



## ИЗ САДРЖАЈА

- ▶ УТИЦАЈ СТРУКТУРНИХ ЧИНИЛАЦА НА ПРОМЕНЕ ОБРАЗАЦА РАДА ПОВЕЗАНИХ СА БРИГОМ О СТАРИЈИМ ОСОБАМА ТОКОМ ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19
- ▶ МОГУЋНОСТИ ТЕЛЕАСИСТЕНЦИЈЕ ТОКОМ ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19
- ▶ ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА СТАРИЈИХ С ПОСЕБНИМ ОСВРТОМ НА ПАЛИЈАТИВНУ НЕГУ ТОКОМ ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19
- ▶ АКТИВНО СТАРЕЊЕ ТОКОМ ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19

ГЕРОНТОЛОГИЈА  
Часопис Геронтолошког друштва Србије

ГЕРОНТОЛОШКО ДРУШТВО СРБИЈЕ  
GERONTOLOGICAL SOCIETY OF SERBIA



ГЕРОНТОЛОГИЈА 1/2022 – GERONTOLOGY 1/2022

*Часопис Геронтолошког друштва Србије – Review of Gerontological Society of Serbia*

Година **L**

Закључно са 1992. г. часопис је публикован под називом „Геронтолошки зборник”

**Издавач:** Геронтолошко друштво Србије | **Published by:** Gerontological Society of Serbia  
11000 Београд, Симица 19 | 11000 Belgrade, Simina 19  
gdsdecanska@gds.org.rs, www.gds.org.rs

**За издавача:** Наташа Тодоровић

**Главна и одговорна уредница:** проф. др Наталија Перишић

**Редакцијски одбор:**

Проф. др Драгана Динић  
Проф. др Љиљана Манић  
Проф. др Слободанка Гашић Павишић  
Проф. др Ружица Росандић  
Проф. др Драгослав П. Милошевић  
Dr Sabine Bährer-Kohler  
Проф. др Небојша Деспотовић  
Проф. др Мирко Петровић  
Др Соња Подгорелец  
Др Јелена Стојилковић Ђатовић  
Др Владан Чокић  
Prof. Emeritus dr Robert Klike  
Доц. др Предраг Ерцег  
Асист. др Гордана Михајловић

**Припрема и штампа:** „Чигоја штампа” 2022.

ISSN 2560-5704. – Год 50, бр. 1 (2022)

**Часопис излази два пута годишње**

Ослобођено општег пореза на промет на основу мишљења Министарства за науку и технологију Србије бр. 413-00-146/96 од 25. марта 1996.

## САДРЖАЈ

Уводна реч главне и одговорне уреднице ..... [5–6]

Уводна реч гошће уреднице..... [7–8]

### I ГЕРОНТОЛОГИЈА И ГЕРИЈАТРИЈА

Душан Мојић

УТИЦАЈ СТРУКТУРНИХ ЧИНИЛАЦА НА ПРОМЕНЕ  
ОБРАЗАЦА РАДА ПОВЕЗАНИХ СА БРИГОМ О СТАРИЈИМ  
ОСОБАМА У ДОБА ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19: ГЛАВНИ  
ТРЕНДОВИ У СВЕТУ И У СРБИЈИ..... [11–36]

Жељка Манић

МОГУЋНОСТИ ТЕЛЕАСИСТЕНЦИЈЕ У ВРЕМЕ  
ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19..... [37–58]

Милана Љубичић

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА СТАРИХ С ПОСЕБНИМ  
ОСВРТОМ НА ПАЛИЈАТИВНУ ЊЕГУ У ДОБА НОВЕ  
НОРМАЛНОСТИ ..... [59–75]

Слађана Драгишић Лабаш

АКТИВНО СТАРЕЊЕ У ВРЕМЕ ПАНДЕМИЈЕ  
КОВИД-19: КРЕИРАЊЕ НОВИХ АКТИВНОСТИ..... [77–99]

### II ИЗ УГЛА ПРАКСЕ

Надежда Сатарић, Маја Гајић Квашчев

ИСКУСТВА ПИЛОТИРАЊА УСЛУГЕ ДНЕВНОГ  
БОРАВКА ЗА ОБОЛЕЛЕ ОД ДЕМЕНЦИЈЕ  
У БЕОГРАДУ..... [103–122]

### III ИЗ АРХИВЕ ГДС

- Петар Манојловић  
ХУМАНИЗАЦИЈА УСЛОВА И ПОСТУПКА  
У ОСТВАРИВАЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ  
ПЕНЗИОНЕРА И ДРУГИХ СТАРИХ ОСОБА..... [125–141]

### IV ПРЕВОД

- Наталија Перишић  
WORLD HEALTH ORGANIZATION –  
DECADE OF HEALTHY AGEING:  
PLAN OF ACTION..... [145–174]

### V ПРИКАЗИ И ПРИЛОЗИ

- Виолета Марковић  
КОНФЕРЕНЦИЈА „НАСИЉЕ НАД СТАРИЈИМ  
ЖЕНАМА У ЈУГОИСТОЧНОЈ И ИСТОЧНОЈ  
ЕВРОПИ” ..... [179–182]
- Наталија Перишић  
CHRIS GILLEARD AND PAUL HIGGS – SOCIAL  
DIVISIONS AND LATER LIFE: DIFFERENCE,  
DIVERSITY AND INEQUALITY ..... [183–187]
- УПУТСТВО ЗА АУТОРЕ И РЕЦЕНЗЕНТЕ..... [189–192]
- СПИСАК РЕЦЕНЗЕНАТА ЧАСОПИСА  
„ГЕРОНТОЛОГИЈА” ..... [193–194]

Прегледни научни рад  
УДК 316.647.8-053.9:61  
616.98:578.834:616-053.9-083  
Рад послат: 10.6.2022.  
Рад прихваћен: 16.8.2022.

