

Izvirni znanstveni članek / Original article

# POVEČANA POTREBA PO PSIHIATRIČNI OBRAVNAVI IN ZDRAVSTVENI NEGI V DOMU UPOKOJENCEV IDRIJA

THE INCREASING NEED OF PSYCHIATRIC SERVICE AND NURSING CARE IN THE  
IDRIJA OLD PEOPLE'S HOME

*Klavdija Kobal Straus, Mirijam Kalan*

**KLJUČNE BESEDE:** *psihiatrična obravnava, zdravstvena nega, starostnik, demenca*

**KEY WORDS:** *psychiatric service, nursing care, the elderly, dementia*

## IZVLEČEK

*Namen članka je prikazati vpliv sprememb demografske strukture na povečano potrebo po psihiatrični obravnavi in zdravstveni negi v domovih upokojencev. Avtorici ugotavljata, da se s podaljševanjem življenjske dobe, večja tudi število stanovalcev z demenco v domovih upokojencev. Z analizo podatkov v Domu upokojencev Idrija za obdobje januar – oktober 2007 in primerjavo s podatki pridobljenimi ob sprejemu stanovalcev, avtorici prikažeta upadanje spoznavnih sposobnosti stanovalcev in posledično večjo potrebo po psihiatrični obravnavi, nadzoru in zdravstveni negi stanovalcev in opozarjata na neprimerno in nezadostno kadrovsko strukturo zaposlenih v domovih.*

## ABSTRACT

*The purpose of this article is to show the influence of the changing demographic structure on the increasing need of psychiatric service and nursing care in the elderly people's homes. By lengthening life expectancy, grows also the number of dementia patients in the Idrija old people's home. The authors of the article collected and analysed the data on residents' health condition in the retirement home Dom upokojencev Jožeta Primožiča Miklavža in Idrija for the period from January to October 2007 and compared them with the data acquired on their admission. It has been confirmed that the residents' recognition abilities tend to decrease, which implies a greater need for psychiatric service, supervision and nursing care of the residents and a demand for additional nursing staff.*

## Uvod

Raziskave kažejo, da je danes v Sloveniji vsak deveti prebivalec starejši od 65 let (Regoršek, 2005). Stanje se v Sloveniji sicer ne razlikuje od stanja drugje po Evropi, vendar se zdi, da v Sloveniji na skokovito povečevanje števila starejših ljudi nismo pripravljani.

Staranje se ne začne v nekem časovnem trenutku. Starostne spremembe povzročajo zmanjševanje fizioloških rezerv za obvladovanje napora in stresa ter podaljševanje časa, potrebnega za vrnitev v stanje pred naporom oz. stresom. Staranje ni patološko stanje, temveč stanje povečane občutljivosti na učinek patogenih faktorjev. To pomeni, da starost ni bolezen oz., da v starosti obstaja le povečana ranljivost za bolezen in večja verjetnost zbolevanja (Eldar, 1995). Starost celic, tkiv, organov in človekovega organizma kot celote je le ena izmed postav v človekovem življenju

na poti od rojstva do smrti. Staranje se pravzaprav začne že ob rojstvu, le da so pri mladem organizmu v ospredju bolj anabolni (procesi novogradnje in rasti) kot katabolni procesi (procesi staranja in propadanja) (Accetto, 1987).

Stara se ves organizem, kar posredno in neposredno vpliva na človekovo počutje ter vedenje. Neposredno zato, ker ovira njegove življenjske funkcije, posredno pa zaradi psihološke pomembnosti (npr. občutek manjvrednosti). Posebno močan posredni vpliv imajo starostni znaki, ki prispevajo k človekovemu videzu (npr. tanki, redki, sivi lasje, plešavost, gube, manjkajoči zobje, pege, debelost ali mršavost, sključena drža), ne glede na to ali oz. koliko dejansko ovirajo posameznikove življenjske funkcije. V nekem smislu imajo prav ljudje, ki trdijo, da je človek star toliko, kolikor je videti star (Pečjak, 1998). Zdravje, vrednota vse življenje, postane še posebej pomemb-

no na starost. Ramovš (2001) kot zdravo življenje opredeljuje:

- zdravo in redno prehranjevanje brez razvad,
- pravo razmerje med počitkom in delom,
- ravnovesje med telesnim in duševnim naporom ter vzdrževanje telesne in duševne zmogljivosti,
- spoznavanje in obvladovanje sebe,
- nenehno usklajevanje medčloveških razmerij in odnosov, zlasti z najbližjimi.

Vsi ti parametri se na starost največkrat porušijo. Nemalokrat se zgodi, da človeku kljub visoki starosti telesno zdravje še vedno služi tako dobro, da bi lahko ostal v svojem domačem okolju, vendar zaradi poslabšanja psihičnega stanja postane ogrožujoč zase in potencialno tudi za svojo okolico. Prav poslabšanje psihičnega stanja je v zadnjem času vedno večkrat vzrok za odhod v institucionalno varstvo. Psihične spremembe so pogosto povezane s potrebo po stalni prisotnosti druge osebe, v kolikor to ni možno, je zaenkrat ena redkih rešitev domsko varstvo.

Celodnevna oskrba v domovih za starejše je namenjena predvsem starejšim, ki imajo določene zdravstvene težave ali so se iz različnih drugih razlogov odločili, da se preselijo v dom. Bivanje v domu je oblika življenja v zavodu, ki uporabnikom nadomešča ali dopolnjuje funkcijo lastnega doma ali lastne družine. Obsega osnovno oskrbo, socialno oskrbo in zdravstveno nego po predpisih s področja zdravstva. Institucionalno varstvo v domovih je organizirano in se izvaja tako, da uporabniku glede na njegove psihofizične sposobnosti zagotavlja čim večjo zasebnost, samostojnost in neodvisnost (Poročilo, 2003). Razlogi za vseljevanje v domove so pri prosilcih za sprejem različni:

- zdravstveno stanje – 75,95 %,
- starost – 7,35 %,
- drugi razlogi (socialni, osebni) – 16,7 %.

Relativno zdravi so 4 % stanovalcev, 67 % jih je nepomičnih ali omejeno pomičnih (Institucionalno, 2007).

