgh, Scotland idr., 2019). V ospredju so spoštovanje, samoodločanje, partnerstvo in medsebojno razumevanje. Takšna oskrba posameznika ne obravnava zgolj kot prejemnika storitev, temveč kot aktivnega soustvarjalca svoje oskrbe. Raziskave kažejo, da na osebo osredotočena oskrba izboljšuje kakovost življenja, psihološko blagostanje, zadovoljstvo z oskrbo ter zmanjšuje čustveno obremenitev družinskih članov (Liao idr., 2023; Lorber idr., 2025; Queen Margaret University, Edinburgh, Scotland idr., 2019).

Pomemben vidik sodobne obravnave starejših je tudi opolnomočenje. Gre za proces, ki posamezniku omogoča večji nadzor nad lastnim življenjem, zdravjem in oskrbo ter večji vpliv na odločitve in izide zdravljenja (Aujoulat idr., 2007). McAllister idr. (2012) opolnomočenje razumejo kot pomemben izid zdravstvene obravnave, zlasti pri kroničnih stanjih, saj je povezano z večjo vključenostjo posameznika, boljšim razumevanjem bolezni in večjo sposobnostjo sprejemanja informiranih odločitev. Opolnomočen starejši zaupa v lastno učinkovitost, razvija veščine reševanja problemov, krepi zdravstveno pismenost ter prevzema večjo odgovornost za lastno oskrbo. Takšen posameznik pogosto vzpostavi boljši odnos z zdravstvenimi delavci, lažje sodeluje v zdravljenju ter učinkoviteje obvladuje svoje zdravstveno stanje, kar lahko prispeva k večji samostojnosti in manjši odvisnosti od zdravstvenih storitev (McAllister idr., 2012).

Zdravstvena nega pri starejših zato zajema avtonomno in sodelujočo skrb za posameznika, družino in skupnost v različnih okoljih. Poleg promocije zdravja, preprečevanja bolezni in skrbi za bolne vključuje tudi zagovorništvo, izobraževanje, ustvarjanje varnega okolja, raziskovanje ter sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike in organizaciji sistemov oskrbe (Touhy & Jett, 2020). Pri tem je ključno, da je pristop v zdravstveni negi vedno individualiziran, saj med starejšimi obstajajo velike razlike, tudi če pripadajo isti kulturni, verski ali socialni skupini. Prav zato je poznavanje posameznika bistven predpogoj za kakovostno, strokovno in človeku prilagojeno obravnavo.

3.5 Krhkost

3.5.1 Definicija krhkosti

Krhkost je sindrom, ki se kaže z zmanjšano fiziološko rezervo in večjo ranljivostjo na negativne zdravstvene izide, kot so invalidnost, hospitalizacija in smrt. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) definira krhkost kot "stanje zmanjšane odpornosti, ki je posledica večdimenzionalnega upada telesnih funkcij, zaradi katerega je posameznik bolj občutljiv na stresne dejavnike, kot so bolezni, poškodbe ali drugi zdravstveni zapleti" (Clegg idr., 2013a). Krhkost pogosto vključuje različne komponente, kot so izguba mišične mase (sarkopenija), zmanjšanje telesne moči, telesne aktivnosti, izguba telesne teže in povečana utrujenost (Fried idr., 2001a).

Krhkost ni nujno neizogiben del staranja, temveč je proces, ki ga je mogoče preprečiti ali obvladovati z ustreznimi ukrepi. Prepoznavanje in zgodnje posredovanje sta ključnega pomena, da se prepreči napredovanje krhkosti in zmanjša tveganje za resne zaplete (Gill idr., 2006). Krhkost predstavlja tako fizično kot psihološko obremenitev za posameznika in povečuje potrebo po dolgotrajni negi ter vpliva na kakovost življenja starejših oseb (Kojima idr., 2016).

3.5.2 Prevalenca krhkosti

Prevalenca krhkosti se spreminja glede na populacijo, geografske regije in različne starostne skupine. V splošni populaciji starejših odraslih v Evropi je prevalenca krhkosti ocenjena na približno 10-15%. Starostniki, starejši od 80 let, so še posebej ranljivi in imajo višjo stopnjo krhkosti, saj staranje pogosto vključuje večje število sočasnih kroničnih bolezni, ki prispevajo k izgubi telesne funkcionalnosti. Podatki iz raziskav v različnih evropskih državah so pokazali, da je krhkost pri starejših osebah ki živijo v skupnosti, prisotna pri približno 10%, medtem ko med institucionaliziranimi starejšimi, kot so tisti v domovih za starejše, doseže prevalenco tudi več kot 30 % (Collard idr., 2012; Kehler idr., 2017).

Zaradi demografskih sprememb, vključno s podaljšanjem življenjske dobe in staranjem prebivalstva, se pričakuje, da bo prevalenca krhkosti v prihodnosti naraščala. Starejši bodo predstavljali večji delež celotne populacije, kar pomeni tudi večje število oseb, ki bodo potrebovale specifične zdravstvene in socialne storitve, namenjene obvladovanju krhkosti. S tem se bo povečal tudi pritisk na zdravstvene sisteme, da zagotovijo ustrezno obravnavo teh oseb (World Health Organization, 2015b).

3.5.2.1 Ali je potrebno spremljati krhkost v Evropski uniji?

V Evropski uniji je spremljanje krhkosti pri starejših odraslih osebah postalo nujno, saj so negativni učinki krhkosti prepoznani kot eden ključnih dejavnikov, ki prispevajo k povečanju bremena na zdravstvo in socialne storitve. Redno spremljanje krhkosti bi omogočilo zgodnje prepoznavanje oseb, ki so ogrožene, in omogočilo pravočasno posredovanje z intervencijami, kot so telesna vadba, ustrezna prehrana in spremembe v načinu življenja (European Commission).

Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion., 2021). Evropske institucije so že prepoznale pomembnost spremljanja krhkosti v okviru evropskih strategij za aktivno in zdravo staranje, vendar pa so potrebna dodatna prizadevanja za oblikovanje enotnih smernic in metodologij, ki bodo omogočile spremljanje tega stanja na ravni celotne Unije.

3.5.2.2 Koliko novih primerov krhkosti lahko pričakujemo v prihodnosti?

Ker se prebivalstvo Evrope hitro stara, se pričakuje, da bo število novih primerov krhkosti v prihodnosti znatno naraslo. Raziskave kažejo, da se bo delež starejših od 65 let v EU do leta 2060 povečal za 50 %, kar bo povzročilo tudi povečanje števila ljudi, ki bodo razvili krhkost (United Nations, 2019b). Poleg tega lahko napovedi kažejo tudi na povečanje števila tistih, ki bodo zaradi kroničnih bolezni in življenjskega sloga v večjem tveganju za razvoj krhkosti (Dent idr., 2019a). Takšne demografske napovedi bodo imele resen vpliv na potrebo po zdravstvenih in socialnih storitvah, zato je pomembno začeti pripraviti strategije za obvladovanje teh izzivov že danes.

3.5.3 Reverzibilnost krhkosti

Reverzibilnost krhkosti je pomemben del razumevanja tega stanja (Dent idr., 2019a). Čeprav krhkost velja za napovednik slabšega zdravja, obstaja veliko raziskav, ki kažejo, da je mogoče stanje delno obrniti ali vsaj omiliti (Puts idr., 2017). S primernimi intervencijami, kot so spodbujanje telesne dejavnosti, skrb za ustrezno prehranjenost z makro in mikro nutrienti (npr. beljakovine, vitamin D, kalcij) in obvladovanje kroničnih bolezni, se lahko izboljša funkcionalno stanje in kakovost življenja starejših odraslih (Dent idr., 2019a). Pomembno je, da zdravstveni delavci prepoznajo priložnosti za ukrepanje in omogočijo obvladovanje krhkosti na zgodnji stopnji.

Vendar pa ni vsaka oseba enako odzivna na zdravljenje, saj so dejavniki, kot npr. starost, zdravstveno stanje, in socialno-ekonomski status, pomembni pri določanju uspešnosti ukrepov (Puts idr., 2017). Kljub temu pa s povečanim zavedanjem o možnostih zdravljenja in zgodnjim prepoznavanjem krhkosti lahko veliko ljudi doživi izboljšanje.

3.5.4 Diagnosticiranje krhkosti

Diagnostika krhkosti je ključna za učinkovito obvladovanje tega stanja (Dent idr., 2019b). Trenutno ni ene same diagnostične metode, ki bi bila splošno sprejeta, vendar se najpogosteje uporablja večdimenzionalni pristop, ki vključuje oceno mišine zmogljivosti, gibljivosti, utrujenosti, telesne mase in telesne dejavnosti (Fried idr., 2001b). Metode, kot sta **Fenotipska krhkost** in **Klinična lestvica krhkosti**, so med najbolj uporabljanimi orodji za oceno tega stanja (Church idr., 2020; Fried idr., 2001a). Vendar pa se diagnoza pogosto opravi na osnovi kliničnih ugotovitev in lahko vključuje tudi druge preiskave, kot so laboratorijski testi za oceno hranilnih snovi ali funkcije organov.

Natančno diagnosticiranje je ključnega pomena za določanje ustreznega zdravljenja in za preprečevanje zapletov, kot so padci, hospitalizacije in druge zdravstvene težave, ki pogosto spremljajo krhkost (Ellis idr., 2011a).

3.5.5 Zaznava krhkosti v klinični praksi

V klinični praksi je zaznavanje krhkosti pogosto izziv, saj mnogi simptomi, kot so utrujenost ali šibkost, niso vedno prepoznavni kot znak krhkosti, temveč so lahko tudi posledica drugih zdravstvenih težav (Dent idr., 2019a). Zdravstveni delavci morajo biti seznanjeni z zgodnjimi znaki in simptomi, da lahko pravočasno ukrepajo. Pomembno je, da se vzpostavi sistem spremljanja starejših oseb, ki omogoči redno oceno tveganja za krhkost, zlasti v primerih, ko pacienti obiščejo zdravstvene ustanove zaradi drugih zdravstvenih težav (Gobbens idr., 2010).

3.5.5.1 Ali potrebujemo program za preverjanje krhkosti na ravni splošne populacije?

Vzpostavitev oportunističnega presejanja ob kontaktu z zdravstvenimi delavci bi bil pomemben korak k zgodnjemu odkrivanju oseb, ki so ogrožene. Sledenje in obvladovanje krhkosti bi moralo postati del preventivnih zdravstvenih ukrepov, podobno kot spremljanje krvnega tlaka ali ravni sladkorja v krvi. Takšen program bi omogočil zgodnje prepoznavanje krhkosti pri starejših osebah in omogočil pravočasno posredovanje, da se prepreči napredovanje stanja. To bi lahko pripomoglo tudi k zmanjšanju obremenitve zdravstvenih sistemov, saj bi se zmanjšal pojav zapletov, kot so padci, hospitalizacije in invalidnost (Zheng idr., 2022a).

3.5.6 Obvladovanje krhkosti

Obvladovanje krhkosti vključuje širok spekter ukrepov, ki so zasnovani za zmanjšanje tveganja za funkcionalne deficite, preprečevanje telesne omejenosti oziroma nezmožnosti ter izboljšanje kakovosti življenja starejših oseb. Krhkost se obravnava kot stanje, ki zahteva celostni pristop, ki vključuje fizične, psihološke in socialne intervencije. Ključni cilji obvladovanja so izboljšanje telesne zmogljivosti, izboljšanje prehranskih navad, obvladovanje kroničnih bolezni in zmanjšanje tveganja za padce in druge poškodbe (Zheng idr., 2022a).

Obvladovanje krhkosti je pogosto multidisciplinaren proces, ki vključuje sodelovanje različnih zdravstvenih strokovnjakov, kot so zdravniki, fizioterapevti, dietetiki in socialni delavci. Zgodnje prepoznavanje in ustrezno posredovanje sta ključna za preprečevanje napredovanja krhkosti (Puts idr., 2017). Poleg tega so potrebni tudi programi, ki so dostopni in prilagojeni potrebam starejših oseb, da se izboljša njihova telesna in duševna dobrobit (Zheng idr., 2022a).

3.5.6.1 Katere komponente bi moral sprejeti zdravstveni sistem za obvladovanje krhkosti?

Za učinkovito obvladovanje krhkosti mora zdravstveni sistem sprejeti celovit pristop, ki vključuje več ključnih komponent. Prvič, pomembno je redno spremljanje in ocenjevanje tveganja za krhkost, še posebej pri starejših osebah, saj zgodnje prepoznavanje omogoči pravočasno posredovanje. Zdravstveni sistem mora omogočiti enostaven dostop do specialistov, ki so usposobljeni za obvladovanje krhkosti, kot so geriatri, fizioterapevti, dietetiki in psihologi (Zheng idr., 2022b).

Poleg tega je nujno razviti in implementirati smernice, ki bodo pomagale pri oblikovanju in izvažanju osebnih načrtov za obvladovanje krhkosti, ki vključujejo telesno dejavnost, ustrezno prehrano, obvladovanje zdravil in podporo pri mentalnem zdravju. Prav tako je pomembno vključiti izobraževanje in usposabljanje za zdravstvene delavce, da bi povečali ozaveščenost o krhkosti in njenem obvladovanju. Integracija teh komponent v zdravstveni sistem omogoča boljšo oskrbo in zmanjšanje tveganja za zaplete, povezane s krhkostjo (Zheng idr., 2022a).

3.5.6.2 Povezava med telesno dejavnostjo (in telesno vadbo) in krhkostjo

Telesna dejavnost je ključna sestavina obvladovanja krhkosti. Raziskave so pokazale, da redna telesna vadba, še posebej v obliki vaj za izboljšanje mišične moči, ravnotežja in gibljivosti, lahko zmanjša tveganje za razvoj krhkosti ter izboljša telesno zmogljivost in funkcionalnost pri starejših odraslih. Redna telesna dejavnost povečuje mišično maso, kar pomaga preprečiti sarkopenijo (zmanjšanje mišične mase in moči), ki je ena glavnih sestavin krhkosti (Puts idr., 2017).

Poleg tega redna telesna dejavnost prispeva k izboljšanju srčno-žilne zmogljivosti, povečuje življenjsko energijo, zmanjšuje utrujenost in izboljšuje razpoloženje. Redno izvajanje telesne dejavnosti prav tako zmanjša tveganje za padce, ki so pogost zaplet pri starejših, ter izboljša njihovo samostojnost. Zato je telesna dejavnost temeljni del vseh programov za obvladovanje krhkosti, pri čemer je pomembno, da se vadba prilagodi posameznikovim zmožnostim in potrebam (Dent idr., 2019a).

3.5.6.3 Povezava med prehrano in krhkostjo

Prehrana igra ključno vlogo pri obvladovanju krhkosti. Pomanjkanje določenih hranilnih snovi, kot so beljakovine, vitamini (predvsem vitamin D) in minerali (kot je kalcij), lahko prispeva k razvoju krhkosti, saj slabša mišična moč, kostna gostota in splošna telesna funkcionalnost (Lorenzo-López idr., 2017). Zato je uravnotežena prehrana, ki vključuje dovolj beljakovin, zdravih maščob, vitaminov in mineralov, ključnega pomena za preprečevanje ali obvladovanje krhkosti.

Prehranski dodatki, kot so beljakovinski napitki ali dodatki vitamina D in kalcija, so pogosto priporočeni pri starejših odraslih, ki imajo tveganje za pojav krhkosti. Raziskave kažejo, da mediteranska prehrana, ki je bogata z zelenjavo, sadjem, polnozrnatimi žvili, ribami in zdravimi maščobami, pripomore k zmanjšanju tveganja za krhkost (Lorenzo-López idr., 2017) (Dent idr., 2019b). Uravnotežena prehrana, ki podpira ohranjanje telesne mase in mišične moči, je torej ključna za obvladovanje krhkosti in izboljšanje splošnega zdravja starejših oseb.

3.5.6.4 Povezava med polifarmakoterapijo in krhkostjo

Polifarmakoterapija, ki vključuje sočasno jemanje več zdravil, je povezana z večjim tveganjem za razvoj krhkosti (Gutiérrez - Valencia idr., 2018). Starejši, ki jemljejo številna zdravila zaradi različnih kroničnih bolezni, so bolj izpostavljeni tveganju za nezaželene učinke, kot so zmedenost, omotica, padec telesne moči in težave s prebavo. Poleg tega lahko določena zdravila, kot so benzodiazepini, antipsihotiki ali zdravila proti bolečinam, vplivajo na mišično moč in ravnotežje, kar povečuje tveganje za padce in invalidnost.

Zato je pomembno, da zdravstveni delavci redno ocenjujejo zdravila, ki jih starejši osebe jemljejo, ter iščejo možnosti za zmanjšanje števila zdravil, kadar je to mogoče, brez ogrožanja zdravja bolnika (Zheng idr., 2022a). Polifarmakoterapija je pomemben dejavnik pri obvladovanju krhkosti, saj lahko zmanjšanje števila zdravil pripomore k izboljšanju splošnega stanja in kakovosti življenja starejših oseb.

3.5.6.5 IKT in krhkost

Informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT) imajo velik potencial pri obvladovanju krhkosti. Uporaba različnih naprav, kot so pametni telefoni, nosljive naprave (npr. fitnes zapestnice) in mobilne aplikacije, omogoča spremljanje telesne dejavnosti, prehrane, zdravstvenega stanja in napredka pri telesni vadbi (Han idr., 2023a). Te tehnologije omogočajo starejšim, da spremljajo svoje zdravje in prejemajo opomnike za jemanje zdravil, izvajanje telesne vadbe ali obiske zdravnikov.

Poleg tega so nekatere IKT-študije pokazale, da lahko daljinsko spremljanje starejših oseb z uporabo naprav, ki spremljajo telesno dejavnost ali vitalne znake, pripomore k zgodnjemu prepoznavanju tveganj, povezanih s krhkostjo in omogočajo pravočasno ukrepanje (Han idr., 2023b). IKT lahko tudi izboljša dostop do informacij in podpornih storitev, kar pripomore k večji samostojnosti in boljšemu obvladovanju krhkosti pri starejših osebah.

3.5.7 Vloga vmesne in prehodne oskrbe v okviru integriranega modela oskrbe

Vmesna in prehodna oskrba sta ključnega pomena v integriranem modelu obvladovanja krhkosti. Ta vrsta oskrbe omogoča, da starejši prehajajo iz enega nivoja oskrbe v drugega (npr. iz bolnišnice v dom za starejše ali domačo oskrbo), pri čemer se zagotovi nemoten prehod z ustrežno podporo in spremljanjem. Integracija različnih zdravstvenih in socialnih storitev omogoča, da se krhkost obvladuje na različnih ravneh in zagotovi celovita oskrba, ki je prilagojena posameznikovim potrebam (World Health Organization, 2017a).

Vmesna oskrba, kot so začasne rehabilitacije, omogoča starejšim, da si opomorejo po bolezni ali poškodbi in se pripravijo na prehod v samostojnejše življenje. Ta model je še posebej pomemben za preprečevanje ponovnih hospitalizacij in izboljšanje kakovosti življenja starejših, ki so v procesu obvladovanja krhkosti (Lee idr., 2022).

3.5.8 Katera so bodoča raziskovalna področja pri preučevanju krhkosti?

Pri preučevanju krhkosti se pojavlja več ključnih raziskovalnih področij. Eden od glavnih izzivov je razvoj in validacija novih diagnostičnih orodij, ki bodo omogočila zgodnje in natančno prepoznavanje krhkosti (Zheng idr., 2022c). Prav tako se raziskujejo inovativni ukrepi, ki vključujejo napredne telesne vaje, prehranske strategije ter zdravila, ki bi lahko pomagali pri obvladovanju krhkosti (Puts idr., 2017).

Poleg tega je pomembno raziskati vlogo socialnih dejavnikov, kot so izolacija, podpora družine in dostop do storitev, pri preprečevanju in obvladovanju krhkosti (Woo idr., 2005). Raziskave, ki se osredotočajo na učinkovite modele integrirane oskrbe, ki vključujejo telesno, duševno in socialno podporo, bodo prav tako ključne za oblikovanje celostnih pristopov za obvladovanje krhkosti v prihodnosti.

3.5.9 Zaključki

Krhkost je pomemben geriatrični sindrom, ki je povezan z večjo ranljivostjo za negativne zdravstvene izide, kot so invalidnost, hospitalizacija in smrt (Clegg idr., 2013b). S staranjem prebivalstva se pričakuje povečanje števila starejših oseb, ki bodo izpostavljene krhkosti (United Nations, 2019b). Zgodnje prepoznavanje, ustrezno obvladovanje krhkosti in preventivni ukrepi so ključni za izboljšanje kakovosti življenja starejših odraslih (Dent idr., 2019a). Potrebna je vzpostavitev oportunističnega presejanja na krhkost ob kontaktu z zdravstvenimi delavci, ki vključuje diagnostična orodja za zgodnje prepoznavanje ter multidisciplinaren pristop za obvladovanje tega stanja (World Health Organization, 2017a). Poleg tega so potrebne usmeritve za vključitev telesne dejavnosti, ustrezne prehrane in zmanjšanje polifarmacije v obvladovanje krhkosti (Gutiérrez-Valencia idr., 2018; Puts idr., 2017).

3.6 Komuniciranje s starejšimi odraslimi

Komuniciranje s starejšimi odraslimi uporabniki zdravstvenih storitev, tako s strani nosilcev, kot tudi izvajalcev zdravstvenih storitev, je zahtevno in pogosto neprimerno, na kar že dalj časa opozarjajo številni deležniki, ki se ukvarjajo s tem področjem (World Health Organization, 2021b).

