

Ekonomski aspekt demencije

Bender, Paula

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:646027>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-24**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
DIPLOMSKI STUDIJ SOCIJALNOG RADA

Paula Bender

EKONOMSKI ASPEKT DEMENCIJE

DIPLOMSKI RAD

Mentorica: prof.dr.sc. Silvia Rusac

Zagreb, 2023.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. DEMENCIJA.....	2
2.1. Etiologija demencije.....	3
2.2. Epidemiologija i prevalencija.....	4
2.3. Dijagnoza.....	5
2.4. Klinička slika.....	6
2.5. Liječenje.....	7
3. VRSTE DEMENCIJE.....	9
3.1. Alzheimerova bolest.....	10
3.2. Vaskularna demencija.....	10
3.3. Bolest Lewyevih tjelešaca.....	11
3.4. Frontotemporalna demencija.....	12
3.5. Parkinsonova bolest.....	12
3.6. Huntingtova bolest.....	13
4. OBILJEŽJA SKRBI O OBOLJELIMA OD DEMENCIJE.....	13
5. EKONOMSKI ASPEKT BOLESTI.....	15
5.1. Studija tereta bolesti.....	17
5.2. Izravni troškovi demencije.....	17
5.3. Neizravni troškovi demencije.....	18
5.4. Ostali, nematerijalni troškovi demencije.....	18
5.5. Trošak neformalne skrbi.....	19
5.6. Trošak demencije obzirom na stadij bolesti.....	21
6. TROŠAK DEMENCIJE KAO IZVOR STRESA ZA OBITELJ.....	22
7. OBOLJELI OD DEMENCIJE KAO ŽRTVE EKONOMSKOG NASILJA.....	23
8. ULAGANJA U BUDUĆNOSTI.....	24
8.1. Implementacija bihevioralne ekonomije.....	25
9. EKONOMSKI ASPEKT DEMENCIJE IZ PERSPEKTIVE SOCIJALNOG RADA.....	26
10. ZAKLJUČAK.....	28
11. LITERATURA.....	29

Ekonomski aspekt demencije

Sažetak

Posljednjih godina jedan od glavnih demografskih trendova je starenje stanovništva koje je vidljivo u povećanom udjelu starijih osoba u ukupnom broju stanovnika. Veći udio starijih osoba znači i veću pojavu i raširenost bolesti koje su uglavnom karakteristične za starije osobe. Demencija u većini slučajeva pogađa stariju populaciju. Demencija je neurološki sindrom globalnog i progresivnog oštećenja stečenih kognitivnih sposobnosti uzrokovan određenim kroničnim bolestima mozga. Prema definiciji koju navodi Svjetska zdravstvena organizacija, kod demencije dolazi do poremećaja u višim kortikalnim funkcijama što uključuje poremećaje pamćenja, mišljenja, orijentacije, razumijevanja, učenja, računanja te poremećaje u sposobnosti prosudbe i govora. Demencija, osim zdravstvenih izazova, sa sobom nosi i različite emocionalne, socijalne te ima ozbiljne ekonomske posljedice za pojedinca, njegovu obitelj, ali i cjelokupno društvo. Izravni, neizravni te ostali troškovi demencije u velikoj mjeri mogu utjecati na financijsku situaciju oboljelog i njegove obitelji, ali i na zdravstveni sustav u cjelini. Uzimajući to u obzir kao i činjenicu kako se prosječna života dob produžuje, a udio starijih osoba u ukupnom broju stanovništva povećava, vrlo je izgledno kako će demencija postati jedan od najzahtjevnijih, kako medicinskih, tako i socio-ekonomskih izazova suvremenog društva.

Ključne riječi: demencija, ekonomski aspekt, troškovi demencije, ekonomske posljedice

Economic aspect of dementia

Abstract

In recent years, one of the main demographic trends is the aging of the population which is visible through increased number of older people in the total population. A larger number of older people also means a greater occurrence and spread of the diseases that are mostly characteristic for the elderly. Dementia mostly affects elderly population. Dementia is a neurological syndrome of global and progressive impairment of acquired cognitive abilities caused by certain chronic brain diseases. According to the definition given by the World Health Organization, dementia is a syndrome that can be caused by number of disorders in higher cortical functions, which include disorders of memory, thinking, orientation, understanding, learning, calculation, and disorders in the ability to judge and to speak. Dementia, in addition to health challenges, also comes with different emotional and social ones, and has serious economic consequences for the individual, his family, and society as a whole. Direct, indirect and intangible costs of dementia can greatly affect the financial situation of the patient and his family, as well as the health system in general. Taking this into account, as well as the fact that the average lifespan is getting longer, and the number of elderly people in the total number of the population is increasing, it is very likely that dementia will become one of the most demanding, both medical and socioeconomic challenges of modern society.

Key words: dementia, economic aspect, dementia costs, economical consequences

Izjava o izvornosti

Ja, _____Paula Bender_____ pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio/-la drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: _____Paula Bender_____

Datum: _____

1. UVOD

Starenje stanovništva jedan je od demografskih trendova koji je započeo prije nekoliko desetljeća te se ubrzano nastavlja i danas. Trend je vidljiv u promjenama dobne strukture stanovništva i dovodi do sve većeg udjela starijih osoba u ukupnom broju stanovnika (Eurostat, 2023). Osim što mijenja strukturu, starenje stanovništva dovodi i do povećane pojave bolesti i stanja koja su karakteristična za stariju populaciju. Demencija u većini slučajeva pogađa starije osobe. Porastom broja starijih osoba, raste i broj oboljelih od demencije (Milić Babić i sur., 2021). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u svijetu je danas oko 50 milijuna ljudi koji boluju od nekog oblika demencije. Ta brojka ubrzano raste (WHO, 2023).

Statistički podaci ukazuju na to da je demencija sve veći javnozdravstveni problem. Porast broja starijih osoba u ukupnom broju stanovnika pa tako i porast broja oboljelih od demencije otvara sa sobom i neka druga pitanja. Prvenstveno se otvara pitanje razvoja adekvatne skrbi i osiguravanja optimalne kvalitete života oboljelih (Milić Babić i sur., 2021). Demencija, zbog svoje kompleksnosti zahvaća gotovo sve sfere života pojedinca, ali i njegove obitelji. Mnogo je toga već istraženo i rečeno o medicinskom aspektu demencije, njezinoj kliničkoj slici, simptomima, postavljanju dijagnoze i postojećim terapijama. Ono o čemu se manje govori je ekonomski aspekt demencije (Chandra i sur., 2023). Ne smiju se zanemariti financijske posljedice koje demencija ostavlja na pojedinca i njegovu obitelj, ali i na cjelokupno društvo. Svaki zdravstveni sustav na svijetu se u manjoj ili većoj mjeri suočava s demencijom i njezinim posljedicama (Wimo i sur., 2013). Stoga je važno razumjeti ekonomski aspekt demencije i način na koji troškovi demencije utječu na život oboljelog i njegove obitelji te na kvalitetu zdravstvenih i socijalnih usluga kako bi se razvile politike koje će oboljelima i njihovim obiteljima osigurati optimalnu kvalitetu skrbi i života općenito (Wimo i sur., 2013)

Ovim se radom nastoji detaljnije opisati ekonomski aspekt demencije. Najprije je u prvom dijelu rada detaljnije opisana demencija. Na početku se iznosi njezina definicija predstavljajući njezinu etiologiju, epidemiologiju i prevalenciju. Nakon definicije demencije, u idućem poglavlju su opisani najčešći oblici demencije pri

čemu su navedena glavna obilježja pojedinog oblika. Drugi dio rada posvećen je detaljnijem opisu ekonomskog aspekta demencije predstavljajući vrste troškova koje demencija uzrokuje osvrćući se na problem troška neformalne skrbi te financijskog stresa u obitelji kao posljedice demencije. Nakon toga objašnjen je značaj povećanog rizika od ekonomskog nasilja za oboljele od demencija. Na samom kraju, naglasak je stavljen na pametna ulaganja u budućnosti kako bi se stvorile prakse kojima bi se efikasno smanjili postojeći troškovi demencije te na način na koji socijalni rad kao struka u tome može pomoći.

2. DEMENCIJA

Naziv demencija dolazi od latinskog izraza „de mens“ što u prijevodu označava bezumnost ili ludilo. Naziv je prvi put upotrijebio francuski liječnik Phillippe Pinel davne 1801. godine iako postoje tragovi koji ukazuju na to da je demencija kao poremećaj bila prepoznata još u drevnom Egiptu (Zlomislíć, 2023). Mnogi još nisu upoznati s činjenicom kako se demencija ne odnosi na specifičnu bolest već na sindrom. Demencija se definira kao neurološki sindrom globalnog i progresivnog oštećenja stečenih kognitivnih sposobnosti uzrokovan određenim kroničnim bolestima mozga (Tkalčić i sur., 2003). Može se dakle, promatrati kao zajednički naziv za različite neuropsihološke promjene koje nastaju kao posljedica određenih kroničnih moždanih bolesti (Šimić, 2006). Prema definiciji koju navodi Svjetska zdravstvena organizacija, kod demencije dolazi do poremećaja u višim kortikalnim funkcijama što uključuje poremećaje pamćenja, mišljenja, orijentacije, razumijevanja, učenja, računanja te poremećaje u sposobnosti prosudbe i govora (WHO, 2023). Navedena oštećenja vrlo često prati gubitak emocionalne kontrole, česte promjene raspoloženja te promjene u socijalnoj interakciji i motivaciji (WHO 2023). Dijagnoza demencije, osim zdravstvenih izazova, sa sobom donosi i one emocionalne i društvene, simptomi s vremenom postaju sve intenzivniji, teži i kompleksniji. Suočavanje s navedenim rizicima pospješuje razvoj izazovnih ponašanja pojedinca koja su vrlo često zbunjujuća za njega samoga, a suprotna od onoga što se u društvu smatra primjerenim i samim time promatrana kao nepoželjna

(Štambuk i Ivančić, 2022). Isto tako, suočavanje sa svime što donosi dijagnoza demencije može povećati rizik od razvoja i drugih psihičkih poremećaja kao što je depresija ili delirij (Mimica i Kušan Jukić, 2017). Sve navedeno u velikoj mjeri narušava svakodnevno funkcioniranje pojedinca i samim time bitno smanjuje njegovu kvalitetu života općenito.