Милана Љубичић\*

Универзитет у Београду – Филозофски факултет

## ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА СТАРИХ С ПОСЕБНИМ ОСВРТОМ НА ПАЛИЈАТИВНУ ЊЕГУ У ДОБА НОВЕ НОРМАЛНОСТИ\*\*

**Резиме:** Предрасуде према старима и на њима засноване праксе подједнако су присутне данас, као и прије много вијекова. У савременим, посебно у развијеним западним земљама које су уређене по принципима владавине права, присуство нарочито оног системски подржаног ејџизма, као на примјер у пољу здравствене заштите, треба да забрине због импликација које има. Да јасно разазнамо лице ејџизма у медицини омогућила нам је глобално живљена нова нормалност. Показало се да се током пандемије брига о старима у великом броју земаља Запада кретала од беневољентног ејџизма до отворено дискриминаторних пракси, односно ускраћивања медицинске његе. То је посебно видљиво у два домена: у случају интензивне медицинске његе због инфекције ковид-19 вирусом и у домену палијативне заштите. Да бисмо указали на присуство ејџизма у медицини дали смо преглед доступних емпиријских података о карактеристикама здравствене заштите и палијативне његе старих који пате од различитих болести, о односу медицинског особља према обојелима, те препорукама и клиничким протоколима који се односе на лијечење људи у трећем животном добу током пандемије. Анализа секундарне грађе недвосмислено потврђује континуирани ејџизам: присутан је и у времену које је претходило пандемији и у пандемијској ситуацији. Показало се и да су у погледу здравственог збрињавања у посебно неповољном положају сиромашни и на друге начине маргинализовани стари људи, као и да има основа да се закључи да је поштовање права на здравље и здравствену заштиту у пракси сразмјерно процјени о томе каквој користи се може надати друштво од носиоца овог права.

**Кључне ријечи:** стари, ејџизам, здравствена заштита, ковид-19, палијативна њега

---

\* Редовна професорица, milanaljubicic@yahoo.com

\*\* Рад је настао у оквиру научноистраживачког пројекта *Човек и друштво у време кризе*, који финансира Филозофски факултет Универзитета у Београду.

## 1. Увод

Да су стари<sup>1</sup> људи особе препознатљивог физичког изгледа (крезуби, ћелави, смрежурани, ружни), да старост доноси типичне когнитивне карактеристике и немоћ да се води брига о себи, било је увријежено мишљење у далеким данима људске историје. Нажалост, предрасуде према старима су веома заступљене и у савременим друштвима (Dragišić Labaš, 2016; Драгишић Лабаш, 2021), а њихов садржај је идентичан онима из ранијих времена. Стари се на општем друштвеном нивоу посматрају кроз утилитаристичку агенду. По овој концепцији, старост је изједначена са болешћу и зависношћу од других, а брига о старима представља непотребан друштвени трошак, јер се улагање у њих не може вратити.

Нажалост, овакви општеприхваћени ставови о старости и старима су инкорпорирани и у институционалне агенде и нормативна рјешења. Ријеч је о тзв. структуралном ејџизму – оном који кроз законе, политике и праксе подржава предрасуде према старима (AGE Platform Europe Position on Structural Ageism, 2016). Ова форма ејџизма се, између осталих, лако да препознати у домену медија, политике, права и медицине. На примјер, стари су у масовним медијима представљени или као маскоте – предмет су исмијавања због свог изгледа или претпостављених особина, или као драге, али од стране других зависне особе (Љубичић, 2021). Надаље, дискриминацију по основу година илуструју како препознатљив ејџистички ријечник у легислативи тако и праксе адвоката и судске одлуке које иду на уштрб права старих (Whitton, 1997: 481).

Ејџизам у пољу медицине има Јанусово лице. С једне стране налазимо беневољентност, која је оличена у ставу да су сви стари топли, дивни, али у исто вријеме фрагилни, немоћни, зависни од туђе помоћи, што води патерналистичким праксама – одузима им се аутономија, а одлуке о третману љекари доносе умјесто остарјелих јер

---

<sup>1</sup> У тексту користимо појмове стари и особе у трећем животном добу као синонимне. Појам старији нисмо користили, иако се овај термин донедавно препоручивао као политички коректан, због тога што га и сами заговорници права старих особа сматрају стигматизујућим (Љубичић, 2021).

сумњају у њихову способност рационалног резонувања. Насупрот овом саосјећајном ејдизму стоји терапијски нихилизам (Љубичић, 2021).<sup>2</sup> Ријеч је праксама нелијечења или неадекватног здравственог збрињавања обољелих старих које правда став да се њима не може помоћи и да је ограничене медицинске ресурсе боље усмјерити ка онима који имају више шанси да преживе/оздраве (Olson, 2013, према Љубичић, 2021). Оваква логика утилитарности је своје посебно мјесто добила током још увијек присутне пандемије болести коју изазива корона вирус (у даљем тексту: пандемија), а о томе како је она укључена у клиничку праксу и какве посљедице има биће више ријечи на наредним странама.

## 2. Препандемијски медицински ејдизам с посебним освртом на палијативну његу

Ејдизам у медицини неодвојив је од предрасуда према старима које владају у друштву. Бројни емпиријски докази говоре у прилог присуства ејдистичких ставова медицинског особља (Wyman, Shiovitz-Ezra, Bengel, 2018; Oral, Gunay, Cetinkaya, 2019). Љекари су ријеђе стрпљиви, мање поштују и са мање оптимизма гледају на своје старије пацијенте, а увјерења да се они не могу опоравити нису лишене ни медицинске сестре<sup>3</sup> (Skirbekk, Nortvedt, 2014).

