

Starizem in zdravstvo v Sloveniji: zaznave zdravja Ljubljančanov in drugih prebivalcev Slovenije v času epidemije koronavirusa

Ageism and healthcare in Slovenia: the perceptions of health among residents of Ljubljana and other residents of Slovenia in the times of coronavirus epidemic

Otto Gerdina, Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani

POVZETEK

Namen prispevka je predstaviti in kontekstualizirati zaznave zdravja starejših Ljubljančanov in drugih prebivalcev Slovenije ter stanje v zdravstvu med prvim in drugim valom epidemije koronavirusa. Na podlagi primerjave podatkov iz dveh serij raziskave Slovensko javno mnenje (SJM 2020/1 in SJM 2020/3), ki sta bili opravljeni v času prvega in drugega vala epidemije v Sloveniji, v prispevku ugotavljamo, da je med prvim in drugim valom epidemije prišlo do sprememb v subjektivni oceni zdravja in oceni stanja v zdravstvu. Rezultati deskriptivne analize podatkov so postavljeni v kontekst starizma v zdravstvu, katerega vpliv na dostopnost in kvaliteto zdravstvenih storitev bi se lahko zaradi večjih obremenitev zdravstvenega sistema v času epidemije okrepil.

Ključne besede: starizem, kvaliteta zdravstvene obravnave, ocena stanja v zdravstvu v Sloveniji, prvi in drugi val epidemije koronavirusa, javno mnenje.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present and contextualize perceptions of health and the state of healthcare among older residents in Ljubljana as well as among other residents of Slovenia during the first and second wave of the coronavirus epidemic. Based on a comparison of data from two series of the Slovenian Public Opinion Survey (SJM 2020/1 and SJM 2020/3), which were conducted during the first and second waves of the coronavirus epidemic in Slovenia, the paper concludes that there were changes in the subjective assessment of health and in the assessment of the state of healthcare. The results of the descriptive analysis of the data are set in the context of ageism in healthcare, its impact on the availability and quality of health services could be further strengthened due to the greater demand on the health system during the epidemic.

Key words: old age, quality of medical treatment, assessment of the state of healthcare in Slovenia, first and second wave of coronavirus epidemic, public opinion.

Uvod

Dobro zdravje je ključni element kakovosti življenja, zato sta dostopnost in kakovost zdravstvene obravnave pglavitna pogoja za kakovostno življenje. Dostopnost in kakovost zdravstvene obravnave sta še posebej pomembni v starosti, saj stari ljudje pogosteje uporabljajo zdravstvene storitve kot mladi (Pahor idr. 2011). Od njiju je odvisno, kako uspešni bodo posamezniki pri upravljanju z zdravstvenimi tveganji in posledično, kako dolgo bodo sposobni sodelovati v družbi. V tem prispevku nas bo zanimalo, kako sta prvi in drugi val epidemije koronavirusa vplivala na samozaznavo zdravja in stanja v zdravstvenem sistemu, ali so bile te zaznave v prestolnici, torej v Ljubljani, drugačne kot drugje po Sloveniji in kakšne posledice imajo lahko te zaznave na uporabo zdravstvenih storitev, če upoštevamo, da sta že pred epidemijo dve tretjini starejših od 65 let v Sloveniji pri zdravstveni obravnavi občutili starizem (Lešnik in Tomažič 2017).

Starizem v tem prispevku obravnavamo kot specifično obliko diskriminacije, ki utemeljuje in vzdržuje neenakosti pri zdravstveni obravnavi različno starih posameznikov in skupin. Manifestira se v institucionalnih normah in strategijah, ki podpirajo starostne stereotipe in zmanjšujejo priložnosti za stare ljudi (Voss idr. 2018) na več področjih življenja. Posledica je, da so stari ljudje lahko tudi v zdravstvu drugače (manj kakovostno) obravnavani kot drugi odrasli, kar se pogosto legitimira z zmotnim prepričanjem, da imajo stari ljudje drugačne potrebe in želje kot drugi polnopravni člani skupnosti (Thompson 2017; Beauvoir de 2018, 2020).

Slednje se je nedavno pokazalo v podjetjih, ki v klinična testiranja pri razvoju cepiv za koronavirus niso vključila starih ljudi, čeprav je večina držav v Evropski uniji opredelila stare ljudi kot skupino, ki jo je treba prioritarno zaščititi. Posledično se za nekatera cepiva dolgo ni vedelo, ali so učinkovita pri starejših od petinšestdeset let, zato so jih v določenih obdobjih in državah celo odsvetovali za uporabo med starimi. Problematika izključevanja starih ljudi iz kliničnih testiranj ni nova. Socialni gerontologi in nekateri zdravniki že dolgo opozarjajo, da so stari ljudje manj prisotni pri kliničnih preizkusih zdravil (glej npr. Pirtošek 2020). Raziskava intervencij v primeru kapi in rehabilitacije po njej je denimo pokazala, da je bila povprečna starost udeležencev deset let nižja od povprečne starosti, pri kateri ljudje doživijo kap (Hadbavna in O'Neill 2013). Težave se pojavljajo tudi pri kliničnem preizkušanju zdravil, kjer