2.1. Etiologija demencije

U literaturi se kao temeljni uzrok demencije navodi odumiranje živčanih stanica u mozgu, neurona. Neuron su specifični po tome što predstavljaju jedinu vrstu stanica u ljudskom tijelu koja se ne može obnavljati (Kumar i sur., 2022). Jednom kada neuron odumre, gubi svoju funkciju koju je nemoguće povratiti, a područje mozga u kojem se nalazi atrofira. Oštećenje neurona može biti uzrokovano određenom bolesti ili ozljedom mozga koja sprječava dotok krvi u mozak (Vidučić, 2022.b). Prethodno je navedeno kako se demencija javlja kao posljedica određenih bolesti mozga. Postoji veliki broj poremećaja, odnosno bolesti koje mogu uzrokovati oštećenja jednog ili više područja mozga. Dosada je poznato preko pedeset različitih bolesnih stanja u čijoj kliničkoj slici demencija čini manji li veći dio (Šimić, 2006). Promatrano patološki, demencija može nastati kao posljedica neurodegenerativnih bolesti, vaskularnih bolesnih stanja u koje se ubrajaju bolesti srca i krvnih žila i moždani udar te infektivnih ili traumatskih bolesnih stanja. Osim navedenih uzroka koji dovode do pojave demencije, postoji niz utvrđenih rizičnih čimbenika koji povećavaju mogućnost nastajanja demencije. Kao najznačajniji rizični čimbenik navodi se životna dob. Porastom životne dobi, značajno raste rizik od nastanka demencije. Podaci pokazuju kako se nakon 60. godine života, rizik od nastanka demencije udvostručuje svakih pet godina. Drugi najznačajniji rizični čimbenik je genetika. Pozitivna obiteljska anamneza ne znači da će osoba sigurno razviti neki od oblika demencije, ali značajno povećava tu mogućnost u odnosu na ostatak populacije. Dijete ima 50% šanse da naslijedi demenciju od roditelja koji je ima. (Loy i sur., 2013). Općenito gledano, veći je broj žena s demencijom u odnosu na

muškarce. Iako se točan razlog zašto je to tako još uvijek ne zna, pretpostavlja se da su neki od uzroka nešto više prevalencije demencije među ženama duži životni vijek te promjene u razini estrogena tijekom života (Alzheimer's society of Canada, 2023). Još jedan rizični čimbenik predstavljaju različite traume glave ili ozlijede. Podaci govore kako su učestale ili ponavljane teže ozlijede glave, pogotovo one pri kojima osoba ostane bez svijesti, povezane s pojavom demencije (Chen, 2009). Osim navedenih rizičnih faktora koji se zapravo ne mogu kontrolirati, znanstvenici navode još neke na koje se itekako može utjecati i spriječiti ih. Već je dokazano kako fizička neaktivnost, pušenje i prekomjerna konzumacija alkohola te nezdrava prehrana povećavaju rizik te u nekim slučajevima i direktno uzrokuju različite bolesti i stanja (Chen, 2009). Slično je i s demencijom. Fizička neaktivnost negativno utječe na rad srca, pluća i krvotoka čime se povećava rizik od nastanka bolesti srca, srčanog ili moždanog udara, a samim time i demencije. Pušenje također štetno utječe na pluća i krvotok, posebno na krvne žile u mozgu čime se povećava rizik od srčanog udara čija posljedica može biti vaskularna demencija (Chen, 2009). Od ostalih rizičnih čimbenika koji se spominju u literaturi izdvaja se dijabetes, posebno dijabetes tipa 2 koji se, osobito u srednjoj i starijoj dobi, povezuje s obolijevanjem od demencije kao ozbiljan prediktor kognitivnog oštećenja (Cholerton i sur., 2016).

Iako ne postoje točno određene mjere prevencije koje garantiraju kako se demencija neće razviti, općim preventivnim mjerama možemo utjecati na svoje fizičko i mentalno zdravlje što zasigurno u određenoj mjeri pridonosi smanjivanju rizika razvoja demencije, ali i drugih bolesti.

2.2. *Epidemiologija i prevalencija*

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, čak više od 55 milijuna ljudi diljem svijeta boluje od neke vrste demencije. Svake se godine taj broj poveća za otprilike 10 milijuna, a prema projekcijama, do 2030. godine mogao bi narasti na 78 milijuna. Naročito se očekuje porast broja oboljelih u razvijenijim zemljama (WHO, 2023). Podaci ukazuju na to da oko 28% svi oboljelih živi u sedam najbogatijih

država svijeta. Prema istraživanju provedenom 2015., najveći broj oboljelih živio je na području istočne Azije te zapadne Europe (World Alzheimer report, 2015).

U 60% do 70% svih slučajeva radi se o Alzheimerovoj bolesti iz čega se može zaključiti kako je to najčešći oblik demencije (WHO, 2023). Drugi najčešći oblik je vaskularna demencija. Podaci ukazuju i na to da je demencija trenutno na 7. mjestu vodećih uzroka smrti i jedan od glavnih uzroka ovisnosti starijih osoba o pomoći i njezi od strane drugih. Globalno gledano, više je žena oboljelih od demencije. Razlozi za to mogu biti različiti. Žene imaju veću vjerojatnost razvoja nekog od strukturnih ili funkcionalnih poremećaja živčanog sustava, češće pate od određenih problema psihološke prirode, podložnije su razvoju depresije, a osim toga, duže i žive u o odnosu na muškarce. Sve su to faktori koji povećavaju rizik od nastanka demencije (Li i sur., 2022). Određeni podaci ukazuju na to da je prevalencija demencije nešto viša među Afroamerikancima i Latino Amerikancima. Razlog tome može se kriti u činjenici kako su navedene etničke skupine podložnije bolestima krvožilnog sustava te su zbog toga izložene većem riziku razvoja demencije (Lin i sur., 2021).

2.3. *Dijagnoza*

Postavljanje dijagnoze demencije nije lagano. Najprije je potrebno isključiti sve druge moguće uzročnike određenih stanja i bolesti koje su karakteristične za stariju dob. Ukoliko se posumnja na demenciju, liječnik najprije utvrđuje jesu li kod pacijenta u značajnijoj mjeri oštećene barem dvije moždane funkcije koje se odnose na pamćenje, govorne funkcije i jezično izražavanje, percepciju te kognitivne sposobnosti (Vilibić, 2013). Pri postavljanju dijagnoze također se uzima i detaljna anamneza pacijenta što uključuje uzimanje obiteljske anamneze, povijest bolesti te heteroanamnestičke podatke koji daju bitne informacije o promjenama u ponašanju i osobnosti. Kompletan fizikalni, neurološki te psihijatrijski pregled kao i laboratorijske pretrage su potrebne kako bi se isključile druge bolesti, a pretrage mozga kako bi se isključili tumori na mozgu ili u slučaju dijagnosticiranja demencije odredila vrsta demencije (Vilibić, 2013).

Često se prilikom dijagnosticiranja koristi test za procjenu demencije po nazivom Mini Mental State Examination ili MMSE. Test pruža korisne informacije o orijentaciji osobe u vremenu i prostoru, pamćenju nekih osnovnih pojmova, sposobnosti čitanja i pisanja i slično (Vilibić, 2013). Valja naglasiti kako je spomenuti test prikladan pri početnoj procjeni, ali za detaljniju analizu diskretnih kognitivnih oštećenja nije primjeren budući da takva oštećenja zahtijevaju kompleksnije neurološke testove. Osim MMSE-a upotrebljava se Mattisova ljestvica za procjenu demencije koja je konstruirana s ciljem procjene niskih razina kognitivnog funkcioniranja. Ljestvica se sastoji od 36 zadataka pri čemu se prvo zadaje najteži zadatak kojeg zdrave osobe rješavaju bez teškoća. Ukoliko osoba ne može riješiti taj zadatak prelazi se na lakši (Tkalčić i sur., 2003).

Bitno je znati kako još uvijek ne postoji lijek za demenciju. Unatoč tome rano dijagnosticiranje je od ključne važnosti jer omogućuje ranu intervenciju s ciljem očuvanja kognitivnih sposobnosti i ublažavanja simptoma čime se povećava vjerojatnost da se tijek bolesti stabilizira ili uspori, a samim time kvaliteta života poboljša.

2.4. *Klinička slika*

Budući demencija ima progresivni tijek, simptomi se najčešće pojavljuju postupno te se s vremenom pogoršavaju. Valja podsjetiti kako je svaka osoba jedinstvena stoga se neki od simptoma demencije kod svakoga drugačije manifestiraju. Obzirom na stupanj razvoja same bolesti, simptome je moguće podijeliti na one koji su izraženi u ranom, uznapredovalom i terminalnom stadiju bolesti (Vidučić, 2022.b) Najčešći rani simptom demencije je gubitak kratkotrajnog pamćenja. Oboljela osoba se ne sjeća nekih nedavnih događaja ili razgovora, ali se s druge strane, može sjetiti određenih detalja iz dalje prošlosti. Osim toga, pojavljuju se poteškoće u izvršavanju svakodnevnih aktivnosti te poteškoće u komunikaciji. Osoba se ne može sjetiti kako izvršiti neki zadatak kojeg inače svakodnevno obavlja te ima poteškoća s pronalaženjem prave riječi koju želi upotrijebiti. Ranom stadiju bolesti se često ne pridaje dovoljno pažnje te simptomi koji se tijekom njega javljaju budu zanemareni.

Razlog tome djelomično leži u činjenici da se zaboravljivost ili nemogućnost prisjećanja nekih nedavnih događaja još uvijek često pripisuju starosti i shvaćaju kao njezin normalan dio (Laklija i sur., 2009).

Uznapredovali stadij demencije karakteriziraju simptomi koji postaju jasniji i sve više ograničavajući. Oboljela osoba počinje zaboravljati i imena ljudi, sve je veća izgubljenost u vremenu i prostoru, a poteškoće u komunikaciji također postaju sve veće i ozbiljnije. U fizičkom smislu slabi kontrola nad tjelesnim funkcijama. Može doći do inkontinencije, problema s ravnotežom zbog čega raste rizik od padova i ozljeda te je ritam spavanja obično poremećen. Promjene u svakodnevnoj rutini te promjene koje se tiču osobnosti i sposobnosti funkcioniranja mogu uzrokovati izrazitu uznemirenost i tjeskobu kod oboljele osobe što se može manifestirati na različite načine. Oboljele osobe mogu reagirati ljutnjom, agresijom, povlačenjem u sebe, kompulzivnim ponašanjem i slično (Vidučić, 2022.b).

U terminalnom stadiju bolesti oboljela osoba je u potpunosti ovisna o skrbi i njezi drugih. Kratkoročno i dugoročno pamćenje je u potpunosti izgubljeno zbog čega vrlo često osoba više ne prepoznaje članove vlastite obitelji niti prijatelje te je potpuno izgubljena u vremenu i prostoru. Kao posljedica propadanja mozga, javljaju se različite komplikacije među kojima epizode aspiracije, kožne bolesti te veliki gubitak tjelesne težine. Poteškoće u hodanju su sve veće, a nerijetko osoba više ne može govoriti. Imunitet izrazito slabi zbog čega se povećava osjetljivost organizma na infekcije (Vidučić, 2022.b).

