

Corona virus institutionalis – kronski institucionalni virus

Vito Flaker (verzija 1.7)

Povzetek

Epidemija Covida 19 je najbolj prizadela stare ljudi, pa ne tiste, ki živijo doma, pač pa tiste v domovih za stare. Kar dve petini umrlih v epidemiji so stanovalci teh zavodov. Z analizo pokažemo, da je bistven moment okužb prav institucionalnost in ne starost, gre skorajda za institucionalno epidemijo. Totalni ustroj teh ustanov pomeni bistveno večje tveganje za prenos okužbe –zaradi večje koncentracije ljudi in večje pogostosti stikov, pa tudi zaradi institucionalnega ustroja in etosa, ki opredmeti stanovalce in jim jemlje moč ukrepanja. Umrle stanovalce imamo lahko za (pasivne) žrtve ne zgolj virusa temveč institucionalnega značaja organizacije oskrbe, ki v Sloveniji prevladuje. Dosedanje razprave so to spregledale, ukrepi niso omogočalo prehod v varnejšo skupnostno oskrbo, ki bi stanovalcem omogočila isto stopnjo varnosti kot preostalemu prebivalstvu, saj prav take oblike omogočajo večjo stopnjo samo-osamitve in nadzora nad stiki. Umrli stanovalci so žrtve zamujanja z dezinstitutionalizacijo in vzpostavljanjem nosilne skupnostne oskrbe. Prav to so pereče naloge za prihodnost, če naj zagotovimo starim ljudem vsaj varnost, pa tudi človeka vredno življenje.

Ključne besede: korona virus, domovi za stare, totalne ustanove, dezinstitutionalizacija, dolgotrajna oskrba

Še preden je epidemija zajela Slovenijo, smo vedeli, da gre za virus, ki napada oz. ogroža predvsem stare in težko bolne ljudi, še posebej pa stare, ki so bolni. Kaj kmalu se je pokazalo, kar bi lahko predvidevali, da ne gre zgolj za »starostno skupino«, ampak da so del problema tudi ustanove, v katerih so stari ljudje nameščeni. Čeprav je skorajda očitno, da je problem v velikih koncentracijah ljudi na enem mestu, pa še starih povrh, pa je razprava o problemu starih in epidemije v domovih zanje skorajda ni izpostavljala problem domov za stare kot totalnih ustanov. S tem pa tudi postavila v ozadje problem visoke stopnje institucionalizacije pri nas, zamujanja dezinstitutionalizacije in uvajanja dolgotrajne oskrbe, ki bi morala na terenu nadomestiti vsaj večji del institucionalnih kapacitet in s tem tudi zagotoviti možnosti za varnejšo oskrbo.

Za nekatere so domovi za stare pač kraj, kjer so stari ljudje, in jim je samoumevno, da se epidemija pojavlja na takih krajih. Drugi so se, sicer upravičeno, pritoževali nad pomanjkanjem kadra v domovih. Pojavilo se je vprašanje, kje je bolje, da so okuženi stari ljudje nameščeni (afera s ptujsko bolnišnico) – s tem v zvezi pa tudi ugotavljanje, da domovi za stare nimajo usposobljenega kadra, ki bi lahko delal z okuženimi in z okužbami. Pojavila se je tudi upravičena kritika privatizacije institucionalnega varstva (čeprav, kot bomo videli, pri nas to niti ni bil problem v zvezi z epidemijo). Razprava se je torej sem in tja dotikala domov, ni pa šla v bistvo zadeve, *in medias res* – v problem koncentracije ljudi in obstoja totalnih ustanov. (Morda zato, ker smo bili veseli, da jih sploh imamo – med epidemijo še posebej.)

Polemika o domovih za stare se je razvnela šele po dejanskem koncu epidemije (takrat sem tudi sam začel pregledovati podatke), predvsem po intervjuju z Dušanom Kebrom (Mladina, 16. maj). Ta ni opozoril le na veliko število umrlih v domovih, pač pa tudi na to, da so umirali v domovih, ne pa v bolnišnicah – s čimer je vzpostavil pojav »starizma« med epidemijo (prikrajšanje za ustrezno zdravljenje), deloma tudi na neopremljenost domov za stare, a še vedno je razprava pristajala na ustaljene aksiome o potrebnosti tovrstnih ustanov oz. ni problematizirala njihovega obstoja in največje stopnje institucionaliziranosti v Sloveniji, pa tudi ne pomanjkanja ustreznih skupnostnih

služb in skupnostne oskrbe, ki bi še zlasti v času epidemije lahko bolj učinkovito in varno, pa tudi bolj človeško odgovorila na stiske ljudi.