Роб (Robb) и сарадници (2002) цијене да такви ставови представљају основ дискриминације у домену медицинске заштите, а она се најјасније види на примјеру ускраћивања здравствене његе старима. У прилог медицинском нихилизму говори читав низ студија. Анализирајући податке Медикера, Левински (Levinsky) и сарадници (1999) долазе до закључка да тренд хоспитализације опада са старошћу у случају пацијената који болују од кардиоваскуларних обољења

<sup>2</sup> Да не буде забуне – аутори који се баве питањима ејдизма се слажу да је и позитивни, подједнако лош као и онај негативни (Љубичић, 2021).

<sup>3</sup> Шиербек (Skirbekk) и Нортевц (Nortvedt) (2014) сматрају да се извори ејдизма међу норвешким љекарима и медицинским сестрама крију не само у општеприхваћеним ставовима према старима, већ и у условима у којима медицинско особље ради – са мањком радне снаге и осталих ресурса.



и канцера, као и да је вјероватноћа да ће срчани болесници добити адекватну терапију уколико су старији од 75 година 65% нижа. Надаље, поражавајући је податак да рана дијагностика канцера, чак и онда када су одобрене скрининг процедуре у случају старих, изостаје, иако 2/3 свих пацијената обољелих од ове болести спада у ту старосну категорију.

Нађено је и да се на њих далеко ријеђе примјењују третмани који могу довести до излечења (Goodwin, 1998, према Robb, Chen, Haley, 2002), а по свједочењима геронтолошкиње Woo (Woo, према Senger, 2019), један број њених пацијената није добио неопходну медицинску помоћ због увјерења да се не могу опоравити. Иновативни оперативни захвати и рехабилитација су им неријетко ускраћене (AGE Platform Europe Position on Structural Ageism, 2016), а због година стари не партиципирају ни у евалуацији ефикасности лијекова.<sup>4</sup>

Наводи се и то да психијатријске услуге користи тек незнатан број људи у трећем животном добу. На примјер, иако старији од 65 година чине 12,7% популације Сјеверне Америке, само 2% користи психијатријске услуге у приватном, и између 4–7% у јавном сектору (Robb, Chen, Haley, 2002). Чини се да су такве праксе директна посљедица предрасуда. На примјер, Гарфинкел (Garfinkel) (1975, према Robb, Chen, Haley, 2002) је утврдио да преко 80% пружалаца услуга у психијатрији<sup>5</sup> сматра да стари не мисле нити много нити јасно, као и да таква увјерења имају утицаја на одабир третмана, мотивацију терапеута, те коначно очекивања од терапије.

Када је ријеч о палијативној њези: активном, холистичком приступу пацијенту који болује од животно угрожавајуће болести, и његовој породици (Ђукановић, Богдановић Васић, 2020), налазимо податак да на глобалном нивоу сваке године око 40.000.000 људи има потребу да буде збринуто на овакав начин (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>). Већина њих (чак 78%) живи у економски слабо или средњеразвијеним земљама свијета, а тек 14% оних

<sup>4</sup> На дјелу је дискриминација по основу година која може да има погубне посљедице. Наиме, без доказа клиничке ефикасности нови третмани на њих не могу бити примјењени, што у крајњој линији може да скрати њихов животни вијек.

<sup>5</sup> Узорак се састојао од 38 испитаника.

којима је оваква помоћ неопходна<sup>6</sup> је и добију.<sup>7</sup> Палијативна њега се и у најбољим временима суочава са мањком ресурса (The Lancet, 2020: 1168), а иако је у западним земљама препозната као дио људских права<sup>8</sup>, непобитна је истина да ејџизам игра изузетну улогу у обликовању краја овоземаљских дана старих особа.

Као и у другим областима медицине, и у палијативној њези је евидентна конкуренција старијих и млађих животно угрожених пацијената око ограничених ресурса (Burge et al., 2008). У прилог томе говоре налази низа истраживања. На примјер, један броја аутора (Bernabei et al., 1998) сматра да је палијативном његом обухваћен релативно мали број старих, као и да више од четвртине умирућих пацијената који имају 65 и више година, иако у смртним боловима, не добија терапију за умањење бола у домовима за старе. Надаље, нађено је да је вјероватноћа да ће од неизљечиве болести тешко обољели пацијенти стари 85 и више година бити збринуте у оквиру палијативне његе веома ниска, чак и у САД, земљи која по завидном квалитету ове гране медицине у стопу прати Холандију (Ђукановић, Богдановић Вилић, 2020).

Иако би вољели да крај живота дочекају у хоспису, то је терминално<sup>9</sup> болесним старијима мање доступно него онима млађим по доби (Van Den Block et al., 2015). Еверс, Мајер и Морисон (Evers, Meier,

<sup>6</sup> Палијативном његом је обухваћен широк дијапазон обољења, почев од болести срца (у 38%), преко канцера (34%), хроничне респираторне болести (10,3%), АИДС (5,7%) и дијабетеса (4,6%). Дјеца која обољевају од болести које су предмет палијативног збрињавања у 98% случајева живе у ниско и средњеразвијеним земљама, а од тога броја половина у Африци.

<sup>7</sup> О обиљежјима палијативне његе у нашој земљи нема много података. У том погледу веома је информативна истраживачка студија „Организација палијативног лечења и неге и остваривање права на здравствену заштиту у области палијативног лечења на подручју АП Војводина” из 2015. године.