2.5. *Liječenje*

Budući da za demenciju još uvijek nije otkriven lijek, liječenje se usmjerava prema ublažavanju i stabilizaciji simptoma, usporavanju napretka bolesti te održavanju preostalih kognitivnih sposobnosti. Zasad ne postoji nikakav način da se oboljelom izumrle živčane stanice u mozgu vrate, ali postoje načini modifikacije rizičnih čimbenika. Krvni tlak kao i razinu šećera u krvi, moguće je kontrolirati, tu je i mogućnost prestanka pušenja i konzumacije alkohola, sve to smanjuje rizik od

pojave novih komplikacija i bolesti krvožilnog sustava čime se usporava napredak demencije. Stanje oboljelih osoba koje uzimaju propisanu farmakoterapiju je stabilno određeni broj godina te se u određenoj mjeri napredak bolesti usporava. Farmakoterapija uključuje simptomatsku terapiju i ostvaruje se primjenom antidementiva koji ne mogu zaustaviti prirodni tijek bolesti, ali mogu odgoditi napredak bolesti te na taj način oboljeloj osobi omogućavaju da što duže bude samostalna. Antidementivi djeluju na način da utječu na različite tvari koje luče živčane stanice u mozgu. Inhibitori kolinesteraze povećavaju razinu acetilkolina koji je važan za pamćenje i prosuđivanje dok memantin regulira aktivnost glutamata koji je uključen u funkcije mozga kao što su učenje i pamćenje. Kombinacija ovih lijekova se dosada pokazala kao najučinkovitiji vid terapije za liječenje simptoma demencije (Križaj Grden i Mimica, 2019).

Osim farmakoterapije kognitivnih simptoma, pri liječenju demencije ne smije se zaboraviti na ublažavanje bihevioralnih i psihijatrijskih simptoma koji se mogu javiti u sklopu depresije, anksioznosti, halucinacija, manija i drugih sličnih stanja. U tu se svrhu koriste antidepresivi, anksiolitici, antipsihotici i sedativi (Vidučić, 2022.b)

Krajnji cilj liječenja demencije je poboljšati kvalitetu života oboljele osobe. Kako bi se taj cilj ostvario, uz farmakološku terapiju, veliki značaj pridaje se nefarmakološkim metodama terapije. Koriste se različite kreativne metode za koje se pokazalo kako imaju pozitivan učinak u vidu smirivanja bolesnika, podizanja njihovog raspoloženja i motivacije te usporavanju propadanja kognitivnih funkcija. Kognitivna stimulacija kroz različite društvene igre, mozgalice i kognitivne vježbe, glazbena terapija, terapija plesom i pokretom, likovne radionice i biblioterapija samo su neke od mogućih primjenjivih oblika terapije. Implementacijom ovakvih kreativnih metoda terapije u liječenje demencije osigurava se sagledavanje osobe izvan njezine dijagnoze. Time se fokus stavlja na mogućnosti i sposobnosti osobe, a ne na njezine nedostatke i slabosti. Na taj se način oboljelu osobu osnažuje jer je se ne promatra isključivo kroz prizmu njezine bolesti nego se u obzir uzima njezin cjelokupni identitet, daje se osjećaj smislenosti. Često se zaboravlja da demencija utječe i na bolesnikovu spoznaju o samome sebi i općenito na samopouzdanje. Kreativne metode također pridonose povezivanju oboljelih s njihovim obiteljima i okolinom čime se potiče socijalizacija i integracija u društvo (Vidučić, 2022.a).

Suvremena rehabilitacija osim medicinske, obuhvaća psihološku i socijalnu dimenziju. Kako bi se postigao optimalan učinak rehabilitacije i liječenja potrebna je suradnja zdravstvenih i nezdravstvenih profesija, briga o fizičkom, ali i mentalnom zdravlju. Liječenje demencije primjer kako je osim medicinskog aspekta liječenja, veoma bitan i onaj nemedicinski.

3. VRSTE DEMENCIJE

Prva podjela vrsta demencije temeljila se na dobi. Prema tom kriteriju, postojale su senilna i presenilna demencija. Budući se pokazalo kako su identični patološki procesi prisutni kod osoba različite dobi, podjela je odbačena. Danas se demencija najčešće klasificira obzirom na uzrok i anatomske položaj oštećenja na mozgu. Prema uzroku demencija se dijeli na primarne i sekundarne (Richter, 2021).

Primarne su one koje su posljedica izravnog oštećenja moždanog tkiva dok su sekundarne posljedica nekih drugih patoloških stanja kao što su metabolički ili endokrini poremećaji, različite infekcije, tumor na mozgu i slično. Valja naglasiti kako sekundarne demencije, za razliku od onih primarni, nemaju progresivni tijek te mogu biti reverzibilne (Richter, 2021).

Obzirom na anatomske položaj samog oštećenja moždanog tkiva razlikuju se kortikalne i subkortikalne demencije. Kod kortikalnih demencija oštećenje se nalazi u području kore velikog mozga. U tom slučaju dolazi do oštećenja kortikalnih funkcija što podrazumijeva oštećenje ili potpuni gubitak govora, otežano izvođenje svakodnevnih smislenih radnji te oštećenje ili potpuni gubitak sposobnosti raspoznavanja i rasuđivanja. Najpoznatiji i najčešći tip demencije ove vrste je Alzheimerova bolest. Subkortikalne demencije karakterizira usporavanje mentalnog procesa i procesa razmišljanja, slabljenje sposobnosti planiranja i procjene te oštećenje proceduralnog pamćenja. Najčešći tip demencije ove vrste je Huntingtonova i Parkinsonova bolest (Vidučić, 2023.b).

U nastavku rada detaljnije su prikazane najčešći oblici demencije.

3.1. *Alzheimerova bolest*

Najčešći i najpoznatiji tip demencije je Alzheimerova demencija koja je posljedica Alzheimerove bolesti. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u više od 60% svih slučajeva demencije radi se o Alzheimerovoj bolesti (WHO, 2023). Alzheimerova bolest je teška, neizlječiva neurodegenerativna bolest ireverzibilnog i progresivnog tipa. Bolest se obično pojavljuje kod osoba koje su starije od 65 godina iako je postoje slučajevi u kojima se bolest pojavila i ranije. Podaci pokazuju kako je veći broj žena koje boluju od Alzheimerove bolesti nego muškaraca (WHO, 2023). Bolest se pojavljuje podmuklo, razvija se polako, ali s godinama napreduje i postaje sve teža za oboljelu osobu. Glavna obilježja se mogu pratiti kroz tri različita stadija bolesti. Za rani stadij bolesti karakteristične su teškoće u pamćenju, posebice gubitak epizodičkog pamćenja što se odnosi na učenje novih vještina ili usvajanje novog sadržaja. Osim toga, javljaju se i promjene u raspoloženju te promjene u osobinama ličnosti, oboljela osoba može postati agresivna ili iritabilna. Vrlo često se pojavljuju problemi s procjenjivanjem i apstraktnim mišljenjem. Glavno obilježje naprednog stadija bolesti je progresija demencije (Šimić, 2006). Čitanje i govor su sve slabiji, osoba sve slabije prepoznaje svoju okolinu te dolazi do oštećenja semantičkog pamćenja. Vrlo često u ovom stadiju osoba, zbog gubitka osjećaja orijentacije u vremenu i prostoru, postaje agresivna i uznemirena što povećava rizik od razvoja depresije, anksioznosti i paranoje. U posljednjem, terminalnom stadiju bolesti, oboljela osoba je u potpunosti ovisna o skrbi i njezi drugih. Prisutan je potpuni gubitak pamćenja, osoba ne može hodati, žvakati, gutati (Šimić, 2006). Naposljetku nastupa smrt, često kao posljedica infekcije u organizmu (Tkalčić i sur., 2003).

3.2. *Vaskularna demencija*

Vaskularna ili multi-infarktna demencija drugi je najčešći oblik demencije, odmah nakon Alzheimerove bolesti. Podaci pokazuju kako 20% svih slučajeva demencije u svijetu čini upravo vaskularna demencija te da se nešto češće pojavljuje kod muškaraca (WHO, 2023). Vaskularna demencija najčešće nastaje kao posljedica

kumulativnog učinka niza manjih moždanih udara ili patoloških promjena na krvnim žilama u mozgu. Te promjene utječu na cirkulaciju krvi prema mozgu na način da mozak ostaje bez krvi, a samim time i bez kisika i hranjivih tvari zbog čega dolazi do odumiranja moždanog tkiva zbog toga je povratak na zdravstvenog stanja prije pojave bolesti nemoguć (Trkanjec, 2014). U najvećem broju slučajeva, vaskularna demencije se javlja naglo nakon čega se razvija postajući sve teža nakon svakog novog moždanog udara. Osobe s vaskularnom demencijom pate od kognitivnog deficita s manje izraženim gubitkom pamćenja u odnosu na osobe koje boluju od Alzheimerove bolesti. Kod vaskularne demencije više je izraženo kognitivno propadanje sposobnosti izvršnog funkcioniranja pri čemu misli na sposobnosti kao što su organiziranje, planiranje ili započinjanje radnji u nekom zadanom slijedu. Kao posljedica toga, oboljela osoba više ne može izvršavati neke složenije poslove ili aktivnosti kao što je odijevanje, kuhanje ili održavanje kućanstva (Trkanjec, 2014). Zbog toga osobe oboljele od vaskularne demencije relativno rano postaju ovisne o pomoći i njezi drugih. Kod ovog oblika demencije česta je pojava depresije i apatije. Ono što je još tipično za vaskularnu demenciju su motorička oštećenja. Hod je često poremećen, teturajući s puno malih i kratkih koraka. Kada se govori o vaskularnoj demenciji veliki se naglasak stavlja na mogućnost utjecaja na rizične čimbenike. Moguće je kontrolirati visoki krvni tlak, razinu šećera u krvi, ograničiti konzumaciju alkohola i cigareta, voditi brigu o prehrani i redovito vježbati te na taj način smanjiti rizik od pojave vaskularnih bolesti, a time i vaskularne demencije (Trkanjec, 2014).