Zato morda pozno za prvi val, vsekakor pa še v času, da kaj ukrenemo pred drugim valom (ali kakšno drugo epidemijo), je primerno pogledati na stanje stvari in skušati razumeti dinamiko dogajanja predvsem z vidika vprašanja institucionalizacije kot dejavnika tveganja. Za zdaj to lahko storimo predvsem s pregledom relevantnih zbranih podatkov¹ o širjenju okužb, ugotavljanjem povezav med starostjo, institucijami, (potrjenimi) okužbami in žrtvami okužb. Potem pa jih skušamo razumeti v okviru teorije o ustanovah in s pomočjo anekdotskih poročil s terena.

Virus se širi med vsemi, umirajo pa stari

Pogled na podatke o starosti potrjeno okuženih (PO) in umrlih, ki jih lahko dnevno spremljamo, nam govori, da je okuženost bistveno bolj razporejena po starostnih skupinah prebivalstva kot pa stopnja umrljivosti. Pravzaprav je tako, da so ljudje v Sloveniji umirali skorajda izključno v višjih starostnih skupinah – 100 od 104 umrlih jih je bilo starejših od 65 let, 84 pa več od 75. Delež vseh potrjeno okuženih je v starostni skupini nad 65 let 31,33 % oz. 22,46 % v skupini starejših od 75 let.

Tabela 1: Stopnja potrjenih okužb in umrlih glede na starost

Starost	PO M	Ž	Σ	% prebivalcev		Umrli M	Ž	Σ
Nad 85	36	134	170	0,264	0,365	14	44	58
75–84	72	87	159	0,132	0,106	15	11	26
65–74	72	60	130	0,071	0,053	10	5	15
55–64	117	102	217	0,079	0,069	2	0	
45–54	108	135	243	0,07	0,092	1	1	
35–44	90	112	202	0,055	0,076			
25–34	91	113	204	0,068	0,092			
15–24	42	60	102	0,042	0,064			
5–14	15	12	27	0,014	0,012			
0–4	4	4	8	0,008	0,008			
skupaj nad 65	180	281	459			39	60	99
skupaj nad 75	108	221	329			29	55	84

Morda bi tudi po stopnji (potrjene) okuženosti na prvi pogled lahko sklepali, da so starejše skupine prebivalstva bolj na udaru. Ko pa podrobneje pogledamo, vidimo, da odstotek glede na prebivalstvo v tej skupini z manjšimi odstopanji razmeroma značilen za vse skupine pod 75 let, bistveno manjši pri otrocih in bistveno večji pri najstarejših (dvakrat do trikrat tolikšen kot sicer).

Večje število potrjenih okužb v najstarejših skupinah lahko pripišemo večji *vidnosti* (bolj očitni simptomi, manifestacija okužbe bolj dramatična) in večji *vidljivosti* (bolj spremljani in opazovani, več testiranj). Tema dvema hipotetičnima razlagama, pa lahko dodamo še dve. Ena je, da so stari ljudje

¹ Vsi podatki, če ni navedeno drugače so podatki COVID-19 Sledilnika <https://covid-19.sledilnik.org/stats> na dan 17. maja 2020 in so veljali za dan prej torej 16. maja.

bolj *izpostavljeni* (glede na svoj družbeni položaj) ali pa bolj *dojemljivi* za okužbo oz. da se zaradi fizioloških razlogov staranja bolezni lažje nalezejo (kar je skorajda neverjetno).²

Prvi dve hipotezi govorita bolj o izkrivljenosti vzorca, o nujno pristranskem pogledu, v populaciji pa bi bila okuženost bolj enakomerno porazdeljena. Drugi dve razlagi pa predpostavljata dejansko širjenje okužbe oziroma to, da naj bi bili pripadniki višjih starostnih skupin resnično okuženi v večji meri (ne zgolj v vzorcu ampak tudi v populaciji) – predvsem zaradi večje izpostavljenosti.

Na drugi strani pa je videti, da lahko skorajda ekskluzivno umrljivost pri starih ljudeh lažje razložimo fiziološko, s potekom bolezni. Večje število umrlih v višjih starostnih skupinah bi torej lahko pripisovali manjši odpornosti (več kroničnim boleznim npr. srčno popuščanje, sladkorna bolezen, visok krvni pritisk idr.). Še vedno pa lahko večje število umrlih pripisujemo večji izpostavljenosti.