so zaradi potencialno višjega tveganja negativnih stranskih učinkov in zagotavljanja homogenosti vzorca stari ljudje izključeni. Največkrat zaradi potencialno višjega tveganja negativnih stranskih učinkov in zagotavljanja homogenosti vzorca, lahko pa tudi zaradi želje farmacevtskih podjetij, da bi prikazala boljšo učinkovitost zdravil in si zagotovila hitrejšo lansiranje. Čeprav gre pri prvih dveh za utemeljena razloga, je posledica takšnih praks, kot se je pokazalo pri razvoju cepiv za koronavirus, lahko izključitev starih ljudi iz kliničnih testiranj, kar preprečuje posploševanje rezultatov raziskave na starejše bolnike. Brez kliničnih dokazov, ki bi podpirali učinke uporabe novih zdravil, medicinskih intervencij ali cepiv med starejšimi bolniki, je manj verjetno, da jih bodo (pravočasno) deležni (Wyman idr. 2018).

Starizem: strukturna ovira pri zdravstveni oskrbi starih ljudi

Negativni stereotipi, predsodki in starostna diskriminacija vplivajo tako na količino kot na kakovost oskrbe, ki je na voljo in jo dobijo starejši bolniki. Storitve zdravstvene in socialne oskrbe rutinsko implementirajo ideologijo pešanja v svojih postopkih, pri sprejemanju odločitev in strokovnih vrednotah, s čimer institucionalizirajo starostno diskriminacijo na vseh področjih zdravstvenih storitev (Lloyd-Sherlock idr. 2016). Zdravstveni strokovnjaki pogosto diskriminirajo na podlagi starosti, saj raziskave »redno dokumentirajo vzpostavljeno razmerje med višanjem starosti in slabšanjem zdravstvene oskrbe« (Salter in Salter 2018, 1075). Zaradi visoke umrljivosti starih med pandemijo je možno, da se bo med zdravstvenim osebjem še okrepila povezava med starimi ljudmi in smrtjo, ki se lahko manifestira v večanju distance med zdravstvenim osebjem in starimi bolniki, kar zmanjšuje željo po delu z njimi.

Staristični odnos do starih ljudi lahko pri zdravstvenem osebju izhaja iz potrebe po blaženju tesnobe pred lastno umrljivostjo, ki jo podžiga povezava med starostjo in umiranjem. Sistematični pregled 25 raziskav, ki so raziskovale prediktorje starističnih prepričanj med zdravstvenimi delavci, je pokazal, da sta bili izbira za delo s starejšimi bolniki in stopnja znanja o staranju med najmočnejšimi prediktorji manj izrazitih starističnih prepričanj, visoka tesnoba zaradi lastnega staranja pa najmočnejši prediktor bolj izrazitega starističnega prepričanja (Liu idr. 2013).

Raziskave o sprejemanju odločitev v hipotetičnih scenarijih zdravljenja različno starih ljudi kot tudi pregledi dejanskih kartotek so pokazali starostne razlike pri diagnostičnih postopkih in ponujenih zdravljenjih (za pregled glej Wyman idr. 2018). Zdravniki so pri obravnavi starejših bolnikov v primerjavi z mlajšimi prav tako manj potrpežljivi, manj spoštljivi, manj angažirani in manj optimistični (Wyman idr. 2018). Na ravni komunikacije je raziskava, ki so jo opravili

Caris-Verhallen in drugi (1999), pokazala, da negativen odnos do starosti med zdravstvenimi tehnikami vodi do krajših in bolj površinskih pogovorov. Podobno sta McLafferty in Morrison (2004) ugotovila, da so bolniške sestre stare bolnike obravnavale z večjo distanco, se z njimi redkeje šalile in si manj verjetno zapomnile njihova imena.

Stari ljudje pogosteje kot druge starostne skupine za bolečine prejemajo preveč ali premalo zdravil, manj pogosto se jih testira za spolno prenosljive bolezni ali zlorabo substanc in manj verjetno se znajdejo na seznamih za transplantacijo organov (Swift in Steeden 2020). Cuddy in Fiske (2002) opozarjata, da enako velja na področju duševnega zdravja, saj je manj verjetno, da bodo zdravniki stare bolnike napotili k psihiatru, čeprav bodo kazali enake simptome kot mlajši. Pretirana uporaba psihiatričnih zdravil pri starih ljudeh je predvsem v kontekstu institucij dolgotrajne oskrbe dobro dokumentirana (glej Ruxton idr. 2015), kljub jasnim dokazom, da pretirana uporaba pomirjeval, antipsihotikov in antidepresivov povečuje tveganja za padce, kognitivno oviranost, razvoj tolerance in odvisnost od zdravil pri starih ljudeh (Bodner idr. 2018).

Starostna izključenost na področju zdravstvenih storitev se delno reproducira tudi na sistemski ravni, saj trenutni sistem plačevanja zdravstvenih storitev spodbuja zdravstvene posege in teste, pri katerih se uporabljajo napredne tehnologije, manj denarja pa namenja za geriatrično oskrbo, ki je pogosto kompleksna in časovno zahtevna (Wyman idr. 2018). Tuji raziskovalci kot problematiko navadno poudarjajo tudi pomanjkanje zanimanja za geriatrijo in majhno število geriatrov, kar posredno kaže, da večina zdravnikov raje zdravi mlade kot stare (Palmore 1999).