Do težav v komuniciranju s starejšimi odraslimi prihaja zaradi različnih razlogov:

1. Populacija starejših odraslih se od drugih družbenih skupin razlikuje po prevalenci obolenosti s kroničnimi boleznimi, multimorbidnostjo, naraščajočimi oviranostmi in kognitivnimi težavami (Clegg idr., 2013b).
2. Populacija starejših odraslih v Sloveniji je zelo raznolika. V neenake komunikacijske možnosti vodijo razlike v zdravstvenem stanju, izobrazbi ter zdravstveni in digitalni pismenosti.
3. V Sloveniji ni uveljavljena Mednarodna klasifikacija oviranosti in zmanjšanih zmožnosti, ki je namenjena posamezni oceni oviranosti in zmanjšane zmožnosti terovrednotenju potreb pri premoščanju oviranosti. Oviranosti in zmanjšane zmožnosti so pri starejših odraslih pogostejše kot pri mlajši populaciji in se s starostjo tudi stopnjujejo ter lahko prehajajo iz začasnih v trajne oviranosti (Rok-Simon, 2020).
4. V slovenskem javnem zdravstvenem sistemu je najpogostejše uporabljeno načelo "en pristop za vse", kar ne naslavlja različnih (komunikacijskih) potreb posameznih uporabnikov oziroma.

uporabnic zdravstvenega sistema (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2016a).

5. V družbi (in tudi pri nosilcih in izvajalcih zdravstvenih dejavnosti) opazamo pojav starizma, ki negativno vpliva na odnos do starejših odraslih. Mnogo starejših odraslih je pojav starizma ponotranjilo in ga danes sprejema kot nekaj neizogibnega. Do pritožb zaradi ponotranjene negativne diskriminacije proti starejšim odraslim ne prihaja pogosto, (kar pa ne pomeni, da ni pojav precej razširjen), če že pride do pritožbe, jo navadno vložijo svojci (Allen idr., 2022b; World Health Organization, 2021b).
6. Pomanjkanje ustrezno izobraženega zdravstvenega in negovalnega osebja na področju dolgotrajne oskrbe (OECD, 2020).
7. Pomanjkanje sodelovanja s specialisti za komunikacijske ovire in njihovo premoščanje (npr. klinični logopedi, specialni andragogi ...) (World Health Organization, 2015c).

3.6.1 Pristopi pri komuniciranju s starejšimi odraslimi

Pri komunikaciji s starejšimi je treba upoštevati tako fizične kot tudi psihološke omejitve, na primer vpliv okoljskega hrupa, težave v mišljenju ali somatske ovire. Pomembno je uporabljati jasen in razumljiv jezik ter besede z ustreznim pomenom. Hkrati je treba spoštovati njihova stališča in vrednote ter si prizadevati za ustvarjanje pogojev, ki omogočajo čim večjo stopnjo neodvisnosti in dobrega počutja. Poleg razumljivega posredovanja informacij ima pomembno vlogo tudi aktivno in pozorno poslušanje, saj želijo tudi starejši izraziti svoje izkušnje, skrbi in življenjske zgodbe. Posebej pomembno je preverjanje razumevanja podanih informacij, kar je v zdravstveni negi ključno, saj starejši pogosto prejemajo pomembna navodila, na primer glede jemanja zdravil ali upoštevanja prehranskih omejitev (Touhy & Jett, 2013).

Komunikacija predstavlja temelj kakovostne obravnave starejših, zato poznavanje posebnosti komunikacije olajša delo vsem strokovnjakom, ki sodelujejo pri njihovi obravnavi. Komunikacijski odnos mora temeljiti na enakovrednosti, spoštovanju, humanosti ter usmerjenosti k posamezniku in njegovim potrebam. Pri tem je pomembno tudi zavedanje, da lahko miti in stereotipi o staranju negativno vplivajo na kakovost komunikacije. Če na primer zdravstveni delavec meni, da imajo vsi starejši težave s spominom ali da se niso sposobni učiti novih informacij, jih lahko manj vključuje v pogovor in odločanje, kar zmanjšuje njihovo dostojanstvo in avtonomijo. Zato je pomembno, da se formalni in neformalni oskrbovalci zavedajo lastnega odnosa do staranja in prepoznajo, kako lahko njihova prepričanja vplivajo na komunikacijo s starejšimi. Razvoj in krepitev medosebnih komunikacijskih spretnosti sta tako temelj terapevtske interakcije s starejšimi (Meiner & Lueckenotte, 2007).

Pri pogovoru s starejšimi, ki ležijo v postelji ali sedijo v invalidskem vozičku, je priporočljivo, da se sogovornik postavi na njihovo raven in se izogiba pogovoru stoje ali s strani. Poleg besedne komunikacije je treba pozorno spremljati tudi neverbalne znake, kot so pogled, geste, drža telesa, glasnost in ton glasu, saj so neizrečena sporočila pogosto enako pomembna kot izrečene besede (Touhy & Jett, 2016).

Pri prvem stiku in v nadaljnji komunikaciji je pomembno jasno predstavljanje, izkazovanje pozornosti in ustvarjanje občutka dobrodošlice. Posebno pozornost je treba nameniti pravilni up-

orabi imena in priimka, aktivnemu poslušanju ter spoštljivemu odnosu. Pomembne so tudi sposobnosti izogibanja konfliktom, izražanja pohvale ter spodbujanja pozitivnega in ustvarjalnega reševanja težav. Učinkovita komunikacija s starejšimi vključuje tudi zagovorništvo njihovih interesov, usmerjenost v njihove potrebe, spoštovanje in sprejemanje ter razvijanje empatije, kar omogoča vzpostavitev zaupanja in kakovostnega odnosa (Meiner & Lueckenotte, 2007).

Obstoječe raziskave izpostavljajo pomanjkljivosti v komuniciranju med zdravstvenimi delavci in starejšimi odraslimi uporabniki zdravstvenih storitev v Sloveniji (Peter idr., 2009). Digitalizacija je povzročila, da se težave ljudi, ki ne uporabljajo digitalnih orodij, še bolj poglobljajo (World Health Organization, 2021b). Osebni stik z zdravnikom se nadomešča s komunikacijo na daljavo, kar je za starejše pogosto nepraktično (Clegg idr., 2013b). Digitalizacija zdravstvenega sistema lahko sicer pozitivno vpliva na dostopnost pri digitalno pismenem delu populacije, a lahko še poveča neenakosti med tistimi, ki niso vešči uporabe digitalnih orodij (World Health Organization, 2021b). Kljub prednostim digitalizacije z vidika izboljševanja dostopnosti do storitev zdravstvenega sistema, le-ta ne more v celoti nadomestiti drugih komunikacijskih kanalov.

Poleg digitalnih izzivov se kažejo tudi težave pri neposrednih stikih z zdravstvenimi delavci. Osebni pogovori so omejeni, kar pomeni, da se zdravniki pogosto ne morejo posvetiti vsem zdravstvenim težavam starejših odraslih pacientov, ki običajno trpijo za več sočasnimi boleznimi (Clegg idr., 2013b). Gradiva, ki so namenjena informiranju uporabnikov o njihovih pravicah in možnostih v okviru zdravstvenega sistema, niso prilagojena starejšim, kar otežuje njihovo razumevanje in uveljavljanje pravic (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020b).

Na ravni komunikacije med izvajalci zdravstvenih storitev in starejšimi uporabniki obstaja veliko pomanjkljivosti, med katerimi so neprilagojeni komunikacijski kanali in gradiva, ki so večinoma dostopna le na spletu in družabnih omrežjih. Manjka tudi komunikacijska in navigacijska podpora pri usmerjanju pacientov skozi različne klinične poti, kar vodi v podaljševanje čakalnih vrst in dodatno zmedo pri uporabnikih zdravstvenih storitev, ne le pri starejših, ampak tudi pri drugih skupinah pacientov. Do sedaj vzpostavitvi kliničnih poti in komunikacijskim vidikom ni bilo posvečene dovolj pozornosti, pričakujemo pa, da bo Nacionalna strategija zdravstvene pismenosti 2025–2035, ki jo je Vlada RS potrdila leta 2025, prinesla spremembe in izboljšave na tem področju (Vlada Republike Slovenije, 2025).

Primer dobre prakse prilagajanja metod, kanalov in sredstev komuniciranja potrebam uporabnikov zdravstvenih storitev je Nacionalni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki – Program Svit (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023c), ki uporabnikom omogoča uporabo več različnih kanalov komunikacije.

Kljub temu se komuniciranju s starejšimi posveča premalo (strokovne) pozornosti in tudi ni vzpostavljenega financiranja, s katerim bi lahko izboljšali stanje na tem področju. Zato bi bilo treba vzpostaviti projekte, ki bi naslavljali to problematiko, in potem tudi urediti sistemsko financiranje tega področja, kar poudarjamo tudi v nadaljevanju.

3.6.2 Merila kakovosti komunikacije

Zdravstveno komuniciranje v Sloveniji ni dovolj prepoznano kot samostojno strokovno in znanstveno področje, kar se odraža v odsotnosti nacionalnih standardov, tudi na področju klinične komunikacije. To vključuje osebno komuniciranje med izvajalci zdravstvenih storitev in uporabniki (Verčič idr., 2025).

Strukturirani modeli klinične komunikacije in mednarodni standardi niso splošno sprejeti, prav tako ni nacionalnega dogovora o njihovem upoštevanju. To pomeni, da ni poenotenih standardov za komuniciranje s starejšimi odraslimi in drugimi skupinami z zmanjšanimi zmožnostmi na področju komunikacije. Nekateri študijski programi, kot je fizioterapija, sploh ne vključujejo vsebin s področja komunikacije, kar še dodatno otežuje premoščanje komunikacijskih ovir pri osebah s posebnimi potrebami, kot so kognitivne motnje, afazija ali senzorične oviranosti (Verčič idr., 2025).

Poleg javnih visokošolskih izobraževalnih ustanov se s komunikacijskimi vidiki zdravstvene obravnave ukvarjajo tudi zasebni zavodi in posamezniki, ki svojo dejavnost tržijo, ter razne nevladne organizacije. Med večjimi organizacijami, kot so Spominčica, Srebrna nit in Zveza društev upokojencev, ki delujejo na nacionalni ravni, in manjšimi lokalnimi organizacijami, obstaja veliko razlik v obsegu in kakovosti izvajanja programov, zlasti zaradi njihovega projektne delovanja. Večje organizacije lahko zagotavljajo bolj trajno in strokovno podporo, medtem ko manjši izvajalci delujejo predvsem na lokalni ravni in so omejeni na financiranje iz posameznih projektov (CNVOS – Center za informiranje, sodelovanje in razvoj nevladnih organizacij, 2022; Verčič idr., 2025).

3.6.3 Učenje komunikacijskih veščin v izobraževanju

Učenje (ustreznih) komunikacijskih veščin je v procesu visokošolskega izobraževanja še vedno premalo zastopano in ni naslovljeno ustrezno – študenti zdravstvenih ved v času izobraževanja ne pridobijo ustreznih komunikacijskih kompetenc, ki bi bile jasno definirane in nacionalno poenotene (Verčič idr., 2025).

Dodiplomski programi na medicinskih fakultetah in programi zdravstvene nege sicer vključujejo nekatere komunikacijske vsebine, vendar se te zelo razlikujejo glede na obseg, vsebino in poudarek na praktičnem urjenju veščin. Pomanjkanje enotnih smernic vodi k neenotni kakovosti izobraževanja na tem področju (Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 2025).

Ko govorimo o izobraževanju, ki bi ustrezno naslovlilo pomanjkanje na področju ustreznih komunikacijskih veščin, je potrebno izpostaviti tudi priložnost na področju digitalizacije. Slednja namreč privzema vedno pomembnejšo vlogo v delovanju zdravstvenega sistema in je lahko uporabno orodje, ki bo povečalo dostopnost zdravstvenih storitev (World Health Organization, 2021b).

Hkrati pa ne smemo pozabiti, da velik delež prebivalstva, sploh starejših odraslih, ni več uporabe digitalnih orodij. Zato je potrebno izpostaviti tudi potrebo po izobraževanjih za starejše odrasle, ki bi se želeli naučiti uporabe digitalnih orodij (Statistični urad Republike Slovenije, 2023).

Digitalna orodja ne smejo postati edini način komuniciranja med uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev, saj bi to pomenilo diskriminacijo proti tistim, ki uporabe digitalnih orodij niso vešči (primarno starejših odrasli uporabniki in uporabnice zdravstvenih storitev) (World Health Organization, 2021b).

3.6.4 Sodelovanje zdravstvenih strokovnjakov in strokovnjakov za komuniciranje

Poznavanje oviranosti na področju komuniciranja, ki so povezane s starostjo, kroničnimi boleznimi in drugimi vzroki, ni zgolj naloga zdravstvenih delavcev, temveč tudi strokovnjakov za komuniciranje (World Health Organization, 2015b). Hkrati pa se pri načrtovanju in izvajanju zdravstvene komunikacije v Sloveniji redko vključujejo strokovnjaki za premoščanje komunikacijskih ovir, kot so klinični logopedi in specialni andragogi. To kaže na pomanjkanje strokovnega sodelovanja in integracije znanja pri oblikovanju komunikacijskih dejavnosti v zdravstvu.

3.6.5 Komunikacija v paliativni oskrbi

S starostjo se stopnjuje delež starejših odraslih uporabnikov zdravstvenih storitev, ki potrebujejo paliativno oskrbo (World Health Organization, 2015b). Paliativna oskrba je zaradi zahtevnosti in čustvene obremenitve eno od področij zdravstva, kjer je največja potreba po ustrezni komunikaciji (World Health Organization, 2021b).

3.6.6 Uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT) pri obravnavi starejših

Hiter razvoj informacijsko-komunikacijske tehnologije lahko pomaga premostiti komunikacijske prepreke oskrbe starejših odraslih. IKT lahko starejšim odraslim omogoči, da bi dlje časa bivali samostojno, njihova oskrba bi bila lažja in naprednejša, hkrati pa bi razbremenila tudi njihove neformalne oskrbovalce (World Health Organization, 2015c).

Prednosti uporabe IKT sta predvsem spremljanje zdravstvenega stanja starejše odrasle osebe in spodbujanje zdravega načina življenja. Hkrati ima IKT tudi pomembno slabost, saj starejši odrasli uporabniki zdravstvenih storitev praviloma niso najbolj naklonjeni uporabi modernih naprav in so manj vešči rokovanja z njimi (World Health Organization, 2021b).

3.6.7 Zaključki

Komuniciranje s starejšimi odraslimi predstavlja pomemben izziv v zdravstveni oskrbi, saj so starejši pogosto soočeni z omejitvami v sluhu, vidu, spominu ali kognitivnih sposobnostih (World Health Organization, 2015b). Poleg tega se pogosto spopadajo s stigmo, ki vpliva na kakovost komunikacije z njimi (World Health Organization, 2021b). Priporočljivo je izboljšati izobraževanje zdravstvenih delavcev, da bodo bolj zmožni komunicirati z različnimi generacijami starejših in se prilagajati njihovim potrebam. Prav tako je pomembno, da se razvijejo smernice za boljšo vključitev družinskih članov v proces komunikacije, da se zagotovi boljša podpora in obvladovanje bolezni.

3.7 Klinična obravnava

3.7.1 Higiena rok v klinični obravnavi

Higiena rok v klinični obravnavi predstavlja ključen dejavnik za uspešnost zdravstvene oskrbe, saj se je izkazala kot temeljni ukrep pri preprečevanju in obvladovanju okužb, povezanih z zdravstvom, tako v zdravstvenih kot tudi socialnovarstvenih ustanovah (World Health Organization, 2009). Zaradi tega je njena sistematična promocija izjemnega pomena. Higiena rok je vključena v slovenske nacionalne smernice iz leta 2009, doslednost njenega izvajanja pa se spremlja v okviru kazalnikov kakovosti, ki jih beležijo posamezne zdravstvene ustanove (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2009). Leta 2021 so bile izdane tudi posodobljene smernice, posebej prilagojene potrebam socialnovarstvenih zavodov (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021b). Izvajanje programov promocije ustrezne higiene rok je tako v pristojnosti posameznih zdravstvenih in socialnovarstvenih ustanov, pri čemer se na nacionalni ravni trenutno ne izvaja poseben projekt na tem področju.

V času pandemije SARS-CoV-2 je bila ustrezna higiena rok v ospredju javnozdravstvenih prizadevanj, vključno z obsežnimi programi ozaveščanja, ki jih je izvajal Nacionalni inštitut za javno zdravje (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021a). Za doseganje trajnega izboljšanja na tem področju je nujno redno in sistematično izobraževanje (World Health Organization, 2009).

Kljub obstoju mednarodnih in nacionalnih smernic pa specifična klinična pot na področju higiene rok še ni jasno opredeljena (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2016a).

3.7.2 Okužbe in cepljenja

Preventivno cepljenje starejših odraslih proti pljučnici in gripi

Cepljenje je dokazano najučinkovitejši ukrep za obvladovanje nalezljivih bolezni (World Health Organization, 2021b). Starejši odrasli imajo zaradi različnih dejavnikov večje tveganje za težji potek gripe in pnevmokoknih bolezni (World Health Organization, 2015b). Gripa ima med nalezljivimi boleznimi pri osebah, starih 65 let in več, najvišji DAILY indeks, sledijo invazivne pnevmokokne bolezni (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023a).

Precepljenost proti gripi in pnevmokoknim okužbam pri starejših odraslih ni visoka (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023a). Razlogov je več; poleg pomanjkanja informacij o cepivih in cepljenju, je eden od razlogov slabe precepljenosti, v primerjavi s povprečjem v EU, tudi ne dovolj fleksibilna organizacija cepljenja v smislu nizko prazne dostopnosti (World Health Organization, 2021b).

Programi, ki bi sistematično ozaveščali o pomenu cepljenja starejših odraslih niso implementirani v klinično prakso. Priložnostno se izvede svetovanje s cepljenjem v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ)/cepljenje proti gripi, covidu, pnevmokoknim okužbam, herpesu.

Smernice/priporočila za cepljenje obstajajo in so dostopna na spletnem naslovu

<https://nizj.si/nalezljive-bolezni/cepljenje/navodila-priporocila-cepljenje/>, prav tako so infor-

macije o priporočljivih cepljenjih za starejše odrasle opredeljena v brošuri, ki je v elektronski obliki dostopna na spletnem naslovu:

<https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/10/Brosura-cepljenje-starejsih.pdf>

<https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/12/PLAKAT-cepljenje-starejsih-A4.pdf>

Izobraževanje laične in strokovne javnosti o cepivih in pomenu cepljenja proti gripi in pnevmokoknim okužbam je pomemben dejavnik za opolnomočenje pacientov in cepilnih timov (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023a). Posredno dobra precepljenost proti gripi in pnevmokoknim okužbam vpliva na manjšo porabo antibiotikov (World Health Organization, 2021b). Potrebno je poiskati vse priložnosti pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti na različnih nivojih preventivne in klinične obravnave, da se starejše odrasle zaščitijo pred okužbami, ki lahko kritično poslabšajo njihovo zdravje.

3.7.3 Polifarmakoterapija in klinična obravnava

Polifarmakoterapija (polifarmacija) se definira kot uporaba petih ali več zdravil sočasno pri enem bolniku. Pogosto se pojavi pri starejših odraslih osebah ali bolnikih z več kroničnimi boleznimi (multimorbidnimi bolniki) in občasno pridruženimi akutnimi zdravstvenimi stanji, kjer so predpisana različna zdravila za obvladovanje različnih zdravstvenih stanj (Gutiérrez-Valencia idr., 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

Polifarmakoterapija lahko poveča tveganje za interakcije med zdravili, neželene učinke ter zaplete pri skladnosti z zdravljenjem, zato je pomembno, da zdravniki redno pregledujejo terapijo multimorbidnih bolnikov, da se zmanjša tveganje za škodljive učinke istočasnega jemanja več zdravil in tako pripomorejo k izboljšanju kakovosti in učinkovitosti zdravljenja (Boyd idr., 2019; Morin idr., 2018).

Zaenkrat specifičnih smernic za polifarmakoterapijo ni.

Prav tako po našem vedenju ni specifičnih kliničnih poti za obravnavo polifarmakoterapije.

Obstajajo pa usmeritve za obravnavo polifarmakoterapije, ki so integralni del obravnave multimorbidnosti in **Priporočil NICE NG56** (National Institute for Health and Care Excellence, 2016). Posebno pozornost je potrebno nameniti odraslim osebam vseh starosti, ki so multimorbidne, in jim je predpisanih od 10 do 14 rednih zdravil oziroma jim je predpisanih manj kot 10 rednih zdravil, vendar so še posebej izpostavljeni tveganju za neželene učinke (National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

Obstajajo tudi **priporočila ameriškega združenja za geriatrično medicino AGS** (Boyd idr., 2019).

Za optimalno predpisovanje zdravil je potrebno prepoznati pogoste znake ali simptome interakcije z zdravili, upoštevati spremembe v delovanju telesa pri predpisovanju zdravil starejšim osebam, preveriti primernost zdravila na eni izmed list neprimernih zdravil za starejše osebe, uporabiti pristop „start low and go slow“ (začeti z nizkimi odmerki in počasi dodajati), predvsem pa upoštevati 10-stopenjski pristop predpisovanja zdravil (Morin idr., 2018).

Farmacevtsko svetovanje in farmakoterapijski pregledi potekajo v skladu z veljavnimi strokovnimi smernicami (mednarodnimi in nacionalnimi). Za optimalno predpisovanje zdravil se uporablja 10-stopenjski pristop (National Institute for Health and Care Excellence, 2016; Scott idr., 2015).

V Sloveniji je bil zato oblikovan Program farmacevtskega svetovanja, ki je del obveznega zdravstvenega zavarovanja od leta 2016 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2016). Program omogoča zdravnikom na primarni zdravstveni ravni, da napotijo bolnike s polifarmakoterapijo h kliničnemu farmacevtu svetovalcu. Le-ti lahko pomembno prispevajo k zmanjšanju števila predpisanih zdravil in izboljšanju kakovosti zdravljenja (Stuhec, 2021).

V sklopu projekta skupnega ukrepanja o preprečevanju krhkosti (JA-ADVANTAGE) je bil izveden tudi pregled stanja na področju polifarmakoterapije, ki je pokazal, da lahko klinični farmacevti pomembno prispevajo k zmanjšanju števila predpisanih zdravil in izboljšanju kakovosti zdravljenja (JA-ADVANTAGE Consortium, 2019).