<sup>8</sup> Ланцетова комисија за палијативну његу и ослобођење од бола 2017. године евидентирала је могућност да обољели буду третирани помоћу скупих и ефикасних интервенција није доступна свима, и именовала овакав третман као лакрдију од правде (travesty of justice) (The Lancet, 2020: 1168).

<sup>9</sup> Нема стандардне клиничке дефиниције појма терминално обољели. Обично се употребљава да би се дала прогноза очекиваног трајања живота (у данима, недељама или мјесецима) тешко болесног човјека код којег примјена терапије не доводи до побољшања здравственог стања (Džonson, Zigler, Vinslejd, 2008: 42).

Morrison, 2002, према Burge et al., 2008) дају објашњење овог тренда и веле да старији од 80 година заправо ријетко кад имају искључиво дијагнозу канцера, болести која је примарна у палијативној њези. Они су, наиме, оптерећени и другим стањима чији су исходи неизвјесни, и неријетко пате од деменције. То другим ријечима значи да умјесто њих одлуке о лијечењу доносе други – најчешће медицинско особље највишег нивоа (Waters, 2012), иако би клиничари морали уважавати и жеље обољелог – примјенити принцип пропорционалности (Džonson, Zigler, Vinslejd, 2008: 176).

Надаље, чини се да су љекари својеврсни чувари капија – они који имају моћ да неким дозволе, а другима ускрате палијативну његу. На овакву праксу их подстиче, с једне стране, то што на располагању имају ограничена финансијска средства – истраживање из 2019. године је показало да се у палијативну заштиту не слива довољно новца (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>). С друге стране стоје предрасуде према старима: ејдизма нису лишени ни доктори који се баве палијативном медицином (Burt, Rain, 2006). Тако Харис (Harrises) и сарадници (2007) налазе да би половина њихових испитаника: геријатара и кардиолога, на различит начин третира млађе и старије пацијенте, независно од њиховог пола, коморбидитета и клиничких импликација. На старије би примјенили мањи број интервенција и третмана, сматрајући да се њихове значајно разликују од потреба млађих пацијената.

Да боље разумијемо или барем да поставимо могуће хипотезе због чега постоји овакав третман старијих помогло нам је једно истраживање којим су обухваћене палијативне медицинске сестре (Gott, Ibrahim, Binstock, 2011). Оне, наиме, имају више емпатије и симпатије према млађима него према старијим пацијентима, резонујући овако: за разлику од умируће дјеце и младих људи, стари су имали довољно времена да живе. Уз то иде и (погрешно) увјерење да што смо старији постајемо помиренији са смрћу.

Из до сада казаног можемо закључити да физички и психолошки симптоми једног великог броја тешко обољелих старих особа, нису купирани, као и да је то барем дијелом посљедица имплицитног ејдизма којег ни медицинско особље нужно не мора бити свјесно (Robb, Chen, Haley, 2002). Осим тога, важно је подвући да су у нарочито неповољном положају стари којима због сиромаштва, географских баријера,

неадекватне саобраћајне инфраструктуре нпр., здравствена њега није доступна. Сиромашни људи у свим дијеловима свијета живе и умиру са мало или без имало палијативне његе или олакшања болова, а иза такве праксе назире се окротно лице сиромаштва и неједнакости (Knaul et al., 2018). Могли бисмо казати да они не само да живе животом који није достојанствен, већ да на исти начин и умиру.

Ејџизам присутан (и) у пољу медицине и прије пандемијске ситуације до свог пуног изражаја долази у посљедње двије године. Њега најбоље илуструје етичка дебата<sup>10</sup> која није нова, а која гласи овако: имају ли стари права на бенефите медицинске његе и бриге у ситуацији ограничених ресурса и да ли је оправдано да се *срежу* трошкови њиховог лијечења? О логици рационализације трошкова здравствене његе и бриге о старијима и о њеној примјени у пракси биће више ријечи у наредном поглављу.

### 3. Пандемијски ејџизам у интензивној медицини с посебним освртом на палијативну његу

Одмах по проглашењу пандемије, марта 2020, појавио се недостатак медицинских и људских ресурса узрокован повећаном потребом за његом обољелих. Појава новог и непознатог вируса у опасност је довела здравствене системе, који су биле принуђени да на најбољи начин алоцирају ограничене капацитете (De Oliveira, Machado, Dadalto, 2020). Рационализација ограничених ресурса довела је до усвајања таквих клиничких протокола у којима су године играле важну улогу у доношењу одлука о третману у интензивној њези.<sup>11</sup> Тако је у Италији, иако је ризик од разбољевања и смрти старих процјењен као изузетно висок (Petretto, Pili, 2020), због недостатка медицинске опреме (респиратора) и особља, Италијанско друштво за анестезију, аналгезију, реанимацију и интензивну његу (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) дало етичке препоруке које

<sup>10</sup> Вођена је и прије пандемије у од стране државе финансираним здравственим системима.

<sup>11</sup> Како болест изазвана вирусом има непредвидив ток, очекивало се да један број обољелих заврши на интензивној њези.

су предност приликом лијечења у јединицама интензивне његе давале млађима (Cesari, Proietti, Fehra, 2020). Са циљем штедне ресурса за оне који имају највеће шансе да преживе, а потом за оне пред којима је остало више година живота, одређена је узрасна граница за пријем на интензивну његу. Осим тога, препоручено је да се коморбидитет и функционални статус пажљиво евалуирају и да се при том у обзир узму године старости. Сличан клинички протокол постоји и у САД и у Шпанији (De Oliveira, Machado, Dadalto, 2020), док се дискриминација по основу старости индиректно промовише у Њемачкој и УК (Љубичић, 2021).