Stari ljudje imajo prav tako manjše možnosti za vključitev v rehabilitacijske programe ali zanje pogosto ni preventivnih oziroma presejalnih programov (Gerdina 2020). Razlike v zdravstvenih tretmajih obstajajo tudi med različnimi skupinami starih. Veliko starih bolnikov z diagnosticirano demenco denimo ni vključenih v rehabilitacijske programe, saj nekateri zdravstveni delavci kljub nasprotnim dokazom še vedno verjamejo, da demenca ni ozdravljiva, ali se soočajo z nediagnosticiranjem drugih zdravstvenih težav, ki bi bile pri osebi brez demence verjetneje diagnosticirane in zdravljene (Evans 2018). Posledica je slabše zdravje starih z diagnosticirano demenco kot starih brez nje, saj nezdravljenje z demenco nepovezanih bolezenskih znakov pri prvih povzroči hitrejši upad opravljanja vsakodnevnih opravil, zmanjša kakovost življenja in povzroči zgodnejšo smrt (Evans 2018). Vse naštetu so posledice starostne izključenosti na področju zdravstvene oskrbe, ki izhaja iz širšega starističnega prepričanja, da se s starostjo družbena vrednost posameznika zmanjša.

Del težav izvira tudi iz zanemarjanja starosti in specifičnih potreb zdravljenja starih ljudi v medicinski stroki, ki se še ni prilagodila zgodovinsko gledano največjemu deležu starih bolnikov (Pahor idr. 2011). Ilustrativna je raziskava, o kateri poroča Wehling (2016), ki je po pregledu 926 kliničnih navodil v Nemški zvezi znanstvenih medicinskih društev (German Association of Scientific Medical Societies Guideline Register) ugotovila, da sta zgolj dve eksplicitno nagovarjali geriatrične bolnike (eno se je nanašalo na prehrano, drugo na inkontinenco). Ista raziskava je dodatno pokazala, da so bile informacije o uporabi zdravil pri starejših pacientih kratke in nejasne, čeprav je bila večina uporabnikov zdravil geriatričnih bolnikov.

Namen in cilj

Namen prispevka je predstaviti in kontekstualizirati zaznave zdravja starejših Ljubljčanov in drugih prebivalcev Slovenije ter stanja v zdravstvu med prvim in drugim valom epidemije koronavirusa. Ker zaradi dolgoživosti traja 'tretje življenjsko obdobje' vse dlje, se poleg zdravih starih ljudi povečuje tudi število starih, ki živijo s kroničnimi ali akutnimi boleznimi in so pri svojih dnevni dejavnostih odvisni od zdravstvene oskrbe (Pahor idr. 2011). Glede na to, da je epidemija koronavirusa močno povečala čakalne dobe in zmanjšala dostop do zdravstvenega varstva (v določenih obdobjih so se opravljale le najbolj nujne zdravstvene storitve), predpostavljamo, da se je zdravstveno stanje med epidemijo poslabšalo, kar formaliziramo v naslednjih hipotezah:

H1: Epidemija koronavirusa vpliva na subjektivno oceno zdravja¹.

H1a: Subjektivna ocena zdravja bo v prvem valu epidemije boljša kot v drugem valu epidemije.

H1b: Subjektivna ocena zdravja se bo med prvim in drugim valom epidemije bolj poslabšala pri starejših od 55 let.

Dodatno nas bo zanimala ocena stanja v zdravstvu med starimi ljudmi, kjer si bomo pomagali z naslednjima raziskovalnima vprašanjema:

RV1: Kako je epidemija koronavirusa vplivala na subjektivno oceno zdravstva v Sloveniji v prvem in drugem valu in ali se bo ocena razlikovala glede na starost respondenta?

¹ Čeprav je zdravje kompleksen koncept, ki zajema objektivne fizične, psihične in socialne dimenzije, se je v družboslovnem raziskovanju uveljavilo subjektivno ocenjevanje zdravja, ki predvsem pri primerjalnih raziskavah velja za zelo dober indikator. Ljudje se namreč primarno odločajo za iskanje pomoči v formalnem sistemu zdravstvenega varstva na podlagi subjektivnega občutja (Pahor idr. 2011).

RV2: Kako se je subjektivna ocena stanja v zdravstvu razlikovala med Ljubljanci in drugimi prebivalci Slovenije?

Metoda

Hipoteze bomo preverili s pomočjo sekundarne analize podatkov, ki so bili zbrani v okviru raziskave Slovensko javno mnenje SJM 2020/1 (Hafner-Fink idr. 2020) in Slovensko javno mnenje SJM 2020/3 (Hafner-Fink idr. 2021), ki v grobem sovpadata s prvim in drugim valom epidemije.