NIJZ prav tako izvaja pilotni izobraževalni modul "Preventivna obravnava starejše osebe", ki je namenjen izobraževanju patronažne službe. Modul vključuje izobraževanje o medicinskih in družbenih vidikih staranja, duševnem zdravju, prehranskih intervencijah in problematikah polifarmacije (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2025a).

Na področju polifarmakoterapije je bila izvedena raziskava o predpisovanju zdravil pri starostnikih v domovih starejših občanov (Petek Šter idr., 2009). Izvajali so se projekti, ki so se posredno ali neposredno dotaknili (JA-ADVANTAGE Consortium, 2019). Avtorji pa niso seznanjeni z eventuelnimi aktivnostmi, ki bi trenutno lahko potekale.

3.7.4 Multimorbidnost in klinična obravnava

Multimorbidnost opisuje prisotnost dveh ali več kroničnih bolezni pri eni osebi hkrati. Gre za pogost pojav pri starejši populaciji, saj se z leti povečuje tveganje za razvoj različnih (kroničnih) bolezni, kot so sladkorna bolezen, hipertenzija, bolezen srca, artritis, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) in druge (Barnett idr., 2012; Boyd idr., 2019).

Multimorbidnost se obravnava skladno s Priporočili NICE NG56 (National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

Multimorbidnost otežuje klinično obravnavo pacienta, saj različna stanja pogosto zahtevajo različne terapevtske pristope, kar lahko vodi v polifarmacijo (uporabo več zdravil), povečano tveganje za interakcije med zdravili ter kompleksnejše upravljanje zdravljenja (Boyd idr., 2019; Morin idr., 2018). Zato je pri multimorbidnih bolnikih potreben celosten pristop, ki vključuje sodelovanje različnih zdravstvenih strokovnjakov in prilagojeno zdravljenje.

V Sloveniji specifični programi za obravnavo multimorbidnosti še niso vzpostavljeni, vendar UKC Ljubljana ponuja obravnavo bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2, kjer so mnogi pacienti multimorbidni. Center za geriatrično medicino (CGM) v UKC Ljubljana sledi priporočilom za obravnavo

multimorbidnosti, vendar ne more zadostiti potrebam celotne populacije (Univerzitetni klinični center Ljubljana, b. d.). Trenutno ni uradnih smernic za obravnavo multimorbidnosti, najbližje temu so smernice za zdravljenje starejših s sladkorno boleznijo. Projekt CRODIS PLUS je razvijal model integrirane obravnave, vendar ni izkoristil vseh možnosti za razvoj celostnega pristopa (CRODIS PLUS Joint Action, 2020).

Dodatno so smernice za obravnavo multimorbidnosti pripravile delovne skupine v okviru projekta CRODIS PLUS (CRODIS PLUS Joint Action, 2020), medtem ko projekt Integracija geriatrične oskrbe obravnava relevantna področja oskrbe starejših z več boleznimi. Na CGM je v uporabi klinična pot za akutno bolne starejše, ki vključuje interdisciplinarni pristop (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2025). Aktivnosti na temo multimorbidnosti so v Sloveniji sporadične in majhnega obsega. Program CGM je financiran s strani ZZZS od leta 2017 kot dejavnost UKC Ljubljana (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2017).

3.7.5 Pristopi nudenja dolgotrajne oskrbe starejših odraslih

“Dolgotrajna oskrba predstavlja niz ukrepov, storitev in aktivnosti, namenjenih osebam, ki so zaradi posledic bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti v daljšem časovnem obdobju, ki ni krajše od treh mesecev, ali trajno odvisne od pomoči drugih oseb pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil (ZDOSK, 2021).”

Dolgotrajna oskrba postaja vse večji problem v razvitih državah zaradi staranja prebivalstva in kompleksnih potreb starejših. Staranje prebivalstva je svetovni pojav, ki ga spremlja povečanje števila ljudi, starejših od 65 let. Starejša populacija je demografska skupina, ki pogosteje potrebuje dolgotrajno oskrbo, zato je potrebno zagotoviti storitve, ki so dostopne in kakovostne, pri čemer je pomembno pozornost usmeriti v obvladovanje kroničnih bolezni in upadanja fizičnih ter mentalnih sposobnosti starejših odraslih (United Nations, 2019b; World Health Organization, 2015b).

Poleg zdravstvenih delavcev pomembno vlogo pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe igrajo tudi neformalni oskrbovalci, kot so sorodniki, ki se zaradi preobremenjenosti pogosto soočajo s številnimi izzivi. Za izboljšanje oskrbe so ključni: razvoj posebnih izobraževalnih programov, uvedba novih tehnologij in izboljšanje sodelovanja med različnimi sektorji (World Health Organization, 2015b).

Za učinkovito dolgotrajno oskrbo je potrebno poskrbeti tudi za boljši dostop do storitev, zlasti za starejše na podeželju, ter prilagoditi oskrbo njihovim posebnim potrebam. Pomembno je tudi izboljšati kakovost življenja starejših, kar vključuje spodbujanje čim daljše samostojnosti na domu, preprečevanje osamljenosti in večjo socialno vključenost. Cilj je zagotoviti celostno obravnavo, ki upošteva tako zdravstvene kot socialne in psihološke vidike staranja. To pa zahteva tesnejše sodelovanje med različnimi institucijami in večje vlaganje v oskrbovalne storitve (World Health Organization, 2015b, 2017a).

3.7.6 Ustno zdravje in klinična obravnava

"Dolgotrajna oskrba predstavlja niz ukrepov, storitev in aktivnosti, namenjenih osebam, ki so zaradi posledic bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti v daljšem časovnem obdobju, ki ni krajše od treh mesecev, ali trajno odvisne od pomoči drugih oseb pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil (ZDOSK, 2021)."

Dolgotrajna oskrba postaja vse večji problem v razvitih državah zaradi staranja prebivalstva in kompleksnih potreb starejših. Staranje prebivalstva je svetovni pojav, ki ga spremlja povečanje števila ljudi, starejših od 65 let. Starejša populacija je demografska skupina, ki pogosteje potrebuje dolgotrajno oskrbo, zato je potrebno zagotoviti storitve, ki so dostopne in kakovostne, pri čemer je pomembno pozornost usmeriti v obvladovanje kroničnih bolezni in upadanja fizičnih ter mentalnih sposobnosti starejših odraslih (United Nations, 2019b; World Health Organization, 2015b).

Poleg zdravstvenih delavcev pomembno vlogo pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe igrajo tudi neformalni oskrbovalci, kot so sorodniki, ki se zaradi preobremenjenosti pogosto soočajo s številnimi izzivi. Za izboljšanje oskrbe so ključni: razvoj posebnih izobraževalnih programov, uvedba novih tehnologij in izboljšanje sodelovanja med različnimi sektorji (World Health Organization, 2015b).

Za učinkovito dolgotrajno oskrbo je potrebno poskrbeti tudi za boljši dostop do storitev, zlasti za starejše na podeželju, ter prilagoditi oskrbo njihovim posebnim potrebam. Pomembno je tudi izboljšati kakovost življenja starejših, kar vključuje spodbujanje čim daljše samostojnosti na domu, preprečevanje osamljenosti in večjo socialno vključenost. Cilj je zagotoviti celostno obravnavo, ki upošteva tako zdravstvene kot socialne in psihološke vidike staranja. To pa zahteva tesnejše sodelovanje med različnimi institucijami in večje vlaganje v oskrbovalne storitve (World Health Organization, 2015b, 2017a).

3.7.6.1 Rakava obolenja (*rak ustne votline in ustnega dela žrela*)

razpoložljivi epidemiološki podatki kažejo, da rak ustne votline predstavlja približno 2–3 % vseh malignih tumorjev in je letno diagnosticiran pri približno 250 osebah, kar poudarja nujnost zgodnjega odkrivanja in obravnave tega obolenja v geriatrični populaciji (Blatnik idr., 2020). Rak v ustni votlini lahko prizadene več anatomskih struktur, kot so sluznica, mišice, kosti in žleze ter ima resne posledice za prehranjevanje, govor, samozavest in kakovost življenja. Zgodnja diagnostika in obravnava oralnih težav pri bolnikih z rakom bistveno pripomoreta k zmanjšanju bolečine in trpljenja ter preprečevanju zapletov, kot sta suhost ust in okužbe, ki so pogoste pri paliativnih bolnikih. Te težave pomembno vplivajo na udobje, sposobnost hranjenja in splošno kakovost življenja pri bolnikih na koncu življenja, zato je redna ocena in ustrezna ustna nega osrednji del paliativne obravnave (Wilberg idr., 2012).

V Sloveniji delujejo preventivni programi ozaveščanja o raku ustne votline in ustnega dela žrela, ki vključujejo spodbujanje rednih zobozdravstvenih pregledov za zgodnje odkrivanje sumljivih spre-

memb sluznice ustne votline. Eden takšnih primerov je nacionalni projekt *“Pravočasni pregled ustne votline vam lahko reši življenje”*, ki ga izvajajo Zdravniška zbornica Slovenije, Klinični oddlek za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKC Ljubljana ter Center za ustne bolezni in parodontologijo Stomatološke klinike. Namen projekta je ozaveščanje ljudi o raku ustne votline in poziv k vsaj letnim preventivnim pregledom, s čimer se lahko rak odkrije v zgodnji, bolj ozdravljivi fazi. Financiranje takšnih aktivnosti temelji predvsem na projektnih sredstvih strokovnih organizacij in sodelovanju institucij, ni pa sistemsko vključeno v redno financiranje zdravstvenega sistema kot obvezen program (Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zobozdravstvu, 2023).

Rak ustne votline se na nacionalni ravni ne obravnava z ločeno geriatrično klinično potjo, temveč je del multidisciplinarnih kliničnih poti za raka glave in vratu, ki vključujejo zobozdravstveno, kirurško, radioterapevtsko in onkološko obravnavo (npr. centralizirana obravnavo na Onkološkem inštitutu Ljubljana). Ta praksa sicer predstavlja visoko specializirano klinično pot, vendar ni posebej prilagojena starostnim in geriatričnim specifičnostim v smislu integrirane preventive in nege (Onkološki inštitut Ljubljana, b. d.).

V Sloveniji obstajajo priporočila za obravnavo rakov glave in vratu, ki vključujejo malignitete ustne votline in žrela ter so rezultat poenotenega mnenja več strokovnih centrov, vključno z Onkološkim inštitutom Ljubljana in UKC Ljubljana, kar omogoča koordinirano diagnostiko, zdravljenje in spremljanje bolnikov v skladu z zmogljivostmi slovenskega zdravstvenega sistema (Strojan idr., 2021).

3.7.6.2 Kserostomija

Kserostomija (suha usta) je pogosto stanje pri starejših, ki je povezano z zmanjšanim pretokom sline, pogosto kot posledica polifarmakoterapije ali sistemskih bolezni, in lahko močno vpliva na kakovost življenja. Pogosto vodi v bolečino, težave s požiranjem, kandidiozo in prehranjevalne težave. Stanje se pri starejših pojavlja pogosto, vendar je pogosto podcenjeno (Podprimo starejše, b. d.).

Ni dokazov, da bi obstajali posebni javnozdravstveni programi ali politike, namenjeni upravljanju kserostomije pri starejših, kot ločenemu javnozdravstvenemu izzivu. Obstoječe intervencije so po naravi del širših programov ustnega zdravja in splošnih zobozdravstvenih storitev, ne pa samostojnih nacionalno financiranih programov. To je skladno s pregledno literaturo, ki ugotavlja, da politike in smernice za oralno zdravstveno oskrbo starejših pogosto niso oblikovane ali vključene v nacionalne zdravstvene strategije in da so programi in smernice za oralno zdravje starejših pogosto pomanjkljivi ali odsotni (Poudel idr., 2024).

Ker kserostomija ni opredeljena kot samostojen javnozdravstveni problem, formalizirane klinične poti, ki bi zajemale prepoznavanje, obravnavo in spremljanje kserostomije pri starejših, v slovenskem zdravstvenem sistemu ne obstajajo. Obravnava poteka individualno v okviru zobozdravstvene oskrbe ter interdisciplinarnega dogovora med zobozdravnikom in negovalnim osebjem. To podpre pregled svetovnih politik, ki izpostavlja, da je le majhen delež držav razvilo formalne

programe ali smernice za oralno zdravje starejših ter da so klinične poti pogosto odsotne ali neurejene (Poudel idr., 2024).

Kserostomija pri starejših je pomemben klinični problem, ki zahteva redno oceno in obravnavo s strani zobozdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev. V Sloveniji trenutno ne obstajajo specifične nacionalne smernice, ki bi natančno določale standardizirane protokole za ocenjevanje in zdravljenje kserostomije pri geriatrični populaciji (Chan idr., 2021). Klinična praksa temelji predvsem na mednarodnih priporočilih in strokovni presoji posameznih primerov, pri čemer ni ločenega formalno sprejetih standardiziranih nacionalnih smernic ali protokolov za obravnavo kserostomije v zdravstvenem sistemu (Poudel idr., 2024).

3.7.7 Spremembe v starosti, ki so pomembne za klinično obravnavo

Staranje je naraven fiziološki proces, kjer prihaja do sprememb celotnega organizma, vključno z ustno votlino in zobovjem. Pri starejših se zaradi staranja spreminjajo funkcije ustne votline (manjši pretok sline, slabša senzorična zaznava, spremembe v prebavi hrane), kar vpliva na funkcije grizenja, žvečenja in požiranja ter povečuje tveganje za sistemske zaplete, kot so pljučnice zaradi aspiracije ali podhranjenost. Zgodnje prepoznavanje teh sprememb je ključno za prilagoditev oskrbe (Podprimo starejše, b. d.).

Spremembe, povezane s starostjo, vključno z zmanjšanim pretokom sline, parodontalnimi spremembami, povečano dovzetnostjo za okužbe ali motnjami požiranja, niso predmet posebej financiranega programa v Sloveniji. Preventivno spremljanje in obravnavo sta del običajnih zdravstvenih in socialnih storitev, financiranih iz sistemskih sredstev zdravstvenega zavarovanja, vendar ni posebnih vlog ali programov, ki bi bili specifično namenjeni temi (Chávez idr., 2022; Poudel idr., 2024).

Formalne klinične poti za specifične starostne spremembe ne obstajajo kot ločene poti v slovenskem zdravstvenem sistemu. Obravnavo poteka znotraj rutinske klinične prakse zobozdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev (Poudel idr., 2024).

Ustno zdravje in starostne spremembe so obravnavane kot del kriterijev ocenjevanja splošnega ustnega zdravja, ki ga promovira Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), kjer ustno zdravje opredeljujejo kot del splošnega zdravja in kakovosti življenja ter pozivajo k vsakodnevni skrbi in rednim pregledom za preprečevanje bolezni (Podprimo starejše, b. d.).

Kljub temu, da v Sloveniji obstajajo posamezne preventivne aktivnosti, projekti in strokovna priporočila na področju ustnega zdravja, vključno s specifičnimi smernicami za zdravljenje raka ustne votline kot del širšega onkološkega protokola, trenutno ne obstajajo integrirani, sistemsko financirani programi, poenotene klinične poti ali posebne nacionalne smernice, ki bi ciljano naslovile ustno zdravje geriatrične populacije kot celovit javnozdravstveni program (Petelin idr., 2012; ZNANJE -TEMELJ KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V ZOBOZDRAVSTVU - 32. strokovni seminar, 2024; Žmavc idr., 2024). Ob tem strokovna praksa sledi mednarodnim priporočilom in prilagaja obravnavo posamezniku, kar zagotavlja kakovostno oskrbo, vendar brez sistemske

koordinacije (De Visschere idr., 2011; Gallione idr., 2025). To predstavlja pomembno priložnost za razvoj celostnih smernic, programov in kliničnih poti, ki bi sistematično povezale preventivo, zgodnje odkrivanje, klinično obravnavo in interdisciplinarno koordinacijo oskrbe pri starejših osebah.

3.7.8 Zaključki

Klinična obravnava starejših oseb zahteva celostni pristop, ki vključuje obvladovanje kroničnih bolezni, preprečevanje novih bolezni ter spodbujanje zdravega življenjskega sloga. S staranjem pogosto pride do polifarmakoterapije zaradi multimorbidnih pacientov, s čimer se povečuje tveganje za neželene učinke zdravil, kar zahteva natančno spremljanje. Priporočljivo je, da zdravstveni sistem omogoči enotne smernice za obravnavo starejših oseb, ki bodo vključevale preventivne ukrepe, redno spremljanje zdravja ter integrirane programe za obvladovanje več kroničnih bolezni hkrati, s poudarkom na ukrepanju pri polifarmakoterapiji. Poleg tega je pomembno povečati dostopnost do geriatričnih strokovnjakov in izboljšati usposobljenost zdravstvenega osebja (Boyd idr., 2019; Dent idr., 2019a; National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

3.8 Prehrana

3.8.1 Spremembe v prehranskih potrebah starejših odraslih oseb

S staranjem se fiziološke potrebe telesa pomembno spremenijo, kar vpliva tudi na prehranske zahteve starejših odraslih. Ena izmed ključnih sprememb je zmanjšanje bazalne presnove, kar pomeni, da starejši odrasli potrebujejo manj energije, vendar pa njihova potreba po esencialnih hranilih ostaja enaka ali se celo povečuje. Pomembno je ohranjanje mišične mase, saj starejši odrasli običajno izgubljajo mišično tkivo, kar vodi do sarkopenije in večje nagnjenosti k padcem ter krhkosti (Beaudart idr., 2017).

Beljakovine so ključnega pomena za ohranjanje mišične mase in funkcije mišic pri starejših. Priporočljivo je povečati vnos beljakovin na približno 1,2 g/kg telesne teže na dan, kar je več kot pri mlajših odraslih, saj starejši odrasli slabše presnavljajo beljakovine (Volkert idr., 2019a). Poleg tega je pomemben tudi zadosten vnos esencialnih aminokislin, kot je levcin, ki dokazano spodbuja sintezo mišičnih beljakovin in pripomore k ohranjanju mišične mase (Bauer idr., 2013).

Poleg beljakovin ima pomembno vlogo tudi vnos mikrohranil, zlasti vitamina D in kalcija, ki sta ključna za zdravje kosti in preprečevanje osteoporoze (Holick, 2007). Vitamin D pomaga pri absorpciji kalcija in prispeva k zmanjšanju tveganja za padce in zlome, kar je še posebej pomembno za starejše, ki so bolj nagnjeni k razvoju krhkosti in zlomom kosti (Bischoff-Ferrari idr., 2009a). Strokovnjaki priporočajo redno preverjanje ravni vitamina D in po potrebi njegovo dopolnjevanje.

Pri starejši populaciji pogosto opazimo tudi težave z dehidracijo, saj z leti upada občutek za žejo. To lahko privede do resnih zdravstvenih zapletov, kot so okužbe sečil, motnje v delovanju ledvic ter povečano tveganje za padce. Redna hidracija in spremljanje vnosa tekočine sta zato

bistvenega pomena za vzdrževanje zdravja geriatrične populacije (Hooper idr., 2014).

Poleg fizioloških sprememb, povezanih s staranjem, se lahko prehranske potrebe prilagajajo tudi zaradi sočasnih bolezni, kot so sladkorna bolezen, srčno-žilna obolenja in kognitivne motnje. Vsaka bolezen zahteva specifične prilagoditve prehrane, kar dodatno povečuje pomen individualiziranega pristopa pri načrtovanju prehranske oskrbe starejših odraslih. Uravnotežena prehrana z zadostnim vnosom hranil je tako ključnega pomena za ohranjanje kakovosti življenja in zmanjševanje tveganj za zaplete (Volkert idr., 2019b).

3.8.2 Presejalna orodja za zgodnje odkrivanje podhranjenosti pri starejših odraslih

Za uspešno prepoznavanje prehranskega stanja pri geriatrični populaciji je ključno uporabljati presejalna orodja, ki omogočajo zgodnje odkrivanje podhranjenosti. Eno izmed najbolj razširjenih orodij je Mini Nutritional Assessment (MNA), ki se uporablja za hitro oceno prehranjenosti starejših. MNA je strukturiran vprašalnik, ki vključuje meritve telesne mase, višine ter vprašanja o prehranskih navadah, mobilnosti in telesnem stanju (Guigoz, 2006).

Poleg MNA se pogosto uporablja tudi Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), ki je namenjen prepoznavanju splošne podhranjenosti pri odraslih. Orodje oceni indeks telesne mase (ITM oz. ang. BMI (body mass index)), izgubo telesne mase in vpliv bolezni na prehranski status. MUST je posebej uporaben za presejanje starejših odraslih, ki živijo doma ali v skupnosti, saj omogoča hitro identifikacijo tistih, ki potrebujejo prehransko intervencijo (Elia, 2003).

Druga pomembna presejalna orodja vključujejo Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) in Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI). NRS-2002 se uporablja predvsem v bolnišnicah za odkrivanje prehranskega tveganja pri hospitaliziranih pacientih, medtem ko GNRI vključuje laboratorijske parametre, kot je raven albumina v krvi, in omogoča natančno oceno prehranske ogroženosti pri starejših (Bouillanne idr., 2005; Kondrup, 2003). Kljub široki uporabi različnih orodij se raziskovalci strinjajo, da je potrebna nadaljnja standardizacija za izboljšanje njihove učinkovitosti in zagotavljanje enotnih rezultatov pri geriatrični populaciji (Cederholm idr., 2019).

Če povzamemo: v Sloveniji in mednarodnem prostoru se uporabljajo različna orodja za prehransko presejanje starejših odraslih, med katerimi so najpogostejša MNA, MUST, NRS-2002, SGA in NRI. Kljub njihovi razširjeni uporabi v posameznih okoljih v Sloveniji ne obstajajo nacionalno poenotena priporočila glede izbire presejalnega orodja za zdravo, pred krhko ali krhko geriatrično populacijo. Uporaba presejalnih orodij se razlikuje med bolnišnicami, primarnim zdravstvom in socialnovarstvenimi zavodi, prav tako pa presejanje pogosto ni sistematično povezano z nadaljnjo prehransko obravnavo. Obstoječe smernice (Priporočila MZ iz leta 2007 ter Smernice NIJZ za izvajanje prehranske oskrbe v DSO iz leta 2020) se pretežno osredotočajo na organizacijske vidike prehranske oskrbe, manj pa na individualizirano prehransko obravnavo starejših odraslih glede na funkcionalni status, krhkost in multimorbidnost (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2007; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020a).