Рубио (Rubio) и сарадници (2020) су, на основу анализе девет доступних чланака који су се бавили етиком процеса доношења одлука у пандемијској кризи, пронашли да препоруке реферирају на: 1. потребу да се примјене специфични морални критеријуми како би се алоцирали ресурси по принципу максимизације преживљавања након отпуста из болнице и од смрти спасили људи пред којима је остао већи број година живота; те 2. тријажу, која би требало да се заснива на принципу алокације дистрибуције правде – приоритет треба дати резону трошкови/добит и пропорционалности. Другим ријечима, не би требали бити хоспитализовани пацијенти који су већ тешко обољели и којима је трајање живота очекивано кратко.

Овакву праксу један број аутора (Љубичић, 2021) сматра отвореном дискриминацијом старих, док други (De Oliveira, Machado, Dadalto, 2020) у томе виде рационално рјешење којем су прибјегли здравствени системи на рубу пуцања. Иако је оно нека врста Софијиног избора<sup>12</sup> (Estella et al., 2020: 440), једина мудра опција је била да се у обзир узму и доступни ресурси, озбиљност клиничке слике и могућност преживљавања као критеријуми одлуке да се неко смјести на јединицу интензивне његе. Образлажу даље да у ситуацији катастрофе не можемо очекивати да сви обољели добију потребну медицинску помоћ и да су због тога јасни клинички протоколи и водичи

<sup>12</sup> Термин Софијин избор је преузет из истоименог филма, који описује ситуацију када мајка, која је заробљена заједно са своје двоје дјеце у Аушвицу, треба да одлучи које дијете ће спасти, а које ће сигурно умријети. Софијин избор је појам који описује тешку одлуку или у сваком случају трагичан избор (de Oliveira, Machado, Dadalto, 2020: 597).

неопходни. На тај начин, наводи се, осигурава се адекватна употреба ресурса и поштује живот, а уз то се уважавају и узуси правичности, транспарентности, конзистентности, пропорционалности и одговорности као кључни принципи којима се треба руководити током кризе (De Oliveira, Machado, Dadalto, 2020: 597).

Иако је на овом мјесту оправдано запитати се ко је дефинисао правичност алокације?, ово ћемо питање оставити по страни, и пажњу скренути на резон (оправдање?) за успостављање оваквих водича клиничке праксе. Резон је универзалан, а да бисмо га илустровали позваћемо се на примјер Италијанског удружења за анестезију, аналгезију, реанимацију и интензивну медицину. Свој клинички водич ово тијело аргументује овако: у случају да поменути критеријуми нису усвојени ресурси би се трошили на све, па би здравствени систем, када би их исцрпио, морао да престане да се бави лијечењем, а то би довело до веће катастрофе (De Oliveira, Machado, Dadalto, 2020: 597).

Иако су подаци о импликацијама таквог односа према обојелим старим лицима недовољно исцрпни и систематични, сва је прилика да је смртност особа у трећем животном добу била изузетно висока усљед недостатка медицинске његе (Gilissen et al., 2020). То се првенствено односи на лица која живе у установама за бригу о старима. У једном од извјештаја Свјетске здравствене организације (у даљем тексту СЗО) наводи се да је више од 40% оних који су преминули усљед посљедица инфекције ковид-19 било збринуто у домовима за старе, док се тај проценат у неким високоразвијеним земљама пење на чак 80% (Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: policy brief, 2020: V). Брину и подаци које износи Амерички центар за медицинску његу и сервисе за медицинску помоћ. У овој је земљи до 1. јуна 2020. у установама социјалне заштите преминуло 26.000 људи, што је у том тренутку представљало четвртину свих смрти усљед инфекције вирусом ковид-19 (Monahan et al., 2020).

Да боље разумијемо ове налазе помаже нам неславна статистика о високој смртности старих лица која стиже из Шпаније (Rada, 2020). У овој је земљи један број за кревет везаних старих лица преминуо због тога што су их почетком пандемије његоватељи напустили плашећи се могућности да се разболе од непознатог и потенцијално смртоносног вируса (Ayalon, 2020). Таквом страху је кумовао и недостатак

потребне медицинске опреме: маске, дезинфекционих средстава и рукавица, као уосталом и то што је особље било препуштено само себи (Abbasi, 2020; Gilissen et al., 2020). Потоње сликовито илуструје водич којег је домовима за старе упутило Мадридско одјељење за здравље. У њему је дато упутство да они резиденти који испољавају симптоме респираторне инфекције, а који су непокретни, пате од интелектуалне ометености или озбиљног коморбидитета, не могу бити примљени у болницу, већ се о њима требају старати лоше опремљени и слабо обучени његоватељи у институционалном смјештају (Rada, 2020).

Како ствари стоје у домену палијативне његе? Један број аутора је сагласан да је палијативна њега постала изузетно важна карика збрињавања током пандемије.<sup>13</sup> И поред тога што је све потребнија, показало се да је, нажалост, све мање доступна, нарочито старијима (Rodin et al., 2020).

Иако постоји недвосмислено слагање око принципа да је за терминално обојеле неопходно да се обезбједи адекватна палијативна њега и у ситуацији пандемије (Atreya, Kumar, Salins, 2020: 3169; Rubio et al., 2020), то је веома тешко постићи (The Lancet, 2020). Бројни су разлози, а у литератури се подвлаче ови: вријеме које је остало на располагању пацијентима је кратко, професионалци су оптерећени послом, изолација је наметнута, а породици се савјетује да се физички дистанцирају од обојелог (The Lancet, 2020).