Podatki za prvi val epidemije so bili zbrani z metodo računalniško podprtega anketiranja prek spleta med 1. aprilom in 31. majem 2020 (SJM 2020/1). Populacijo so predstavljali vsi prebivalci Republike Slovenije stari 18 let ali več. Izbor v vzorec vključenih oseb je bil izveden na podlagi Centralnega registra prebivalcev Slovenije kot izhodiščnega vzorčnega seznama. Izbor je bil slučajni dvostopenjski in je upošteval predhodno stratifikacijo na osnovi 12 statističnih regij in 6 tipov naselij. Velikost izhodiščnega bruto vzorca je bila 2000 oseb, stopnja odzivnosti pa 44,4 %. V celoti je anketo izpolnilo 853 anketirancev.

Podatki za drugi val epidemije so bili zbrani z metodo računalniško podprtega anketiranja prek spleta ali prek pošte (respondenti so lahko sami izbrali, ali bodo anketo izpolnili s pomočjo spletnega ali pisemskega vprašalnika) med 10. novembrom 2020 in 31. januarjem 2021. Osnovni instrument raziskave je bil standardizirani vprašalnik. Izbor oseb, ki so bile vključene v vzorec, je bil izveden na podlagi Centralnega registra prebivalcev Slovenije kot izhodiščnega vzorčnega seznama. Postopek izbora oseb je bil naključni sistematični, kjer je imela vsaka oseba iz populacije enako verjetnost, da bo vključena v vzorec. Za sistematični izbor oseb se je upoštevala predhodna stratifikacija glede na 12 statističnih regij in 6 tipov naselij in naključno začetno točko. Velikost izhodiščnega bruto vzorca je bila 2500 oseb, stopnja odzivnosti pa 46 %. V celoti sta anketo izpolnila 1102 anketiranca.

S pomočjo deskriptivne statistike so bili analizirani odgovori na vprašanja:

- 1) Kako bi na splošno ocenili vaše zdravje? Ali bi rekli, da je ... Možni so bili odgovori zelo slabo, slabo, zadovoljivo, dobro in zelo dobro.
- 2) Kakšno je po vašem mnenju splošno stanje zdravstva danes v Sloveniji? Anketiranci so stanje zdravstva v Sloveniji ocenili na 11-stopenjski lestvici od 0 do 10, pri čemer je 0 pomenila, da je stanje izredno slabo, 10 pa izredno dobro.

Po izključitvi manjkajočih vrednosti je bilo končno število odgovorov, zajetih v analizo, pri prvem vprašanju 845 za prvi in 1096 za drugi val, pri drugem vprašanju pa 842 za prvi in 1084 za drugi val.

Rezultati

Pri analizi subjektivne ocene zdravja smo združili ocene zelo slabo in slabo ter zelo dobro in dobro.

Tabela 1: Primerjava ocen zdravja med Ljubljancani in drugimi prebivalci Slovenije glede na starost respondenta v prvem in drugem valu epidemije leta 2020

	PRVI VAL				DRUGI VAL			
	(zelo slabo)	zadovoljivo	(zelo dobro)	skupaj	(zelo slabo)	zadovoljivo	(zelo dobro)	skupaj
LJ 55+	8	19	19	46	8	26	31	65
%	17,4	41,3	41,3	100	12,3	40,0	47,7	100
LJ MLAJŠI	2	13	53	68	2	10	65	77
%	2,9	19,1	77,9	100	2,6	13,0	84,4	100
LJ SKUPAJ	10	32	72	114	10	36	96	142
%	8,8	28,1	63,2	100	7,0	25,4	67,6	100
DRUGI PREBIVALCI SLOVENIJE 55 +	39	144	108	291	53	197	154	404
%	13,4	49,5	37,1	100	13,1	48,8	38,1	100,0
DRUGI PREBIVALCI SLOVENIJE MLAJŠI	21	97	322	440	21	123	406	550
%	4,8	22,0	73,2	100	3,8	22,4	73,8	100
DRUGI PREBIVALCI SLOVENIJE SKUPAJ	60	241	430	731	74	320	560	954
%	8,2	33,0	58,8	100	7,8	33,5	58,7	100
VSA SLOVENIJA 55 +	47	163	127	337	61	223	185	469
%	13,9	48,4	37,7	100	13,0	47,6	39,4	100
VSA SLOVENIJA MLAJŠI	23	110	375	508	23	133	471	627
%	4,5	21,7	73,8	100	3,7	21,2	75,1	100
SKUPAJ	70	273	502	845	84	356	656	1096
%	8,3	32,3	59,4	100	7,7	32,5	59,9	100,0

Med prvim in drugim valom se je subjektivna ocena zdravja v splošni populaciji minimalno izboljšala (tabela 1); delež respondentov, ki so svoje zdravje ocenili kot slabo, se je zmanjšal za 0,6 odstotne točke, delež tistih, ki so svoje zdravje ocenili kot dobro, pa se je povečal za 0,5 odstotne točke. Med starejšimi in mlajšimi od 55 let ni bilo pomembnih razlik.