3.8.3 Izvedeni programi in projekti na temo prehrane starejših v Sloveniji

Na področju prehrane starejših odraslih so se v Sloveniji izvajali različni programi in projekti, ki so prispevali k razvoju strokovnih podlag, dvigu kompetenc strokovnih delavcev ter boljšemu razumevanju prehranskih potreb starejše populacije. Večina teh aktivnosti je bila projektno financirana, časovno omejena in brez trajne sistemske implementacije.

Mednarodna longitudinalna raziskava Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) se izvaja v več kot 25 evropskih držav (vključujoč Slovenijo z drugim valom.2006/07). Je ena ključnih longitudinalnih baz za razumevanje zdravja, staranja in prehranskih dejavnikov pri osebah, starejših od 50 let. Definirane podteme omenjene baze so: prehranska ranljivost (težave pri hranjenju), socialna izolacija in funkcionalne spremembe organizma (SHARE-ERIC, 2024).

Cilj projekta „PANGeA – telesna aktivnost in prehrana za kakovostno staranje“ (Pišot, idr., 2012) je bil izboljšati splošno zdravje in zmanjšati tveganje za nastanek akutnih poškodb in kroničnih bolezni, ki so postale ena najresnejših težav, s katerimi se danes spopadajo starejši (66 PANGeA – Telesna aktivnost in prehrana za kakovostno staranje/PANGeA – PHYSICAL ACTIVITY AND NUTRITION FOR QUALITY AGEING, b. d.). Projekt PANGeA je potekal v obdobju 2007–2013. Aktivnosti projekta so prek vadbenih programov, prehranskih smernic in meritev poudarile zmanjšano tveganje za poškodbe ter spodbujale aktivno staranje (Pišot idr., 2012). V sklopu projekta je izšel priročnik o telesni aktivnosti in vadbi, prehrani v tretjem življenjskem obdobju (Geržević idr., 2014).

V obdobju 2017–2019 se je s sofinanciranjem Ministrstva za zdravje izvajal program Razvoj trajnostnega modela usposabljanj za zdravo ponudbo v organiziranih sistemih prehrane (akronim: Model prehranskih usposabljanj). Program je temeljil na razvoju modularnih usposabljanj za različne skupine ponudnikov hrane, ob upoštevanju prehranskih smernic in posebnih okoliščin (dietna prehrana, nočno delo, različne delovne obremenitve). Usposabljanja so vključevala teoretični in praktični del. Med razvitimi in preizkušenimi moduli sta bila tudi modula za prehranske delavce v domovih starejših občanov (DSO) ter za prehranske delavce v bolnišnicah (kuharji, vodje kuhinj, dietetiki, vodje prehrane ipd.). Leta 2022 je Ministrstvo za zdravje podalo soglasje za možnost nadaljevanja in nadgradnje teh vsebin in sicer znotraj projekta Integracija geriatrične oskrbe starejših („Pilotni model prehranskih usposabljanj“, b. d.).

Sočasno se je izvajal projekt skupnega ukrepanja JA Advantage – Preventing Frailty, sofinanciran s strani Evropske komisije v okviru tretjega zdravstvenega programa (2014–2020). V okviru projekta je bil opravljen pregled prehranske obravnave krhkosti v Sloveniji ter pregled znanstvene literature znotraj mednarodnega konzorcija. Rezultati so bili predstavljeni v dveh zbornikih povzetkov in znanstvenih prispevkov ter na dveh konferencah z mednarodno udeležbo. Projekt je pomembno prispeval k strokovnim izhodiščem, vendar ni bil usmerjen v neposredno implementacijo prehranskih intervencij v rutinsko klinično ali skupnostno prakso.

Programi in projekti, kot so Model prehranskih usposabljanj, JA Advantage, Celostna obravnava starostnikov in PANGeA, so se zaključili in trenutno niso več financirani. Raziskava SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) še poteka, vendar ima raziskovalni značaj in ne

predstavlja izvedbenega programa prehranske obravnave starejših odraslih v praksi (O'Caoimh idr., 2018).

Na NIJZ je ustanovljena in deluje medsektorska skupina Aktivno zdravo staranje (aha.si,) oz. skupina za Javno zdravje v medsektorskih politikah, ki se ukvarja z različnimi temami, med drugim tudi s prehrano. Namen delovanja skupine je predvsem na delovanju medsektorskih politik, staranje oz. gerijatrija je presečna tema. Skupina za aktivno in zdravo staranje »želi okrepiti raziskovanje, povezovanje in ozaveščanje o pomenu tako znotraj NIJZ-ja (povezovanje z že dobro utečenimi področji dela) kot širše, s poudarkom na razumevanju področja staranja, demografskih in okolijskih spremembah, vseživljenjskemu pristopu, medgeneracijskem povezovanju ter ostalimi temami tako znotraj NIJZ-ja« (*stiranje.si*, b. d.).

Slovenija deluje na področju varnosti živil za starostnike preko raziskav, priprave strokovnih smernic (dokumenti NIJZ), nacionalnih podatkovnih zbirk in smernic za institucionalno prehransko oskrbo (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020a; Uprava Republike Slovenije za varno hrano, veterinarstvo in varstvo rastlin, 2022). Hkrati so preko spletne strani NIJZ gradiva o varni pripravi hrane tako za starostnike kot za splošne potrošnike, ki so relevantne tudi za starejše ljudi (Nacionalni inštitut za javno zdravje, b. d.). V letu 2020 je Nacionalni inštitut za javno zdravje na svoji spletni strani objavil Smernice za izvajanje prehranske oskrbe v domovih za starejše (Zelenik idr., 2020). Cilj je implementacija Smernic v vseh domovih starejših občanov v Sloveniji, kar spodbuja tudi Pravilnik o minimalnih prostorskih in tehničnih pogojih za opravljanje dolgotrajne oskrbe (Pravilnik o minimalnih prostorskih in tehničnih pogojih za opravljanje dolgotrajne oskrbe, 2024).

Nekaj primerov izboljšanja, obogatitve prehrane v evropskih bolnišnicah:

Na Švedskem, univerzitetni bolnišnici v Stockholmu, so običajno pripravljenim obrokom dodali mleko, smetano, olje in podobna naravna živila. Medicinske sestre so bile dodatno izobražene in izurjene za spremljanje vnosa hrane bolnikov (Ödlund Olin idr., 1996). Rezultat je bil višji beljakovinski in energijski vnos. V Veliki Britaniji, v Bristolu, so uvedli prigrizke in obroke, obogatene z mlekom in maltodekstrinom. Zraven obroka so ponudili slaščice, biskvit in obogatene mlečne napitke (Barton idr., 2000). V Nottinghamu so obroke za starejšo populacijo količinsko zmanjšali, vendar so jih energijsko obogatili. Vključili so malice kot dopolnilni obrok. Posodobili so prehransko orodje za presejanje in uvedli izobraževanje za medicinsko osebje, ki izvaja prehransko presejanje (McWhirter & Pennington, 1994).

3.8.4 Pomen uravnotežene prehrane

Uravnotežena prehrana, prilagojena potrebam starejših, pomembno prispeva k ohranjanju zdravja in preprečevanju številnih bolezni. Raziskave kažejo, da prehrana, bogata s svežim sadjem, zelenjavo, polnozrnatimi žiti in kakovostnimi beljakovinami, pozitivno vpliva na splošno zdravje in zmanjšuje tveganje za kronične bolezni, kot so sladkorna bolezen, srčno-žilne bolezni in osteoporoza. Pomanjkljiva prehrana, zlasti pri starejših, lahko vodi v podhranjenost, slabšo kakovost življenja in večjo odvisnost od pomoči (Volkert idr., 2019b).

Uravnotežena prehrana lahko pomaga tudi pri ohranjanju kognitivnih funkcij in preprečevanju demence. Študije so pokazale, da prehrana, bogata z omega-3 maščobnimi kislinami, vitamini B-kompleksa in antioksidanti, pozitivno vpliva na ohranjanje miselne ostrine in zmanjšuje tveganje za kognitivni upad. Na primer, sredozemska prehrana, ki vključuje veliko rib, zelenjave in olivnega olja, je povezana z manjšim tveganjem za razvoj demence pri starejših (Lourida idr., 2013).

3.8.5 Vloga prehranskih dopolnil pri starejših odraslih oseb

Prehranska dopolnila so pomemben ukrep za izboljšanje prehranskega stanja starejših odraslih, zlasti kadar zaradi različnih razlogov ni mogoče zagotoviti zadostnega vnosa hranil skozi običajno prehrano. Starejši odrasli se pogosto soočajo s težavami, kot so zmanjšan apetit, težave pri žvečenju ali prebavnih motnjah, kar lahko vodi do podhranjenosti. V teh primerih so dopolnila z beljakovinami, vitamini in minerali ključni za preprečevanje pomanjkanja hranil in ohranjanje vitalnosti (Volkert idr., 2019b).

Vitamin D je eno najpogostejše uporabljenih prehranskih dopolnil pri starejših, saj pomaga pri absorpciji kalcija in podpira zdravje kosti. Starejši odrasli imajo pogosto nižje ravni vitamina D zaradi manjše izpostavljenosti soncu in zmanjšane sinteze v koži. Ustrezna raven vitamina D je ključna za preprečevanje osteoporoze in zmanjšanje tveganja za zlome, kar je pogosta težava pri starejših odraslih (Bischoff-Ferrari idr., 2009a).

Poleg vitamina D imajo pomembno vlogo tudi beljakovinski dodatki, zlasti pri starejših, ki trpijo za sarkopenijo ali so podvrženi krhkosti. Dodajanje beljakovin v prehrano dokazano izboljšuje mišično maso in telesno zmogljivost, kar pomaga ohranяти mobilnost in neodvisnost starejših. Študije kažejo, da kombinacija beljakovinskih dopolnil in vadbe moči vodi do boljših rezultatov pri izboljšanju mišične funkcije kot sama vadba (Bauer idr., 2013).

Dopolnila z esencialnimi maščobnimi kislinami, kot so omega-3, so prav tako koristna za starejše. Omega-3 maščobne kisline imajo protivnetne lastnosti in lahko pomagajo pri ohranjanju zdravja srca ter izboljšanju kognitivnih funkcij. Poleg tega so raziskave pokazale, da lahko omega-3 zmanjšajo tveganje za razvoj demence pri starejših odraslih, kar prispeva k višji kakovosti življenja v starosti (Van De Rest idr., 2008; Volkert idr., 2019c).

3.8.6 Prehranska intervencija in rehabilitacija starejših odraslih oseb

Prehranska intervencija je ključnega pomena za uspešno rehabilitacijo starejših odraslih, zlasti tistih, ki trpijo za podhranjenostjo ali sarkopenijo. Ustrezna prehrana lahko znatno pospeši okrevanje po boleznih ali poškodbah, saj prispeva k izboljšanju mišične mase, telesne zmogljivosti in funkcionalnosti. Študije kažejo, da kombinacija prehranskih dodatkov, kot so beljakovine in vitamini, skupaj z vadbo za izboljšanje mišične moči, prinaša boljše rezultate pri rehabilitaciji starejših, kot bi jih dosegli samo s telesno vadbo (Volkert idr., 2019c).

Poleg beljakovinskih dodatkov so pomemben del prehranske intervencije tudi mikrohranila, kot sta vitamin D in kalcij, ki prispevata k zdravju kosti in mišic. Vnos teh hranil med rehabilitacijo

lahko zmanjša tveganje za zlome ter ohranja kostno gostoto, kar je ključno za preprečevanje zapletov pri starejših, ki so bolj nagnjeni k padcem. Prehranska podpora med rehabilitacijo vključuje tudi skrb za hidracijo in uravnotežen vnos energije, saj podhranjenost upočasni proces okrevanja in poveča tveganje za ponovne hospitalizacije (Bischoff-Ferrari idr., 2009b; Volkert idr., 2019c).

3.8.7 Prehrana v domovih za starejše odrasle in dostava obrokov na dom

V domovih za starejše odrasle je ustrezna prehrana ključna za preprečevanje podhranjenosti in izboljšanje kakovosti življenja starejših odraslih oseb. Analize so pokazale, da je pogosto prisotna potreba po večjem vnosu beljakovin, saj lahko pomanjkanje vodi v sarkopenijo in izgubo mišične mase. Zato se v slovenskih domovih za starejše vse pogostejše uporabljajo obogateni jedilniki, ki vključujejo višje količine beljakovin in energijsko bogatih živil. Pomembno je tudi vključevanje strokovnega osebja v prehransko obravnavo, kar povečuje uspešnost prehranskih intervencij (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020a; Volkert idr., 2019c).

Dostava obrokov na dom predstavlja učinkovito rešitev za starejše odrasle, ki živijo doma, saj zagotavlja primeren vnos energije in hranil ter zmanjšuje tveganje za podhranjenost. Raziskave kažejo, da takšna storitev ne izboljša le prehranskega statusa, temveč tudi zmanjša tveganje za druge zdravstvene zaplete, povezane s podhranjenostjo. Hkrati omogoča boljši nadzor nad prehrano starejših odraslih, predvsem tistih, ki so zaradi socialno-ekonomskih razmer bolj ranljiv (Thomas & Mor, 2013).

3.8.8 Zaključki

Prehrana je ključni dejavnik za ohranjanje zdravja starejših in preprečevanje krhkosti. Ustrezna prehrana pripomore k boljši telesni zmogljivosti, mišični moči in preprečevanju degenerativnih bolezni. Še posebej je pomemben vnos beljakovin, vitaminov (predvsem vitamina D) in mineralov (kalcij), ki podpirajo zdravje kosti in mišic. Priporočljivo je oblikovati nacionalne smernice za prehransko obravnavo starejših, vključno z izvajanjem prehranskih presegalnih orodij in uvažanjem programov za izboljšanje prehranskih navad v različnih institucijah. Poleg tega je nujno povečati dostopnost do kakovostne in prilagojene hrane v domovih za starejše in hospitalnih ustanovah (Volkert idr., 2019b).

Kljub obstoju številnih programov, projektov, smernic in raziskav na področju prehrane starejših odraslih v Sloveniji ni celostnega, trajno financiranega in sistemsko umeščenega programa, ki bi povezoval prehransko preseganje, individualizirano prehransko obravnavo, funkcionalni status in krhkost starejših odraslih ter izvajanje v zdravstvenem in socialnovarstvenem sistemu. To predstavlja strokovno utemeljeno izhodišče za nadaljnji razvoj in implementacijo nadgrajenega programa prehranske obravnave starejših odraslih.

V Sloveniji in mednarodnem prostoru se uporabljajo različna orodja za prehransko preseganje starejših odraslih, med katerimi so najpogostejša MNA, MUST, NRS-2002, SGA in NRI. Kljub njihovi razširjeni uporabi v posameznih okoljih v Sloveniji ne obstajajo nacionalno poenotena priporočila glede izbire presejalnega orodja za zdravo, pred krhko ali krhko geriatrično populacijo (Volkert idr., 2019a).

Uporaba presejalnih orodij se razlikuje med bolnišnicami, primarnim zdravstvom in socialno-varstvenimi zavodi, prav tako pa presejanje pogosto ni sistematično povezano z nadaljnjo prehransko obravnavo. Obstoječe smernice (Priporočila MZ iz leta 2007 ter Smernice NIJZ za izvajanje prehranske oskrbe v DSO iz leta 2020) se pretežno osredotočajo na organizacijske vidike prehranske oskrbe, manj pa na individualizirano prehransko obravnavo starejših odraslih glede na funkcionalni status, krhkost in multimorbidnost (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2007; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020a).

Celostna obravnava starejših vključuje sodelovanje več strokovnjakov – zdravnikov, dietetikov, fizioterapevtov in socialnih delavcev, saj le multidisciplinarni pristop omogoča uspešno preprečevanje in obvladovanje prehranske ogroženosti ter krhkosti (Volkert idr., 2019c).

3.9 Telesna dejavnost

3.9.1 Pomen telesne dejavnosti za zdravje starejših odraslih

Telesna dejavnost je ključna za ohranjanje zdravja in kakovosti življenja starejših odraslih, saj zmanjšuje tveganje za razvoj številnih kroničnih bolezni. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) v zadnjih smernicah poudarja ključne koristi redne telesne dejavnosti za starejše odrasle. Redna telesna dejavnost dokazano zmanjšuje tveganje za srčno-žilne bolezni, sladkorno bolezen tipa 2, določene oblike raka ter splošno umrljivost. Poleg tega prispeva k boljšemu duševnemu zdravju, upočasnjuje upad kognitivnih sposobnosti in zmanjšuje pojav depresije. Pomemben učinek ima tudi na ohranjanje mišične mase, kostne gostote ter funkcionalne sposobnosti, kar neposredno vpliva na zmanjšanje tveganja za padce in podaljševanje samostojnosti v starosti. SZO priporoča vsaj 150–300 minut zmerno intenzivne aerobne dejavnosti tedensko, izvajanje vaj za moč vsaj dvakrat tedensko, ter večkomponentno telesno vadbo, ki vključuje vaje za izboljšanje ravnotežja, mišične moči in funkcionalne vaje, najmanj trikrat tedensko pri starejših odraslih starih 65 let ali več. Pomembno je tudi omejevanje časa, preživetega sedentarno. Skladno s temi priporočili lahko telesna dejavnost pomembno prispeva k boljši kakovosti življenja, večji neodvisnosti ter zmanjšanju potrebe po institucionalizaciji starejših odraslih (*World Health Organization, 2020*).

Poleg redne in strukturirane telesne dejavnosti je za zdravje starejših odraslih ključen celostni pristop k 24-urnemu gibalnemu vedenju, ki vključuje telesno dejavnost, zmanjšanje in omejevanje sedentarnega vedenja in urejeno spanje kot medsebojno povezane in soodvisne komponente dneva (on behalf of SBRN Terminology Consensus Project Participants idr., 2017a). To pomeni, da zdrav življenjski slog ni le doseganje priporočene količine telesne dejavnosti, ampak tudi kakovostna porazdelitev gibanja in počitka čez celoten dan. Slovenske smernice za 24-urno gibalno vedenje (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2025b) zato priporočajo vsakodnevno telesno dejavnost, omejevanje sedentarnega vedenja in zadostno količino spanja, saj takšen uravnotežen življenjski ritem povečuje koristi za zdravje in zmanjšuje tveganje za kronične bolezni ter poslabšanje funkcionalne zmožnosti pri starejših.

Koncept predkrhkosti se nanaša na fazo začetnih sprememb, ki se lahko kažejo tudi v vsak-

danjem vedenju, kot izrazit funkcionalni upad, temveč kot subtilne spremembe v vsakdanjem vedenju – zlasti zmanjšana telesna dejavnost in daljša obdobja neprekinjenega sedentarnega vedenja. Te vedenjske spremembe, čeprav trenutno ne povzročajo očitnih omejitev, postopoma zmanjšujejo funkcionalno rezervo in tvorijo podlago za razvoj klinične krhkosti. Zaradi soodvisnosti vedenj v 24-urnem ciklu ima prav zgodnje prepoznavanje in prilagoditev teh vzorcev – torej spodbujanje vsakodnevne telesne dejavnosti, prekinjanje dolgotrajnega sedenja in skrb za kakovosten spanec – neposreden vpliv na upočasnjevanje ali preprečevanje razvoja krhkosti (Fried idr., 2001b; World Health Organization, 2020c; on behalf of SBRN Terminology Consensus Project Participants idr., 2017b).

Poleg telesnih koristi telesna dejavnost pomembno vpliva tudi na duševno zdravje. Redna vadba zmanjšuje stres, izboljšuje razpoloženje in zmanjšuje tveganje za razvoj depresije in anksioznosti, ki sta pogosta težava pri starejših (World Health Organization, 2020). Telesna dejavnost lahko pozitivno vpliva tudi na kognitivne sposobnosti in spomin, saj spodbuja boljšo prekrvavitev možganov in preprečuje upad miselnih funkcij (Erickson idr., 2011).

Telesna dejavnost lahko prispeva k večji socialni vključenosti starejših. Sodelovanje v skupinskih vadbah ali športno-rekreativnih dejavnostih spodbuja medgeneracijsko druženje in krepi socialne vezi, kar zmanjšuje občutek osamljenosti, ki je pogost pri starejših odraslih. Socialna interakcija skozi vadbo ne prispeva le k boljšemu duševnemu zdravju, temveč tudi povečuje motivacijo za vzdrževanje redne telesne dejavnosti (Bauman idr., 2012; McAuley idr., 2000; World Health Organization, 2015c).

Na dolgi rok telesna dejavnost omogoča starejšim, da ohranjajo visoko raven samostojnosti in kakovosti življenja. Krepitev telesne in duševne kondicije v procesu staranja prispeva k bolj aktivnemu in zdravemu življenju, kar je ključnega pomena za zmanjšanje potreb po zdravstveni oskrbi in odvisnosti od pomoči drugih. Telesna dejavnost torej ni le sredstvo za preprečevanje bolezni, temveč tudi za doseganje splošne dobrobiti in dolgotrajne samostojnosti v starosti (World Health Organization, 2015a, 2020d).

3.9.2 Pomen specifičnih vadbenih intervencij pri različnih geriatričnih stanjih

Spodbujanje redne telesne dejavnosti je temeljni ukrep za splošno ohranjanje zdravja in funkcionalne neodvisnosti starejših odraslih. Redna telesna dejavnost pozitivno vpliva na telesno zmogljivost, duševno zdravje, zmanjšuje tveganje za kronične bolezni ter spodbuja kakovostno staranje. Vendar pa splošno priporočilo za telesno dejavnost ni zadostno za obvladovanje in preprečevanje določenih geriatričnih stanj, kot sta telesna krhkost in povečano tveganje za padce. Za uspešno obravnavo teh stanj so potrebne **specifične, ciljno usmerjene vadbene intervencije**, ki upoštevajo kompleksne potrebe starejših posameznikov. Številne raziskave potrjujejo, da strukturirani, individualno prilagojeni večkomponentni vadbeni programi, ki vključujejo vaje za izboljšanje mišične moči, ravnotežja, koordinacije, gibljivosti in aerobne vzdržljivosti, učinkovito zmanjšujejo pojavnost in napredovanje krhkosti ter tveganje za padce (Dent idr., 2019b; Sherrington idr., 2020; World Health Organization, 2020c).