Med zdravstvenimi razlogi je nemalokrat v ospredju demenca. V praksi opazamo povečano povpraševanje po nastanitvi na oddelke za dementne bolnike in varovane oddelke. Prav tako se tovrstna problematika kaže znotraj ustanove. Želja po oblikovanju oddelka za dementne stanovalce v Domu upokojencev Jožeta Primožiča Miklavža Idrija (DUI) – Enota Idrija, je ob pričakovani novogradnji z vidika velikih finančnih vložkov za oblikovanje tovrstnega oddelka v sklopu obstoječe infrastrukture nesmotrna. Toda ocene in pripombe strokovnega kadra žal kažejo, da kljub planirani novogradnji zaradi neprimerne razporeditve oddelkov in prostorov problematika ne bo rešena na način, za katerega zaposleni menijo, da bi bil najprimer-

nejši. Tako z vidika udobja in varnosti stanovalcev ter kakovosti zdravstvene nege in oskrbe kakor tudi z vidika poenostavitve dela zaposlenih, se ob pregledu dokumentacije postavlja tudi vprašanje o primernosti sedanjega sistema izbiranja tovrstnih projektov na javnih natečajih.

### *Dom upokojencev Jožeta Primožiča Miklavža Idrija*

DUI je javni zavod s področja institucionalnega varstva starejših oseb. Zavod sestavljata dve enoti – Enota Idrija in dislocirana Enota Spodnja Idrija. Enota Idrija opravlja dejavnost s področja institucionalnega varstva starejših oseb. Enota Spodnja Idrija kot posebna enota izvaja dejavnost institucionalnega varstva starejših oseb z duševnimi motnjami in dejavnost institucionalnega varstva oseb z motnjami v telesnem in duševnem razvoju.

Zgradba DUI je bila zgrajena leta 1977. Zaradi stalnega pomanjkanja sredstev in velike arhitekturne omejenosti so bili vložki za saniranje in dograjevanje v skladu s potrebami minimalni. Dom ima:

- stanovanjske oddelke – za stanovalce, ki so samostojni pri opravljanju večine temeljnih življenjskih potreb in aktivnosti (potrebe na tem nivoju se zmanjšujejo – število stanovalcev, ki bi bili sposobni samostojno zadovoljevati temeljne življenjske potrebe, se namreč vztrajno zmanjšuje), ter
- negovalni oddelek – za stanovalce, ki potrebujejo intenzivno varstvo in pomoč pri opravljanju temeljnih življenjskih potreb in aktivnosti.

Že nekaj let strokovno osebje ugotavlja potrebo po varovanem in oddelku za dementne, toda oblikovanje tovrstnega oddelka brez večjih gradbenih posegov in občutnega znižanja bivalnih zmogljivosti zaradi arhitekturne zasnove ni mogoče.

### *Demenca in depresija, najpogostejši duševni motnji pri starostnikih v Domu upokojencev Jožeta Primožiča Miklavža Idrija*

Pojem demenca se nanaša na upad mentalnih sposobnosti, ki presega starostno pogojene mentalne spremembe, ki so rezultat normalnega staranja. Propadanje mentalnih sistemov povzroča življenjske oviranosti, ki vplivajo na kakovost in kompetentnost v psihosocialnem funkcioniranju, katerega vzrok gre iskati v različnih patofizioloških procesih (Kogoj, 2004). Demenca ne prizadene le pacienta, temveč usodno vpliva na vse, ki z njim živijo. Je izziv sodobni medicini in družbi v celoti, ker sodi med bolezni, ki so povezane z največjimi stroški in zahtevajo razvoj različnih oblik pomoči za paciente na domu in tudi ustrezno prilagojene zavode (Kogoj, Kores Plesničar, 1999).

Najpogostejši vzrok demenc je Alzheimerjeva bolezen, saj predstavlja več kot 80 % vseh demenc (Velikonja, 2005). Pri demencah so pogosti zapleti v smislu psihotičnih stanj, depresije, zmedenosti, dolgotrajnega nemira in nespečnosti, včasih tudi blodenj in halucinacij, v katerih se demenčni bolnik pogosto počuti ogrožen. Večji del teh zapletov se lahko ob sodelovanju svojcev obravnava ambulantno (Muršec, 1999). Rehabilitacija oseb z demenco je mogoča le ob uveljavitvi celostne obravnave. Za osebe z demenco in tudi druge starostnike je potrebno zagotoviti programe, ki omogočajo kakovostno življenje (Milošević Arnold, 2006). Pečjak (2007) ugotavlja, da se s staranjem ne spreminjajo samo razumske funkcije, temveč tudi emocije, motivacija in celotna osebnost. Starost je obdobje, polno stresov, ki jih prinašajo smrt bližnjih, spremenjen videz, upad telesnih in razumskih funkcij, socialna izolacija in razne bolezni. Stresom se starejši težko prilagodijo. Najpogostejša reakcija na starostne strese je depresija, ki se je starejši pogosto ne zavedajo. Depresija pomeni dolgotrajno ali ponavljajoče se negativno emocionalno stanje, ki ovira normalne aktivnosti starega človeka. Depresivno čustveno stanje traja večji del dneva in skoraj vsak dan. Kaže se v pomanjkanju zadovoljstva, vztrajajoči tesnobi, spremembi gibanja, pomanjkanju higiene, zmedenosti, upadu spomina in orientacije, samomorilnih mislih. Le dobro usposobljeno osebje prepozna stanja, ki jih stanovalci sami pri sebi pogosto zanikajo ali prezrejo. S tem pripomorejo k zadovoljevanju potreb in večji kakovosti življenja stanovalcev, saj je, kakor pravi Ramovš (2003), kakovost življenja na stara leta skupna raven uravnotežene zadovoljenosti vseh potreb vseh razsežnosti človekovega življenja. Raven njihove zadovoljitve je odločilni kazalec kakovosti življenja v starosti.

## Namen

Z raziskavo smo želeli prikazati problematiko, ki se bo ob podaljševanju življenjske dobe in povečevanju stare populacije še zaostila. Poleg že potrjenega pojavljanja polimorbidnosti starostnikov zaposleni na področju zdravstvene nege in oskrbe ugotavljamo tudi vedno večjo potrebo po psihiatrični obravnavi, psihiatričnem zdravljenju in zdravstveni negi stanovalcev. Opazen je zlasti porast števila stanovalcev z de-

menco in posledično povečana potreba po zdravstveni negi in nadzoru. V raziskavi smo želeli prikazati naraščanje števila stanovalcev z demenco v DUI in posledično pokazati na nesmiseln kadrovskega normativ, ki žal ne omogoča izvajanja vseh aktivnosti, ki bi jih stanovalci s tovrstno zdravstveno problematiko potrebovali. Cilj raziskave ni bil prikazati upad spoznavnih sposobnosti v točno določenem časovnem obdobju,<sup>1</sup> ampak prikazati, da s staranjem spoznavne sposobnosti upadajo in se pojavljajo nova demenčna stanja ter že obstoječa poglobljajo. Domove upokojencev se žal še vedno šteje zgolj kot zavode, ki skrbijo za oskrbo in animacijo svojih stanovalcev, in ob tem pozablja na vedno večjo zahtevnost zdravstvene nege, ki se v domovih izvaja. Demenca je specifično bolezensko stanje, ki zahteva specifično organiziranost dela, ki jo onemogočajo neprimerni normativi in neprimerni delovni in bivalni pogoji.