Ljubljancani so bili v prvem letu epidemije glede na subjektivno oceno bolj zdravi kot drugi prebivalci Slovenije. Prav tako so v drugem valu epidemije bolje ocenili svoje zdravje kot v prvem valu. Oboje velja tako za starejše od 55 let kot za mlajše, čeprav so slednji v obeh časovnih točkah poročali o bistveno boljšem zdravju kot starejši.

Kot slabo ali zelo slabo je svoje zdravje v prvem valu ocenilo 17,4 % Ljubljancanov, starejših od 55 let, kot dobro ali zelo dobro pa 41,3 %. Delež prvih se je v drugem valu zmanjšal za 5,1 odstotne točke, delež drugih pa povečal za 6,4 odstotne točke. Med mlajšimi Ljubljancani jih je o slabem ali zelo slabem poročalo zgolj 2,9 % v prvem in 2,6 % v drugem valu, medtem ko je svoje zdravje kot dobro v prvem valu ocenilo 77,9 % mlajših in kar 84,4 % v drugem valu.

Pri analizi subjektivne ocene zdravstva v Sloveniji smo združili negativne vrednosti merske lestvice (od 0 do 4), obdržali sredinsko vrednost (5) in združili pozitivne vrednosti merske lestvice (od 6 do 10).

Tabela 2: Primerjava ocen stanja zdravstva v Sloveniji med Ljubljancani in drugimi prebivalci Slovenije glede na starost respondenta v prvem in drugem valu epidemije leta 2020

	PRVI VAL				DRUGI VAL			
	slabo	zadovoljivo	dobro	skupaj	slabo	zadovoljivo	dobro	skupaj
LJ 55+	14	6	26	46	32	9	22	63
%	30,4	13,0	56,5	100,0	50,8	14,3	34,9	100
LJ MLAJŠI	17	13	38	68	34	14	27	75
%	25,0	19,1	55,9	100,0	45,3	18,7	36	100
LJ SKUPAJ	31,0	19,0	64,0	114,0	66,0	23,0	49,0	138,0
%	22,5	13,8	46,4	82,6	47,8	16,7	35,5	100,0
DRUGI PREBIVALCI SLOVENIJE 55 +	89	35	162	286	177	66	160	403
%	31,1	12,2	56,6	100,0	43,9	16,4	39,7	100
DRUGI PREBIVALCI SLOVENIJE MLAJŠI	149	79	214	442	283	93	167	543
%	17,7	9,4	25,4	52,5	52,1	17,1	30,8	100
DRUGI PREBIVALCI	238,0	114,0	376,0	728,0	460,0	159,0	327,0	946,0

SLOVENIJE SKUPAJ								
%	25,2	12,1	39,7	77,0	48,6	16,8	34,6	100,0
VSA SLOVENIJA 55 +	103	41	188	332	209	75	182	466
%	31,0	12,3	56,6	100	44,9	16,1	39,0	100
VSA SLOVENIJA MLAJŠI	166	92	252	510	317	107	194	618
%	32,6	18,0	49,4	100	51,3	17,3	31,4	100
VSA SLOVENIJA SKUPAJ	269	133	440	842	526	182	376	1084
%	31,9	15,8	52,3	100	48,5	16,8	34,7	100

Iz tabele 2 je razvidno, da so respondenti v prvem valu epidemije stanje zdravstva ocenili bistveno bolj pozitivno kot v drugem valu, saj je delež ljudi, ki so ocenili, da je stanje zdravstva v Sloveniji dobro, padel z 52,3 % na 34,7 %, delež tistih, ki so ocenili, da je stanje zdravstva slabo, pa narasel z 31,9 % na 48,5 %. V primerjavi z drugimi prebivalci Slovenije so v prvem valu Ljubljančani stanje v zdravstvu ocenili bolj pozitivno. Kot dobro ga je ocenilo 46,4 % Ljubljančanov v primerjavi z 39,7 % drugih prebivalcev Slovenije in kot slabo 22,5 % v primerjavi s 25,2 %. Te razlike v drugem valu praktično ni več, saj oba deleža ljudi, ki ocenjujejo stanje zdravstva v Sloveniji kot dobro, padeta na 35 %, deleža tistih, ki ocenjujejo stanje zdravstva v Sloveniji kot slabo, pa narasteta na 48 %.

Delež ljudi, ki so stanje zdravstva v Sloveniji pozitivno ocenili v prvem valu epidemije, je bil med starejšimi večji kot med mlajšimi, saj je kot dobro stanje zdravstva v Sloveniji ocenilo 56,6 % starejših od 55 let in 49,4 % mlajših, kot slabo pa 31 % starejših in 32,6 % mlajših. V drugem valu epidemije je kot dobro stanje zdravstva v Sloveniji ocenilo 18 % manj tako mlajših kot starejših od 55 let, se je pa razlika glede na starost vendarle nekoliko povečala, saj se je delež respondentov, ki so stanje zdravstva v Sloveniji ocenili kot slabo, bolj povečal pri mlajših kot pri starejših od 55 let.