Največjo učinkovitost pri preprečevanju in zmanjševanju krhkosti imajo **strukturirani, individualno prilagojeni in večkomponentni vadbeni programi**, ki vključujejo vaje za izboljšanje mišične moči, ravnotežja, koordinacije in aerobno vzdržljivost. Znani so pozitivni učinki na telesno zmogljivost in zmanjšanje krhkosti številnih svetovnih javnozdravstvenih vadbenih programov kot na primer Otago, Vivifrail in Later Life ter vadbenih intervencij, preizkušenih v različnih projektih (npr. SPRINTT in DO-HEALTH). Optimalna izvedba vadbe vključuje izvajanje telesne vadbe vsaj **2–3-krat tedensko, v trajanju od 8 do 24 tednov**, pogosto v kombinaciji s prehranskimi ukrepi (npr. dodajanje beljakovin, vitamina D, omega-3 maščobnih kislin). Pomembno je tudi redno izvajanje vaj doma, ob občasni podpori strokovnjakov. Sklepno lahko povzamemo, da je večkomponentna telesna vadba temeljna intervencija za ohranjanje funkcionalnosti in kakovosti življenja pri krhkih in predkrhkih starejših odraslih, pri čemer imajo osrednjo vlogo vaje za izboljšanje mišične moči in ravnotežja (Bernabei idr., 2022; Dent idr., 2019b; Izquierdo idr., 2021; Sherrington idr., 2020). Spodbujanje redne telesne dejavnosti je koristno za vse starejše odrasle, ne glede na njihovo trenutno tveganje za padce (Montero-Odasso idr., 2022). Vadbeni programi za preprečevanje padcev temeljijo na izboljšanju telesne pripravljenosti, ki vključuje tako funkcijske (spretnost, ravnotežje, koordinacijo, moč, hitrost) kot zdravstvene komponente telesne dejavnosti (kardiorespiratorna funkcija, gibljivost, mišična zmogljivost, telesna sestava). Najnovejši pregledi dokazujejo, da je vadba, ki vključuje vaje za izboljšanje ravnotežja in mišične zmogljivosti, še posebej učinkovita pri zmanjšanju števila padcev. Dobro zasnovani vadbeni programi zmanjšajo tveganje za padce tudi za 23–39 %, kar je klinično izjemnega pomena (Dyer idr., 2023). Za preprečevanje padcev so najbolj učinkoviti **multikomponentni vadbeni programi**, ki potekajo vsaj **trikrat tedensko** in vključujejo vaje za izboljšanje mišične zmogljivosti, ravnotežja, propiocepcije, koordinacije, gibljivosti in hoje. Poseben poudarek naj bo na **funkcionalni vadbi**, ki vključuje vsakodnevna gibanja, kot so hoja, počep, vstajanje s stola in tal ter prestopanje ovir, kar krepi sposobnost dinamične in statične produkcije mišične sile. Vadbeni programi za preprečevanje padcev so učinkoviti, kadar so individualizirani – prilagojeni funkcionalnemu stanju in morebitne pridružene bolezni slehernega starejšega odraslega; so **progresivno naravnani** za prilagajanje naraščajočim sposobnostim vadečih in trajajo **vsaj 12 tednov**; strokovno vodeni s strani fizioterapevta, kineziologa ali dodatno usposobljenega športnega kadra; po zaključku vadbenega programa vključujejo tudi **vzdrževalno vadbo** za dolgoročno ohranjanje učinka (Montero-Odasso idr., 2022).

3.9.3 Socialni in zdravstveni vidiki telesne dejavnosti v lokalnem okolju

Socialni in zdravstveni vidiki telesne dejavnosti v lokalnem okolju so ključnega pomena za ohranjanje zdravja in kakovosti življenja prebivalcev, zlasti starejših odraslih. V lokalnem okolju se številne dejavnosti odvijajo v športnih društvih, rekreativnih skupinah, društvih kroničnih bolnikov in preko različnih javnozdravstvenih programov. Ta okolja omogočajo posameznikom, da se redno telesno udeležujejo, kar pozitivno vpliva na njihovo telesno pripravljenost, hkrati pa krepi socialne vezi. Vključevanje v te dejavnosti spodbuja aktivno staranje in zmanjšuje tveganje za osamljenost in socialno izolacijo (World Health Organization, 2015b).

Lokalne skupnosti imajo pomembno vlogo tudi pri zagotavljanju dostopnosti do vadbenih programov in infrastrukture za telesno dejavnost (World Health Organization, 2015c). Različna slov-

enska združenja, društva in nevladne organizacije, kot so Športna unija Slovenije, Zveza društev upokojencev, društva kroničnih bolnikov in nevladne organizacije s področja športa in rekreacije nudijo organizirane programe vadbe, prilagojene različnim starostnim skupinam in zdravstvenim potrebam posameznikov (Športna unija Slovenije, b. d.; Zveza društev upokojencev Slovenije, b. d.). Sodelovanje zdravstvenih delavcev in strokovnjakov s področja športa in rekreacije v vadbah in programih v lokalnih skupnostih zagotavlja varno in učinkovito udejstvovanje v vadbah, še posebej pri osebah s kroničnimi boleznimi, kot so sladkorna bolezen, koronarne bolezni in osteoporoza (Pedersen & Saltin, 2015).

Socialni vidiki telesne dejavnosti so prav tako pomembni kot telesni, saj redna vadba v skupinah krepi medosebne odnose in spodbuja medgeneracijsko sodelovanje. Sodelovanje v skupinskih aktivnostih, kot je vadba na prostem, prinaša koristi ne le za telesno, temveč tudi za duševno zdravje, saj zmanjšuje stres in povečuje občutek pripadnosti skupnosti. Medgeneracijsko druženje med vadbami spodbuja prenos znanj in izkušenj, kar dodatno bogati izkušnje udeležencev in krepi vezi v skupnosti (Holt-Lunstad idr., 2010; World Health Organization, 2018a).

Zdrave lokalne skupnosti lahko tako postanejo središče krepitve zdravja, saj omogočajo sistematično vključevanje posameznikov v vadbene programe in druge organizirane oblike za spodbujanje telesne dejavnosti, ki so dostopni vsem generacijam. S pomočjo telesne dejavnosti se ne izboljšuje le telesna pripravljenost, ampak tudi celostno zdravstveno stanje in socialna integracija, kar na dolgi rok pozitivno vpliva na zdravje celotne skupnosti (World Health Organization, 2018b).

3.9.4 Telesna dejavnost v okviru oskrbe starejših odraslih v zdravstvenem sistemu

Telesna dejavnost ima v okviru integrirane oskrbe starejših odraslih pomembno vlogo kot preventivni, terapevtski in rehabilitacijski ukrep, ki se izvaja na vseh ravneh zdravstvenega sistema. V Sloveniji je področje telesne dejavnosti pri starejših sistemsko umeščeno predvsem v primarno zdravstveno varstvo, patронаžno zdravstveno varstvo, fizioterapevtsko dejavnost ter bolnišnično in institucionalno oskrbo starejših, pri čemer je poudarek na zgodnjem prepoznavanju funkcijske manjzmožnosti, preprečevanju padcev, ohranjanju samostojnosti ter podpori aktivnemu staranju (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2016b; World Health Organization, 2017b).

3.9.4.1 Programi preventive in krepitve zdravja

Ključno vlogo pri sistemskem spodbujanju telesne dejavnosti v zdravstvenem varstvu ima **nacionalni program za preprečevanje kroničnih bolezni Skupaj za zdravje**, ki se primarno izvaja v Centrih za krepitev zdravja (CKZ) po vsej Sloveniji. Program je univerzalno dostopen vsem odraslim prebivalcem z urejenim obveznim zdravstvenim zavarovanjem in predstavlja temelj integrirane preventive kroničnih bolezni ter zmanjševanja neenakosti v zdravju (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018).

V okviru programa se izvajajo strukturirane skupinske in individualne obravnave, ki vključujejo

tudi starejše odrasle. Poseben poudarek je namenjen aktivnostim s področja telesne dejavnosti za krepitev zdravja, ki jih izvajajo dodatno usposobljeni fizioterapevti in kineziologi kot del multidisciplinarnega tima CKZ. Pomembna vsebina programa so presejanja za starejše od 65 let, ki potekajo bodisi v zdravstvenem domu bodisi v lokalnem okolju (npr. dnevi zdravja, domovi starejših, društva upokojencev). Presejanja za različna geriatrična stanja so v centrih na voljo v delavnici Koliko še zmorem?, v kateri lahko izvajalci izbirajo med presejanjem za funkcijsko manjzmožnost in presejanjem za padce. Na podlagi presejalnih testov starejši prejmejo individualno povratno informacijo o svojem funkcijskem stanju ter konkretne, prilagojene napotke za izboljšanje telesne zmogljivosti in ohranjanje samostojnosti (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018).

Pomembna intervencija je tudi 13-tedenska delavnica »Gibam se«, namenjena nezadostno telesno dejavnim posameznikom, v kateri udeleženci pridobijo znanje, veščine in podporo za dolgoročno spremembo gibalnih navad ter varno izvajanje telesne dejavnosti v skladu s smernicami SZO (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018).

Osebe do 74. leta starosti imajo znotraj programa tudi pravico do rednega preventivnega pregleda v ambulantni družinske medicine, kjer jih diplomirana medicinska sestra preseje glede številnih dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni in jih motivira za spremembo življenjskega sloga ter jih povezuje z drugimi službami znotraj zdravstvenega varstva in širše v lokalnem okolju (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2016b; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018).

3.9.4.2 Vloga patronažnega varstva pri spodbujanju telesne dejavnosti

Pomemben del integrirane oskrbe starejših predstavljajo tudi aktivnosti patronažnega zdravstvenega varstva kot samostojne službe v domačem okolju in omogoča zgodnje prepoznavanje tveganj ter ciljno usmerjene preventivne ukrepe. V okviru **preventivne obravnave starejše osebe** in preventivne obravnave kroničnega pacienta se izvaja tudi **ocena tveganja za padce v domačem okolju**, ki poleg edukacije vključuje svetovanje za telesno dejavnost za krepitev zdravja ter, ob srednjem ali visokem tveganju, tudi usmerjanje na ciljno vadbo za izboljšanje ravnotežja in mišične zmogljivosti ali napotitev k fizioterapevtu (Pravila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, b. d.; World Health Organization, 2017b).

Izvajalci patronažnega zdravstvenega varstva s svojim delom pomembno prispevajo k povezovanju zdravstvenih storitev, lokalnih programov in potreb starejšega posameznika ter omogočajo celostno in kontinuirano obravnavo v domačem okolju (Pravila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, b. d.).

3.9.4.3 Fizioterapevtska obravnava in telesna dejavnost v različnih okoljih

Fizioterapevtska dejavnost predstavlja osrednji strokovni steber izvajanja ukrepov s področja telesne dejavnosti v zdravstvenem sistemu. Fizioterapevti delujejo na področju promocije zdravja, preventive, zdravljenja in rehabilitacije ter so vključeni v obravnavo starejših v ambulantah primarnega zdravstvenega varstva, bolnišnicah, rehabilitacijskih centrih, domovih starejših občanov in v domačem okolju (Puh idr., b. d.).

V bolnišničnem okolju je telesna dejavnost usmerjena predvsem v zgodnjo mobilizacijo, preprečevanje zapletov in ponovno vzpostavljanje osnovnih funkcionalnih sposobnosti, kot so poseganje, hoja in izvajanje dnevnih aktivnosti. V specializiranih rehabilitacijskih ustanovah poteka intenzivna, interdisciplinarna obravnava, ki vključuje individualizirane in dolgoročne vadbene programe za osebe z najtežjimi okvarami (World Health Organization, 2017b).

V domovih starejših občanov ima fizioterapija ključno vlogo pri ohranjanju funkcionalnih sposobnosti, preprečevanju poslabšanj, obvladovanju geriatričnih sindromov ter izboljšanju kakovosti življenja. Evropske smernice priporočajo izvajanje individualiziranih, večkomponentnih vadbenih programov vsaj dvakrat tedensko, pri čemer raziskave jasno kažejo, da je dostopnost fizioterapevtskih storitev tesno povezana s funkcijskimi izidi in stopnjo samostojnosti uporabnikov (Dent idr., 2019c; Forster idr., 2009; Puh idr., 2015).

Poseben pomen ima tudi vključevanje telesne dejavnosti pri osebah z demenco, kjer se vse bolj uveljavlja pristop »omogočanja« (reablement), ki temelji na bio-psiho-socialnem modelu in spodbuja ohranjanje preostalih sposobnosti ter aktivno participacijo posameznika (Tessier idr., 2016; World Health Organization, 2017b).

3.9.5 Programi telesne dejavnosti za specifične ciljne skupine

V Sloveniji obstaja več organiziranih programov telesne dejavnosti, prilagojenih specifičnim potrebam različnih ciljnih skupin.

Koronarni bolniki imajo programe pri Zvezi koronarnih društev in klubov Slovenije (ZKDKS), ki so namenjeni izboljšanju telesne zmogljivosti, nadzoru krvnega tlaka in zmanjšanju tveganja za zaplete (Zveza koronarnih društev in klubov Slovenije, 2023). Vadbo vodijo strokovno usposobljeni vaditelji, kar zagotavlja varnost in učinkovitost ter prispeva k izboljšanju kakovosti življenja.

Bolniki z osteoporozo se lahko vključijo v vadbene programe Zveze društev bolnikov z osteoporozo Slovenije (ZDBO), katerih cilj je ohranjanje kostne gostote, krepitev mišic in izboljšanje ravnotežja (Zveza društev bolnikov z osteoporozo Slovenije, b. d.). Program vključuje tudi izobraževanje o pomenu preventive za zdravje kosti.

Bolniki s sladkorno boleznijo imajo na voljo programe Zveze društev diabetikov Slovenije (SLO-DA), vključno s kampanjo »#DarujemKilometre«, ki spodbuja telesno dejavnost med diabetiki in širšo javnostjo (Zveza društev diabetikov Slovenije, b. d.). Redna vadba pomaga pri uravnavanju

krvnega sladkorja in zmanjšuje tveganje za zaplete.

Starejši odrasli se lahko vključijo v programe Društva Šola zdravja, kot je vadba "1000 gibov", ki poteka na prostem skozi vse leto in spodbuja telesno pripravljenost ter socialno povezanost (Društvo Šola zdravja, b. d.). Podobno Zveza društev upokojencev Slovenije (ZDUS) nudi raznovrstne aktivnosti za upokojence, prilagojene njihovim zmožnostim in interesom (Zveza društev upokojencev Slovenije, b. d.).

Posamezniki, ki se vračajo k telesni dejavnosti ali so telesno nedejavni, lahko sodelujejo v programu Zdrava vadba ABC, ki ga izvaja Športna unija Slovenije (ŠUS) v okviru mreže Zdravih društev (Športna unija Slovenije, b. d.). Program vključuje strokovno vodeno preventivno vadbo, ki postopoma izboljšuje telesno pripravljenost.

3.9.6 Vpliv telesne dejavnosti na duševno zdravje in socialno povezanost

Telesna dejavnost ima pomemben vpliv na duševno zdravje, saj redna vadba zmanjšuje stres, tesnobo in depresijo, kar je še posebej pomembno za starejše odrasle. Telesna vadba v človeškem telesu sprošča endorfine, ki izboljšujejo razpoloženje in splošno počutje. Študije kažejo, da redna telesna dejavnost izboljšuje tudi kognitivne sposobnosti, saj povečuje prekrvavitev možganov, kar pomaga ohranjati miselno ostrino in spomin (Bherer idr., 2013; World Health Organization, 2020c).

Poleg pozitivnih učinkov na duševno zdravje telesna dejavnost spodbuja tudi socialno povezanost (World Health Organization, 2015c). Skupinska vadba, ki jo organizirajo lokalna športna društva, kot je Društvo Šola zdravja, omogoča starejšim vključevanje v skupinske aktivnosti, kar zmanjšuje občutek osamljenosti (Društvo Šola zdravja, b. d.). Medosebni odnosi, ki se oblikujejo skozi skupinsko vadbo, krepijo občutek pripadnosti skupnosti in omogočajo socialno podporo. Socialna vključenost prek telesne dejavnosti tako pomembno prispeva k izboljšanju kakovosti življenja (World Health Organization, 2015c).

Telesna dejavnost krepi tudi socialno povezanost. Skupinske vadbe omogočajo starejšim vključevanje v aktivnosti, zmanjšujejo občutek osamljenosti in spodbujajo medgeneracijsko druženje. Sodelovanje v skupinah omogoča izmenjavo izkušenj in znanja, kar bogati posameznike in skupnost (Društvo Šola zdravja, b. d.; World Health Organization, 2015c).

3.9.7 Vloga nevladnih organizacij pri spodbujanju telesne dejavnosti

Nevladne organizacije so ključne pri spodbujanju telesne dejavnosti, zlasti med ranljivimi skupinami (World Health Organization, 2015c). Društvo Šola zdravja nudi brezplačne programe, ki spodbujajo redno vadbo in socialno povezovanje (Društvo Šola zdravja, b. d.), kar izboljšuje fizično in duševno zdravje ter zmanjšuje osamljenost (World Health Organization, 2015c). ZDUS organizira športne in rekreativne aktivnosti, prilagojene potrebam upokojencev (Zveza društev upokojencev Slovenije, b. d.), kar omogoča ohranjanje telesne pripravljenosti in socialno vključenost (World Health Organization, 2015c). SLODA z ozaveševalnimi kampanjami, kot

je "#DarujemKilometre", ter strokovno vodenimi vadbami spodbuja telesno dejavnost diabetikov (Zveza društev diabetikov Slovenije, b. d.), kar prispeva k boljšemu obvladovanju bolezni in zdravemu življenjskemu slogu (World Health Organization, 2015c). Nevladne organizacije tako delujejo kot most med posamezniki in lokalno skupnostjo, omogočajo dostopnost telesne dejavnosti širši javnosti in pomembno prispevajo k zdravemu in aktivnemu življenju (World Health Organization, 2015c).

3.9.8 Zaključki

Telesna dejavnost je ključni steber zdravega in aktivnega staranja, saj prispeva k ohranjanju telesne pripravljenosti, zmanjšuje tveganje za bolezni in izboljšuje kakovost življenja. Redna vadba zmanjšuje tveganje za padce, krepi mišično zmogljivost ter preprečuje nastanek sarkopenije in krhkosti. Zato je pomembno nadaljevati podporo obstoječim nacionalnim programom, ki spodbujajo telesno dejavnost populacije, hkrati pa razvijati nove programe, specifično prilagojene starejšim odraslim, z vadbo za različne stopnje telesne pripravljenosti in zdravstvenih stanj. Telesno dejavnost je potrebno vključevati v vsakodnevno življenje starejših – bodisi doma, bodisi v institucijah – in zagotoviti, da so programi dostopni ter podprti s strokovno usposobljenimi vaditelji (World Health Organization, 2020a).

Vse aktivnosti s področja telesne dejavnosti so umeščene tudi v **Resolucijo o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje**, ki poudarja vseživljenjski pristop in sinergijo med zdravo prehrano, telesno dejavnostjo in spanjem. Ključni cilji resolucije za starejše vključujejo zmanjševanje telesne nedejavnosti, preprečevanje funkcijske manjzmožnosti, krhkosti in padcev ter krepitev primarnega zdravstvenega varstva z integriranimi preventivnimi programi (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015).

3.10 Duševno zdravje

3.10.1 Pomen krepitve duševnega zdravja v starosti

Duševno zdravje je ključni dejavnik kakovosti življenja starejših odraslih, saj neposredno vpliva na njihovo telesno zdravje, samostojnost in socialno vključevanje. S staranjem so starejši odrasli bolj izpostavljeni tveganjem, kot so socialna izolacija, osamljenost, izgube bližnjih in kronična obolenja, kar povečuje tveganje za razvoj depresije, anksioznosti, samomorilnih misli in demence (Lopez idr., 2024; Reynolds 3rd idr., 2022).

Za krepitev duševnega zdravja so ključni preventivni ukrepi, kot so telesna dejavnost, zdrava prehrana, urejen ritem ter zadostna količina spanca, spodbujanje socialne vključenosti in dostop do ustrezne zdravstvene oskrbe. Redna telesna dejavnost in zdravi medosebni odnosi dokazano izboljšujejo duševno blagostanje, zmanjšujejo tveganje za depresijo ter delujejo kot pomemben zaščitni dejavnik za ohranjanje kognitivnih funkcij. Zlasti je pomembno ozaveščanje starejših odraslih in njihovih bližnjih o pomenu duševnega zdravja ter po potrebi zagotavljanje primernih strokovnih virov pomoči (Galof, 2023; Mack idr., 2025).

3.10.2 Nacionalni programi za duševno zdravje starejših odraslih

Na področju duševnega zdravja, ki se vežeta tudi na duševno zdravje starejših imamo trenutno dva ključna nacionalna programa:

- 1. Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028** (ReNPDZ18-28) (Uradni list, 2018)
- 2. Nacionalno strategijo za obvladovanje demence v Sloveniji do 2030** (2023)

ReNPDZ18-28 oz. Program MIRA (Uradni list, 2018) vključuje 9 strateških ciljev razdeljenih na 6 prednostnih področij, ki se realizirajo preko specifičnih ciljev in ukrepov. Vsebine, ki se neposredno vežejo na duševno zdravje starejših so v zajete v naslednji prednostnih področjih:

- Promocija duševnega zdravja, preventiva in destigmatizacija na področju duševnega zdravja:**

To vključuje psihoedukacijo starejših, širše javnosti in odločevalcev, kot tudi krepitev formalnih in neformalnih akterjev in mrež skupnosti za preprečevanje osamljenosti v skupnosti, vključno z izboljšano dostopnostjo do programov.