3.3. *Bolest Lewyjevih tjelešaca*

Ovaj oblik treći je po redu najučestaliji u ukupnom broju slučajeva demencije u svijetu. Karakterizira ga prisutnost Lewyjevih tjelešaca, štetnih nakupina bjelančevina koje se stvaraju u određenim dijelovima mozga uzrokujući postupno kognitivno propadanje. Često se veže uz Parkinsonovu bolest budući da se u mnogo slučajeva pojavljuje paralelno s njom. Ono što je specifično za ovaj oblik demencije je relativna oscilacija kognitivnih smetnji. Često se razdoblja očuvane pozornosti i dobre orijentacije u vremenu i prostoru izmjenjuju s razdobljima opće konfuzije s nemogućnošću odgovora na jednostavna pitanja i to se događa u razmaku od

nekoliko dana do nekoliko tjedana, a nekada i unutar samo jednog razgovora s oboljelom osobom. Bitno obilježje ove vrste demencije su vidne halucinacije koju su, za razliku od onih koje se mogu javiti u sklopu Parkinsonove ili Alzheimerove bolesti, puno kompleksnije i više prijetee budući su vidno-prostorne sposobnosti puno više oštećene nego kod drugih oblika. Zbog toga je demenciju Lewyjevih tjelešaca nekada teško razlikovati od delirija, a liječenje je izazovno jer tretiranje halucinacija može pogoršati ostale simptome. Osim teških vidnih halucinacija, karakterističan je i poremećaj spavanja te krutost mišića (Huang, 2023.a).

3.4. *Frontotemporalna demencija*

Frontotemporalna demencija naziva je još i Pickova bolest. Odnosi se na široki spektar nasljednih poremećaja koji prvenstveno zahvaćaju temporalni i frontalni režanj, dijelove mozga koji su zaduženi za kontrolu govora i ponašanja te povezani s osobnosti. Zbog toga se često događaju velike promjene u osobnosti oboljeloga, neki se počinju ponašati neprikladno, impulzivno, mogu biti nepristojni te često zanemarivati odgovornosti. Osim toga, oboljeli od ovog oblika demencije suočavaju se s poteškoćama govora, teško pronalaze riječi i ne razumiju što im se govori. Specifičnost ove vrste demencije u odnosu na druge oblike jest ta da se obično javlja u mlađoj životnoj dobi, negdje između 40. i 60. godine života (Huang, 2023.b).

3.5. *Parkinsonova bolest*

Demencija Parkinsonove bolesti razvija se kod određenog broja ljudi kojima je ranije dijagnosticirana Parkinsonova bolest. Parkinsonova bolest je idiopatski degenerativni poremećaj pokreta. Kod većine bolesnika bolest počinje postupno tremorom ruku u mirovanju. Tremor je spor i grub, ne može se kontrolirati te je nerijetko popraćen usporenim pokretima i nestabilnom posturom. Osim navedenih simptoma koji se prvenstveno odnose na motoričke funkcije, bitno obilježje Parkinsonove bolesti je upravo demencija koja predstavlja učestalu komplikaciju i javlja se u kasnijem

stadiju bolesti. Često se povezuje s demencijom uzrokovanom bolesti Lewyjevih tjelešaca budući da najveći broj oboljelih ima nakupine Lewyjevih tjelešaca u određenim dijelovima mozga (Huang, 2023). Osobe koje pate od ovog oblika demencije također imaju vidne halucinacije, ali manje kompleksne od onih koje se javljaju kod bolesti Lewyjevih tjelešaca. Ostale značajke ne razlikuju se mnogo od značajki Alzheimerove bolesti i vaskularne demencije (Vidučić, 2023.b).

3.6. *Huntingtova bolest*

Huntingtova bolest nasljedna je bolest koja se očituje nevoljnim i nepravilnim pokretima tijela te postupnim kognitivnim propadanjem. Prvi se simptomi obično pojavljuju u srednjoj životnoj dobi, između 35. i 60. godine života. Najčešće se radi o abnormalnim pokretima lica i tijela kao što su trzanje tijela, živahan hodi nemogućnost kontrole motoričkih radnji poput plaženja jezika ili grimase lica. Demencija se obično razvija prije ili istodobno s navedenim poremećajima pokreta. U mnogim slučajevima dolazi do izrazitih promjena ličnosti i razvoja nekih od psihijatrijskih poremećaja kao što su bipolarni poremećaj ili shizofrenija. Progresom bolesti, osoba više ne može hodati, gutanje je otežano, a demencija uznapredovala. Zbog toga je oboljelima potrebna neprekidna pomoć i njega te smještaj u specijaliziranim ustanovama (Gonzalez-Usigli, 2023).

4. OBILJEŽJA SKRBI O OBOLJELIMA OD DEMENCIJE

Skrb za osobu oboljelu od demencije ima mnogo sličnosti sa skrbi za osobe koje boluju od nekih drugih bolesti, ali isto tako ima i svoje specifičnosti. Osobi oboljeloj od demencije potrebna je opsežnija pomoć i sveobuhvatan pristup (Lusch, 2023). Zdravstvena njega osobe oboljele od demencije uključuje kurativne, preventivne i palijativne metode. Sastoji se od svakodnevne brige o osobnoj higijeni, pomoći

prilikom hranjenja, primjeni propisane terapije, kontrole vitalnih parametara, osiguravanju sigurne okoline te redovitog odlaska osobe na bolničke kontrole (Gustin i sur., 2015). Osim organizacije i provođenja zdravstvene njege, njegovatelji osoba oboljelih od demencije im pomažu u obavljanju gotovo svih drugih aktivnosti svakodnevnice, od pomoći u održavanju kućanstva do organizacije aktivnosti za razonodu i socijalnih kontakata. Jedno obilježje skrbi koje se ističe jest intenzitet skrbi koji s vremenom postaje sve veći. Od toga da oboljelu osobu u početku treba samo podsjetiti da obavi određeni zadatak do toga da u terminalnoj fazi taj zadatak u potpunosti preuzima njegovatelj (Lusch, 2023)

Najčešći njegovatelji osoba oboljelih od demencije su njihovi najbliži, članovi njihove obitelji. Dobivanjem dijagnoze demencije, obitelj se suočava s potrebom da promijeni vlastiti život i da se gotovo u potpunosti prilagodi oboljelom članu. Članovi obitelji u većini slučajeva nisu stručne osobe te predstavljaju neformalne njegovatelje. Kao neformalni njegovatelji izloženi su različitim stresorima što nerijetko ostavlja posljedice na njihovo psihičko i fizičko zdravlje, emocionalno stanje, socijalni te financijski status (Tilinger i Štambuk, 2018).

Kao jedan od najznačajnijih problema skrbi koji su specifični za skrb oboljelih od demencije izdvaja se nedostatak recipročnosti u skrbničkom odnosu. Prilikom pružanja skrbi osobi koja boluje od neke druge bolesti koja ne utječe na kognitivne sposobnosti ili bolesti koja uzrokuje tjelesna oštećenja, vrlo često skrbnici dobivaju riječi podrške, oboljeli im daju do znanja da su im zahvalni za ono što rade. Njegovateljima osoba oboljelih od demencije, oboljeli ne mogu iskazivati zahvalnost ili obzirnost što je posebno vidljivo u uznapredovaloj i kasnijoj fazi bolesti. Nerijetko su njegovatelji izloženi ljutnji i frustracijama koje su, bez svjesne namjere, usmjerene prema njima (Laklija i sur., 2009). U velikom broju slučajeva, oboljeli su nesuradljivi, a ponekad i agresivni. Sve to kod njegovatelja može izazvati ljutnju i ogorčenost zbog osjećaja da se ono što oni rade nimalo ne cijeni. S druge strane, skrb o oboljelima od demencije ima i svoja pozitivna obilježja. Njegovatelji, kada je riječ o pozitivnim karakteristikama skrbi, često ističu da im je ta uloga njegovatelja donijela osjećaj ponosa te da su kroz nju doživjeli osobni rast (Laklija i sur., 2019).

5. EKONOMSKI ASPEKT BOLESTI

Klinička slika ili epidemiologija određene bolesti, stanja ili ozljede osnovni su aspekti koji se uzimaju u obzir prilikom utvrđivanja načina liječenja ili prevencije. Osim njih, posljednjih godina, više nego prije, u fokus dolazi i ekonomski aspekt bolesti (Chisholm i sur., 2009). Pod ekonomskim aspektom pojedine bolesti često se podrazumijeva njezin financijski utjecaj kojeg ima i financijske posljedice koje može ostaviti na pojedinca i cijelo društvo. Upravo financijski utjecaj i posljedice koje pojedina bolest, stanje ili ozljeda može imati, sve više postaju predmet interesa mnogih znanstvenika. Jedan od razloga toga je taj što se sagledavanjem ekonomskog aspekta dobivaju informacije o bolesti koje mogu biti korisne u identificiranju mogućih strategija smanjivanja troškova bolesti i ozljeda stvarajući prikladne preventivne aktivnosti i strategije liječenja (Chisholm i sur., 2009).

Financijski utjecaj neke bolesti moguće je promatrati na makroekonomskoj i mikroekonomskoj razini. Na makroekonomskoj razini, gleda se kako pojedina bolest utječe na društvo kao cjelinu (Chisholm i sur., 2009). Često se na ovoj razini proučava kako se pojava određene bolesti odražava na bruto domaći proizvod ili BDP. Sagledavaju se troškovi, odnosno količina sredstava koju je, na godišnjoj razini, potrebno izdvajati za mjere prevencije od bolesti, za osiguravanje prikladne terapije i općenito, koliki su troškovi liječenja bolesti. Osim toga, na makroekonomskoj razini se u obzir uzima i kakav utjecaj bolest ima na tržište rada, broj zaposlenih odnosno nezaposlenih te kakve posljedice ostavlja na cjelokupnu ekonomiju.

Gledajući na mikroekonomskoj razini, bolest ima financijski utjecaj i ostavlja posljedice na pojedincu, njegovoj obitelji i tvrtki ili organizaciji u kojoj je zaposlen. Prilikom sagledavanja bolesti iz mikroekonomske perspektive, često je u fokusu osiromašenje kućanstava budući da bolest obično povećava izdatke kućanstva. Na mikroekonomskoj razini sagledavaju se troškovi pojedinca i njegove obitelji ili kućanstva koji su povezani s bolešću pri tome se u obzir uzimaju troškovi koji se odnose na liječenje bolesti, njegu, izdaci za različite zdravstvene usluge povezane s bolešću i slično. Promatra se kako se prihodi pojedinca i kućanstva mijenjaju s

dijagnosticiranjem pojedine bolesti, kako bolest utječe na kupovnu moć pojedinca (Chishlom i sur., 2009)

Kao važna financijska posljedica bolesti često se navodi nemogućnost pojedinca da obavlja svoje svakodnevne aktivnosti među kojima je i odlazak na posao i ispunjavanje radnih zadataka i obaveza što utječe na produktivnost tvrtke ili organizacije u kojoj je pojedinac zaposlen, ali utječe i na njega samoga budući se njegova primanja, zbog odsutnosti, smanjuju (Chisholm i sur., 2009)

Osobama koje boluju od demencije, napretkom bolesti, svakodnevno funkcioniranje postaje sve teže zbog činjenice da neke jednostavne, svakodnevne aktivnosti ne mogu sami obavljati te im je iz tog razloga potrebna pomoć drugih. Osim što utječe na fizičko i psihičko zdravlje pojedinca te na njegovu socijalnu situaciju, demencija ima i određene ekonomske posljedice. Demencija značajno pogađa svaki zdravstveni sustav na svijetu, i u socijalnom i u ekonomskom smislu. Rast troškova na svjetskoj razini brži je od rasta prevalencije bolesti. Podaci istraživanja provedenog 2019. godine pokazali su kako je ukupni svjetski trošak demencije procijenjen na oko 1.3 trilijuna američkih dolara, a predviđa se kako će se ta brojka u budućnosti najmanje udvostručiti (Wimo i sur., 2022).