## Metode

Pri raziskovanju je bila uporabljena opisna metoda raziskovanja. Del podatkov je bil zbran s pomočjo statistične baze podatkov DUI, del smo jih zbrali iz evidenc psihiatrične ambulante, za potrebe pričujoče raziskave smo jih razvrstili in statistično ovrednotili. V okviru psihiatrične ambulante v DUI kontinuirano potekajo testiranja stanovalcev s ciljem prepoznavanja demenc, primerjave stanja s predhodno izvedenimi testi in morebitno uvedbo ali ukinitvijo zdravil za zdravljenje demence. Sodelovanje v testiranju je prostovoljno in del stanovalcev ga vedno odkloni. Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS) je test, ki ga lahko uporablja psihiater ali psiholog. Vsebuje 30 vprašanj, ki se nanašajo na orientiranost, spomin, pozornost in izvajanje navodil. Test časovno ni omejen. Vsak pravičen odgovor se vrednoti z eno točko, seštevek točk je končni rezultat. Pri že diagnosticirani demenci se KPSS<sup>2</sup> uporablja za določitev stopnje upada. Do jasne individualne diagnostične opredelitve pride psiholog oz. psihiater tudi s pomočjo podatkov iz anamneze, laboratorijskih preiskav, klinične slike ipd. Manjše kot je število točk, večji je upad (Jenstrle, Mlakar, Vodušek, 1996). Baza statističnih podatkov se ustvarja z dnevno evidenco s pomočjo programa Probit, grafični in tabelarni prikaz podatkov je bil izveden s pomočjo programov Microsoft Word in Excel.

<sup>1</sup> Za analizo smo uporabili podatke, pridobljene ob prvih pregledih stanovalcev v psihiatrični ambulanti. Primerjalno vrednotenje je bilo narejeno le pri stanovalcih, za katere smo imeli podatke KPSS s prvih pregledov in za leto 2007. Obdobja od prvega pregleda do pregleda v letu 2007 so različno dolga.

<sup>2</sup> Rezultati so prikazani s parametroma aritmetične sredine in modusa. Dosežene vrednosti lahko opredelimo znotraj določenih okvirov, pri čemer v testu s 30 vprašanji in možnimi 30 točkami kritično mejo predstavlja vrednost 24 točk:

- 23–19 točk – blažja prizadetost,
- 18–11 točk – srednja prizadetost,
- 10 točk ali manj – hujša prizadetost.

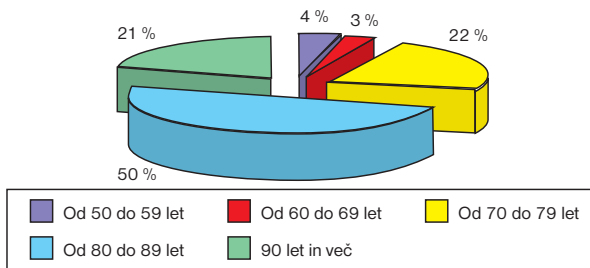
## Rezultati

Zbrani podatki so bili analizirani in so prikazani v obliki razpredelnice in grafov. Za lažje razumevanje na začetku navajamo legendo:

AS – aritmetična sredina  
Mo – modus

### Starostna struktura stanovalcev

V DUI je največ starostnikov v starostni skupini 80–89 let (Sl. 1).

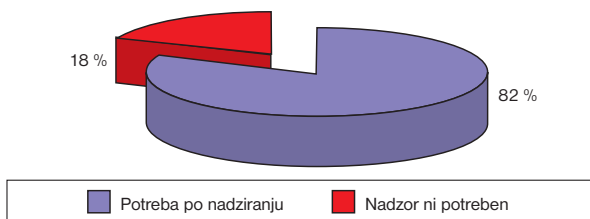


Sl. 1. Starostna struktura stanovalcev na dan 19. 11. 2007.

Figure 1. Age structure of residents on Nov. 19, 2007.

### Delež stanovalcev, ki potrebujejo nadzor

V DUI je dne 24. 10. 2007 bivalo 123 stanovalcev, od tega je 101 stanovalcev potreboval nadzor (Sl. 2).

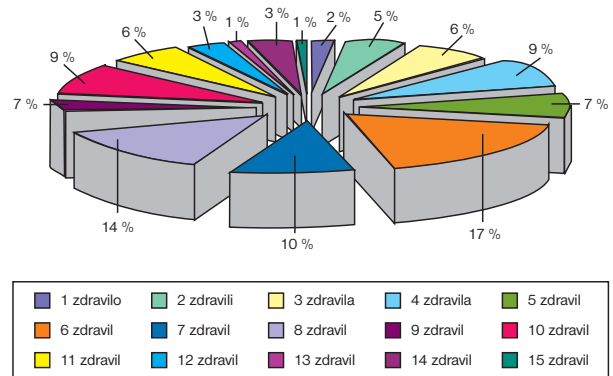


Sl. 2. Potreba po nadzoru na dan 24. 10. 2007.

Figure 2. Necessary monitoring of residents on October 24, 2007.

### Stanovalci po številu dnevno prejetih zdravil

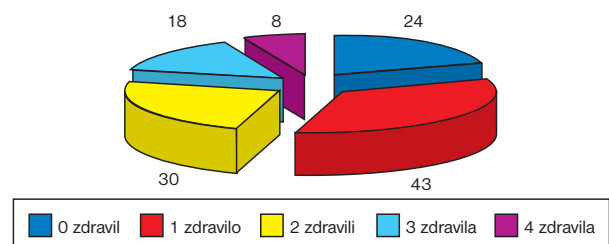
V DUI vsi stanovalci prejema zdravila, od tega samo po eno zdravilo prejema dva stanovalca, ena stanovalka prejema sedemnajst zdravil, kar predstavlja največje število dnevno prejetih zdravil. Največ stanovalcev (22) prejema po šest zdravil (Sl. 3).<sup>3</sup>



Sl. 3. Delež stanovalcev glede na celotno število dnevno prejetih zdravil redne terapije.

Figure 3. Percentage of residents per entire number of daily medication as part of regular therapy.

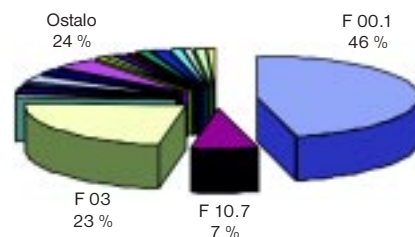
Od 123 stanovalcev jih 24 ne prejema psihotropne terapije. Večina stanovalcev (43) prejema po eno zdravilo na dan (Sl. 4).