- Mreža služb za duševno zdravje:**

To zajema specifične cilje vezane na zagotavljanje dostopnosti do interdisciplinarnih storitev na področju duševnega zdravja na primarni zdravstveni ravni ter uvedbo specializiranih gerontopsihiatričnih oddelkov v psihiatričnih bolnišnicah.

- Preprečevanje samomorilnega vedenja pri starejših odraslih:**

Dotično prednostno področje naslavlja ključne vidike povezane s preprečevanjem samomorov za vse starostne skupine – npr. dvig ozaveščenosti in pismenosti na področju duševnega zdravja

s poudarkom na samomoru, zgodnjo identifikacijo ogroženih oseb, zagotavljanje dostopnosti do pomoči in obravnave samomorilno ogroženih oseb in omejevanja dostopnosti do sredstev za samomor.

Na področju demence je Ministrstvo za zdravje leta 2016 sprejela Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020, ki predstavlja temeljni dokument za celostno in usklajeno naslavljanje problematike demence na ravni vseh deležnikov (Ministrstvo za zdravje, 2016). Strategija je vsebovala ključne elemente in zaveze, ki so med drugim skladni s sprejetimi dokumenti na ravni Evropske unije (EU) in Svetovne zdravstvene organizacije (SZO). Zajemala je tri glavne cilje:

- Zgodnje odkritje bolezni
- Dostopnost do obravnave in zdravljenje z antidementivi
- Vzpostavitev usklajene podpore osebam z demenco, njihovim bližnjim in oskrbovalcem

Julija 2023 je sprejeta nova Nacionalna strategija za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2030, ki predstavlja nadaljevanje in nadgrajevanje ciljev predhodne strategije (Ministrstvo za zdravje, 2023). Ponovno le-ta temelji na mednarodnih zavezah sprejetih na ravni EU in SZO, ter služi kot temeljni dokument za zagotavljanje celostnega in usklajenega pristopa pri naslavljanju področja demence v Sloveniji. V sklopu strategije je bilo opredeljenih devet strateških področji za obvladovanje demence, vključno s področjem vezano na izobraževanje strokovnega kadra in vključevanje vsebin v obstoječe srednješolske, dodiplomske in podiplomske programe.

Tako Program MIRA kot Nacionalna strategija za obvladovanje demence sta financirana iz proračunskih sredstev različnih relevantnih resornih ministerstev kot tudi iz projektnih sredstev. Poleg tega so na Programu MIRA vse aktivnosti povezane z razvojem in delovanjem centrov za duševno zdravje financirane s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje.

3.10.3 Projekti na področju duševnega zdravja starejših

Na področju duševnega zdravja starejših se **trenutno izvajajo** različni projekti:

- Projekt **Celovita obravnava demence v lokalnih okoljih** izvajajo partnerji Spominčica – Alzheimer Slovenija, Nevrološka klinika univerzitetnega kliničnega centra, Zdravstveni dom Lenart, Dom starejših Rakičan, Dom upokojencev Franc Salamon Trbovlje ter Inštitut EMONICUM, zavod za aktivno in zdravo življenje, in sofinancira Ministrstvo za zdravje (Spomincica, b. d.). Cilji so spremljati in nadgraditi obstoječe dejavnosti v lokalnih demenci prijaznih okoljih, izdelava usposabljanja in izobraževalnih vsebin za posamezne ciljne skupine in podpora osebam z demenco in njihovim svojcem.
- **Staranje brez nasilja** je projekt Inštituta Antona Trstenjaka, ki ga sofinancira Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (Inštitut Antona Trstenjaka, b. d.). Projekt se zavzema za preprečevanje nasilja nad starejšimi, pri čimer zajema socialni, psihološki in pravni vidik. Izvaja različne dejavnosti – delavnice za starejše, individualno svetovanje starejšim in njihovim družinskim članom, individualno svetovanje predstavnikom lokalnih služb in

vzpostavlja lokalne skupine za samopomoč, za voditelje katerih inštitut izvaja usposabljanje.

- Projekt **Varna starost** je namenjen starostnikom in strokovnjakom, ki delajo z njimi. Poučuje tako splošno javnost in strokovnjake o prepoznavanju oblik nasilja nad starejšimi (DEOS Celostna oskrba starejših, b. d.). S poudarjanjem etične in zakonske odgovornosti poročanja spodbujajo učinkovito odzivanje na nasilje. Partnerji v projektu so MGC Bistrica, DEOS, LAS, EU Kohezijski sklad, EU Evropski sklad za regionalni razvoj ter Ministerstvo za gospodarski razvoj in tehnologijo. Naložbo financirata Republika Slovenija in Evropska Unija iz Evropskega sklada za regionalni razvoj.

Poleg tega so bili **zaključeni** tudi sledeči projekti:

- Projekt **AHA.SI** je deloval na področji aktivnega in zdravega staranja od marca 2013 do februarja 2016 (staranja.si, b. d.). Nosilec projekta je Nacionalni inštitut za javno zdravje, partnerji pa so Zveza društev upokojencev Slovenije, EMONICUM, Inštitut za ekonomska raziskovanja, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Inštitut za socialno varnost in EuroHealthNet. Financerji so NIJZ, Ministerstvo za zdravje, Ministerstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Evropska unija. Projekt je aktiven na področjih trga dela in upokojevanja, aktivnega in zdravega staranja, ki vključuje tako telesno kot duševno zdravje, in neodvisno življenje.
- Prav tako se do leta 2022 v Sloveniji izvaja program za odpravljanje vrzeli v duševnem zdravju **mhGAP** (World Health Organization, 2008, 2023). V sklopu posamičnih vsebin je evropski projekt naslovi tudi duševno zdravje starejših preko usposabljanj prilagojenih za diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.
- Projekt je **PPA za 3**, ki ga je so-financiralo Ministrstvo za zdravje, je bil namenjen preprečevanju škodljive rabe alkohola pri starejših odraslih, saj prekomerno pitje pogosto vodi v duševne motnje, kot so depresija in anksioznost.
- Na evropski ravni je projekt **JA-ADVANTAGE** izpostavil potrebo po integrirani obravnavi telesnega in duševnega zdravja starejših odraslih. Slovenija je v okviru tega projekta sodelovala pri razvoju smernic za obravnavo krhkosti, ki vključujejo tudi vidik duševnega zdravja (Evropska komisija, 2019).
- Projekt **Starostniki ranljivi za samomor: pristopi k zmanjševanju občutka osamljenosti in krepitvi duševnega zdravja** je projekt Slovenskega centra za raziskovanje samomora, ki je potekal od septembra 2020 do avgusta 2022 (Si v stiski? - Živ? Živ!, b. d.). Cilj je bil raziskati področje osamljenosti in samomorilnega vedenja pri starejših, identificirati pristope k zmanjšanju socialne izolacije ter s tem preventivno delovati na področju duševnih težav in samomorilnega vedenja. Projekt je financirala Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

3.10.4 Klinične smernice in klinične poti za obravnavo duševnega zdravja starejših odraslih v Sloveniji

V Sloveniji trenutno **ne obstajajo enotne strokovne klinične smernice in poti za obravnavo duševnega zdravja starejših odraslih oseb**. Centri za duševno zdravje odraslih imajo vzpostavljene interne klinične poti obravnave, vendar ne specifično za starejše odrasle; izjema je klinična pot za obravnavo demence.

Obstajajo pa splošne usmeritve obravnavo oseb z demenco na področju institucionalnega varstva starejših, ki jih je izdalo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2011). Kot rezultat projekta AGE Platform Europe, v kateri je sodelovala tudi Slovenija, so nastale smernice Za dobro počutje in dostojanstvo starejših. Te v svojem članku pregleda Ramovš (2015). Članek Zdravljenje depresije pri starejših, ki jih je v reviji Farmacevtski vestnik izdala Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana (Tršinar, 2017), predstavi usmeritve in postopanje pri psihiatričnem zdravljenju starejših pacientov z depresijo. Oblikovanje novih kliničnih smernic za obravnavo starejših oseb je ena izmed prioritetenih področij v sklopu Nacionalne strategije za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2030 (Ministrstvo za zdravje, 2023).

3.10.5 Izobraževanje strokovnih služb za delo s starejšimi odraslimi na področju duševnega zdravja

Pregled študijskih programov psihologije in medicine je pokazal, da se vsebine duševnega zdravja v starejši odrasli dobi ne obravnavajo samostojno, temveč v sklopu širšega predmeta. Na primer, na študijskih programih psihologije je to običajno zajeto v predmetih razvojne psihologije in psihopatologije. Več specifičnih vsebin vezanih na duševno zdravje starejših je prisotnih na študijskih programih zdravstvene nege, vendar je pregled pokazal visoko stopnjo heterogenosti med programi na različnih univerzah, tako javnih kot privatnih univerzah.

Strokovne organizacije, združenja in nevladne organizacije organizirajo dodatna strokovna izobraževanja na področju obravnave starejših odraslih. NIJZ organizira izobraževanja za zaposlene v centrih za duševno zdravje odraslih, kjer je specifično izobraževanje namenjeno obravnavi starejših v skupnosti. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije je januarja 2023 organizirala izobraževanje na temo specialnega znanja iz zdravstvene nege na področju duševnega zdravja in psihiatrije (Domov - Zbornica - Zveza, 2025). Namenjeno je bilo diplomiranim medicinskim sestram/diplomiranim zdravstvenikom, ki se na delovnem mestu srečujejo s posamezniki z duševno motnjo. Usposabljanje se je nanašalo na duševno zdravje na splošno, vsebovalo pa je tudi izbirni modul Zdravstvena nega starejših s težavami v duševnem zdravju. Izobraževanje zajemalo predavanja, delavnice, seminarsko nalogo in zaključni izpit.

3.10.6 Zaključki

Duševno zdravje starejših je pogosto zanemarjeno, čeprav je ključno za njihovo zdravje. Duševne motnje, kot so depresija, demenca in anksioznost, so pogoste pri starejših in lahko močno vplivajo na njihovo kakovost življenja. Priporočljivo je, da se razvijejo specifični programi za obvladovanje duševnega zdravja, ki vključujejo zgodnjo diagnostiko, podporo družinskim članom in dostop do specializiranih služb za duševno zdravje, še posebej v lokalnih okoljih oz. skupnosti. Poleg tega je pomembno izvajati preventivne programe, zmanjševanje stigme in spodbujanje socialne vključenosti starejših, saj so socialna podpora, medgeneracijsko sodelovanje in zmanjšanje osamljenosti ključni za duševno zdravje starejših oseb.

3.11 Presejalna orodja

Presejanje je sistematično pregledovanje navidezno zdravih ljudi z namenom odkriti tiste, ki morda že imajo začetno stopnjo bolezni ali pred bolezenske spremembe, preden se pojavijo simptomi. Tako se lahko osebam s pozitivnim rezultatom omogoči nadaljnja diagnostična obravnava in potrebno zdravljenje, kar lahko zmanjša obolevnost in umrljivost zaradi bolezni. Presejanje se uporablja kot sekundarna preventivna intervencija – to je javnozdravstveni ukrep, ki odkriva zdravstvene težave v zgodnji fazi in omogoča hitrejši odziv zdravstvenega sistema (World Health Organization, 2020b).

Presejalna orodja predstavljajo ključen del geriatrične obravnave, saj omogočajo zgodnje prepoznavanje tveganj in zdravstvenih izzivov pri starejših odraslih. V geriatрії se presejanje uporablja na različnih področjih – od ocene telesnega in duševnega zdravja, stanja prehrane, krhkosti, kognitivnih sposobnosti, depresije do funkcionalnih zmožnosti (Ellis idr., 2011b; World Health Organization, 2017c).

Na področju prehrane se najpogosteje uporablja Mini Nutritional Assessment (MNA), ki vključuje oceno telesne mase, višine, prehranskih navad in fizičnega stanja posameznika. Poleg tega so v klinični praksi razširjena tudi orodja, kot so NRS-2002 (pogosto v bolnišnicah), MUST (priporočeno v primarnem zdravstvu) in Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI), ki vključuje laboratorijske parametre, kot je raven albumina v krvi (Volkert idr., 2019b).

Za oceno krhkosti se uporabljajo številne lestvice, kot npr. Fenotipska krhkost, ki meri pet komponent (telesna teža, utrujenost, hitrost hoje, prijem, fizična aktivnost), Edmontonska lestvica krhkosti (EFS), ki vključuje tudi kognicijo in razpoloženje, ter Clinical Frailty Scale (CFS), ki se opira na klinično oceno stanja funkcionalnosti (Dent idr., 2019a).

Fenotipska krhkost in Klinična lestvica krhkosti, sta med najbolj uporabljanimi orodji za oceno tega stanja (Fried idr., 2001a; Church idr., 2020).

Na področju duševnega zdravja se v geriatrični obravnavi priporoča uporaba Geriatrične lestvice depresije (GDS), ki je enostavna in hitra za izvedbo ter zanesljivo prepozna znake depresije (Montorio & Izal, 1996). Za oceno kognitivnih funkcij – torej zgodnje znake kognitivnega upada, reverzibilne in ireverzibilne oblike demence se v Sloveniji najpogosteje uporablja presejalni test

Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS). Poleg tega pa se za presejanje na področju ocene kognitivnih sposobnosti uporabljajo tudi Mini Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in Test risanja ure (TRU). Pri tem je pomembno poudariti, da rezultati teh presejalnih testov niso diagnostično orodje in še posebej KPSS je pogosto kritiziran zaradi relativno visoke stopnje lažno negativnih in lažno pozitivnih rezultatov, zaradi česar je previdnost pri interpretaciji teh rezultatov ključna (Mitchell, 2013; Tsoi idr., 2015).

Ocena telesne zmogljivosti in ravnotežja pogosto vključuje časovno merjeni vstani in pojdi test (angl. Timed Up and Go Test- TUG), kratka skupina testov telesne zmogljivosti (angl. Short Physical Performance Battery- SPPB), zmogljivost prijema roke (ročna dinamometrija) ter meritve hitrosti hoje (npr. na 4, 10 metrov, 6- minutni test hoje). Za oceno funkcionalne samostojnosti se uporabljata Barthelov indeks in Katz ADL, ki ocenjujeta zmožnost izvajanja osnovnih in instrumentalnih dnevnih aktivnosti (npr. oblačenje, prehranjevanje, higiena, premikanje) (Guralnik idr., 1994).

Tudi polifarmakoterapija zahteva presejalne pristope – priporočajo se farmakoterapijski pregledi, vključno z orodji, kot so STOPP/START kriteriji, ki pomagajo prepoznati neustrezno predpisana zdravila ali manjkajoče terapije glede na klinično stanje starejšega posameznika (O'Mahony idr., 2014).

3.11.1 Vloga presejanja v preventivni obravnavi

Presejanje starejših odraslih je ključen element preventivne zdravstvene obravnave, saj omogoča pravočasno zaznavanje tveganj, ki jih je z zgodnjimi ukrepi možno omiliti ali celo odpraviti. Pomembno je, da se presejanje izvaja ob vstopu posameznika v sistem dolgotrajne oskrbe, ob sprejemu v bolnišnico, ob preventivnih obiskih patronažne službe in redno v okviru ambulant družinske medicine (World Health Organization, 2017a).

Presejalna orodja omogočajo usmerjanje oseb v ustrezne dodatne strokovne obravnave za namen poglobljene diagnostične ocene stanja. Še posebej pomembno je presejanje krhkosti, saj je reverzibilna, če jo zgodaj odkrijemo in ukrepamo – z gibanjem, prehrano in socialno podporo. Podobno velja za podhranjenost, kjer lahko ciljana intervencija bistveno izboljša zdravstveni izid (Dent idr., 2019c; Volkert idr., 2019c).

Uporaba presejalnih orodij pri obravnavi kroničnega pacienta in starejše osebe v patronažnem zdravstvenem varstvu, vključno z oceno tveganja za padce, depresijo in kognitivni upad, predstavlja primer dobre prakse. Prav tako se že vrsto let izvaja presejanje za funkcijsko manjzmožnost ter padce v Centrih za krepitev zdravja, ki presejajo populacijo starejšo od 65 let v domačem okolju v sodelovanju z lokalnimi društvi, nevladnimi organizacijami in domovi starejših občanov. Tovrstna presejanja morajo biti redna, strukturirana in povezana s konkretno obravnavo – presejanje brez nadaljnjega ukrepanja namreč nima terapevtskega učinka in je etično sporno (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023b).

Na nacionalni ravni se kaže potreba po oblikovanju standardiziranih smernic, ki bi zajemale izbor presejalnih orodij, frekvenco izvajanja, usposabljanje izvajalcev in način dokumentiranja. Pomembna je tudi integracija podatkov med primarno, sekundarno in institucionalno ravno oskrbe, saj to omogoča celostno, koordinirano in učinkovito geriatrično obravnavo. Pri tem pa je ključno jasno opredeliti, da presejalni rezultati sami po sebi niso diagnostični ekvivalent, temveč zgolj indikacija za nadaljnjo klinično presojo. Zato morajo klinične smernice in klinične poti poleg presejalnih postopkov natančno določiti nadaljnje korake ob pozitivnem presejalnem izidu, vključno z napotitvijo v celovito diagnostiko, ki je predpogoj za načrtovanje zdravljenja in obravnave. Takšna razmejitev zmanjšuje tveganje napačnih interpretacij in posledično neustreznih kliničnih odločitev; v geriatrični populaciji je na primer znano, da se lahko brez ustrezne diferencialne diagnostike depresivna simptomatika napačno interpretira kot demenca, kar vodi v neprimerno obravnavo (Mitchell, 2009; World Health Organization, 2017b, 2020b).

4. Ključna sporočila

Ključna skupna sporočila Poročila pregleda stanja na področju obravnave starejših odraslih v Sloveniji so sledeča:

- V Sloveniji ne obstajajo integrirane klinične poti za obravnavo starejših odraslih oseb v zdravstvenem in socialnem varstvu.
- V Sloveniji nimamo poenotениh izobraževalnih programov in strokovnih usposabljanj za integrirano obravnavo starejših odraslih oseb v zdravstvenem in socialnem varstvu – tako za bodoči kot že obstoječi kader.
- Na področju obravnave **duševnega zdravja** ne obstajajo enotne nacionalne klinične poti in klinične smernice za obravnavo duševnega zdravja starejših.
- Na področju **telesne dejavnosti** je potrebno v sistem uvesti bolj ciljane in specifične intervencije, ki temeljijo na večkomponentnih vadbenih programih za starejše odrasle. Potrebno je zagotoviti dostopne in kakovostne vadbene programe za starejše odrasle, ki spodbujajo redno vadbo in socialno povezovanje v okolju kjer starejši živijo, ter prilagoditi okolje na način, da bo spodbujalo aktiven življenjski slog starejših.
- Na področju **zdrave prehrane** v Sloveniji trenutno ne obstaja stabilen sistemski mehanizem za prenos strokovnih in raziskovalnih spoznanj na področju prehrane starejših odraslih v trajne preventivne programe in bi: povezoval prehrano, funkcionalno stanje, krhkost in dolgotrajno oskrbo ter jasno opredelil vlogo ustrezne prehrane v primarnem zdravstvenem varstvu, bolnišnicah, domovih za starejše ter skupnosti.
- Na področju **polifarmakoterapije** je potrebno pregledati obstoječe zdravljenje ter uporabljena zdravila, pri tem uporabiti orodja za presejanje za prepoznavanje varnostnih tveganj in morebitnih koristnih zdravil, ki jih pacient ne prejema. Potrebno je upoštevati liste neprimernih zdravil (Fit fOR The Aged -FORTA) s ciljem povečati kakovost predpisovanja zdravil. Smiselno je razmisliti o uvedbi nefarmakoloških pristopov.
- Na področju **krhkosti** je potrebno zgodnje prepoznavanje, ustrezno obvladovanje krhkosti ter izvajanje preventivnih ukrepov.
- Na področju **cepljenja** strokovna priporočila za cepljenje obstajajo, a je v primerjavi z drugimi evropskimi državami precepljenost starejših odraslih proti gripi in pnevmokoknim okužbam

zelo skromna. Potrebno je izkoristiti priložnosti za ozaveščanje o pomenu cepljenja ter cepljenje tudi izvesti v okviru ostalih preventivnih in kurativnih obravnav in ne samo v ambulan-
tah izbranih osebnih zdravnikov oziroma cepilnih centrih.

- Na področju **ustnega zdravja** je potrebno vzpostaviti integrirane klinične poti in poenotiti strokovna izobraževanja za zdravstvene in socialne delavce. Interdisciplinarni pristop je ključen, pri čemer mora biti ustna higiena del vsakodnevne oskrbe za preprečevanje ustnih in zobnih bolezni, podhranjenosti, kroničnih bolezni in izboljšanje kakovosti življenja. Ključni preventivni ukrepi naj vključujejo redno in ustrezno ustno higieno, uravnoteženo prehrano, redne zobozdravstvene preglede ter individualno prilagoditev glede na funkcionalni in kognitivni status, ob hkratnem zagotavljanju varnega izvajanja (preprečevanje aspiracije, ustrezni pripomočki in pravilno pozicioniranje pacienta). Posebna pozornost naj bo namenjena starostnim spremembam in oralni krhkosti, kserostomiji in polifarmakoterapiji, zgodnjemu odkrivanju oralnih malignomov, demenci in institucionaliziranim posameznikom, kjer je prilagoditev ukrepov in nadzor še posebej pomemben.
- Na področju **higiene rok** je potrebno zagotoviti redno izobraževanje zdravstvenih delavcev, njihovih sodelavcev ter ozaveščanje in izobraževanje laične javnosti, saj higiena rok predstavlja edega najpomembnejših, najučinkovitejših in hkrati najcenejših ukrepov za preprečevanje ter obvladovanje okužb, povezanih z zdravstvom.
- Na področju **multimorbidnosti** je potreben osebni pristop z oceno potreb in izdelavo individualiziranega načrta, katerega cilj je izboljšanje kakovosti življenja z zmanjšanjem bremena zdravljenja, neželenih dogodkov in nenačrtovane oskrbe, ki upošteva potrebe, prioritete in življenjski slog osebe ter izboljšuje koordinacijo oskrbe.
- Na področju **komuniciranja s starejšimi odraslimi** v slovenskem zdravstvenem sistemu pogosto ni dovolj prilagojeno njihovim raznolikim zdravstvenim, kognitivnim in socialnim potrebam. K temu pogosto prispevajo premajhno upoštevanje senzornih in kognitivnih omejitev starejših, razlik v zdravstveni in digitalni pismenosti, sistemski pristop »en pristop za vse«, prisotnost starizma in pomanjkanje ustrezno usposobljenega kadra. Za izboljšanje stanja bi bilo potrebno okrepiti izobraževanje zdravstvenih delavcev, vključevati strokovnjake za komunikacijske ovire in razvijati smernice, ki spodbujajo tudi ustrezno vključevanje družinskih članov v proces zdravstvene obravnave.