Večja izpostavljenost starih ljudi pa seveda ni v tem, da bi bili bolj mobilni oz. da bi imeli več stikov in tako tudi več priložnosti za okužbo. Nasprotno, stari ljudje imajo v povprečju manj stikov in so manj mobilni. A to, da imajo manj stikov velja predvsem za tiste, ki živijo doma (ti so morda celo manj izpostavljeni od splošne populacije). Tisti, ki so v institucijah, pa imajo skoraj zagotovo v povprečju več stikov od ljudi, ki so se v bran epidemiji zatekli v samo-izolacijo. Izpostavljenost starih je prav v koncentracijah prebivalstva v ustanovah.

Institucije – žarišče okužb

Povezavo med institucijami in stopnjo okuženosti zaznavajo tudi statistični podatki. Za dan, na katerega se nanašajo podatki (16. maj)³, ki jih komentiramo, je veljalo, da je bilo v domovih za stare 458 potrjeno okuženih, kar je 31,26 % vseh potrjeno okuženih. Od tega je bilo 137 zaposlenih in 321 stanovalcev, kar je kar 21,91 % oz. dobra petina vseh potrjeno okuženih v državi.⁴ Če prištejemo še 166 potrjeno okuženih v zdravstvu (tu gre za zaposlene, seveda ne bolnike⁵), je bilo potrjeno okuženih v obeh vrstah institucij skupaj 624 ljudi, kar je 42,59 %, skorajda polovica, vseh potrjeno okuženih v Sloveniji.

Na podlagi teh števil lahko ugotavljamo, da je pojav korona virusa precej povezan z institucijami, saj lahko s tem, da okuženi delajo ali pa so nameščeni v institucije, razložimo dobršni del okužb. Tako kot v primeru starosti (pa tudi iz podobnih razlogov) lahko en del tega »statističnega« pojava pripišemo zbiranju podatkov – torej vidnosti in vidljivosti – bolj izraženim znakom in pa (kar velja toliko bolj za osebe) večji stopnji testiranja, kot so jo deležni ljudje zunaj ustanov.

Podatki o umrlih so, dokler ne bodo znani rezultati nacionalne raziskave na reprezentativnem vzorcu, najmanj kontaminirani z »vzorčenjem«, z dejavnikom vidljivosti in vidnosti. Da smrti ne pripišejo prav tej bolezni, se morda pojavlja v statistikah v zgodnjih fazah epidemije, ko pa je pozornost usmerjena v bolezen, pa je, predpostavljamo, interval takih napak bistveno ožji. Podatki o umrlih v domovih za stare pa žal vse do konca epidemije niso bili na voljo.⁶

² Zame kot laika na področju epidemiologije je taka hipoteza predvsem teoretične narave. Ker nihče v celotni populaciji ni bil imun na *nov* virus, je taka hipoteza zgolj nekaj, kar moramo predpostaviti, kot možno razlago, a jo moramo, bržkone, takoj zavreči.

³ To je tudi približno čas, ko se je širjenje okužb in bolezni prenehalo.

⁴ To pa je dvajsetkrat več od deleža stanovalcev ustanov v celem prebivalstvu.

⁵ Zanimivo bi bilo vedeti, koliko ljudi se je okužilo v bolnišnicah. Tega podatka (seveda) ne najdemo.

⁶ Pojavili so se šele po 15. maju, po intervjuju Dušana Kebra v Mladini. Po naključju sem tudi sam takrat začel pisati tole besedilo. Ker nisem imel podatkov, sem moral na podlagi podatkov o okuženih v domovih, ki pa so bili dostopni, in okuženih po starostnih skupinah ter po občinah rekonstruirati število umrlih po domovih. Zato je tudi besedilo postavljeno tako, da sledi tej argumentaciji.

Domovi za stare so skorajda izključni teren korone

Okužba se je registrirano pojavila predvsem v šestih domovih za stare v Sloveniji, kar je 5 % vseh tovrstnih ustanov (125). To število se nam lahko zdi majhno⁷, saj gre le za »peščico« zavodov (bi se lahko bali, da bi jih bilo še več), je pa to več v primerjavi s preliminarnimi ugotovitvami glede stopnje okužbe v celotni populaciji, ki naj bi bila 2 %.