Осим тога, налазимо да се препоруке надлежних медицинских тијела дате током пандемије ријетко кад односе на домен палијативне његе. На примјер, водич о томе како управљати најзначајнијим здравственим сервисима који је издала СЗО се, између осталих, бави питањима имунизације, бриге о породиљама, ургентном медицинском

---

<sup>13</sup> Захваљујући љубазности др Горана Шеве, замјеника директора Градског завода за геријатрију и палијативно збрињавање у Београду, дошли смо до података о томе коликом броју пацијената су током 2020. године пружене услуге у оквиру ове установе. Годишње се на кућно лијечење, његу и палијативно збрињавање прими око 600 терминално обојелих, а, како наводи др Шево, у сваком тренутку је у овој установи евидентирано између 2.000–2.500 пацијената.

његом и заштитом хронично обољелих пацијената<sup>14</sup>, али се у овом документу палијативна њега не помиње<sup>15</sup> (The Lancet, 2020). С друге стране, водичи у којима је фокус стављен на терминално обољеле, у име логике рационализације ресурса, заговарају отворену дискриминацију ових људи. Тако Рубио и сарадници (2020) у већ поменутој анализи препорука медицинских тијела, које су донесене током пандемије, налазе да се интензивна медицинска њега мора заснивати на објективним критеријумима адекватности и очекиваном исходу процеса лијечења који би морао водити добром квалитету живота и функционалности. Осмишљени индикатори који клиничарима требају помоћи приликом доношења одлуке о томе који пацијенти имају приоритет у лијечењу у интензивним јединицама њега, а које треба искључити, јасно говоре у прилог отвореној дискриминацији људи на крају живота. Наиме, они који болују од тешке болести по Чарлсоновом индексу коморбидитета (Charlson Comorbidity Index), као и људи који пате од неизљечиве болести која неизбјежно води смрти, не могу бити смјештени на јединице интензивне њега (Rubio et al., 2020: 442).

Надаље, Гилисен (Gilissen) и сарадници (2020) су, на основу анализе садржаја националних и међународних водича који се односе на палијативну његу<sup>16</sup>, уочили да су теме везане за збрињавање терми-

<sup>14</sup> Онг (Ong) и сарадници (2020) на примјеру Сингапура илуструју посљедице обустанове посјета у одјељењима палијативне њега како би се спријечило ширење инфекције ковид-19 вирусом и додатно угрожавање живота обољелих. Током пандемије посјете су биле забрањене или је дозвољавано да пацијента посјети уз обавезне посебне мјере предострожности један члан породице. Одсуство других лица, сматрају аутори, код обољелих је изазивало изразити емоционални дистрес.

<sup>15</sup> Занимљиво је примјетити да консултовани аутори, уз ријетке изузетке (Кох, 2020), не помињу искуства земаља у којима су установе намјењене палијативним пацијентима током короне прешли у ковид системе, што ће рећи да нису били доступни терминално обољелим људима.

<sup>16</sup> Анализиран је садржај јавно доступних водича за палијативну његу у институционалном сетингу који су бирани на основу неколиких критеријума, између осталог и кључних ријечи: палијативна њега, одлуке везане за крај живота, терминално обољели. Три водича је инаугурисала СЗО, док су остали објављени у САД (седам), Холандији (два), Ирској (један), Великој Британији (три), Швајцарској (три), Новом Зеланду (један) и Белгији (један).



нално обољелих лица покренуте, али само до одређеног степена. На примјер, већина препорука тиче се регулисања посјета обољелима и пријема у болнице, док су нека друга важна питања (практични водичи, структуралне потешкоће, питања координације) остављена без одговора. Такав је случај са трима препорукама СЗО које имају међународни карактер. Оне се односе на превенцију инфекције ковид-19 код терминално обољелих људи, баве се и питањима третирања посмртних остатака и сахрањивања преминулих, али се штуро изјашњавају о холистичкој процјени симптома, складиштењу неопходне опреме и лијекова, обуке и подршке особљу, начина комуникације са обољелим и члановима његове породице, доношењу одлука које се односе на умируће пацијенте... Осим тога, за све анализирание водиче карактеристично је да постоји тек незнатан број препорука које се тичу купирања симптома умирућих пацијената, као и подршке породици током процеса туговања којег емоционално тежим чини немогућност или смањена могућност да се буде уз ближњег због обавезе држања физичке дистанце.

Шта о свему овом мисле они на које се ове мјере непосредно односе имамо мало сазнања. Квалитативне студије су малобројне, а на томе имамо захвалити још увијек присутној пандемији. Једно од таквих истраживања су радили Маћи (Macchi) и сарадници (2021). Они су на основу квалитативне грађе – интервјуа са обољелима од неуродегенеративних болести који се лијече у оквиру амбулантне неуропалијативне медицине – посебне специјалности палијативне његе, и њиховим његователима, закључили да је пандемија у великој мјери утицала на квалитет живота обољелих и оних који о њима брину (Macchi et al., 2021). И једни и други се суочавају са недостатком потребних услуга, уз повећане потребе за здравственом његом усљед погоршања симптома и психосоцијалном подршком на које нема ко да одговори.

#### 4. Умјесто закључка

У посљедње двије године (2020–2022) на глобалном нивоу на површину су испливали недостаци здравствених система (Манић, 2021; Мојић, 2021). У ситуацији још увијек актуелне пандемије, којој се не

наслућује крај, постале су очигледне њихове бројне мањкавости. Вирус који је завладао свијетом оку јавности предочио је да се здравство на глобалном нивоу суочава не само са мањком ресурса: медицинске опреме, доступних кревета, особља..., већ нас је упозорио и на присуство отвореног еџизма према једној од категорија обољелих – људима у трећем животном добу (Džonson, Zigler, Vinslejd, 2008: 221). Наиме, праксе лијечења остарјелих оптерећене су еџистичким постулатом којег љекари и друго медицинско особље не морају бити свјесни, а који гласи да је живот старе особе мање важан у односу на животе млађих по узрасту.