5. Viri

- 66 PANGeA - Telesna aktivnost in prehrana za kakovostno staranje/PANGeA – PHYSICAL ACTIVITY AND NUTRITION FOR QUALITY AGEING. (b. d.). EU Skladi. Pridobljeno 23. marec 2026, s https://eu-skladi.si/sl/aktualno/vsi-projekti-2017/opisi-projektov/predlog_2017030712093791898gmt1
- Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., De Witte, L., & Hawley, M. (2019). Understanding the care and support needs of older people: A scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatrics*, 19(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1189-9>
- Allen, J. O., Solway, E., Kirch, M., Singer, D., Kullgren, J. T., Moïse, V., & Malani, P. N. (2022a). Experiences of Everyday Ageism and the Health of Older US Adults. *JAMA Network Open*, 5(6), e2217240. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.17240>
- Allen, J. O., Solway, E., Kirch, M., Singer, D., Kullgren, J. T., Moïse, V., & Malani, P. N. (2022b). Experiences of Everyday Ageism and the Health of Older US Adults. *JAMA Network Open*, 5(6), e2217240. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.17240>
- Almondes, K. M. de, Costa, M. V., Malloy-Diniz, L. F., & Diniz, B. S. (2016). Insomnia and risk of dementia in older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.02.021>
- Aujoulat, I., d'Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66(1), 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.008>
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37–43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Barton, A. D., Beigg, C. L., Macdonald, I. A., & Allison, S. P. (2000). A recipe for improving food intakes in elderly hospitalized patients. *Clinical Nutrition*, 19(6), 451–454. <https://doi.org/10.1054/clnu.2000.0149>
- Bauer, J., Biolo, G., Cederholm, T., Cesari, M., Cruz-Jentoft, A. J., Morley, J. E., Phillips, S., Sieber, C., Stehle, P., Teta, D., Visvanathan, R., Volpi, E., & Boirie, Y. (2013). Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(8), 542–559. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.021>
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J., & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? *The Lancet*, 380(9838), 258–271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1)
- Beaudart, C., Zaaria, M., Pasleau, F., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2017). Health Outcomes of Sarcopenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 12(1), e0169548. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169548>
- Bernabei, R., Landi, F., Calvani, R., Cesari, M., Del Signore, S., Anker, S. D., Bejuit, R., Bordes, P., Cherubini, A., Cruz-Jentoft, A. J., Di Bari, M., Friede, T., Gorostiaga Ayestarán, C., Goyeau, H., Jónsson, P. V., Kashiwa, M., Lattanzio, F., Maggio, M., Mariotti, L., ... Marzetti, E. (2022). Multicomponent intervention to prevent mobility disability in frail older adults: Randomised controlled trial (SPRINTT project). *BMJ*, 377, e068788. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068788>
- Bherer, L., Erickson, K. I., & Liu-Ambrose, T. (2013). A Review of the Effects of Physical Activity and Exercise on Cognitive and Brain Functions in Older Adults. *Journal of Aging Research*, 2013, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2013/657508>
- Bischoff-Ferrari, H. A., Dawson-Hughes, B., Staehelin, H. B., Orav, J. E., Stuck, A. E., Theiler, R., Wong, J. B., Egli, A., Kiel, D. P., & Henschkowski, J. (2009a). Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: A meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 339(oct01 1), b3692–b3692. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3692>
- Bischoff-Ferrari, H. A., Dawson-Hughes, B., Staehelin, H. B., Orav, J. E., Stuck, A. E., Theiler, R., Wong, J. B., Egli, A., Kiel, D. P., & Henschkowski, J. (2009b). Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: A meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 339(oct01 1), b3692–b3692. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3692>

- Blatnik, J., Zadnik, V., & Artnik, B. (2020). Rak ustnega predela v Sloveniji v letih 1985–2014. *Slovenian Medical Journal*, 88(11–12), 493–508. <https://doi.org/10.6016/ZdravVestn.2845>
- Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T., & Zwicker, D. (Ur.). (2016). *EVIDENCE-BASED GERIATRIC NURSING PROTOCOLS FOR BEST PRACTICE* (str. 978-0-8261-7167-2). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826171672>
- Bouillanne, O., Morineau, G., Dupont, C., Coulombel, I., Vincent, J.-P., Nicolis, I., Benazeth, S., Cynober, L., & Aussel, C. (2005). Geriatric Nutritional Risk Index: A new index for evaluating at-risk elderly medical patients. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(4), 777–783. <https://doi.org/10.1093/ajcn/82.4.777>
- Boyd, C., Smith, C. D., Masoudi, F. A., Blaum, C. S., Dodson, J. A., Green, A. R., Kelley, A., Matlock, D., Ouellet, J., Rich, M. W., Schoenborn, N. L., & Tinetti, M. E. (2019). Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(4), 665–673. <https://doi.org/10.1111/jgs.15809>
- Cederholm, T., Jensen, G. L., Correia, M. I. T. D., Gonzalez, M. C., Fukushima, R., Higashiguchi, T., Baptista, G., Barazzoni, R., Blaauw, R., Coats, A. J. S., Crivelli, A. N., Evans, D. C., Gramlich, L., Fuchs-Tarlovsky, V., Keller, H., Llado, L., Malone, A., Mogensen, K. M., Morley, J. E., ... GLIM Core Leadership Committee, GLIM Working Group. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 10(1), 207–217. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12383>
- Chan, A. K. Y., Tamrakar, M., Jiang, C. M., Lo, E. C. M., Leung, K. C. M., & Chu, C.-H. (2021). Common Medical and Dental Problems of Older Adults: A Narrative Review. *Geriatrics*, 6(3), 76. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6030076>
- Chávez, E. M., Kossioni, A., & Fukai, K. (2022). Policies Supporting Oral Health in Ageing Populations Are Needed Worldwide. *International Dental Journal*, 72(4), S27–S38. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2022.06.014>
- Church, S., Rogers, E., Rockwood, K., & Theou, O. (2020). A scoping review of the Clinical Frailty Scale. *BMC Geriatrics*, 20(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01801-7>
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013a). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013b). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- CNVOS – Center za informiranje, sodelovanje in razvoj nevladnih organizacij. (2022). *Poročilo o razvoju nevladnih organizacij v Sloveniji*. CNVOS. <https://www.cnvos.si/>
- Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), 1487–1492. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x>
- Crnković, N., Horvat, J., Makivić, I., & Selak, Š. (2024). Nasilje nad starejšimi odraslimi osebami: Sistematični pregled literature. *Javno zdravje danes in jutri: Na križišču ovir in priložnosti*, 19–38. <https://nizj.si/wp-content/uploads/2024/09/Zbornik-2.-nacionalne-konference-javnega-zdravja-1.pdf>
- CRODIS PLUS Joint Action. (2020). *Policy Development Guidebook for Integrated Multimorbidity Care*. CRODIS PLUS Joint Action
- Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., & Naseer, M. (2022). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*, 26(2), 225–249. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638>
- De Visschere, L. M. J., Van Der Putten, G.-J., Vanobbergen, J. N. O., Schols, J. M. G. A., & De Baat, C. (2011). An oral health care guideline for institutionalised older people: Oral health care guideline. *Gerodontology*, 28(4), 307–310. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00406.x>
- Dent, E., Morley, J. E., Cruz-Jentoft, A. J., Woodhouse, L., Rodríguez-Mañas, L., Fried, L. P., Woo, J., Aprahamian, I., Sanford, A., Lundy, J., Landi, F., Beilby, J., Martin, F. C., Bauer, J. M., Ferrucci, L., Merchant, R. A., Dong, B., Arai, H., Hoogendijk, E. O., ... Vellas, B. (2019a). Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 23(9), 771–787. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1273-z>

- Dent, E., Morley, J. E., Cruz-Jentoft, A. J., Woodhouse, L., Rodríguez-Mañas, L., Fried, L. P., Woo, J., Aprahamian, I., Sanford, A., Lundy, J., Landi, F., Beilby, J., Martin, F. C., Bauer, J. M., Ferrucci, L., Merchant, R. A., Dong, B., Arai, H., Hoogendijk, E. O., ... Vellas, B. (2019b). Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 23(9), 771–787. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1273-z>
- Dent, E., Morley, J. E., Cruz-Jentoft, A. J., Woodhouse, L., Rodríguez-Mañas, L., Fried, L. P., Woo, J., Aprahamian, I., Sanford, A., Lundy, J., Landi, F., Beilby, J., Martin, F. C., Bauer, J. M., Ferrucci, L., Merchant, R. A., Dong, B., Arai, H., Hoogendijk, E. O., ... Vellas, B. (2019c). Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 23(9), 771–787. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1273-z>
- DEOS Celostna oskrba starejših. (b. d.). Deos. Pridobljeno 12. marec 2026, s <https://www.deos.si/Domov-Zbornica-Zveza>. (2025, februar 5). <https://zbornica-zveza.si/>
- Dong, Y., Cheng, L., & Cao, H. (2024). Impact of informal social support on the mental health of older adults. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1446246>
- Društvo Šola zdravja. (b. d.). Program 1000 gibov. Pridobljeno <https://solazdravja.com/>
- Dyer, S. M., Suen, J., Kwok, W. S., Dawson, R., McLennan, C., Cameron, I. D., Hill, K. D., & Sherrington, C. (2023). Exercise for falls prevention in aged care: Systematic review and trial endpoint meta-analyses. *Age and Ageing*, 52(12), afad217. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad217>
- Elia, M. (2003). The "MUST" report: *Nutritional screening of adults—A multidisciplinary responsibility* [Guideline report]. BAPEN (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition).
- Ellis, G., Whitehead, M. A., O'Neill, D., Langhorne, P., & Robinson, D. (2011a). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. V The Cochrane Collaboration (Ur.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (str. CD006211.pub2). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub2>
- Ellis, G., Whitehead, M. A., O'Neill, D., Langhorne, P., & Robinson, D. (2011b). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. V The Cochrane Collaboration (Ur.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (str. CD006211.pub2). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub2>
- Erickson, K. I., Voss, M. W., Prakash, R. S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., Kim, J. S., Heo, S., Alves, H., White, S. M., Wojcicki, T. R., Mailey, E., Vieira, V. J., Martin, S. A., Pence, B. D., Woods, J. A., McAuley, E., & Kramer, A. F. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(7), 3017–3022. <https://doi.org/10.1073/pnas.1015950108>
- Etcheberria, I., Urdaneta, E., & Galdona, N. (2019). Factors associated with health-related quality of life (HRQoL): Differential patterns depending on age. *Quality of Life Research*, 28(8), 2221–2231. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02182-0>
- European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. (2021). *Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I*. Publications Office. <https://doi.org/10.2767/677726>
- Evropska komisija. (2019). *ADVANTAGE Joint Action: Final report*.
- Forster, A., Lambley, R., Hardy, J., Young, J., Smith, J., Green, J., & Burns, E. (2009). Rehabilitation for older people in long-term care. V The Cochrane Collaboration (Ur.), *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (str. CD004294.pub2). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004294.pub2>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001a). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146–M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001b). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146–M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Gallione, C., Bassi, E., Cattaneo, A., Busca, E., Basso, I., & Dal Molin, A. (2025). Oral Health Care: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines. *Nursing & Health Sciences*, 27(1), e70027. <https://doi.org/10.1111/nhs.70027>

- Galof, K. (2023). The Multidimensional Concept of Aging: Addressing Challenges and Enabling Participation in an Aging Society. V *Intergenerational Relations—Contemporary Theories, Studies and Policies*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1002516>
- Geržević, M., Dobnik, M., Plevnik, M., Čeklić, U., Mohorko, N., & Pišot, R. (2014). *Telesna aktivnost in prehrana za kakovostno staranje: Priročnik o telesni aktivnosti in vadbi v tretjem življenjskem obdobju = Attività fisica e nutrizione per un invecchiamento di qualità. Manuale sull'attività e sull'esercizio fisico nella terza età*. Univerzitetna založba Annales. <http://www.zrs.upr.si/monografije/single/telesna-aktivnost-in-prehrana-za-kakovostno-staranje-attivita-fisica-e-nutrizione-per-un-invecchiamento-di-qualita-1850>
- Ghosh, G., Khan, H. T. A., & Vohra, S. (2023). Differentials in Health and Wellbeing in Older Adults with Obesity in England: A Cross-Sectional Analysis Using the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of Population Ageing*, 16(4), 819–847. <https://doi.org/10.1007/s12062-022-09386-2>
- Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Allore, H. G., & Han, L. (2006). Transitions Between Frailty States Among Community-Living Older Persons. *Archives of Internal Medicine*, 166(4), 418. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.4.418>
- Gobbens, R. J. J., Van Assen, M. A. L. M., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. Th., & Schols, J. M. G. A. (2010). Determinants of Frailty. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 356–364. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.11.008>
- Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA®) review of the literature—What does it tell us? *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10(6), 466–485.
- Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., Scherr, P. A., & Wallace, R. B. (1994). A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association With Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. *Journal of Gerontology*, 49(2), M85–M94. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.2.M85>
- Gutiérrez-Valencia, M., Izquierdo, M., Cesari, M., Casas-Herrero, Á., Inzitari, M., & Martínez-Velilla, N. (2018). The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 84(7), 1432–1444. <https://doi.org/10.1111/bcp.13590>
- Han, H.-W., Park, S.-W., Kim, D. Y., Lee, B.-S., Kim, D., Jeon, N., & Yang, Y.-J. (2023a). E-Health Interventions for Older Adults With Frailty: A Systematic Review. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 47(5), 348–357. <https://doi.org/10.5535/arm.23090>
- Han, H.-W., Park, S.-W., Kim, D. Y., Lee, B.-S., Kim, D., Jeon, N., & Yang, Y.-J. (2023b). E-Health Interventions for Older Adults With Frailty: A Systematic Review. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 47(5), 348–357. <https://doi.org/10.5535/arm.23090>
- Holick, M. F. (2007). Vitamin D Deficiency. *New England Journal of Medicine*, 357(3), 266–281. <https://doi.org/10.1056/NEJMr070553>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hooper, L., Bunn, D., Jimoh, F. O., & Fairweather-Tait, S. J. (2014). Water-loss dehydration and aging. *Mechanisms of Ageing and Development*, 136–137, 50–58. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2013.11.009>
- Hornby-Turner, Y. C., Peel, N. M., & Hubbard, R. E. (2017). Health assets in older age: A systematic review. *BMJ Open*, 7(5), e013226. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013226>
- Inštitut Antona Trstenjaka. (b. d.). Pridobljeno 12. marec 2026, s <https://www.inst-antonatrstenjaka.si/institut/>
- Izquierdo, M., Merchant, R. A., Morley, J. E., Anker, S. D., Aprahamian, I., Arai, H., Aubertin-Leheudre, M., Bernabei, R., Cadore, E. L., Cesari, M., Chen, L.-K., De Souto Barreto, P., Duque, G., Ferrucci, L., Fielding, R. A., García-Hermoso, A., Gutiérrez-Robledo, L. M., Harridge, S. D. R., Kirk, B., ... Singh, M. F. (2021). International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 25(7), 824–853. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8>
- JA-ADVANTAGE Consortium. (2019). *Managing frailty at individual level: Clinical practice guidelines*. Joint Action ADVANTAGE JA (European Commission). JA-ADVANTAGE Consortium
- Kehler, D. S., Ferguson, T., Stammers, A. N., Bohm, C., Arora, R. C., Duhamel, T. A., & Tangri, N. (2017). Prevalence of frailty in Canadians 18–79 years old in the Canadian Health Measures Survey. *BMC Geriatrics*, 17(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0423-6>

- Ki, M., Lapierre, S., Gim, B., Hwang, M., Kang, M., Dargis, L., Jung, M., Koh, E. J., & Mishara, B. (2024). A systematic review of psychosocial protective factors against suicide and suicidality among older adults. *International Psychogeriatrics*, 36(5), 346–370. <https://doi.org/10.1017/S104161022300443X>
- Kojima, G., Iliffe, S., Morris, R. W., Taniguchi, Y., Kendrick, D., Skelton, D. A., Masud, T., & Bowling, A. (2016). Frailty predicts trajectories of quality of life over time among British community-dwelling older people. *Quality of Life Research*, 25(7), 1743–1750. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1213-2>
- Kondrup, J. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415–421. [https://doi.org/10.1016/S0261-5614\(03\)00098-0](https://doi.org/10.1016/S0261-5614(03)00098-0)
- Kunna, R., San Sebastian, M., & Stewart Williams, J. (2017). Measurement and decomposition of socioeconomic inequality in single and multimorbidity in older adults in China and Ghana: Results from the WHO study on global AGEing and adult health (SAGE). *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0578-y>
- Lancet Migration European Regional Hub. (2021). *Mapping of migration health research and initiatives in the WHO European Region*. Lancet Migration. Lancet Migration
- Lee, J. Y., Yang, Y. S., & Cho, E. (2022). Transitional care from hospital to home for frail older adults: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing*, 43, 64–76. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.003>
- Leeson, G. W. (2018). The Growth, Ageing and Urbanisation of our World. *Journal of Population Ageing*, 11(2), 107–115. <https://doi.org/10.1007/s12062-018-9225-7>
- Liao, L., Feng, M., You, Y., Chen, Y., Guan, C., & Liu, Y. (2023). Experiences of older people, healthcare providers and caregivers on implementing person-centered care for community-dwelling older people: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC Geriatrics*, 23(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03915-0>
- Lopez, J., Perez-Rojo, G., Noriega, C., Sánchez-Cabaco, A., Sitges, E., & Bonete, B. (2024). Quality-of-life in older adults: Its association with emotional distress and psychological wellbeing. *BMC Geriatrics*, 24(1), 815. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05401-7>
- Lorber, M., Mlinar Reljić, N., McCormack, B., & Kmetec, S. (2025). Person-Centred Care in Association with Psychological Well-Being of Older Adults. *Healthcare*, 13(12), 1379. <https://doi.org/10.3390/healthcare13121379>
- Lorenzo-López, L., Maseda, A., De Labra, C., Regueiro-Folgueira, L., Rodríguez-Villamil, J. L., & Millán-Calenti, J. C. (2017). Nutritional determinants of frailty in older adults: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 17(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0496-2>
- Lourida, I., Soni, M., Thompson-Coon, J., Purandare, N., Lang, I. A., Ukoumunne, O. C., & Llewellyn, D. J. (2013). Mediterranean Diet, Cognitive Function, and Dementia: A Systematic Review. *Epidemiology*, 24(4), 479–489. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3182944410>
- Luo, M. S., Chui, E. W. T., & Li, L. W. (2020). The Longitudinal Associations between Physical Health and Mental Health among Older Adults. *Aging & Mental Health*, 24(12), 1990–1998. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1655706>
- Mack, M., Scarampi, C., Joly-Burra, E., Zuber, S., Freitas, C. de, Teixeira, R., & Kliegel, M. (2025). Enhancing Mental Health and Cognitive Function in Older Adults: A Swiss Perspective on Public Health Interventions and Stigma Mitigation Strategies Informed by a Desk Review. *Swiss Psychology Open: The Official Journal of the Swiss Psychological Society*, 5(1). <https://doi.org/10.5334/spo.81>
- Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., & Lupp, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLOS ONE*, 16(5), e0251326. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251326>
- McAllister, M., Dunn, G., Payne, K., Davies, L., & Todd, C. (2012). Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Services Research*, 12(1), 157. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-157>
- McAuley, E., Blissmer, B., Marquez, D. X., Jerome, G. J., Kramer, A. F., & Katula, J. (2000). Social Relations, Physical Activity, and Well-Being in Older Adults. *Preventive Medicine*, 31(5), 608–617. <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0740>
- McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice – A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8(6), 412–419. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002>