Ljubljančani, starejši od 55 let, se glede ocene stanja v zdravstvu v Sloveniji v prvem valu epidemije praktično ne razlikujejo od drugih prebivalcev Slovenije, se pa razlika poveča v drugem valu, ko se delež Ljubljančanov, ki stanje zdravstva v Sloveniji ocenjujejo kot slabo, poveča s 30,4 % na 50,8 %, delež tistih, ki ga ocenjujejo kot dobro, pa se zmanjša s 56,5 % na 34,9 %, medtem ko se delež drugih respondentov, ki stanje zdravstva v Sloveniji ocenjujejo kot slabo, poveča z 31,1 % na 43,9 %, delež tistih, ki ga ocenjujejo kot dobro, pa se zmanjša s 56,6 % na 39,7 %.

V primerjavi z mlajšimi so Ljubljanci, starejši od 55 let, stanje zdravstva v Sloveniji v prvem valu ocenili nekoliko slabše; medtem ko je 30,4 % Ljubljančanov starejših od 55 let menilo, da je stanje v zdravstvu v Sloveniji slabo, je bilo med mlajšimi takih le 25 %. V prvem valu starostnih razlik pri deležu respondentov, ki so stanje v zdravstvu v Sloveniji ocenili kot dobro, skoraj ni bilo – pri obojih je bil delež okoli 56 %. V drugem valu epidemije so se starostne razlike v oceni stanja zdravstva v Sloveniji med Ljubljančani obdržale; delež respondentov, ki so stanje v zdravstvu ocenili kot slabo, se je pri obeh starostnih skupinah povečal za približno 20 odstotnih točk, delež tistih, ki so stanje v zdravstvu v Sloveniji ocenili kot dobro, pa se je zmanjšal za prav toliko.

Razprava in sklep

Zagotovljen dostop in kakovost zdravstvene oskrbe sta ključnega pomena za kakovostno starost. Ob upoštevanju dejstva, da so stari ljudje pogostejši uporabniki zdravstvenih storitev kot mlajši (Pahor idr. 2011) in da zdravstveni delavci ob večjih obremenitvah verjetneje uporabljajo stereotipe (Levy in Banaji 2002), smo predpostavljali, da bi pandemija koronavirusa lahko povečala starostno izključenost na področju zdravstvenih storitev, okrepila negativne starostne stereotipe med zdravstvenimi delavci, spodbudila obravnavo bolnikov na osnovi stereotipov in posledično znižala kakovost zdravstvene oskrbe, ki jo stari ljudje lahko pričakujejo. Za stare bolnike je namreč bolj verjetno, da jim bo dodeljena identiteta »stare osebe«, ki na družbeno legitimen način upravičuje in normalizira staristično zdravstveno obravnavo.

Prepričanje, da je večina bolezni za starost 'normalna', lahko preprečuje ustrezno zdravljenje bolezni in stanj, ki jih je dejansko mogoče izboljšati na institucionalnem nivoju: »V kontekstu zdravstvene oskrbe lahko vidiki učnih načrtov, ki razlagajo določena zdravstvena stanja kot 'tipična' za stare ljudi, v kombinaciji z institucionalnimi zahtevami (npr. pomanjkanje časa), ustvarijo okolje, ko so odločitve utemeljene na stereotipih in potencialno negativno vplivajo na obravnavo starejših pacientov« (Voss idr. 2018, 20). Predvsem slednje lahko postane bolj problematično v času epidemije, saj je v »situacijah, ko so ljudje pod časovnim pritiskom, in v situacijah, v katerih morajo biti pozorni na več stvari hkrati, stereotipiziranje bolj verjetno« (Levy in Banaji 2002, 50). Stereotipiziranje in spregledovanje razlik med posamezniki pa sta za starizem značilna elementa (Ayalon in Tesch-Römer 2018a).

Starizem v zdravstvu znižuje tako kakovost zdravstvene oskrbe kot samospoštovanje starih ljudi (Lešnik in Tomažič 2017). Če stari ljudje pričakujejo, da jih bo obisk zdravstvene ustanove

povzročil stres, ki izčrpava psihološke vire, potrebne za sodelovanje v procesu zdravstvene obravnave starega človeka, bodo verjetno bolj zadržani pri kontaktiranju zdravnika zaradi nenujnih bolezenskih stanj.

Zaradi teh razlogov smo, kot je razvidno iz prve hipoteze, pričakovali, da se bo subjektivna ocena zdravja med anketiranci v drugem valu epidemije poslabšala, vendar tega izsledki naše analize niso potrdili. Nasprotno, v splošni populaciji se je subjektivna ocena zdravja v drugem valu epidemije v primerjavi s prvim valom celo izboljšala, čeprav minimalno. Glede na subjektivno oceno zdravja je do izboljšanja prišlo tako med Ljubljčanami kot v splošni populaciji, tako med starejšimi od 55 let kot med mlajšimi. Podatki kažejo, da lahko sprejmemo hipotezo H1, da epidemija koronavirusa vpliva na subjektivno oceno zdravja, ne pa tudi hipotez H1a in H1b, ki sta pričakovali poslabšanje v subjektivni oceni zdravja v drugem valu epidemije (glede na prvi val). Razglabljanja o vzrokih za boljšo oceno zdravja v drugem valu epidemije presegajo doseg tega prispevka, saj ne vemo, kako na subjektivno oceno zdravja vpliva življenje z epidemijo koronavirusa, denimo, kako dnevno poročanje o številu smrti in prikazovanje umirajočih ali hudo bolnih na intenzivnih oddelkih bolnišnic vpliva na subjektivno oceno zdravja.