Пандемија је, како у домену интензивне медицине тако и у палијативној њези, актуелним учинила неке етичке дилеме, каква је она има ли смисла примјењивати медицинске интервенције иако су оне узалудне – очекује се да оне неће имати позитиван исход (Džonson, Zigler, Vinslejd, 2008: 45) и на велика врата у праксу увела биополитику засновану на одмјеравању трошкова и користи. Тако су у једном броју земаља развијеног Запада донесене етичке препоруке/водичи клиничке праксе за пријем на јединице интензивне његе који дискриминишу старе. Аргумент за такву праксу је да би лијечење у оквиру јединица интензивне његе пацијената у трећем добу, који углавном пате и од придружених болести, било узалудно и да би били потрошени драгоцјени ресурси на оне који се свакако не могу опоравити.

По једном броју аутора такво поступање је једино рационално у ситуацији медицинске катастрофе, док други цијене да су ове праксе некрополчке (Kochi, 2020, према Perić Dilgenski, 2020: 629). Потоње становиште упозорава да таква системска дискриминација старих може имати озбиљне посљедице како по њих тако и по друштва чији су они резиденти. Наша бојазан је да је недостатак медицинских ресурса укинуо права старих на здравље и здравствену његу. Какви су исходи такве праксе није тешко закључити, као ни то да су у ситуацији пандемије људи у трећем животном добу од стране једног броја доносилаца одлука у домену медицине препознати као непотребни баласт.

И на крају, са читаоцем дијелимо податке које смо пронашли у литератури, без намјере да закључујемо о њиховој позитивној корелацији. Стављени један поред другог налази: 1. да у Великој Британији од смрзавања на годишњем нивоу премине између 20.000 и 50.000

старих, и 2. да су у овој земљи добротворне организације које се баве старима најгласнији заговорници идеје о еутаназији, нама говоре да се савремена друштва спремају на опасне путеве и странпутице. Ми се надамо да гријешимо, да је веза само привидна и да је човјек ипак хуманије биће.

### Литература

- Abbasi, J. (2020). "Abandoned" Nursing Homes Continue to Face Critical Supply and Staff Shortages as COVID-19 Toll Has Mounted. *JAMA*, 324(2), 123–125. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2767282>
- AGE Platform Europe Position on Structural Ageism (2016). [https://www.age-platform.eu/sites/default/files/AGE\\_IntergenerationalSolidarity\\_Position\\_on\\_Structural\\_Ageism2016.pdf](https://www.age-platform.eu/sites/default/files/AGE_IntergenerationalSolidarity_Position_on_Structural_Ageism2016.pdf)
- Albers, G., Martins Pereira, S., Onwuteaka-Philipsen, B., Deliens, L., Pasman, R., Van den Block, L. (2015). A public health perspective on palliative care for older people: an introduction, in: L. Van den Block, (Ed.), *Palliative care for older people: A public health perspective* (pp. 3–19). Oxford: Oxford University Press.
- Atreya, S., Kumar, R., Salins, N. (2020). Community-based palliative care during the COVID 19 pandemic, *J Family Med Prim Care*, 9(7), 3169–3175.
- Ayalon, L. (2020). There is nothing new under the sun: ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak, *Int Psychogeriatr.*, 1–4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184144/>.
- Burt, J., Raine, R. (2006). The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review, *Age and Ageing*, 35, 469–476.
- Cesari, M., Proietti, M., Fehra, F. (2020). COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic, *JAMDA* 21, pp. 576–577. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118618/>.
- Dragišić Labaš, S. (2016). *Aktivno starenje u Beogradu*. Beograd: Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta, Službeni glasnik.
- Драгишић Лабаш, С. (2021). Изазови активног старења и ментално здравље у време пандемије ковида 19 у Србији. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 117–135). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет.

- Đukanović, K., Bogdanović Vasić, S. (2020). Palijativna njega kao integralni deo zdravstvene nege, *Sestrinska reč*, 11–14.
- Džonson, R. A., Zigler, M., Vinslejd, V. (2008). *Klinička etika. Praktični pristup etičkim odlukama u kliničkoj medicini*. Beograd: Službeni glasnik.
- Gilissen, J., Pivodic, L., Unroe, T. K., Van den Block, L. (2020). International COVID-19 Palliative Care Guidance for Nursing Homes Leaves Key Themes Unaddressed, *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), 56–69.
- Gott, H., Ibrahim, M. A., Binstock, H. R. (2011). The disadvantaged dying: Ageing, ageism, and palliative care provision for older people in the UK, in: M. Gott, C. Ingleton (Eds.), *Living with Ageism and Dying: Palliative and End of Life Care for Older People* (pp. 52–62). Oxford: Oxford University Press.
- Harries, C., Forrest, D., Harvey, N., McClelland, A., Bowling, A. (2007). Which doctors are influenced by patient's age? A multy-method study of angina treatment in general practice, cardiology and gerontology, *Quality & Safety in Health Care*, 16(1), 23–17.
- Knaul, F. M. et al. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage, *The Lancet Commission report. The Lancet Commissions*, 391(10128). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032993/>.
- Koh, M. Y. (2020). Palliative care in the time of COVID-19: reflections from the frontline, *Journal of pain and symptom management*, 60(1), 3–4.
- Macchi, A. Z., Ayele, R., Dini, M., Lamira, J., Katz, M., Pantilat, Z. S., Jones, J., Kluger, M. B. (2021). Lessons from the COVID-19 pandemic for improving outpatient neuropalliative care: A qualitative study of patient and caregiver perspectives, *Palliative Medicine*, 35(7), 1258–1266.
- Манић, Ж. (2021). Значај телеасистенције за старије у Србији током пандемије ковида 19. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 31–49). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет.
- Monahan, C., Macdonald, J., Lytle, A., Apriceno, M-B., Levy, R. S. (2020). The COVID-19 and Ageism: How Positive and Negative Responses Impact Older Adults and Society, *American Psychologist*, 75(7), 887–896.
- Мојић, Д. (2021). Организација и начин функционисања домова за старије особе у време пандемије ковида 19 у Србији. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 11–31). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет.
- Љубичић, М. (2021). Свакодневица старијих и званични дискурс о корони; између друштвене бриге и ејџизма. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 67–85). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет.