Ne postoji mnogo usporedbi globalnih troškova demencije s troškovima drugih veoma raširenih bolesti i stanja, ali u nekolicina provedenih istraživanja u Velikoj Britaniji pokazala je kako je trošak demencije gotovo jednak kao i trošak raka, bolesti srca i moždanog udara zajedno. S druge strane, najmanje sredstava je uloženo u istraživanja za pronalaženje lijeka, efektivnih metoda terapije i prevencije od demencije (Wimo i sur., 2013).

Uzimajući u obzir spomenute brojke i činjenicu kako se prosječna života dob produžuje, a udio starijih osoba u ukupnom broju stanovništva povećava, vrlo je izgledno kako će demencija postati jedan od najzahtjevnijih, kako medicinskih, tako i socio-ekonomskih izazova suvremenog društva (Xu i Qiu, 2018).

5.1. *Studija tereta bolesti*

Studija tereta bolesti (*eng. Cost of illness studies*) vrsta je evaluacije koja se često koristi prilikom procjene ekonomskog učinka neke bolesti na pojedince, njihove obitelji te društvo u cjelini. Cilj je identificirati i procijeniti sve troškove pojedine bolesti uključujući mjerenje izravnih, neizravnih medicinskih troškova te ostalih, nematerijalnih troškova (Turčić i sur., 2016). Rezultat, izražen u novčanom iznosu predstavlja procjenu ukupnog ekonomskog tereta bolesti za društvo (Byford i sur., 2000). U posljednjih nekoliko godina, objavljen je određeni broj studija tereta demencije. Prilikom evaluacije demencije putem studije tereta u obzir se uzimaju stadij demencije i životni uvjeti te životni standard oboljelog i njegove obitelji budući da su to čimbenici koji znatno utječu na visinu troškova povezanih uz bolest.

Općenito, studija tereta bolesti prilikom procjene ukupnog troška bolesti podrazumijeva tri komponente: izravne, neizravne troškove te ostale ili nematerijalne troškove. Izravni troškovi su oni vezani za zdravstvenu njegu i zaštitu, neizravni se odnose na troškove vezane uz gubitak radne sposobnosti ili nemogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti dok nematerijalni troškovi nisu povezani s gubitkom novca ili resursa već se odnose na trošak u smislu gubitka na psihičkom i emocionalnom planu (Quentin i sur., 2010).

5.2. *Izravni troškovi demencije*

Najveći dio troškova odnosi se na izravne troškove. Snose ih zdravstveni sustav u cjelini, društvo, obitelj oboljelih i naposljetku, sami oboljeli. Izravni troškovi su oni koji povezani sa zdravstvenom njegom i zaštitom (Schaller i sur., 2015). Zdravstvena njega i zaštita uključuje medicinsku skrb što uključuje posjete liječniku, troškove koji odlaze na lijekove, troškove smještaja u specijaliziranoj zdravstvenoj ustanovi i slično (Deb i sur., 2017). Pod izravne troškove još spadaju i troškovi koji nisu vezani za medicinsku njegu i zaštitu već su vezani uz prijevoz do pružatelja zdravstvenih usluga, izmjene koje je potrebno napraviti unutar kućanstva kako bi se prilagodilo oboljelom, izmjene u prehrani oboljelog i slično (Schaller i sur., 2015).

Zbog progresivnog pada kognitivnih sposobnosti i funkcionalnog statusa, mnogim oboljelim od demencije, u naprednom i terminalnom stadiju potrebna je neprestana pomoć i zdravstvena njega koja se pruža u specijaliziranim zdravstvenim ustanovama. Zbog toga, veliki dio izravnih troškova oboljelih od demencije koji su smješteni u specijaliziranu ustanovu otpada na plaćanje smještaja u toj ustanovi (Leniz i sur., 2022). Bitno je naglasiti kako smještaj u takvim ustanovama nije nimalo jeftin i njegovo plaćanje predstavlja financijski izazov za veliki broj oboljelih i njihove obitelji.

5.3. *Neizravni troškovi demencije*

Neizravni troškovi nisu nužno vezani uz gubitak novca već različitih resursa, gubitak radne sposobnosti, funkcionalnosti, nemogućnost obavljanja svakodnevnih radnji te gubitak produktivnosti koji je rezultat toga. Spomenuti gubitak produktivnosti ne odnosi se samo na oboljelu osobu već i na njezinog njegovatelja, odnosno na njegov gubitak produktivnosti i troškove koji dolaze s tim (Schaller i sur., 2015).

Bitna odrednica neizravnih troškova demencije je neformalna skrb odnosno troškovi neformalne skrbi. O većini oboljelih od demencije skrbi jedan ili više članova njihove obitelji koji za to nisu plaćeni. Za razliku od drugih oboljelih osoba kojima je potrebna dugotrajna skrb i njega, oboljelima od demencije potrebna je cjelodnevna skrb, često i cjelodnevni nadzor te pružanje pomoći u obavljanju jednostavnih, svakodnevnih aktivnosti. To rezultira većim troškovima skrbi koji mogu u velikoj mjeri ekonomski opteretiti pružatelja skrbi, ali i cijelu obitelj oboljelog (Schaller i sur., 2015).

5.4. *Ostali, nematerijalni troškovi demencije*

Ostali ili nematerijalni troškovi odnose se na gubitke koji pogađaju oboljele, ali i njihove obitelji u psihičkom i emocionalnom smislu. Odnose se na sve gubitke koji

nastaju kao rezultat psihološkog opterećenja i stresa oboljelih i njihovih obitelji. Neki autori ovaj tip troškova opisuju kao gubitak cjelokupne kvalitete života koji nastaje zbog svih poduzetih intervencija u liječenju i životu s bolesti (Gerves i sur., 2013). Valja naglasiti kako u literaturi postoji mnogo neslaganja vezanih za uvrštavanje ovog tipa troškova u ekonomske analize utjecaja bolesti. Neki smatraju kako ih treba uvrstiti jer, usprkos tome što nisu izravno povezani s financijskim aspektom, mogu doprinijeti stvaranju ukupne slike ekonomskog utjecaja demencije. S druge strane, neki autori smatraju kako ovoj vrsti troškova nije mjesto u ekonomskih procjenama i analizama budući se takvi troškovi ne mogu precizno izmjeriti te kao takvi ne daju značajne informacije (Leung i sur., 2002).

5.5. *Trošak neformalne skrbi*

Kao što je već prethodno navedeno, bitna odrednica neizravnih troškova demencije su troškovi neformalne skrbi. Najveći broj osoba oboljelih od demencije prima skrb i njegu od strane člana svoje obitelji ili neke druge bliske osobe, najčešće se radi o bračnom partneru ili djetetu koje brine za oboljelog roditelja. Posljedica toga je da ekonomski teret demencije u puno većoj mjeri snose pojedinac i njegova obitelj u odnosu na društvo ili državu (Schaeller i sur., 2015).

Skrb za osobe oboljele od demencije ima svoje specifičnosti. Često je, zbog progresivnog kognitivnog opadanja i smanjivanja općeg funkcioniranja, osobi potrebna neprestana njega i nadzor te pomoć u obavljanju i nekih najjednostavnijih svakodnevnih aktivnosti poput odijevanja, hranjenja ili održavanja osobne higijene. To od osobe koja pruža njegu iziskuje kompletnu posvećenost i neprestanu angažiranost. Da bi to postigla, osoba koja pruža njegu često mora zapostaviti svoje prioritete i njezin cijeli fokus prelazi na oboljeloga i zadovoljavanje njegovih potreba. U velikom broju slučajeva, osoba koja pruža njegu mora uskladiti svoje radno vrijeme i obveze s pružanjem njege oboljeloj osobi što zahtjeva puno odricanja. Osobe koje pružaju njegu nerijetko, ukoliko je to moguće, prelaze raditi na pola radnog vremena ili su primorane prestati raditi u potpunosti. Kao posljedica toga primanja postaju manja što se s vremenom može odraziti na primanja cijelog

kućanstva. S druge strane imaju još jedan posao, koji je iznimno zahtjevan, a za koji nisu plaćene. Sve navedeno ukazuje na to da, iako se na prvi pogled ne čini tako, skrb za oboljele od demencije ima određeni utjecaj na tržište rada na način da uzrokuje promjene u ponudi radne snage što dugoročno može ostaviti posljedice na ekonomski sustav (McDaid, 2001).

Sukladno prethodno navedenom, može se zaključiti kako neformalni negovatelji imaju važnu ulogu u skrbi za oboljele od demencije. Daju veliki doprinos u skrbi za oboljele od demencije za koji ne primaju nikakvu naknadu te se nerijetko pogrešno promatraju kao besplatan resurs koji predstavlja zamjenu za profesionalne negovatelje. Procjena troška neformalne skrbi potrebna je kako bi se dobila sveobuhvatna analiza ekonomskog aspekta demencije. Osim toga, saznanja o visini troškova neformalne skrbi mogu poslužiti u kreiranju budućih odgovarajućih strategija skrbi kojima će biti zadovoljene potrebe oboljelih, ali i njihovih negovatelja. Iako svijest o važnosti procjene troška neformalne skrbi postoji, u literaturi ju je vrlo teško pronaći. Razlozi za to su višestruki. Procjenu je teško napraviti jer troškovi neformalne skrbi nemaju svoju eksplicitnu tržišnu vrijednost stoga je izazovno odrediti kolika bi zapravo bila vrijednost neformalne skrbi za osobu oboljelu od demencije. Osim toga, postoji nesuglasje oko metodologije kojom bi se kvantificirala neformalna skrb. Iako još uvijek ne postoji standardizirani način na koji bi se neformalna izmjerila te na taj način procijenio njezin trošak, u literaturi se najčešće koriste dvije metode (Chandra i sur., 2023). Kod obje metode se vrednuje vrijeme utrošeno na skrb i njegu oboljele osobe. Prvom metodom određuje se zamjenska cijena koja je jednaka tržišnoj cijeni za profesionalno pružanje njege u kući. Nedostatak metode je što se u obzir ne uzimaju specifičnosti i poteškoće koje se mogu pojaviti prilikom njege osobe oboljele od demencije. Druga metoda je procjene troška jest da se izračuna plaća koju bi negovatelj dobio na svom radnom mjestu, ali koju je izgubio jer se posvetio pružanju skrbi (Chandra i sur., 2023).