V povezavi z raziskovalnim vprašanjem RV1 se je pokazalo, da je v drugem valu epidemije, v primerjavi s prvim, prišlo do poslabšanja ocene stanja zdravstva v Sloveniji. Čeprav je primerjava odgovorov anketirancev glede na starost pokazala, da se je delež respondentov, ki so stanje zdravstva v Sloveniji ocenili kot slabo, bolj povečal pri mlajših kot pri starejših od 55 let, je rast deleža pri slednjih za skoraj polovico skrb vzbujajoča. Pomeni lahko, da bodo stari ljudje bolj verjetno pričakovali obravnavo na podlagi stereotipnih predpostavk o starosti, ki je pogosto manj kakovostna. To pričakovanje pa se lahko manifestira v samoomejevanju preventive: stari ljudje se lahko zaradi strahu pred tem, da jih bodo obravnavali nespoštljivo, ne odločajo za obisk zdravnika, dokler ni za učinkovito zdravljenje že prepozno (Lešnik in Tomažič 2017).

V povezavi z raziskovalnim vprašanjem RV2 smo ugotovili, da v prvem valu epidemije med Ljubljčanami in drugimi prebivalci Slovenije pri subjektivni oceni stanja v zdravstvu ni bilo večjih razlik. So se pa te pokazale v drugem valu epidemije, ko se je subjektivna ocena stanja v zdravstvu v Sloveniji bolj poslabšala med Ljubljčanami. Kar pomeni, da so tveganja, povezana s pričakovanjem staristične obravnave v času epidemije koronavirusa, v Ljubljani večja. Otežen dostop do zdravstvenega varstva lahko pomeni manj preventivnih pregledov in pravočasnih odločitev za zdravljenje, to pa lahko vodi do slabšega zdravja. Ker stari ljudje zdravstveno

varstvo potrebujejo pogosteje kot mladi, je verjetno, da bo manjša splošna dostopnost do zdravstvenega varstva najbolj prizadela ravno stare Ljubljance, ki jih na podlagi tega prispevka identificiramo kot skupino, ki je – navkljub izboljšanju zdravja v drugem valu epidemije v primerjavi s prvim valom – posebej izpostavljena tveganju starostne izključenosti na področju zdravstvenega varstva.

Omejitve

Ta raziskava ni brez omejitev. Najpomembnejša je, da lahko na podlagi subjektivne ocene zdravja in stanja zdravstva v Sloveniji le predvidevamo, kakšne so lahko posledice takšne zaznave na teoretski, ne pa tudi na praktični ravni. Prihodnje študije bodo morale raziskati, v kolikšni meri stari ljudje povezujejo stanje v zdravstvu s stopnjo starizma v zdravstvu in v kolikšni meri na podlagi tega pričakovanja sprejemajo odločitve, povezane s preventivno zdravstveno oskrbo. Pri zadnjem raziskovalnem vprašanju velja poudariti, da smo izhajali iz raziskave javnega mnenja, ki je bila narejena na nacionalnem vzorcu, zaradi česar smo pri delitvi vzorca na Ljubljance in ostale prebivalce Slovenije pri podvzorcju Ljubljančani operirali z relativno majhnim številom ljudi.

Afiliacije in zahvale

Doseženi raziskovalni rezultati so nastali v okviru nalog, ki so bile (so)financirane iz državnega proračuna po pogodbah, ki so bile sklenjene med ARRS in izvajalcem. Za pomoč pri zbiranju in obdelavi podatkov se avtor zahvaljuje Tini Vovk ter Centru za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij, ki deluje pod okriljem Fakultete za družbene vede Univerze v Ljubljani.