- Ong, J. K., Yin Yin Lim, M., Chang, J. X. R., Wong, P. Y. Koh, H. L. (2020). Collateral Damage: How the COVID-19 Pandemic Has Affected the Dying Process of Palliative Care Patients in Hospitals-Our Experience and Recommendations, *Ann Acad Med Singap*, 49(8), 616–620.
- Organizacija palijativnog lečenja i nege i ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu u oblasti palijativnog lečenja na području AP Vojvodina* (2015). Pokrajinski zaštitnik građana Autonomne Pokrajine Vojvodine: Novi Sad.
- Perić Dilgenski, T. (2020). Koronavirus u (bio)političkom imaginarijumu, *Sociološki pregled*, LIV(3), 627–646.
- Petretto, R. D., Pili, R. (2020). Ageing and COVID-19: What Is the Role for Elderly People?, *Geriatrics* 5, 25.
- Rada, G. A. (2020). Covid-19: the precarious position of Spain's nursing homes, *BMJ* 369. [https://web.archive.org/web/20200429044128id\\_/https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m1554.full.pdf](https://web.archive.org/web/20200429044128id_/https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m1554.full.pdf)
- Rodin, G., Zimmermann, C., Rodin, D., Awamer, A., Sullivan, R., Chamberlain, C. (2020). COVID-19, palliative care and public health, *European Journal of Cancer*, 136, 95–98.
- Rubio, O., Estella, A., Cabre, L., Saralegui-Reta, I., Martin, M. C., Zapata, L., et al. (2020). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos, *Med Intensiva*, 44, 439–445.
- Senger, E. (2019). Ageism in medicine a pressing problem, *CMAJ*, 14, 191.
- Skirbekk, H., Nortvedt, P. (2014). Inadequate Treatment for Elderly Patients: Professional Norms and Tight Budgets Could Cause “Ageism” in Hospitals, *Health Care Anal* 22, 192–201. <https://doi.org/10.1007/s10728-012-0207-2>.
- Vilela De Oliveira, A. S., Campos Machado, J., Dadalto, L. (2020). Palliative care and autonomy of older adults exposed to Covid-19, *Rev. Bioét.*, 28(4), 595–603.
- Waters, L. (2012). *Factors Associated with Access to Palliative Care in a Large Urban Public Teaching Hospital with a Formal Hospital-Based Palliative Care Program*, VCU Scholars Compass, Virginia Commonwealth University Theses and Dissertations Graduate School. <https://scholarscompass.vcu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3745&context=etd>.
- Whitton, S. L. (1997). Ageism: Paternalism and Prejudice, *DePaul Law Review*, 46(2), 453–482.
- World Health Organization (2020). Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: policy brief (2020). Geneva. WHO/2019-nCoV/Policy\_Brief/Long-term\_Care/2020.1).

Wyman, F. M., Shiovitz-Ezra, S. Bengel, J. (2018). *Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems*, in: L. Ayalon, C. Tesch-Römer, (eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pp. 193–212). Cham: Springer. [https://ifa.ngo/wp-content/uploads/2019/10/Ageism\\_in\\_the\\_Health\\_Care\\_System\\_Providers\\_Patient.pdf](https://ifa.ngo/wp-content/uploads/2019/10/Ageism_in_the_Health_Care_System_Providers_Patient.pdf)

**Milana Ljubicic**

## **HEALTH CARE OF THE ELDERLY WITH PARTICULAR REFERENCE TO PALLIATIVE CARE IN THE AGE OF NEW NORMALITY**

### **Abstract**

Prejudices against the elderly and practices based on them are equally present today as they were many centuries earlier. However, in modern, especially in developed western countries governed by the principles of the rule of law, the presence of systemically supported ageism, such as in health care, should be a concern due to its implications. The new normality has enabled us to recognize the face of ageism in medicine. It turned out that during the pandemic, care for the elderly in a large number of Western countries ranged from benevolent ageism to openly discriminatory practices, i.e., denial of medical care. This refers, among others, to two domains of health care: in the case of intensive medical care due to covid-19 virus infection and palliative care. To point out the presence of ageism in medicine, we reviewed available empirical data on the characteristics of health care and palliative care for the elderly suffering from various diseases, the attitude of medical staff towards patients, and recommendations and clinical protocols concerning the elderly during the pandemic. The analysis of secondary material unequivocally confirms that ageism is continuous: it is present in the time before the pandemic and in the pandemic situation. Poor and otherwise marginalized older adults are particularly disadvantaged in health care. To conclude: the right to health and health care in practice is proportionate to assessing the benefits that society can expect from the holder of this right.

**Key words:** elderly, ageism, health care, covid-19, palliative care.