V teh šestih zavodih so registrirali skoraj vse potrjene institucionalne okužbe (441 – 96 %). Je pa stopnja okuževanja v teh šestih domovih precej raznolika. V dveh domovih (Ljutomer, Šmarje) se je okužilo nad polovico, skoraj dve tretjini, stanovalcev in skoraj polovica osebja. V naslednjih dveh domovih je prišlo do precejšnje okužbe – v Metliki se je okužila skoraj tretjina stanovalcev in skoraj petina osebja, v Horjulu pa malo več kot petina stanovalcev in desetina osebja. Medtem ko je v preostalih dveh zavodih (Bokalci in Naklo) epidemija le opozorila nase.

Domovi so precej raznoliki, med njimi so zelo majhni (1. kvintil, Naklo), majhni (2. kvintil – Horjul), večji (mejna vrednost 3. kvintila – Ljutomer), veliki (4. kvintil – Metlika) ali pa celo med največjimi (5. kvintil Šmarje (sicer mejna vrednost) in Bokalci). Vsi razen enega so javni zavodi in vsi imajo zelo podobno razmerje med osebjem in stanovalci. Morda je njihova skupna značilnost, da ležijo bolj na periferiji, vsi razen Bokalcev, so v manjših krajih.

Tabela 2: Število potrjeno okuženih v DSO glede na velikost zavodov

Dom	Σ	stanov.	osebje	PO stan. (%)	PO osebja (%)	št. stan.	št. Osebja	stan/ osebje	R
Šmarje	181	124	57	57,94	46,72	214	122	1,754098	100.
Ljutomer	139	99	40	63,87	45,45	155	88	1,761364	71,5.
Metlika	71	53	18	30,81	18,37	172	98	1,755102	78,5.
Horjul	26	21	5	21,88	9,09	96	55	1,745455	28.
Bokalci	20	17	3	4,50	1,40	378	215	1,758140	123.
Naklo	4	2	2	4,35	7,69	46	26	1,769231	9.
skupaj ID ⁸	441	316	125	29,78	20,70	1061	604		
drugi DSO	17	5	12						
Skupaj	458	321	137			20431	11646		

Podatki o teh domovih so presenetljivi v tem, da je število potrjenih okuženih konstantno večji med stanovalci kot med zaposlenimi (razen Naklega, tam pa gre za majhna števila tudi sicer). Presenetljivo zato, ker je osebje tisto, ki prinese okužbo, ki je bolj izpostavljeno stikom itn.⁹

Vseh stanovalcev domov je bilo potrjenih okuženih 321, v celotni populaciji pa za starostno skupino nad 65 velja, da jih je bilo takih 459. Torej potrjeni okuženi v domovih predstavljajo okoli 70% (69,93) potrjenih okuženih v starostni skupini nad 65. V domovih so pretežno stanovalci iz starejših

⁷ Kot tudi navaja direktor podjetja Comett, Matjaž Čampa (TV Slovenija, 24. maj) z argumentacijo, da so bili vnosi maloštevilni. Ta navaja tudi: »V petih ali šestih domovih [poleg »treh ali štirih, kjer je bilo okuženih več stanovalcev in se je okužba nezadržno širila.«] se je pa se je okužba ustavila pri samo nekaj okuženih stanovalcev.« Torej gre za nekaj več domov (treh do štirih), kot smo jih mi zaznali v statistikah Sledilnika. A glede na to, da gre za majhna števila, so števila, ki jih navajamo dovolj veljavna za našo argumentacijo.

⁸ izbrani domovi

⁹ Velja pa, da en del osebja nima stikov s stanovalci in tudi morda manj stika z drugim osebjem (pisarniško osebje, morda tudi nekateri strokovnjaki in pomožno osebje (pralnice)).

starostnih skupin, nad 75 letom pa je potrjeno okuženih 329 ljudi, kar je le za osem (8) ljudi več od števila potrjeno okuženih v domovih oz. gre za 96,5 % okuženih v starostni skupini nad 75 leti.

Izpostavljenost okužbi starih torej ljudi torej lahko pripisujemo predvsem, ali pa celo skoraj izključno, bivanju v domovih za stare.