Činjenica da veliki dio skrbi za oboljele od demencije otpada na neformalne negovatelje samo naglašava njihovu važnost. Stoga je vrlo bitno da oni kao takvi dobiju odgovarajuću podršku. Odgovarajuća podrška, između ostalog, podrazumijeva i onu financijsku. Financijska podrška neformalnim negovateljima osoba oboljelih od demencije pruža se u nekim zemljama svijeta. Međutim, općenito,

strategije pružanja podrške izrazito variraju od države do države te su relativno nerazvijene, pogotovo u odnosu na strategije pružanja podrške roditeljima njegovateljima djece s poteškoćama ili različitim bolestima (Jonsson, 2022).

5.6. *Trošak demencije obzirom na stadij bolesti*

Praćenje troškova u ovisnosti o stadiju bolesti još je jedna specifičnost demencije kada se radi o njezinom ekonomskom aspektu. Napredovanje demencije neizbježno vodi do povećanja potrebe za skrbi i njegovom oboljele osobe. Napretkom bolesti, simptomi postaju intenzivniji, kognitivne sposobnosti sve više slabe, a funkcionalnost osobe se smanjuje. Zbog toga skrb postaje sve zahtjevnija. U velikom broju slučajeva jedino rješenje postaje smještaj osobe u specijaliziranu zdravstvenu ustanovu gdje će joj biti pružena profesionalna njega. U drugim slučajevima, neformalni njegovatelji se više ne mogu sami nositi sa zahtjevima skrbi te im je potrebna pomoć (Wolstenholme i sur., 2002).

Činjenica da demencija ima progresivni tijek te da simptomi postaju sve izraženiji, a skrb sve zahtjevnija ukazuje na to da dolazi do promjene u visini troškova obzirom na napredak bolesti. Podaci provedenih istraživanja pokazali su kako se troškovi demencije i više nego udvostruče u različitim fazama bolesti (Leicht i sur., 2011). Prema istraživanju provedenom 2011. godine, ukupni troškovi demencije u ranoj fazi bolesti iznosili su oko 15 000 eura, troškovi u uznapredovalom stadiju oko 32 000 eura dok su u terminalnom stadiju procijenjeni na oko 42 000 eura (Leicht i sur., 2011). Većina troškova u svim fazama bolesti odnosi se na troškove medicinske skrbi, njege te intervencija koje se obavljaju. Ono što je različito jest da se napretkom bolesti, ti troškovi medicinske skrbi i njege općenito povećavaju. Tako da su najveći troškovi medicinske skrbi i njege procijenjeni u kasnom, odnosno terminalnom stadiju bolesti. To se može objasniti činjenicom da su u terminalnom stadiju oboljeli u potpunosti ovisni o pomoći drugih. U mnogo slučajeva, njihova funkcionalnost je smanjena do te mjere da osnovne, svakodnevne aktivnosti ne mogu obavljati sami. Kognitivne sposobnosti su gotovo u potpunosti oslabljene pa često oboljeli nisu

svjesni vremena i prostora u kojem se nalaze zbog čega je komunikacija otežana, a ponekad i u potpunosti nemoguća. Zbog svega toga, skrb postaje iznimno zahtjevna i samim time skuplja u odnosu na početni stadij bolesti (Wolstenholme i sur., 2002).

6. TROŠAK DEMENCIJE KAO IZVOR STRESA ZA OBITELJ

Dijagnoza demencije sa sobom donosi brojne izazove u smislu fizičkih, psihičkih i emocionalnih poteškoća za oboljelog. Međutim, obitelj oboljelog se isto tako suočava s nizom izazova i poteškoća koje nerijetko predstavljaju snažne izvore stresa. Jedan od značajnijih stresora za obitelj su financijski problemi koji se javljaju. Prosječni ukupni troškovi dugotrajne skrbi za osobu oboljelu od demencije procijenjeni su na oko 412 000 američkih dolara pri čemu je utvrđeno da oko 70% tih troškova snosi obitelj oboljelog (Pothen Skaria, 2022). Prema modelu procesa stresa kod njegovatelja oboljelih od demencije, financijski problemi spadaju u sekundarne stresore. Sekundarni stresori, za razliku od primarnih koji su direktno povezani s njegom za oboljelog, se odnose na sve one promjene u životu koje su posljedica skrbi za oboljelog. Valja istaknuti kako sekundarni stresori nisu sekundarni po svojoj važnosti. Istraživanja su pokazala kako obje skupine stresora utječu na ukupnu razinu stresa i sagorijevanja kod njegovatelja (Judge i sur., 2010).

Određeni broj neformalnih njegovatelja je zaposlen te balansira između skrbi za oboljelu osobu i ispunjavanja obveza na svojem radnom mjestu. S jedne strane posao kojeg zaposleni njegovatelj obavlja može nepovoljno utjecati na kvalitetu skrbi koju pruža oboljelome u smislu da ne ostavlja dovoljno vremena za skrb, a s druge strane obaveze koje dolaze sa skrbi za osobu oboljelu od demencije mogu utjecati na to da njegovatelj nije u mogućnosti posvetiti se svome poslu u potpunosti. Zvuči kao jedan začarani krug koji njegovatelje stavlja u iznimno težak položaj (Jonsson, 2022).

Skrb za oboljelu osobu od demencije nije plaćena, a u isto vrijeme iziskuje ogromne troškove. Uz to, zbog svoje kompleksnosti i činjenice da je oboljelima uglavnom potrebna cjelodnevna pomoć iziskuje visoku razinu posvećenosti i angažiranosti.

Međutim, veliki broj njegovatelja koji je zaposlen si ne može priuštiti prestanak zaposlenja. Osim navedenog, u obzir treba uzeti i činjenicu kako određeni broj njegovatelja predstavljaju starije osobe koje više nisu radno sposobne (Gerves, 2013).

Financijski stres znatno utječe na kvalitetu skrbi, ali i cjelokupnu kvalitetu života i oboljelog i njegove obitelji. Pokazalo se kako financijski stres ima veliki utjecaj na percepciju vlastite dobrobiti kod njegovatelja. Često prisutan strah od nedostatka prihoda, smanjivanje prihoda, prestanak zaposlenja ostavljaju posljedice na psihičko, ali i fizičko zdravlje njegovatelja. Nerijetko se kod njegovatelja javlja i osjećaj krivnje i nemoći što doprinosi povećavanju rizika za razvoj depresije i anksioznosti (Farre, 2016).

Sukladno svemu navedenom, jasna je potreba za pružanjem podrške neformalnim njegovateljima. Potrebno je prvenstveno razviti sveobuhvatnu strategiju pružanja podrške koja mora sadržavati i financijsku potporu.

7. OBOLJELI OD DEMENCIJE KAO ŽRTVE EKONOMSKOG NASILJA

Nasilje nad starijima globalni je javnozdravstveni i psihosocijalni problem o kojem se u društvu nedovoljno razgovara. Svjetska zdravstvena organizacija definirala ga je kao “pojedinačan ili ponavljajući način ophođenja koji starijoj osobi uzrokuje bol, štetu i nepriliku, a događa se u odnosu povjerenja“ (WHO, 2022). Prilikom definiranja samog pojma, određeni su i pojavni oblici nasilja koji uključuju fizičko, psihičko, seksualno i ekonomsko nasilje te zanemarivanje. Kao jedan od najčešćih oblika nasilja nad starijima ističe se ekonomsko nasilje. Postoji više definicija ekonomskog nasilja nad starijima, ali ono što je svim definicijama zajedničko jest da se radi o otuđivanju imovine i novca starijoj osobi u svoju vlastitu korist na način da

se osobi lažno predstavlja, da ju se prisili na neželjene radnje ili da je se pokrade ili prevari (Rusac, 2006).

Starije osobe su prema svojim glavnim obilježjima specifična, osjetljiva i ranjiva skupina u društvu. Kao takvi u povećanom su riziku da postanu žrtva nekog oblika nasilja (Rusac, 2006). Osobe oboljele od demencije su posebno u ranjivom položaju zbog svog zdravstvenog stanja. Demencija, osim što utječe na gubitak pamćenja, utječe i na to kako naš mozak procesira dobivene informacije. Smanjene kognitivne sposobnosti mogu imati snažne implikacije na donošenje financijskih odluka, kako onih vezanih za medicinsku skrb i liječenje bolesti, tako i onih drugih koje nisu vezane za bolest i zdravstveno stanje. Kako bolest napreduje, oboljela osoba sve teže može samostalno donositi odluke koje se tiču štednje, investicija, planiranja kućnog budžeta u slično (Chandra i sur., 2023). Zbog toga osobe koje boluju od demencije u puno većoj mjeri ovise o savjetu drugih osoba kada je riječ o financijama. Tu se međutim stvara prostor za financijsko iskorištavanje i prijevaru. Isto tako, osoba koja boluje od demencije često se neće sjetiti gdje joj je kreditna kartica, koji je pin kartice, jeli bila na bankomatu i je li uzela novac i slično. Zbog toga je u većem riziku da bude prevarena i da joj se novac ukrade (Tryon, 2019).

Povećani rizik od ekonomskog nasilja osoba oboljelih od demencije nešto je što se nikako ne smije zanemariti već ga je potrebno detaljnije istražiti kako bi se mogle stvoriti jasne odgovarajuće mjere kojima bi se starije osobe, kojima su kognitivne sposobnosti smanjene, zaštitile od budućih prijevara i iskorištavanja.

8. ULAGANJA U BUDUĆNOSTI

Kada se gleda u budućnost, sukladno svemu dosada navedenom, realno je za očekivati da će troškovi demencije na svjetskoj razini rasti i to zabrinjavajućom brzinom. Ubrzani rast troškova predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem za koji možda nećemo imati rješenja. Najprije bi se trebalo raditi na tome da se podigne

svijest o tome koliki je zapravo utjecaj demencije u ekonomskom smislu na život oboljelog, njegove obitelji, ali i na društvo kao cjelinu (Xu i Qiu, 2018).

Osim toga, potrebno je neprestano ulagati u daljnja istraživanja. Budući je demencija još uvijek neizlječiva, veliki dio istraživanja usredotočen je na pronalazak najboljih metoda kojima će se produžiti život oboljelima te metoda kojima će se napredak bolesti usporiti pri tom osiguravajući najbolju moguću kvalitetu života za oboljele. Na taj način mogu se smanjiti i postojeći troškovi medicinske skrbi (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2021).