Sl. 4. Stanovalci po številu dnevno prejetih psihotropnih zdravil.

Figure 4. Residents per daily administration of psychiatric medication.

### Pregled psihiatričnih diagnoz stanovalcev DUI



Sl. 5. Diagnoze stanovalcev, pri katerih se izvaja psihiatrični nadzor.

Figure 5. Diagnoses of the residents requiring psychiatric monitoring.

<sup>3</sup> Pod pojmom zdravila smo združili različne vrste zdravil, ki jih stanovalci prejema v obliki redne peroralne terapije ali rednih inhalacij. Pri tem pojma zdravilo ne enačimo s pojmom odmerek zdravila (tableta, kapsula ali inhalacija), saj npr. stanovalci, ki v redni dnevni terapiji prejema 13 zdravil, dnevno zaužije 19,5 tablet/kapsul/inhalacij.

## Razpr. 1. Pregledi v obdobju januar–oktober 2007.

Table 1. Number of exams in the period between January and October 2007.

Število opravljenih pregledov/nadzorov v obdobju januar–oktober 2007 po mesecih	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.
	67	85	94	90	79	92	103	94	119	134
Skupaj pregledov/nadzorov v obdobju januar–oktober 2007 = 957										

Prevladujoča diagnoza pri stanovalcih, pri katerih je potreben nadzor, je demenca pri Alzheimerjevi bolezni s poznim začetkom, tej sledi skupina neopredeljenih demenc (Sl. 5).

**Prevladujoče diagnoze:**

- F00.1 – Demenca pri Alzheimerjevi bolezni s poznim začetkom  
 F03 – Neopredeljena demenca  
 F10.7 – Rezidualna ali pozno nastopajoča psihotična motnja zaradi uživanja alkohola

**Ostalo:**

- F01.0 – Vaskularna demenca  
 F02.2 – Demenca pri Huntingtonovi bolezni  
 F02.3 – Demenca pri Parkinsonovi bolezni  
 F02.8 – Demenca pri drugih opredeljenih boleznih (multipla skleroza, epilepsija)  
 F07.2 – Postkomocijski sindrom  
 F07.9 – Neopredeljena organska motnja osebnosti in vedenja zaradi možganske bolezni, poškodbe ali disfunkcije  
 F09 – Neopredeljena organska ali simptomatska duševna motnja  
 F22.0 – Blodnjava motnja  
 F31.2 – Bipolarna afektivna motnja  
 F33.1 – Ponavljajoča se depresivna motnja  
 F33.3 – Ponavljajoča se afektivna motnja  
 F41.2 – Mešana anksiozna in depresivna motnja  
 F40.1 – Socialne fobije  
 F48.0 – Nevrašenja  
 F70 – Blaga duševna manjrazvitost  
 F73 – Globoka duševna manjrazvitost

Največjo skupino zdravil, ki jih stanovalci v DUI prejemajo v psihotropni terapiji, predstavljajo antidepresivi. Prejema jih kar 41 stanovalec.

**Statistika opravljenih pregledov v obdobju januar–oktober 2007***Statistika*

V obdobju januar–oktober 2007 je bilo opravljenih 957 pregledov (Razpr. 1).

V DUI zagotovljena prisotnost psihiatra je 16 ur mesečno (960 min/mesec).

V povprečju je bilo na mesec pregledanih 95,7 stanovalec (957 pregledov : 10 mesecev = 95,7 pregledov/mesec).

Povprečen čas pregleda znaša 10,03 minute (960 min/mesec : 95,7 pregledov/mesec = 10,03 min/pregled).

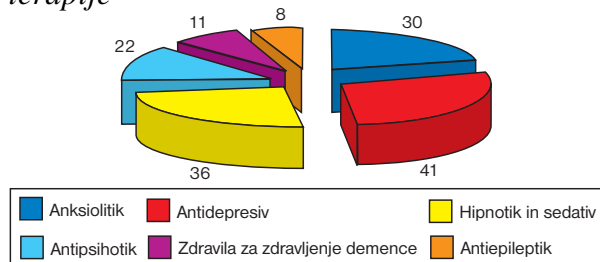
*Rezultati analize vrednosti KPSS*

Analiza vrednosti rezultatov KPSS kaže na upad spominskih sposobnosti stanovalec. Ti so ob sprejemu v povprečju dosegli 21 in ob ponovitvi v letu 2007 le še 17 točk. Pri osmih stanovalcih testa zaradi velikega upada psihičnih oz. fizičnih sposobnosti ni bilo več mogoče ponoviti (Razpr. 2).

*Razpr. 2. Primerjava rezultatov KPSS ob sprejemu in leta 2007.*

Table 2. Comparison of the results of KPSS test at admission and in 2007.

	Vrednosti KPSS ob sprejemu	Vrednosti KPSS v 2007
1. stanovalec(ka)	28	16
2. stanovalec(ka)	27	18
3. stanovalec(ka)	22	20
4. stanovalec(ka)	24	22
5. stanovalec(ka)	22	15
6. stanovalec(ka)	21	23
7. stanovalec(ka)	26	24
8. stanovalec(ka)	23	12
9. stanovalec(ka)	27	27
10. stanovalec(ka)	26	19
11. stanovalec(ka)	20	10
12. stanovalec(ka)	19	16
13. stanovalec(ka)	27	21
14. stanovalec(ka)	21	13

*Statistika po posamezni vrsti psihotropne terapije*

Sl. 6. Število stanovalec glede na vrsto prejetih psihotropnih zdravil.

Figure 6. Number of residents according to the kind of psychiatric medicine administered.

	Vrednosti KPSS ob sprejemu	Vrednosti KPSS v 2007
15. stanovalec(ka)	24	12
16. stanovalec(ka)	19	17
17. stanovalec(ka)	15	15
18. stanovalec(ka)	18	13
19. stanovalec(ka)	24	19
20. stanovalec(ka)	20	23
21. stanovalec(ka)	24	13
22. stanovalec(ka)	16	10
23. stanovalec(ka)	20	18
24. stanovalec(ka)	23	19
25. stanovalec(ka)	16	11
26. stanovalec(ka)	18	12
27. stanovalec(ka)	13	8
28. stanovalec(ka)	17	13
29. stanovalec(ka)	17	15
30. stanovalec(ka)	15	11
31. stanovalec(ka)	25	13
32. stanovalec(ka)	26	23
33. stanovalec(ka)	24	23
34. stanovalec(ka)	22	21
35. stanovalec(ka)	17	21
36. stanovalec(ka)	19	17
37. stanovalec(ka)	14	15
38. stanovalec(ka)	21	14
39. stanovalec(ka)	16	20
40. stanovalec(ka)	24	20
41. stanovalec(ka)	30	27
42. stanovalec(ka)	23	20
43. stanovalec(ka)	22	20
44. stanovalec(ka)	20	11
45. stanovalec(ka)	18	11
46. stanovalec(ka)	25	25
47. stanovalec(ka)	21	20
48. stanovalec(ka)	17	17
49. stanovalec(ka)	24	13
	AS = 21,22	AS = 17,06
	Mo = 24	Mo = 20

Razpr. 3. Primerjava rezultatov KPSS ob sprejemu in leta 2007 za stanovalce, pri katerih KPSS ni več izvedljiv.