- McWhirter, J. P., & Pennington, C. R. (1994). Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ*, 308(6934), 945–948. <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6934.945>
- Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani. (2025). *EMŠ program Medicina – predmetnik in učni načrti*. <https://www.mf.uni-lj.si/o-studiju/ems-program-medicina/predmetnik>
- Meiner, S., & Lueckenotte, A. G. (2007). *Gerontologic nursing*. Recording for the Blind & Dyslexic.
- Menassa, M., Stronks, K., Khatami, F., Díaz, Z. M. R., Espinola, O. P., Gamba, M., Itodo, O. A., Buttia, C., Wehrli, F., Minder, B., Velarde, M. R., & Franco, O. H. (2023). Concepts and definitions of healthy ageing: A systematic review and synthesis of theoretical models. *eClinicalMedicine*, 56. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101821>
- Milavec Kapun, M. (2011). Starost in staranje: Gradivo za 2. Letnik. Zavod IRC.
- Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. (2011). *Usmeritve za delo z osebami z demenco na področju institucionalnega varstva starejših*. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/sociala/Usmeritve1.pdf>
- Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve RS. (2006). *STRATEGIJA VARSTVA STAREJŠIH DO LETA 2010 SOLIDARNOST, SOŽITJE IN KAKOVOSTNO STARANJE PREBIVALSTVA*. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MSP/Direktorat-za-starejse-in-deinstitucionalizacijo/strategije/Strategija-varstva-starejsih-2006.pdf>
- Ministrstvo za zdravje. (2016). *Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020* (str. 37). Ministrstvo za zdravje. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/Dokumenti/Ode9fc9707/Demence.STRATEGIJA.20.pdf>
- Ministrstvo za zdravje. (2023). *Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030*. Vlada Republike Slovenije. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Strategija-obvladovanja-demence-v-Sloveniji-do-leta-2030.pdf>
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2007). *Smernice za prehrano v zavodih za starejše osebe*. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2009). *Smernice za higieno rok v zdravstveni dejavnosti*. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2015). *Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti 2015–2025* [Resolucija / nacionalni program]. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2016a). *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2016–2025*. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Strategije/Nacionalna-strategija-kakovosti-in-varnosti-v-zdravstvu-2016-2025.pdf>
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2016b). *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«*. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2016-01-1022>
- Mitchell, A. J. (2009). A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *Journal of Psychiatric Research*, 43(4), 411–431. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.04.014>
- Mitchell, A. J. (2013). The Mini-Mental State Examination (MMSE): An Update on Its Diagnostic Validity for Cognitive Disorders. V A. J. Larner (Ur.), *Cognitive Screening Instruments* (str. 15–46). Springer London. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-2452-8_2
- Montero-Odasso, M., Van Der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., ... Rixt Zijlstra, G. A. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: A global initiative. *Age and Ageing*, 51(9), afac205. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Montorio, I., & Izal, M. (1996). The Geriatric Depression Scale: A Review of Its Development and Utility. *International Psychogeriatrics*, 8(1), 103–112. <https://doi.org/10.1017/S1041610296002505>
- Morin, L., Johnell, K., Laroche, M.-L., Fastbom, J., & Wastesson, J. W. (2018). The epidemiology of polypharmacy in older adults: Register-based prospective cohort study. *Clinical Epidemiology, Volume 10*, 289–298. <https://doi.org/10.2147/CLEPS153458>
- Murniati, N., Aufa, B. A., Kusuma, D., & Kamso, S. (2022). A Scoping Review on Biopsychosocial Predictors of Mental Health among Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph191710909>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (b. d.). *Nacionalni inštitut za javno zdravje*. Pridobljeno 3. januar 2026, s

<https://nijz.si/zivljenjski-slog/prehrana/varnost-zivil/>

- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2018). *Program Skupaj za zdravje – Nadgradnja preventivnih programov za odrasle*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Nacionalni inštitut za javno zdravje
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020a). *Smernice za izvajanje prehranske oskrbe v socialnovarstvenih zavodih*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://nijz.si>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020b). *Zdravstvena pismenost v Sloveniji: Rezultati raziskave HLS-EU-SI*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://www.nijz.si/>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021a). *Priporočila za higieno rok in preprečevanje širjenja okužb SARS-CoV-2*. NIJZ.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021b). *Priporočila za higieno rok v socialnovarstvenih zavodih*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2023a). *Cepljenje proti gripi in pnevmokoknim okužbam pri starejših v Sloveniji – letno poročilo* [Letno poročilo]. NIJZ.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2023b). *Preventivna obravnava starejših oseb v Sloveniji*. NIJZ.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2023c). *Program Svit – Nacionalni program presejanja in zgodnjega odkrivanja raka debelega črevesa in danke*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://www.program-svit.si/>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2024). *Zdravstveno stanje prebivalcev Slovenije do leta 2023*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://nijz.si/wp-content/uploads/2025/01/Zdravstveno-stanje-prebivalcev-slovenije-do-leta-2023.pdf>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2025a). *Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/10/navodila-patronaza.pdf>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2025b). *Smernice za 24-urno gibalno vedenje odraslih in starejših odraslih* [Smernice]. NIJZ. <https://nijz.si/wp-content/uploads/2025/09/Smernice-za-24-urno-gibalno-vedenje-odraslih-in-starejsih-odraslih.pdf>
- Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., Guesnet, F., Horne, R., Jacyna, S., Jadhav, S., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds, R., Scambler, G., Shamdasani, S., Smith, S. Z., Stougaard-Nielsen, J., Thomson, L., ... Woolf, K. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607–1639. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Multimorbidity: Clinical assessment and management* (NICE guideline NG56). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>
- O'Caoimh, R., Galluzzo, L., Rodríguez-Laso, Á., Van der Heyden, J., Ranhoff, A. H., Lamprini-Koula, M., Ciutan, M., López-Samaniego, L., Carcaillon-Bentata, L., Kennelly, S., & ADVANTAGE Group. (2018). Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action Member States: A systematic review and meta-analysis. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 54(3), 226–238. https://doi.org/10.4415/ANN_18_03_10
- Ödlund Olin, A., Österberg, P., Hådel, K., Armyr, I., Jerström, S., & Ljungqvist, O. (1996). Energy-Enriched Hospital Food to Improve Energy Intake in Elderly Patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 20(2), 93–97. <https://doi.org/10.1177/014860719602000293>
- OECD. (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Elderly Care Workers*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
- OECD & European Union. (2022a). *Health at a Glance: Europe 2022* (Health at a Glance: Europe). OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>
- OECD & European Union. (2022b). *Health at a Glance: Europe 2022* (Health at a Glance: Europe). OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>
- O'Mahony, D., O'Sullivan, D., Byrne, S., O'Connor, M. N., Ryan, C., & Gallagher, P. (2014). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. *Age and Ageing*, 44(2), 213–218. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu145>
- on behalf of SBRN Terminology Consensus Project Participants, Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T. J., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E., Chastin, S. F. M., Altenburg, T. M., & Chinapaw, M. J. M. (2017a). Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. *International*

Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 14(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>

on behalf of SBRN Terminology Consensus Project Participants, Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T. J., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E., Chastin, S. F. M., Altenburg, T. M., & Chinapaw, M. J. M. (2017b). Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>

Onkološki inštitut Ljubljana. (b. d.). *Priporočila in klinične poti—Onkološki inštitut Ljubljana*. Pridobljeno 19. marec 2026, s <https://www.onko-i.si/o-raku/priporocila-in-klinicne-poti>

Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 25(S3), 1–72. <https://doi.org/10.1111/sms.12581>

Petek Šter, M., Cedilnik-Gorup, E., & Klančič, D. (2009). Polifarmacija in neprimerno predpisovanje zdravil pri starostnikih v domovih starejših občanov. *Zdravniški vestnik*, 78(5), 231–240.

Petelin, M., Cotič, J., Perkič, K., & Pavlič, A. (2012). Oral health of the elderly living in residential homes in Slovenia. *Gerodontology*, 29(2). <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00497.x>

Peter, D., Rotar-Pavlič, D., & Švab, I. (2009). Patient evaluation of general practice in Slovenia. *Zdravniški vestnik*, 78(12), 705–712.

Pilotni model prehranskih usposabljanj. (b. d.). *Nijz*. Pridobljeno 12. marec 2026, s <https://nijz.si/projekti/pilotni-model-prehranskih-usposabljanj/>

Pišot, R., Pegan, N., & Šimunič, B. (2012). PANGeA: Physical Activity and Nutrition for Great Ageing. *Annales Kinesiologiae*, 3(2), 201–208.

Podprimo starejše. (b. d.). *Ustno zdravje. Podprimo starejše*. Pridobljeno 19. marec 2026, s <https://podprimo-starejse.si/klinicna-obravnavajustno-zdravje/>

Poudel, P., Paudel, G., Acharya, R., George, A., Borgnakke, W. S., & Rawal, L. B. (2024). Oral health and healthy ageing: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 24(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04613-7>

Pravila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, Legislation No. Uradni list RS, Št. 19/98 s spremembami in Dopolnitvami (2013).

Pravilnik o minimalnih prostorskih in tehničnih pogojih za opravljanje dolgotrajne oskrbe, Uradni list RS § 531 (2024). <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2024-01-0531> Uradni list RS, št. 19/2024, str. 1469

Puh, A., Zupanc, A., & Hlebš, S. (b. d.). *Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso: Revidirana izdaja* (Let. 2015). Društvo fizioterapevtov Slovenije – strokovno združenje.

Puh, A., Zupanc, A., & Hlebš, S. (2015). *Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso: Revidirana izdaja*. Društvo fizioterapevtov Slovenije – strokovno združenje.

Puts, M. T. E., Toubasi, S., Andrew, M. K., Ashe, M. C., Ploeg, J., Atkinson, E., Ayala, A. P., Roy, A., Rodríguez Montforte, M., Bergman, H., & McGilton, K. (2017). Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: A scoping review of the literature and international policies. *Age and Ageing*, ageing;afw247v1. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw247>

Queen Margaret University, Edinburgh, Scotland, McCormack, B., Dewing, J., & Queen Margaret University, Edinburgh, Scotland. (2019). International Community of Practice for Person-centred Practice: Position statement on person-centredness in health and social care. *International Practice Development Journal*, 9(1), 1–7. <https://doi.org/10.19043/ipdj.91.003>

Ramovš, J. (2003). Kakovostna starost: *Socialna gerontologija in gerontagogika*. Inštitut Antona Trstenjaka; Slovenska akademija znanosti in umetnosti.

Ramovš, J. (2015). *Načela in smernice za dobro počutje in dostojanstvo starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe*. 18(2). <https://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1523>

Reynolds 3rd, C. F., Jeste, D. V., Sachdev, P. S., & Blazer, D. G. (2022). Mental health care for older adults: Recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry*, 21(3), 336–363. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>

Rok-Simon, M. (2020). *Padci starejših odraslih—Naraščajoči problem javnega zdravja*. <http://www.dlib.si/>

Rolfson, D. B., Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T., Tahir, A., & Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Ed-

monton Frail Scale. *Age and Ageing*, 35(5), 526–529. <https://doi.org/10.1093/ageing/af1041>

Schwartz, E., & Litwin, H. (2019). The Reciprocal Relationship Between Social Connectedness and Mental Health Among Older European Adults: A SHARE-Based Analysis. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(4), 694–702. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx131>

Scott, I. A., Hilmer, S. N., Reeve, E., Potter, K., Le Couteur, D., Rigby, D., Gnjdjic, D., Del Mar, C. B., Roughead, E. E., Page, A., Jansen, J., & Martin, J. H. (2015). Reducing Inappropriate Polypharmacy: The Process of Deprescribing. *JAMA Internal Medicine*, 175(5), 827. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0324>

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zobozdravstvu. (2023). *S spremembami do svetlejšje prihodnosti v zobozdravstvu 2023–31*. Strokovni seminar. <https://arhiv.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2023/10/S-spremembami-do-svetlejsje-prihodnosti-v-zobozdravstvu-2023.pdf>

SHARE-ERIC. (2024). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 7* (Različica 9.0.0) [Dataset]. SHARE-ERIC. <https://doi.org/10.6103/SHARE.W7.900>

Sherrington, C., Fairhall, N., Wallbank, G., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., Clemson, L., Hopewell, S., & Lamb, S. (2020). Exercise for preventing falls in older people living in the community: An abridged Cochrane systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(15), 885–891. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101512>

Si v stiski? - Živ? Živ! (b. d.). Pridobljeno 12. marec 2026, s <https://zivziv.si/>

Spomincica. (b. d.). *Spominčica*. Pridobljeno 12. marec 2026, s <https://www.spomincica.si>

Staranje.si. (b. d.). *staranje.si* | Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji. Pridobljeno 12. marec 2026, s <https://staranje.si/>

Statistični urad Republike Slovenije. (2023). *Uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije v gospodinjstvih in pri posameznikih, Slovenija*. SURS.

Steves, C. J., Spector, T. D., & Jackson, S. H. D. (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics: What twin studies tell us now, and in the future. *Age and Ageing*, 41(5), 581–586. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs097>

Strojan, P., Aničin, A., Azarija, J., Battelino, S., Čizmarevič, B., Didanović, V., Dovšak, T., Dremelj, M., Fidler, A., Glavan, M., Grašič-Kuhar, C., Grošelj, A., Kanksy, A., Karner, K., Kokalj, M., Koren, M., Krapež, J., Kuralt, H., Lanišnik, B., ... Žumer, B. (2021). Priporočila za obravnavo bolnikov z rakom glave in vratu v Sloveniji. *Onkologija : strokovno-znanstveni časopis za zdravnike*, 76–84 Pages. <https://doi.org/10.25670/OI2021-0080N>

Stuhec, M. (2021). Clinical pharmacist consultant in primary care settings in Slovenia focused on elderly patients on polypharmacy: Successful national program from development to reimbursement. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 43(6), 1722–1727. <https://doi.org/10.1007/s11096-021-01306-2>

Susanti, I., Latuperissa, G. R., Souliissa, F. F., Fauziah, A., Sukartini, T., Indarwati, R., & Aris, A. (2020). The Factors Associated with Successful Aging in Elderly: A Systematic Review. *Jurnal Ners*, 15(2 Special Issue), 230–237. <https://doi.org/10.20473/jn.v15i1Sp.19019>

Športna unija Slovenije. (b. d.). *Zdrava vadba ABC*. Pridobljeno <https://www.sportna-unija.si/>

Tessier, A., Beaulieu, M.-D., McGinn, C., & Latulippe, R. (2016). Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthcare Policy | Politiques de Santé*, 11(4), 49–59. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2016.24594>

Thomas, K. S., & Mor, V. (2013). Providing More Home-Delivered Meals Is One Way To Keep Older Adults With Low Care Needs Out Of Nursing Homes. *Health Affairs*, 32(10), 1796–1802. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0390>

Touhy, T. A., & Jett, K. (2013). *Ebersole & Hess' towards gerontological nursing: Healthy aging*. Mosby Elsevier.

Touhy, T. A., & Jett, K. (2016). *Ebersole & Hess' towards healthy aging: Human needs and nursing response*. Mosby Elsevier.

Touhy, T. A., & Jett, K. F. (Ur.). (2020). *Ebersole & Hess' toward healthy aging: Human needs & nursing response* (Tenth edition). Elsevier.

Tršinar, M. (2017). *Zdravljenje depresije pri starejših*. 68, 153–159.

Tsoi, K. K. F., Chan, J. Y. C., Hirai, H. W., Wong, S. Y. S., & Kwok, T. C. Y. (2015). Cognitive Tests to Detect Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175(9), 1450. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.2152>

United Nations. (2019a). *World Population Ageing 2019 Highlights*. United Nations. <https://doi.org/10.18356/9d-f3caed-en>

- United Nations. (2019b). *World Population Ageing 2019 Highlights*. United Nations. <https://doi.org/10.18356/9d-f3caed-en>
- Univerzitetni klinični center Ljubljana. (b. d.). *Center za geriatrično medicino*. Pridobljeno 3. januar 2026, s Univerzitetni klinični center Ljubljana
- Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2025). *Letno poročilo UKC Ljubljana za leto 2024*. https://www.kclj.si/dokumenti/Letno_porocilo_UKC_Ljubljana_za_leto_2024_net.pdf
- Uprava Republike Slovenije za varno hrano, veterinarstvo in varstvo rastlin. (2022). *Večletni nacionalni program uradnega nadzora varnosti živil*. Ministrstvo za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano. <https://www.gov.si/drzavni-organi/organi-v-sestavi/uprava-za-varno-hrano-veterinarstvo-in-varstvo-rastlin/>
- Uradni list. (2018). *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28)*. Uradni list RS. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=RESO120>
- Van De Rest, O., Geleijnse, J. M., Kok, F. J., Van Staveren, W. A., Dullemeijer, C., OldeRikkert, M. G. M., Beekman, A. T. F., & De Groot, C. P. G. M. (2008). Effect of fish oil on cognitive performance in older subjects: A randomized, controlled trial. *Neurology*, 71(6), 430–438. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000324268.45138.86>
- Verčič, D., Kropivnik, S., Vrdelja, M., Polajžer, A., Duratović Konjević, A., & Teršeglav, S. (2025). *Komuniciranje v zdravstvu v Sloveniji skozi prizmo ključnih deležnikov: Raziskovalno poročilo* (str. 55) [Raziskovalno poročilo]. Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://nijz.si/publikacije/komuniciranje-v-zdravstvu-v-sloveniji-skozi-prizmo-kljucnih-deleznikov/>
- Vlada Republike Slovenije. (2025). *Nacionalna strategija zdravstvene pismenosti 2025–2035*. Vlada Republike Slovenije.
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., Van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2019a). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38(1), 10–47. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., Van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2019b). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38(1), 10–47. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., Van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2019c). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38(1), 10–47. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
- What Do We Know About Healthy Aging?* (2022, februar 23). National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov/health/healthy-aging/what-do-we-know-about-healthy-aging>
- WHO. (2020). *Healthy ageing and functional ability*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>
- WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour* (1st ed). (2020). World Health Organization.
- Wilberg, P., Hjermstad, M. J., Ottesen, S., & Herlofson, B. B. (2012). Oral health is an important issue in end-of-life cancer care. *Supportive Care in Cancer*, 20(12), 3115–3122. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1441-8>
- Wingo, A. P., Wingo, T. S., Fan, W., Bergquist, S., Alonso, A., Marcus, M., Levey, A. I., & Lah, J. J. (2020). Purpose in life is a robust protective factor of reported cognitive decline among late middle-aged adults: The Emory Healthy Aging Study. *Journal of Affective Disorders*, 263, 310–317. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.124>
- Woo, J., Goggins, W., Sham, A., & Ho, S. C. (2005). Social Determinants of Frailty. *Gerontology*, 51(6), 402–408. <https://doi.org/10.1159/000088705>
- World Health Organization. (2008). *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*.
- World Health Organization. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care: First global patient safety challenge – Clean care is safer care* [Guidelines]. WHO.
- World Health Organization (Ur.). (2015a). *World report on ageing and health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2015b). *World report on ageing and health*. WHO Press.

- World Health Organization (Ur.). (2015c). *World report on ageing and health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2017a). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity* [Guidelines]. WHO Press.
- World Health Organization. (2017b). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity
- World Health Organization. (2017c). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity
- World Health Organization. (2018a). *Global action plan on physical activity 2018–2030: More active people for a healthier world* [Action plan / Strategy document]. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>
- World Health Organization. (2018b). *Global action plan on physical activity 2018–2030: More active people for a healthier world*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020a). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- World Health Organization. (2020b). *Screening programmes: A short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm*. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054782>
- World Health Organization. (2020c). *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour*.
- World Health Organization. (2020d). *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour* (1st ed). World Health Organization.
- World Health Organization. (2021a). *Global report on ageism* (str. 173). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
- World Health Organization. (2021b). *Global report on ageism* (str. 173). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
- World Health Organization (with World Health Organization). (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders*. World Health Organization.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2018). *Health of older refugees and migrants: Technical guidance*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053383>
- Wu, J., Zhang, H., Shao, J., Chen, D., Xue, E., Huang, S., Fu, Y., Tang, L., & Ye, Z. (2023). Healthcare for Older Adults with Multimorbidity: A Scoping Review of Reviews. *Clinical Interventions in Aging, Volume 18*, 1723–1735. <https://doi.org/10.2147/CIA.S425576>
- Young, Y., Frick, K. D., & Phelan, E. A. (2009). Can Successful Aging and Chronic Illness Coexist in the Same Individual? A Multidimensional Concept of Successful Aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(2), 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003>
- Zahodne, L. B. (2021). Psychosocial Protective Factors in Cognitive Aging: A Targeted Review. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 36(7), 1266–1273. <https://doi.org/10.1093/arclin/acab051>
- Zakon o dolgotrajni oskrbi, 196/21 (2021).
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2016). *Farmacevtsko svetovanje – nova storitev v obveznem zdravstvenem zavarovanju*. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. <https://www.zzzs.si/>
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2017). *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017*. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. <https://www.zzzs.si/>
- Zelenik, D., Fajdiga Turk, V., Gabrijelčič Blenkuš, M., Hovnik Keršmanc, M., Jevšjak, K., Kravos, P., Kurbus, A., Peršuh, T., Rotovnik Kozjek, N., & Sotlar, I. (2020). *Smernice za izvajanje prehranske oskrbe v domovih za starejše* (str. 137). Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/smernice_za_izvajanje_prehranske_oskrbe_v_domovih_za_starejse.pdf
- Zheng, L., Li, G., Qiu, Y., Wang, C., Wang, C., & Chen, L. (2022a). Clinical practice guidelines for the prevention and management of frailty: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(3), 709–721. <https://doi.org/10.1111/jan.14888>

org/10.1111/jan.15067

Zheng, L., Li, G., Qiu, Y., Wang, C., Wang, C., & Chen, L. (2022b). Clinical practice guidelines for the prevention and management of frailty: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(3), 709–721. <https://doi.org/10.1111/jan.15067>

Zheng, L., Li, G., Qiu, Y., Wang, C., Wang, C., & Chen, L. (2022c). Clinical practice guidelines for the prevention and management of frailty: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(3), 709–721. <https://doi.org/10.1111/jan.15067>

ZNANJE -TEMELJ KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V ZOBOZDRAVSTVU - 32. *Strokovni seminar*. (2024).

Zveza društev bolnikov z osteoporozo Slovenije. (b. d.). *Programi vadbe za bolnike z osteoporozo*. Pridobljeno Programi vadbe za bolnike z osteoporozo

Zveza društev diabetikov Slovenije. (b. d.). *Program #DarujemKilometre*. Pridobljeno <https://www.diabetes-zveza.si/>

Zveza društev upokojencev Slovenije. (b. d.). *Programi aktivnega staranja*. Pridobljeno <https://www.zdus-zveza.si>

Zveza koronarnih društev in klubov Slovenije. (2023). *Programi telesne vadbe za koronarne bolnike*. Zveza koronarnih društev in klubov Slovenije. <https://www.zkdk.si>

Železnik, D. (2010). Self-care behavior styles and the functional ability of elderly people living in their home environment. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(1), 3–11.

Žmavc, J. B., Verdenik, M., Skomina, Z., & Ihan Hren, N. (2024). Tooth Loss and Systemic Diseases in the Slovenian Elderly Population: A Cross-Sectional Study of the Association Between Oral and Systemic Health. *Slovenian Journal of Public Health*, 63(3), 142–151. <https://doi.org/10.2478/sjph-2024-0019>