Kot rečeno, statistik o umrlih v domovih niso objavljali do pred kratkim. Tudi zdaj ni povsem jasno, koliko jih je natančno bilo. Radio Slovenija (17. maj) navaja, da je »po podatkih, ki jih je pridobil Dnevnik, pa je do vključno 4. maja umrlo 78 stanovalcev domov starejših, kar je skoraj osemdeset odstotkov vseh smrti v državi, povezanih s koronavirusno boleznijo.«¹⁰ Dušan Keber (Mladina, 15. maja) v intervjuju pravi, da je do 4. maja umrlo 78 stanovalcev od skupaj 98 umrlih, kar bi bilo 79,59 % vseh smrtnih primerov. Po zadnjih v medijih objavljenih podatkih (TV Slovenija, 23. maj) je seveda število večje, razmerje pa enako oz. malo večje: »... zaradi covid-19 ali njegovih posledic [je] pri nas umrlo 106 ljudi, med njimi je bilo kar 86 stanovalcev domov za starejše, kar je več kot 80 odstotkov vseh umrlih prebivalcev za to boleznijo pri nas.« (natančno 81,13 %). Da bo ta podatek dovolj točen, kažejo tudi statistike umrlih po občinah (glej spodaj).

Število umrlih stanovalcev domov za stare oz. institucionalno ozadje nam torej pojasni več kot dve petini vseh smrtnih izidov te bolezni, v starostni skupini nad 75 let pa skoraj gotovo vse smrtne primere (86).

Institucionalno ozadje je torej za stare ljudi absoluten korelat, če ne že vzrok, smrti – za vse prebivalstvo pa pretežen.

Geografska porazdelitev smrtnosti je institucionalna

Drugi vir splošno razpoložljivih podatkov je epidemiološka slika po občinah. Ko pogledamo (interaktivni) zemljevid okužb in smrti, je že na prvi pogled razvidno, da izstopajo občine, v katerih so omenjeni domovi. Tam je stopnja potrjene okuženosti večja; na zemljevidu, ki ponazarja geografsko porazdelitev smrtnih primerov, pa so praktično, z nekaj izjemami (glej tabelo v dodatku), vse ostalo (razen Ljubljane) bele lise.

¹⁰ Torej bi takrat moralo biti 97,5 umrlih od korona virusa.

Zemljevid po občinah

Potrjeni primeri

7 dni

14 dni

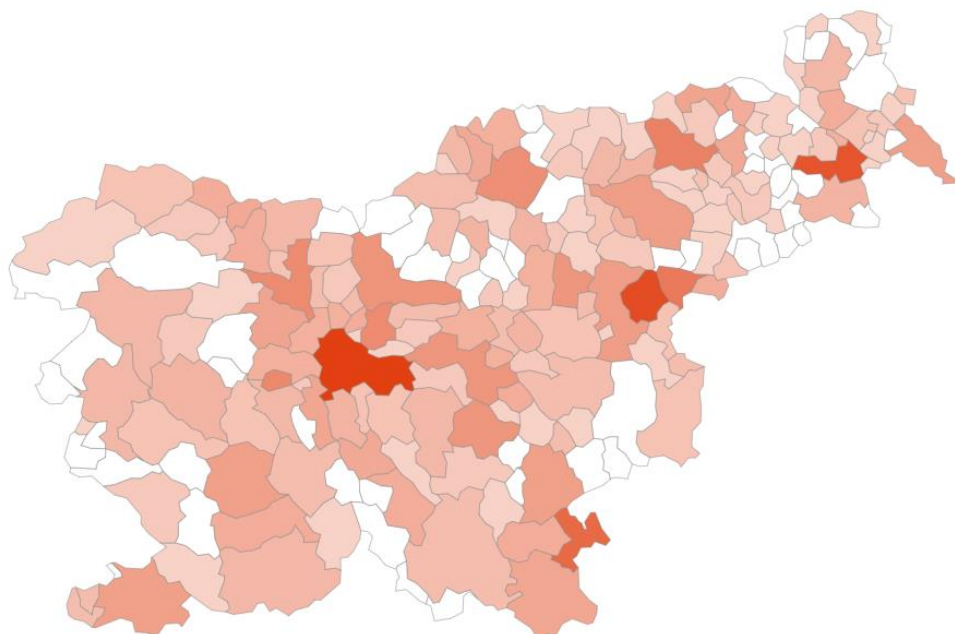
21 dni

Vsi

Prikaži:

Absolutno

Delež prebivalstva



Slika 1: Število potrjeno okuženih po občinah (posnetek na Sledilniku Covida 19)