Table 3. Comparison of the results of KPSS test at admission and in 2007 for residents at which KPSS is no longer applicable.

	Vrednosti KPSS ob sprejemu	Vrednosti KPSS v 2007
50. stanovalec(ka)	12	Ni izvedljiv
51. stanovalec(ka)	20	Ni izvedljiv
52. stanovalec(ka)	29	Ni izvedljiv
53. stanovalec(ka)	20	Ni izvedljiv
54. stanovalec(ka)	18	Ni izvedljiv
55. stanovalec(ka)	13	Ni izvedljiv
56. stanovalec(ka)	15	Ni izvedljiv
57. stanovalec(ka)	9	Ni izvedljiv
	AS = 17	
	Mo = 20	

## Razprava

Populacijo, za katero skrbimo zaposleni v DUI, lahko opredelimo kot zelo staro. Polovica (61 stanovalec) sodi v starostno skupino 80–89 let, v starostni skupini 50–59 let je pet stanovalec, v skupini 60–69 let štiri stanovalci, v skupini 70–79 let 27 stanovalec in v skupini 90 let in več 26 stanovalec.

V DUI je s strani psihiatra odrejen nadzor za kar 82 % stanovalec, kar je glede na starostno strukturo stanovalec pričakovano in razumljivo. Gre za stanovalec, ki zaradi spominskih motenj, motenega doživljanja, zmedenosti, nemira ali delirantnosti potrebujejo pomoč pri vseh temeljnih življenjskih aktivnosti, in sicer vključno s potrebo po varovanju. Ti stanovalci potrebujejo pomoč, nadzor in zdravstveno nego v vseh treh izmenah (Merila, 2006).

Bistveni element, ki bi ga bilo potrebno krepiti, ohranjati ali glede na možnosti vsaj delno ponovno vzpostaviti, je samostojnost stanovalec. Ena izmed mnogih nalog zaposlenih v zdravstveni negi je prav opredelitev stopnje samostojnosti, ki je je stanovalec še sposoben, in nudenje podpore na področjih, kjer sam ni več sposoben zadovoljiti svojih temeljnih življenjskih potreb. Običajno je predvsem čas tisti, ki ga moramo pri delu s stanovalci z demenco imeti v izobilju. Ker kadrovske normativi za zaposlovanje na področju zdravstvene nege in oskrbe na področju institucionalnega varstva starejših niso sledili spremembam in potrebam zdravstvene nege v teh ustanovah, so domovi vedno v kadrovskem deficitu – tako številčno kakor tudi struktarno. Žal časovna stiska zaposlene velikokrat sili k pasivizaciji stanovalec (aktivnosti, ki bi jih stanovalec ob primernem vodenju še lahko izvedel sam, v veliko krajšem času zanj izvedejo zaposleni). Žal je tovrsten način dela z vidika stroke in koristi za stanovalec kontraproduktiven, vendar pogosto edini možen.

Zaposleni na področju zdravstvene nege in oskrbe morajo dnevno imeti pregled tako nad psihičnim kakor tudi fizičnim stanjem velikega števila stanovalec. Seznanjeni morajo biti tako z morebitnimi spremembami terapije kakor tudi z drugimi psihofizičnimi spremembami, ki lahko vplivajo na kakovost življenja stanovalec. Zaposleni pri stanovalcih z demenco pogosto opažajo primanjkljaj na področju temeljnih življenjskih aktivnosti, prehranjevanja in pitja, skrbi za osebno čistočo in urejenost, spanja oz. ravnotežja med aktivnostjo in počitkom, zagotavljanju varnosti ter na področju komunikacije. Le s stalnim spremljanjem naših stanovalec lahko identificiramo negovalne probleme, planiramo aktivnosti, jih izvajamo in nenazadnje tudi vrednotimo opravljeno delo in ga na podlagi ugotovitev ponovno načrtamo. Sam proces zdravstvene nege je že po svoji naravi krožni proces, ki ni nikoli končan. Osnova za načrtovanje je stanje, v kakršnem je stanovalec v danem trenutku.

Stanovalec zaradi čustvenih sprememb (žalost, depresija) ob spoznanju, da izgublja svoje sposobnosti, pogosto potrebuje poleg vzpodbujanja in podpore tudi medikamentozno terapijo (Pentek, 2001). Starejši pogosto jemljejo veliko količino zdravil, kar je razvidno tudi iz naše raziskave. Kogoj (2004) opozarja, da se zaradi jemanja velike količine zdravil pri starostnikih skokovito poveča število možnih interakcij, neželenih učinkov, kakor tudi možnost napake pri jemanju zdravil. Zaposleni na področju zdravstvene nege in oskrbe<sup>4</sup> so tisti, ki dnevno in kontinuirano 24 ur, vse dni v letu spremljajo tako fizično kakor tudi psihično stanje stanovalcev, izvajajo zdravstveno nego in oskrbo prilagojeno trenutnemu stanju in potrebam stanovalcev. So prvi, ki opazijo morebitne neželene ali nepričakovane učinke, planirajo nadaljnjo obravnavo pri zdravniku (splošne medicine ali psihiatru) ali v primeru potrebe po takojšnjem ukrepanju v dogovoru z zdravnikom terapijo priredijo.

Vsa priprava in razdeljevanje zdravil v DUI poteka pod nadzorom zaposlenih. Tudi stanovalci, ki imajo dobro ohranjene spoznavne sposobnosti in so v celoti orientirani, ob veliki količini zdravil niso sposobni samostojnega doziranja in jemanja zdravil. Stanovalci z demenco po drugi strani terapije niti ne prepoznajo, do jemanja so pogosto odklonili ali celo trdijo, da zdravil niso dobili, saj pozabijo, da so jih že zaužili. Tu ponovno lahko prepoznamo veliko vlogo zaposlenih na področju zdravstvene nege, saj se s svojim strokovnim pristopom, ponovno razlago, zakaj je terapija pomembna in kako lahko vpliva na stanje in počutje stanovalcev, pripravo in nadzorom jemanja zdravil, dnevno pojavljajo v vlogi osebe, ki uči, izobražuje, opazuje in opozarja. Prav tako sta predvsem medicinska sestra in zdravstveni tehnik ključna vez med stanovalcem in zdravnikom, saj je nesodelovanje v zdravljenju pri starejših bolnikih zelo pogosto, takih je približno 60 % stanovalcev. Vzrok so pozabljivost, zmedenost, demenca, nerazumevanje režima zdravljenja (Prelec, 2005).