Literatura

1. Ayalon, L. in Tesch-Römer, C. 2018. 'Introduction to the Section: Ageism—Concept and Origins', in *International Perspectives on Aging*. Springer, str. 1–10. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_1.
2. Beauvoir de, S. 2018. *Starost I – Stališče zunanosti*. Ljubljana: OPRO, zavod za aplikativne študije.
3. Beauvoir de, S. 2020. *Starost II – Biti-v-svetu*. Ljubljana: OPRO, zavod za aplikativne študije.
4. Bodner, E., Palgi, Y. in Wyman, M. F. 2018. 'Ageism in Mental Health Assessment and Treatment of Older Adults', v *International Perspectives on Aging*. Springer, str. 241–262. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_15.
5. Caris-Verhallen, W. M., De Gruijter, I. M., Kerkstra, A., in Bensing, J. M. 1999. 'Factors related to nurse communication with elderly people', *Journal of Advanced Nursing*. John Wiley & Sons, Ltd, 30(5), str. 1106–1117. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01197.x.
6. Cuddy, J. A. in Fiske, T. S. 2002. 'Doddering but Dear: Process, Content, and Function in Stereotyping of Older Persons', v Nelson, T. D. (ur.) *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: MIT Press, str. 3–26.
7. Evans, S. C. 2018 'Ageism and Dementia', v *International Perspectives on Aging*. Springer, Cham, pp. 263–275. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_16.
8. Gerdina, O. 2020. 'Predgovor', v Gerdina, O. (ur.) *Crescendo v istem duru: O usodi starih na sončni strani Alp*. Ljubljana: OPRO, zavod za aplikativne študije, pp. 9–21.
9. Hadbavna, A. in O'Neill, D. 2013. 'Ageism in interventional stroke studies', *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(11), str. 2054–2055.
10. Hafner-Fink, M., Broder Ž., Doušak M., Falle-Zorman R., Gerdina O., Jagodic A., Kecman I., Kurdija S., Miheljak V., Polič M., Uhan S., Toš N., Vovk Z., Zajšek Š. in Malnar B. 2020. *Slovensko javno mnenje 2020/1 – Poročilo o izvedbi raziskave in sumarni pregled rezultatov*. Ljubljana.
11. Hafner-Fink, M., Broder Ž., Doušak M., Falle-Zorman R., Gerdina O., Jagodic A., Kecman I., Kurdija S., Miheljak V., Pajnik M., Uhan S., Toš N., Vovk T., Zajšek Š. in Malnar B. 2021. *Slovensko javno mnenje 2020/3 – Poročilo o izvedbi raziskave in sumarni pregled rezultatov*. Ljubljana.
12. Lešnik, A. in Tomažič, J. 2017. 'Starizem v zdravstvenih ustanovah', *Obzornik*

- zdravstvene nege*. Nurses and Midwives Association of Slovenia, 51(4), str. 312–319. doi: 10.14528/snr.2017.51.4.166.
13. Levy, B. R. in Banaji, M. R. 2002. 'Implicit Ageism', v Nelson, T. D. (ur.) *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge Massachusetts; London England: MIT Press, str. 49–76.
 14. Liu, Y. E., Norman, I. J. and While, A. E. 2013. 'Nurses' attitudes towards older people: A systematic review', *International Journal of Nursing Studies*. Pergamon, 50(9), str. 1271–1282. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.021.
 15. Lloyd-Sherlock, P. G., Ebrahim, S., McKee, M., in Prince, M. J. 2016. 'Institutional ageism in global health policy', *BMJ (Clinical research ed.)*, 354, str. 451–454. doi: 10.1136/bmj.i4514.
 16. McLafferty, I. in Morrison, F. 2004. 'Attitudes towards hospitalized older adults', *Journal of Advanced Nursing*. John Wiley & Sons, Ltd, 47(4), str. 446–453. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03122.x.
 17. Pahor, M., Domajnko, B. in Hlebec, V. 2011. 'Zaznave zdravja in dostopnosti zdravstvenega varstva: Mesto Slovenije v evropskih razdeljenostih', v Mandič, S. and Filipovič Hrast, M. (ur.) *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, str. 139–160.
 18. Palmore, E. 1999. *Ageism: negative and positive*. New York: Springer Publishing Company.
 19. Pirtošek, Z. 2020. '(Ne)sprejemljivost različne obravnave zaradi starosti', v *Crescendo v istem duru: O usodi starih na sončni strani Alp*. Ljubljana: OPRO, zavod za aplikativne študije, str. 25–36.
 20. Ruxton, K., Woodman, R. J. in Mangoni, A. A. 2015. 'Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis', *British Journal of Clinical Pharmacology*. Blackwell Publishing Ltd, 80(2), str. 209–220. doi: 10.1111/bcp.12617.
 21. Salter, B. in Salter, C. 2018. 'The politics of ageing: health consumers, markets and hegemonic challenge', *Sociology of Health & Illness*. Blackwell Publishing Ltd, 40(6), str. 1069–1086. doi: 10.1111/1467-9566.12743.
 22. Swift, H. J. in Steeden, B. 2020. *Exploring representations of old age and ageing Literature review About us Centre for Ageing Better*. Dostopno prek: <https://www.ageing-better.org.uk/sites/default/files/2020-03/Exploring-representations-of-old-age.pdf> (5. januar 2021).

23. Thompson, S. 2017. 'Ageing and Ageism', v Thompson, N. and Cox R., G. (ur.) *Handbook of the Sociology of Death, Grief, and Bereavement: A Guide to Theory and Practice*. Routledge, str. 210–223.
24. Voss, P., Bodner, E. in Rothermund, K. 2018. 'Ageism: The Relationship between Age Stereotypes and Age Discrimination', in *International Perspectives on Aging*. Springer, Cham, pp. 11–31. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_2.
25. Wehling, M. 2016. 'Efficacy and safety of medication in the old age, clinical guidelines and FORTA recommendations', v Fialova, D. in dr. (ur) *EU COST action 1402 training school abstract book 'European perspectives in rational and individualized drug therapy and ageism - priorities for the next decades'*. Prague: Prager Press, str. 10–13.
26. Wyman, M. F., Shiovitz-Ezra, S. in Bengel, J. 2018. 'Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems', in *International Perspectives on Aging*. Springer, Cham, str. 193–212. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_13.