8.1. Implementacija bihevioralne ekonomije

Bihevioralna ekonomija grana je ekonomije koja proučava kako biološki, socijalni i kognitivni faktori utječu na ekonomsko ponašanja odnosno na donošenje ekonomskih odluka potrošača. Jedan od ciljeva bihevioralne ekonomije je objasniti zašto se potrošači u određenim situacijama ponašaju drugačije od onoga što nalaže razum odmičući se time od postulata tradicionalne ekonomije. Ovakav ekonomski pristup može biti koristan u prepoznavanju prilika za smanjivanjem nepotrebnih troškova ili pak za objašnjenje određenih visokih troškova. Valja naglasiti kako bihevioralna ekonomija ne negira ulogu racionalističkog razmišljanja prilikom donošenja financijskih odluka već uz nju priznaje da postoje i drugi čimbenici, kao što su ograničene kognitivne sposobnosti, određene karakterne crte pojedinca ili utjecaj drugih, koji mogu također uvelike utjecati na ponašanje pojedinca na tržištu. Navedene smjernice bihevioralne ekonomije su se tijekom zadnjih godina počele primjenjivati u kreiranju određenih zdravstvenih politika u smislu da se ukazuje na to da pojedinci možda neće uvijek raditi ono što je za njih najbolje u financijskom smislu, a razlog tome bi se mogao kriti u određenom zdravstvenom problemu (Šarganović, 2019).

Isti pristup se može primijeniti i na izazove povezane s demencijom. Slabljenje kognitivnih sposobnosti s vremenom dovodi do toga da osoba više nije sposobna

procesuirati informacije koje iz okoline dobiva niti je sposobna donositi odluke koje se tiču njezine vlastite dobrobiti, uključujući i one koje utječu na njezino financijsko stanje. Implementacija smjernica bihevioralne ekonomije mogla bi se iskoristiti za podizanje svijesti među oboljelima i njihovim obiteljima o načinima na koji demencija može utjecati na pojedinca kada se radi o njegovom financijskom statusu. Bihevioralna ekonomija bi također mogla biti korisna u stvaranju strategije kojom se potiče kreiranje financijskog plana skrbi za oboljelog i njegovu obitelj. Na taj način bi se u početnoj fazi bolesti, mogli odrediti financijski prioriteti vezani uz skrb i liječenje oboljelog kao i oni vezani za ostale članove obitelji te bi se moglo odlučiti o važnim financijskim pitanjima kao i ispoštovati želje oboljeloga što u velikoj mjeri može pomoći u kasnijoj fazi bolesti kada on više nije sposoban donositi tako bitne odluke (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2021).

9. EKONOMSKI ASPEKT DEMENCIJE IZ PERSPEKTIVE SOCIJALNOG RADA

Demencija kao ozbiljan javno-zdravstveni problem predstavlja prilično veliki izazov za cijelo društvo i sve njegove aspekte pa tako i za struku socijalnog rada. Demencija se u društvu, kao i većina ostalih bolesti, prvenstveno promatra iz medicinske perspektive gdje je primarni cilj pronaći lijek i stvoriti optimalnu medicinsku terapiju. Navedeno je naravno iznimno važno te struka kao i društvo u cijelosti treba težiti ka tome da se lijek pronađe, ali to nikako ne bi trebao biti jedini način na koji se pristupa bolesti. Sagledavanje bolesti isključivo iz medicinske perspektive ne ostavlja puno prostora za razvoj interdisciplinarnog pristupa. Međutim, zadnjih godina sve se više prepoznaje potreba interdisciplinarnog pristupa u liječenju bolesti. U sklopu toga sve više raste i svijest o socijalnim radnicima kao bitnim članovima tima stručnjaka koji rade s osobama oboljelima od kroničnih bolesti. Bolest osim, fizičkog i psihičkog narušenog zdravlja, ostavlja duboke posljedice i u drugim aspektima života bolesnika, ali i njegove obitelji. Socijalni radnici kao stručnjaci,

dobro su upoznati s tom činjenicom. Znaju da bolest može ostaviti ozbiljne posljedice i na njegovo emocionalno stanje, proces socijalizacije kao i cjelokupnu kvalitetu života. To uključuje i ekonomski aspekt bolesti (Rusac, 2016).

Socijalni radnici kao stručnjaci, osobama oboljelima od demencije i njihovim obiteljima pomažu da se nose s različitim izazovima koje im donosi dijagnoza demencije. Adekvatno i stručno pružena pomoć zahtijeva od socijalnih radnika sveobuhvatno razumijevanje demencije. To uključuje uzimanje u obzir i ekonomskih posljedica koje demencija ostavlja na oboljelog i njegovu obitelj (Dixon i sur., 2015). Socijalni radnik ima veliku ulogu kada je riječ o planiranju skrbi za oboljelog. Plan se sastavlja u početnoj fazi bolesti zajedno s oboljelim i njegovom obitelji. Prednost planiranja skrbi ogleda se u postavljanju jasnih zdravstvenih, ali i onih nezdravstvenih ciljeva skrbi čime se postiže ostvarivanje onog što je najvažnije. Planiranje skrbi prilika je koju socijalni radnik može iskoristiti da oboljelome i njegovoj obitelji ukaže na važnost planiranja financijskog dijela bolesti. To uključuje i rješavanje svih financijskih pitanja i donošenje određenih financijskih i poslovnih odluka koje mogu odrediti kasniji tijek skrbi, ali i utjecati na život svih članova obitelji, dok je oboljeli još uvijek sposoban za to (Rusac, 2016). Socijalni radnik ispunjavajući svoju savjetodavnu ulogu može oboljelome ukazati na moguće ekonomske posljedice, pružiti mu bitne informacije o tome kome se može obratiti za pomoć onda kada mu zatreba te osim toga, socijalni radnik oboljelome i njegovoj obitelji može pružiti i bitne informacije o tome na koje zdravstvene usluge, a koje su mu besplatne, imaju pravo. Uz sve navedeno, socijalni radnik pruža i emotivnu podršku, kako oboljelom, tako i njegovoj obitelji i bližnjima. Svojim znanjem i komunikacijskim vještinama, socijalni radnik može biti izvor podrške i pomoći u stresnim situacijama uzrokovanim financijskim problemima (Rusac, 2016).

Osim u direktnom radu s oboljelima i njihovim obiteljima, socijalni radnici, uz ostale stručnjake, i u društvu mogu biti ti koji će ukazivati na važnost sagledavanja ekonomskog aspekta demencije. Svoja znanja i stručnost mogu iskoristiti na način da pomognu u osmišljavanju novih intervencija i usluga koje bi se pružale na razini zajednice, počevši od one lokalne, a kojima bi se pomoglo oboljelima i njihovim obiteljima da se lakše nose s financijskim teretom demencije (Dixon i sur., 2015).

10. ZAKLJUČAK

Svjetska populacija nedvojbeno stari. Prosječni životni vijek se produljuje sve više i više, a to sa sobom donosi i dobre i loše strane. Jedna od onih loših je i češća pojava bolesti u starijoj životnoj dobi. Demencija kao sindrom koji u najvećem broju slučajeva pogađa stariju populaciju se sve više ističe kao jedan od vodećih javnozdravstvenih problem suvremene medicine koji u različitoj mjeri utječe na svaki zdravstveni i socijalni sustav na svijetu. Treba znati kako demencija nije uobičajeni dio starenja, ali postaje sve češća među starijim osobama budući da podaci pokazuju kako broj oboljelih iz godine u godinu ubrzano raste (Leung i sur., 2003).

Demencija oboljelima smanjuje kognitivne sposobnosti, utječe na njihovu sposobnost donošenja odluka i obavljanja jednostavnih svakodnevnih aktivnosti ostavljajući ih tako ovisnima o pomoći i njezi skrbnika. Zbog svoje složenosti, utječe na različite aspekte života oboljelog, ali i njegove obitelji. Stoga nije pogrešno reći kako demencija, osim što predstavlja izazov u suvremenoj medicini, predstavlja i sve veći socio-ekonomski izazov modernog društva. Ekonomski aspekt demencije nije nimalo zanemariv, troškovi na globalnoj razini svake godine sve više i više rastu, a ekonomske posljedice za oboljele, njihove obitelji i društvo su sve veće i ozbiljnije. Financijski stres koji se stvara može se odraziti na kvalitetu skrbi koju prima oboljeli te na njegovu opću kvalitetu života i kvalitetu života njegove obitelji (Aranda i sur., 2021).

Sukladno navedenom, može se zaključiti kako je demencija skupa, skupa u svakom smislu. Skupa je za pojedinca, za njegovu obitelj i za cijelo društvo, a prema predviđanjima će postati još i skuplja. Pravilno razumijevanje ekonomskog aspekta demencije, društvenih troškova demencije i načina na koji oni utječu na obitelji, zdravstvene i socijalne usluge te na globalnu ekonomiju od velike je važnosti za

podizanje svijesti, postizanje pravilnog određivanja prioriteta u skrbi za oboljele te u kreiranju odgovarajućih praksi koje će pomoći u smanjivanju troškova.

11. LITERATURA

1. Alzheimer's Disease International (2015). World Alzheimer Report 2015. Preuzeto s: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2015/> (07.08.2023.)
2. Alzheimer's society of Canada (2023). **Risk factors**. Preuzeto s: https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Risk-factors_Alzheimer-Society-Canada.pdf (03.08. 2023).
3. Aranda, M.P., Kremer, I.N., Hinton, L., Zissimopoulos, J., Whitmer, R. A., Hummel Huling, C., Trejo, L. & Fabius, C. (2021). Impact of dementia: Health disparities, population trends, care interventions and economic costs. **J Am Geriatr soc**, 69 (7), 1774-1783.
4. Byford, S., Torgerson, T.J. & Raftery, J. (2000). Cost of liness studies. **BMJ**, 2000:320:1335.
5. Chandra, A, Colie, C. & Mommaerts, C. (2023). What Can Economics Say about Alzheimer's Disease? **Journal of Economic Literature**, 61 (2), 428-470.
6. Chen, J.H., Lin, K.P. & Chen, Y.C. (2009). Risk Factros for Dementia. **Journal of the Formosan Medical Association**, 108 (10), 754-764.
7. Chisholm, D., Stanciole, A.E., Tan Torres Edejer, T. & Evans, D.B. (2009). Economic Impact of disease and injury: counting what matters. **BMJ**, 2010:340:924.
8. Cholerton, B., Baker, L.D., Montine, T.J. & Craft, S. (2016). Type 2 Diabetes, Cognition, and Dementia in Older Adults: Toward a Precision Health Approach. **Diabetes Spectrum**, 29 (4), 210-219.