Najpogostejša psihiatrična diagnoza pri stanovalcih v DUI je demenca pri Alzheimerjevi bolezni s pomnim začetkom, ki ji sledi skupina neopredeljenih demenc. Tovrstno stanje se morda zdi v neskladju s podatkom, da so najpogostejše predpisana psihotropna zdravila antidepresivi. Glede na veliko število demenc bi upravičeno pričakovali, da bo večje število stanovalcev prejelo zdravila za zdravljenje demence, vendar se v praksi še vedno pogosto ne upošteva Kogojevega (2004) vodila, naj starost ne bo nikoli kriterij, ki odloča pri zdravljenju. Kriterij naj bo pričako-

vana klinična slika ter pričakovana korist ali škoda. Dejstvo je, da so zdravila za zdravljenje demence še vedno med dražjimi in pri starostnikih neredko povezana s stranskimi učinki.

Demenca (sploh začetna) in depresija sta stanji, ki pri stanovalcih v DUI hodita z roko v roki. V DUI kar 41 stanovalcev prejema antidepresive. Primerjava stanja v praksi sovpada z ugotovitvami tujih raziskovalcev. Raziskave odkrivajo 20 % prevalenco velike depresije v negovalnih ustanovah, 44 % vseh stanovalcev izkazuje pomembno stopnjo depresivnosti. Vzrok za visoke odstotke gre najbrž iskati v dejstvu, da je v negovalnih ustanovah zbrana populacija z višjo stopnjo obolevnosti in občutljivosti za psihiatrična obolenja. Prav tako je eden izmed razlogov tudi posledica izgube neodvisnosti in preteklih socialnih razmerij (Rudolf, 2004). Tudi bolezenska stanja, kot so srčno popuščanje, sladkorna bolezen, insult, Parkinsonova bolezen, so močno povezana s pojavom depresivnih stanj (Hilger, Fischer, 2001). Depresija je pogosto eno izmed stanj, na katerega prvi opozorijo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi. Oni so tisti, ki so kontinuirano v stiku s stanovalci in hitro opazijo odstopanja zdravstvenega stanja in počutja stanovalcev. Prav psihične spremembe so pogosto tiste, ki jih stanovalci zaradi omejenih možnosti izražanja in tudi zaradi neznanja opredeliti lastne težave, le težko opišejo sami.

Nikakor ne moremo tudi mimo dokaj visokega odstotka stanovalcev z diagnozo rezidualna ali pozno nastopajoča psihotična motnja zaradi uživanja alkohola. Tako zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi, kakor tudi drugi stanovalci so psihično obremenjeni zaradi zlorabe alkohola nekaterih stanovalcev. Ti stanovalci so pogosto težko vodljivi, konfliktni, nimalokrat tudi agresivni. Le dobro usposobljeno osebje je sposobno reševati stiske in krize, ki nastopijo v tovrstnih situacijah. Prav tako je znano (Kogoj, 2004), da učinki alkohola lahko izničijo učinke terapije ali povzročajo neljube interakcije, na kar morajo biti zaposleni prav tako stalno pozorni.

V sklopu psihiatrične ambulante v DUI je bilo v obdobju od januarja do oktobra 2007 opravljenih 957 pregledov. Gre za preglede, ki so bili narejeni zaradi potreb ocene psihičnega stanja stanovalca, ob ugotovljenem poslabšanju psihičnega stanja, zaradi omejenosti uvedene terapije ali potrebe po spremembi terapije ali zaradi utemeljevanja potrebe po nadzoru zaradi motenj psihičnega stanja. Pričujoča raziskava dokazuje, da se stanje demenc s starostjo pogloblja. Kljub temu Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) določa<sup>5</sup> (Merila, 2006), da je

<sup>4</sup> ZZZS v zdravstvenonegvalni kader vključuje tudi strežnike in bolničarje – negovalce, na podlagi česar lahko utemeljimo nepoznavanje potreb po zdravstveni negi v socialnovarstvenih ustanovah s strani ZZZS – več na: <https://www.zzss.si/zzss/info/egradiva.nsf/0/8b9f719edc8706fbc12571aa00398797?OpenDocument&ExpandSection=-1>, str. 9.

<sup>5</sup> Mesečni pregled je potreben npr. pri avto- in heteroagresivnosti, psihomotornem nemiru, avtizmu in diagnozah F 02, F 02.2, F 02.8, F 03 in F 00.0 do F 00.8, F07.

presoja s strani zdravnika potrebna vsaj enkrat mesečno pri vseh stanovalcih, ki so zaradi duševne motenosti kategorizirani v zdravstveno nego III. kategorije. Prav tako določila zavarovalnice glede na populacijo DUI določajo in posledično financirajo prisotnost le 0,06 psihiatra, kar preračunano<sup>6</sup> na mesečno raven pomeni le 10,56<sup>7</sup> ure psihiatrične ambulante v DUI mesečno. DUI ima sklenjeno pogodbo z zunanjim izvajalcem, ki zagotavlja izvajanje psihiatrične ambulante za 16 ur mesečno. S preprostim izračunom lahko ugotovimo, da bi ob opravljenih 957 pregledih v obravnavanem obdobju, predstavljal povprečen čas pregleda le 10,03<sup>8</sup> minute na stanovalca. Ker je realizirane preglede nemogoče kakovostno opraviti v izračunanem času, delo psihiatrične ambulante nemalokrat poteka tudi izven opredeljenega delovnega časa. Prav tako ne moremo mimo dejstva, da se dejavnost psihiatrične ambulante širi na vse zaposlene v zdravstveni negi,<sup>9</sup> kakor tudi na zdravnike splošne medicine, ki za predpisana zdravila s strani psihiatra napišejo recept. Nemalokrat sta zaradi slabe dostopnosti psihiatrične ambulante in z njo povezanih dejavnosti ocena stanja in prilagajanje doze zdravila preložena na ramena zdravnika splošne medicine. Prav tako tudi niso redka razhajanja mnenj o primernosti določene terapije z vidika različnih strok, pogosto so v ozadju tudi stroški zdravil, ki jih nosi ambulanta splošne medicine.

Iz števila in dinamike opravljenih pregledov v psihiatrični ambulanti je tudi razvidno, da pregledi niso izvedeni zgolj zaradi zadostitve kriterijev zavarovalnice, ampak s ciljem zagotoviti dobro psihično počutje stanovalcem in jim omogočiti stik s strokovnjakom s tega področja. Potrebe po pregledih pri posameznih stanovalcih so zelo različne, vendar v praksi opazamo s strani stanovalcev povečano povpraševanje po tovrstnih storitvah. V preteklosti je bil predlog pregleda pri psihiatru velikokrat sprejet z neodobravnjem in mnenjem stanovalcev, češ: »Saj nisem zmešan,« vendar se je obstoječa praksa izkazala kot pozitivna in trenutno največkrat željo ali potrebo po pogovoru ter pomoči izrazijo prav stanovalci, nemalokrat tudi njihovi svojci. Vsa našeta dejstva kličejo po sistemski ureditvi in umestitvi psihiatra v delo domov, in sicer na način, kakor je urejeno za ambulanto splošne medicine, seveda ob ustreznem povečanju normativa, ki bo pokrival dejanske potrebe.

Pričujoča analiza je prav tako pokazala, da se število stanovalcev z demenco v DUI povečuje. Posledi-

ca vedno daljše življenjske dobe je tudi upadanje splošnih sposobnosti in potreba po nadzoru stanovalcev. Stanovalce smo razdelili v dve skupini. V prvi skupini so stanovalci, pri katerih je bilo testiranje izvedljivo tako ob sprejemu kakor tudi v letu 2007, drugo skupino sestavljajo stanovalci, pri katerih testiranje v letu 2007 ni bilo več izvedljivo.

### 1. skupina:

- ob sprejemu je 17 stanovalcev doseglo 24–30 točk, v letu 2007<sup>10</sup> so taki le še 4;
- ob sprejemu je 21 stanovalcev doseglo 19–23 točk, v letu 2007 je takih že kar 46;
- ob sprejemu je 14 stanovalcev doseglo 12–18 točk, v letu 2007 je takih 28;
- ob sprejemu noben stanovalec ni dosegel 11 točk ali manj, v letu 2007 je takih kar 7.

Pet stanovalcev je v letu 2007 doseglo višje vrednosti KPSS kot ob sprejemu. Kljub temu so vsi njihovi rezultati pod kritično mejo 24 točk.

### 2. skupina:

- pri osmih stanovalcih, ki so ob sprejemu dosegli v povprečju 17 točk (najvišji dosežen rezultat je bil 29 in najnižji 9 točk), testiranje v letu 2007 zaradi fizičnega oz. psihičnega upada ni bilo več izvedljivo.

## Zaključek

Obseg dela psihiatrične ambulante in tudi psihiatrične obravnave stanovalcev v splošni ambulanti DUI se iz leta v leto povečuje. Vzrok gre na eni strani iskati v višji starosti stanovalcev in na drugi strani v večji ozaveščenosti in prepoznavanju psihičnih sprememb pri stanovalcih tako s strani zaposlenih kakor tudi svojcev, včasih tudi samih stanovalcev, ki želijo obravnavo, vodenje in terapijo, ker sami ugotavljajo odstopanja na področju svojega psihičnega zdravja in počutja. Prav tako ne gre prezreti, da je tudi način reševanja kroničnih psihiatričnih bolnikov pogosto prav namestitev v domove za starejše. Pričujoča raziskava je bila izvedena v okviru DUI, zato ugotovitev nikakor ne gre posploševati na vse domove upokojencev. Starostna struktura prebivalcev v domovih za starejše občane je različna, kar gotovo vpliva tudi na s starostjo povezane somatske in psihične težave stanovalcev.

<sup>6</sup> Upoštevajoč 22 delovnih dni na mesec.

<sup>7</sup> Navedeno je skupno število ur za obe enoti DUI.

<sup>8</sup> Za obe enoti skupaj.

<sup>9</sup> Opazovanje in beleženje psihičnega stanja, pogovor s stanovalci, po navodilih psihiatra lahko tudi dnevno prilagajanje doze zdravila, posvetovanja z zdravniki drugih strok, ...

<sup>10</sup> Številčni podatki v vsaki alineji predstavljajo primerjavo leta 2007 proti celotni testirani populaciji skupine.



Zaposleni v zdravstveni negi dnevno opazujejo in beležijo psihično stanje stanovalcev. V vsaki izmeni na raportu<sup>11</sup> prenašajo svoja opažanja vodji zdravstvene nege in oskrbe (ZNO) (pogovorno se uporablja tudi izraz glavna medicinska sestra); medicinski sestri, ki dela s psihiatrom; ambulantni medicinski sestri, ki stanovalca, opažanja zaposlenih in lastne ugotovitve ter ugotovitve in dokumentacijo psihiatrične ambulante predstavi splošnemu zdravniku. Vodja zdravstvene nege in oskrbe, medicinska sestra, ki dela s psihiatrom, in ambulantna medicinska sestra so tudi ključne v sodelovanju s socialnim delavcem. Prav te osebe so ključne tudi v interakciji stanovalci-zaposleni-svojci, ki zahteva veliko časa, fleksibilnosti in dodatne usposobljenosti, saj so situacije pogosto zaradi narave dela in problematike za vse udeležene zelo stresne. Ob tem nikakor ne gre zanemariti, da je zaradi organizacijske zasnove še vedno vodja zdravstvene nege in oskrbe tista, ki rešuje situacije, ki jih drugi zaposleni zaradi teže problemov niso sposobni rešiti. Tako je vodja zdravstvene nege in oskrbe v DUI oseba, katere funkcija ni zgolj vodenje in koordinacija dela, ampak dnevno krmarjenje med zaposlenimi, stanovalci, svojci, strokovnim timom in vodstvom DUI, zato je obseg informacij, s katerimi mora upravljati, zelo širok.

Nemalokrat zlasti stanovalci z demenco in stanovalci z depresivno motnjo niso sposobni samostojnih iniciativ, marsikdaj niti ne znajo identificirati lastnih problemov. Osebe zdravstvene nege in oskrbe lahko veliko doprinese k heteroanamnezi stanovalca in z jasno začrtanimi cilji k hitrejši vzpostavitvi boljšega psihofizičnega počutja stanovalca in višji kakovosti življenja. Tako številčno kot strukturno neprimerna kadrovska sestava in neprimerni delovni pogoji povečujejo izgorevanje zaposlenih, kakor tudi vplivajo na kakovost življenja stanovalcev. Zaradi pomanjkanja kadra moramo izpostaviti predvsem dva vidika problema. Prvi je ta, da je osebe preobremenjeno že zaradi same narave dela. Tako fizično kakor tudi psihično naporno delo dodatno otežujejo še neustrezni delovni pogoji in okolje, ki ne zagotavljajo varnosti stanovalcev. Potreben je stalni nadzor nad velikim številom stanovalcev, ki jih je praktično nemogoče zavarovati pred odhodom iz oddelka. Zaposleni se stanja in nevarnosti zavedajo, čutijo se odgovorne, vendar v danih razmerah varnosti stanovalcev – v smislu neželenih odhodov – ne morejo preprečiti. Na drugi strani so zaradi neustreznih normativov gotovo na škodo tudi stanovalci. Bistvena preventiva poglobljanja ali napredovanja in nenazadnje tudi razvoja demenc je prav ohranjanje in spodbujanje aktivnosti, ki jih stanovalci še lahko opravi sam, in s tem ohranjanje obstoječe sposobnosti čim dalj časa.