9. Deb, A., Douglas Thornton, J., Sambamoorthi, U. & Innes, K. (2017). Direct and Indirect Cost of Managing Alzheimer's Disease and Related Dementias in the United States. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, 17 (2), 189-202.
10. Dixon, J., Matosevic, T. & Knapp, M. (2015). The economic evidence for advance care planning: Systematic review of evidence. **Palliative Medicine**, 29 (10), 869-884.
11. Eurostat (2023). Population structure and ageing. Preuzeto s: https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing (03.08.2023).
12. Farre, M., Haro, J.M., Kostov, B., Alvira, C., Risco, E., Miguel, S., Cabrera, E. & Zabalegui, A. (2016). Direct and indirect costs and resource use in dementia care: A cross-sectional study in patients living at home. **International Journal of Nursing Studies**, 55 (2016), 39-49.
13. Gerves, C., Bellanger, M.M. & Ankri, J. (2013). Economic Analysis of the Intangible Impacts of Informal Care for People with Alzheimer's Disease and other Mental Disorders. **Value in Health**, 16 (2013), 745-754.
14. Gonzalez-Usigli, H.A. (2023). **Hrvatska elektronička medicinska edukacija**. Preuzeto s: <https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=13744> (12.08.2023).
15. Gustin, M., Žuvela, I., Jerinić A., Roso, M. & Kunić I. (2015). Incidencija demencije u Domu umirovljenika Dubrovnik- čimbenik uključivanja u Mental Health Gap Action program Svjetske zdravstvene organizacije. **Nursing journal**, 20 (2), 128-132.
16. Huang, J. (2023.a). Demencija Lewyjevih tjelešaca i demencija kod Parkinsonove bolesti. **Hrvatska elektronička medicinska edukacija**. Preuzeto s: <https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=13687> (11.08.2023).
17. Huang, J. (2023.b). Frontotemporalna demencija. **Hrvatska elektronička medicinska edukacija**. Preuzeto s: <https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=13685> (11.08.2023).
18. Jonsson, L. (2022). The personal economic burden of dementia in Europe. **The Lancet Regional Health-Europe**, 20:100472.

19. Judge, K.s., Menne, H.L. & Whitlatch, C.J. (2010). Stress Process Model for Individuals With Dementia. **The Gerontologist**, 50 (3), 294-302.
20. Križaj Grden, A. & Mimica, N. (2019). Pristup liječenju Alzheimerove bolesti. **Socijalna psihijatrija**, 47 (3), 325-334.
21. Kumar, A., Sidhu, J., Goyal, A. & Tsao, J.W. (2022). **Alzheimer's disease**. Treasure Island, Florida: StatPearls Publishing.
22. Laklija, M., Milić Babić, M. & Rusac, S. (2009). Neki aspekti skrbi o članu obitelji oboljelom od Alzheimerove bolesti. **Ljetopis socijalnog rada**, 16 (1), 69-89.
23. Leicht, H., Heinrich, S., Heider, D., Bachmann, C., Bickel, H., van den Bussche, H., Fuchs, A., Lupp, M., Maier, W., Mosch, E., Pentzek, M., Rieder-Heller, S.G., Tebarth, F., Werle, J., Weyerer, S., Wiese, B., Zimmermann, T., König, H-H., AgeCoDe study group. (2011). Net costs of dementia by disease stage. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 124 (5), 384-395.
24. Leniz, J., Gulliford, M., Higgison, I., Bajwah, S., Yi, D., Gao, W. & Sleeman, K.E. (2022). Primary care contacts, continuity, identification of palliative care needs, and hospital use: a population-based cohort study in people dying with dementia. **British Journal of General Practice**, 72 (722), 684-692.
25. Leung, G.M., Yeung, R.Y.T., Chi, I. & Chu, L.W. (2003). The economics of Alzheimer disease. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, 15 (1), 34-43.
26. Li, X., Feng, X., Sun, X., Hou, N., Han, F. and Liu, Y. (2022). Global, regional and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990-2019. **Frontiers in Aging Neuroscience**, 14:937486
27. Lin, P.J., Daly, A.T., Olchanski, N., Cohen, J.T., Neumann, P.J., Faul, J.D., Fillit, H.M. & Freund, K.M. (2021). **Med Care**, 59 (8), 679-686.
28. Loy, C.T., Schofield, P.R., Turner, A.M. & Kwok, J.B.J. (2013). Genetics of dementia. **The Lancet**, 383 (9919), 828-840.
29. Lusch, B. (2023). Alzheimerova bolest i zadaće njegovatelja. U demencija.net. Preuzeto s: <https://demencija.net/a/alzheimerova-bolest-i->

[zadace-njegovatelja-demencija-uloga-skrbnika-dementna-osoba-dom](#)

(10.08.2023.)

30. McDaid, D. (2001). Estimating the costs of informal care for people with Alzheimer's disease: methodological and practical challenges. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 16 (4), 400-405.
31. Milić Babić, M., Rusac, S. & Oreb, T. (2021). Psihosocijalne intervencije kod osoba oboljelih od Alzheimerove demencije i njihovih njegovatelja. **Jahr: Europski časopis za bioetiku**, 12 (1), 65-86.
32. Mimica, N. & Kušan Jukić, M. (2017). Demencija i psihički poremećaji. **Medicus**, 26 (2), 215-222.
33. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2021). Reducing the impact of dementia in America. A Decadal Survey of the Behavioral and Social Sciences. Preuzeto s: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574341/> (07.08.2023.)
34. Pothen Skaria, A. (2022). The economic and societal burden of Alzheimer disease: managed care considerations. **American Journal of Managed Care**, 10, 188-196.
35. Quentin, W., Riedel-Heller, S.G., Lupp, M., Rudolph, A. & König, H-H. (2010). Cost of illness studies of dementia: a systematic review focusing on stage dependency of costs. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 121 (4), 243-259.
36. Richter, S. (2021). Može li se demencija liječiti? **Pliva Zdravlje**. Preuzeto s: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/35120/Moze-li-se-demencija-lijeciti.html> (06.08.2023).
37. Rusac, S. (2006). Nasilje nad starijim osobama. **Ljetopis socijalnog rada**, 13 (2), 331-346.
38. Rusac, S. (2016). Alzheimerova bolest: Izazovi socijalnog rada. **Ljetopis socijalnog rada**, 23 (3), 439-461.
39. Schaller, S., Mauskopf, J., Kriza, C., Wahlster, P. & Kolominsky-Rabas, P.L. (2015). The main cost driver sin dementia: a systematic review. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 30 (2), 111-129.

40. Šarganović, H. (2019). Bihevioralna ekonomija i psihologija ekonomskog ponašanja i odlučivanja potrošača na tržištu. **Društvena i tehnička istraživanja**, 19 (2), 162-175.
41. Šimić, G. (2006). Neurobiologija demencija: Uvod u Alzheimerovu i druge neurodegenerativne bolesti moždane kore. **Biološke osnove i terapija ponašanja**, 187-211. Zagreb: Školska knjiga. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:579793> (14.08.2023).
42. Štambuk, A. & Ivančić, I. (2022). (Anti)stigma osoba s demencijom. **Ljetopis socijalnog rada**, 29 (1), 7-30.
43. Tilinger, A. & Štambuk, A. (2018). Problemi neformalnih (obiteljskih) njegovatelja u skrbi za osobe s demencijom-kvalitativni pristup. **Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja**, 54 (2), 59-70.
44. Tkalčić, M., Pokrajac, Bulian, A., Bosanac, D. & Tomić, Z. (2003). Procjena kognitivnog statusa pacijenata s demencijom. **Psihologijske teme**, 12(1), 54-62.
45. Trkanjec, Z. (2014). Vaskularna demencija. **Medix**, 20 (111), 197-203.
46. Tryon, C.A. (2019). Dementia: Risk for Financial Abuse. Preuzeto s: <https://www.youtube.com/watch?v=MtGIIyemnl4&t=2372s> (02.08.2023.)
47. Turčić, P., Benković, V., Brborović, O. & Valent, A. (2016). Farmakoekonomika: Izazovi za zdravstvene djelatnike. **Acta medica Croatica: Časopis Akademije medicinskih znanosti Hrvatske**, 70 (2), 117-123.
48. Vidučić, M. (2022.a). **Kreativne metode u radu s oboljelima od Alzheimerove bolesti**. (Power Point prezentacija). Preuzeto s: https://moodle.srce.hr/2022-2023/pluginfile.php/7698272/mod_resource/content/1/Kreativne%20metode%20i%20demencija%20.pdf (26.07.2023)
49. Vidučić, M. (2022.b). **Što je demencija?** (Power Point prezentacija). Preuzeto s: https://moodle.srce.hr/2022-2023/pluginfile.php/7674437/mod_resource/content/1/1.Uvodno%20o%20demenciji%20predavanje%2021.11..pdf (26.07.2023).

50. Vilibić, M. (2013). Kako otkriti i liječiti demenciju. **Pliva Zdravlje**. Preuzeto s: <https://www.plivazdravlje.hr/tekst/clanak/23559/Kako-otkriti-i-lijeciti-demenciju.html> (17.08.2023).
51. World Health Organisation (2022). Abuse of older people. Preuzeto s: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people> (13.08.2023).
52. World Health Organisation (2023). **Dementia**. Preuzeto s: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (03.08.2023.)
53. Wimo, A., Jonsson, L., Bond, J., Prince, M. & Winbald, B. (2013). The worldwide economic impact of dementia 2010, **Alzheimer's Dementia The Journal of the Alzheimer's Association**, 9 (2013), 1-11.
54. Wimo, A., Seeher, K., Cataldi, R., Cyhlarova, E., Dielemann, J.L., Frisell, O., Guerchet, M., Jonsson, L., Malaha, A.K., Nichols, E., Pedroza, P., Prince, M., Knapp, M. & Dua, T. (2022). The worldwide costs of dementia 2019. **Alzheimer's disease The Journal of the Alzheimer's Association**, 19 (7), 2865-2873.
55. Wolstenholme, J., Fenn, P., Gray, A., Keene, J., Jacoby, R. & Hope, T. (2002). Estimating the relationship between disease progression and cost of care in dementia. **British Journal of Psychiatry**, 181 (1), 36-42.
56. Xu., J. & Qiu, C. (2018). Worldwide Economic Costs and Societal Burden of Dementia. U: Perneczky, R. (ur.), **Biomarkers for Preclinical Alzheimer's disease**. New York, NY: Humana Press, 3-13.
57. Zlomislić, J. (2023). Sjena moje majke: Narativi o demenciji. **Anafora: Časopis za znanost o književnosti**, 10 (1), 59-76.