Veliko v teoriji lepo zvenečih besed se v praksi kaže kot neuresničljivih. Stanovalci z demenco nemalokrat potrebujejo le vodenje, pomoč, razumevanje in toleranco. Toda delovne, bivalne razmere v DUI in tempo dela, kakršen je danes v domovih upokojencev, le povečujejo nestrpnost v odnosu do stanovalcev z demenco. Prav tako domovi za upokojence še vedno nimajo zaposlenega zadostnega števila kadra, ki bi skrbel za animacijo stanovalcev in so tudi tovrstne dejavnosti na ramenih kadra zdravstvene nege in oskrbe. Zaposleni se zavedajo problema pomanjkanja aktivnosti, ki bi stanovalcem popestrile dan, jim preusmerile misli tudi na področja izven njihove starosti in bolezni, zato po svojih močeh poskušajo čim bolj zaposliti stanovalce z aktivnostmi, ki so jih še sposobni in se jih želijo udeležiti. Prav zaposleni s področja zdravstvene nege in oskrbe v DUI so na lastno pobudo pričeli s tovrstnimi dejavnostmi, saj ugotavljajo, da so na ta način stanovalci veliko manj depresivni, nemirni in begavi. Potrebno je bilo kar nekaj časa, da so stanovalci sprejeli tovrstne aktivnosti, vendar so pozitivne informacije tako s strani stanovalcev kakor tudi zaposlenih motiv, da se tovrstne aktivnosti ohranjajo.

Na tem mestu moramo izpostaviti tudi pripravljenost vodstva DUI, da omogoča in vzpodbuja izobraževanje zaposlenih na področju demence in zdravstvene nege stanovalcev z demenco, s čimer pritekajo v ustanovo nova znanja, ki zaposlenim pomagajo pri delu s stanovalci z demenco. Vendar gledano dolgoročno trud posamezne ustanove ne bo dovolj. Upava, da bo pričujoči prispevek spodbuda zaposlenim v domovih upokojencev, da širši javnosti predstavijo svoje delo in težave, s katerimi se pri njem srečujejo, saj bomo le s skupnimi močmi nekoč lahko spremenili stvari na bolje.

## Literatura

1. Accetto B. Starost in staranje: osnove medicinske gerontologije. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1987.
2. Eldar R. Rehabilitacija i zdravo staranje. In: Marinček Č, Pentek M eds. Tehnologija in kakovost življenja v starosti: zbornik predavanj. Ljubljana 5. in 6. maj 1995. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 1995.
3. Hilger E, Fischer P. Mental disorders in old age. In: Kogoj A, ed. Celostna obravnava bolnika z demenco: zbornik predavanj. 2. psihogeriatrsko srečanje, Radenci, 17. in 18. november 2000. Ljubljana: Spominčica; 2001: 3–19.
4. Institucionalno varstvo starejših in posebnih skupin odraslih v Sloveniji – stanje. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Dostopno na: <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp> (5. 11. 2007).
5. Jensterle J, Mlakar J, Vodušek BD. Uporaba kratkega preizkusa spoznavnih sposobnosti pri ocenjevanju demenc. Zdrav Vestn. 1996;65:577–82.
6. Kogoj A. Racionalna farmakoterapija duševnih motenj v starosti. In: Pišljak M ed. Obravnava bolnikov z demenco in starostno depresijo: zbornik 29. okt. 2004. Idrija: Psihiatrična bolnišnica; 2004.

<sup>11</sup> Raport je kratko ustno uradno poročanje nadrejenemu, zlasti v vojski, povezava, odnos (Slovar, 2005). Izraz se na področju zdravstvene nege in oskrbe uporablja za poročanje opažanj sprememb stanj stanovalcev in tudi za izmenjavo mnenj in izkušenj. Pomemben je timski pristop.

7. Kogoj A, Kores Plesničar B. 1. psihogeriatrično srečanje. Isis 1999;
8. Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege. ZZS. Občasnik – akti in navodila, št. 3/2006, 7. 7. 2006. Dostopno na: <https://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/08b9f719edc8706fbc12571aa00398797?OpenDocument&ExpandSection=-1> (19. 11. 2007).
9. Milošević Arnold V. Celostna obravnava oseb z demenco v domu za stare. Soc delo. 2006;45(3/5):119–26.
10. Muršec M. Demenca kot klinični sindrom. Zbornik referatov 7. strokovnega seminarja. Terme Čatež: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, 1999.
11. Pečjak V. Psihologija tretjega življenjskega obdobja. Ljubljana: Znanstveni inštitut filozofske fakultete, 1998.
12. Pečjak V. Psihologija staranja. Bled: samozaložba, 2007.
13. Pentek M. Dementni bolnik, njegova družina in zdravnik splošne medicine. In: Kogoj A, ed. Celostna obravnava bolnika z demenco. Zbornik predavanj. 2. psihogeriatrično srečanje, Radenci, 17. in 18. november 2000. Ljubljana: Spominčica; 2001: 23–35.
14. Poročilo o izvajanju programa razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva do leta 2005. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Dostopno na: [http://www.gov.si/mdds/ \(12. 11. 2007\)](http://www.gov.si/mdds/ (12. 11. 2007)).
15. Prelec A. Zdravstveno stanje oskrbovancev doma upokojencev Izola v enoletnem obdobju in mnenja iz vsakdanje prakse. In: Mencej M, (ed). Zdravila v domovih za starejše občane. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije; 2005: 7–22.
16. Ramovš J. Slovar socialno alkoholološkega izrazja. 3. dopol. izd. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 2001; 62–3.
17. Ramovš J. Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontogogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2003.
18. Regoršek V. Stari ljudje v Sloveniji danes in jutri. In: Marušec M, ed. Ali smo pripravljeni na starost jutrišnjega dne? Zbornik referatov. 1. večdisciplinarno psihogeriatrično srečanje, 27. maja 2005. Maribor: Splošna bolnišnica, 2005.
19. Rudolf M. Depresija v starosti. In: Pišljarič M, ed. Obravnava bolnikov z demenco in starostno depresijo: zbornik, Idrija 29. oktober 2004. Idrija: Psihiatrična bolnišnica; 2004: 39–45.
20. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: DZS; 2005.
21. Velikonja I. Več o demenci in napotki za svojce. V skrbi za vaše zdravje. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 2005.