Zemljevid po občinah

Umrli

7 dni

14 dni

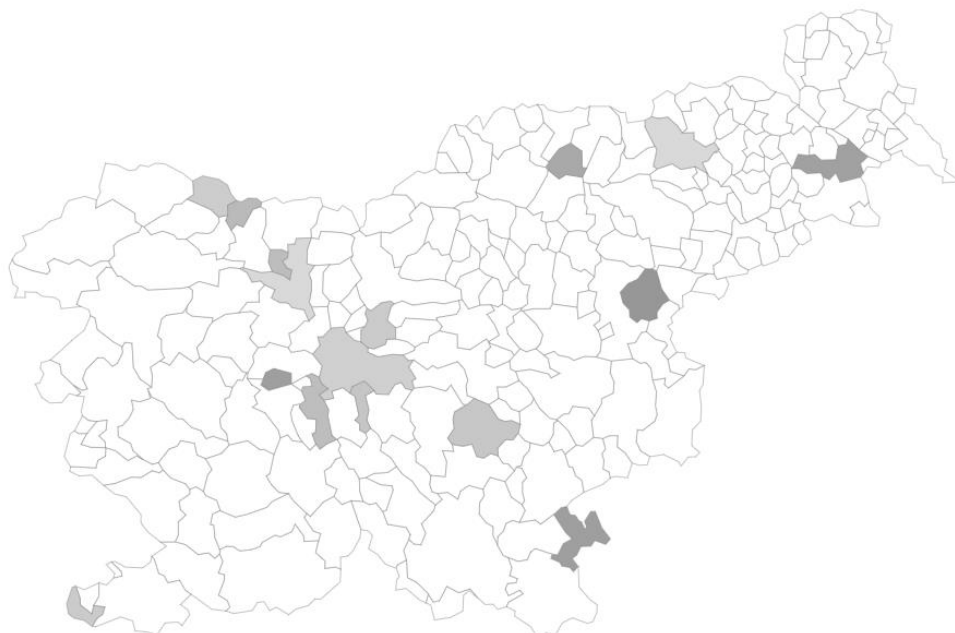
21 dni

Vsi

Prikaži:

Absolutno

Delež prebivalstva



Slika 2: Delež umrlih glede na število prebivalcev po občinah (posnetek na Sledilniku Covida 19)

Podobno nam govorijo tudi številčni podatki po občinah. Števila potrjeno okuženih so skorajda identična (razen Ljubljane) s številom potrjenih okužb po domovih.¹¹ Istovetnost je še bolj očitna v primeru statistik umrlih za Covidom 19. Teh pa je bilo v občinah, ki so sedeži naštetih domov 90 oz. slabih 90% (86,54 %), brez Ljubljane pa jih je bilo 79, kar je še vedno več kot tri četrtine (75,96) vseh smrtnih primerov. Če pa prištejemo nekaj primerov iz Ljubljane oz. Bokalcev, glede na smrtnost v drugih zavodih, denimo, petino potrjenih okužb v domu, t. j. še štiri – kar je skupaj 83 umrlih ali 79,81 % vseh umrlih v državi.

Tabela 3: Število potrjeno okuženih in umrlih po občinah

občina	PO	Umrli	PO % prebivalcev	umrli % prebivalstva	smrtnost PO
Šmarje	174	37	1,693	0,360	21,3
Ljutomer	135	19	1,198	0,169	14,1
Metlika	73	16	0,869	0,191	21,9
Horjul	28	6	0,923	0,198	21,4
Ljubljana	254	11	0,086	0,004	4,3
Naklo	3	1	0,056	0,019	33,3
vsota izbranih občin	667	90			13,49
brez LJ	413	79			19,13
Vsi	1465	103			7,03
Razlika	798	13			1,63

Geografsko prikazovanje okužb, predvsem pa smrtnih primerov je, kot kaže, nekakšen evfemizem, da gre v resnici za domove, ki so v teh občinah. Nam pa ta pogled še bolj nazorno kaže na to, da gre za institucionalno epidemijo oz. epidemijo, ki zahteva smrtni davek, skoraj izključno v ustanovah.

Pregled dostopnih statističnih podatkov lahko torej sklenemo z ugotovitvijo, *da je kar štiri petine smrtnih primerov povezanih z domovi za stare. Oziroma, da gre za okužbo oz. epidemijo, ki je v pretežni ali pa vsaj veliki meri institucionalna.*

Glede na to ugotovitev lahko predpostavimo dvoje:

- da so v domovih ljudje manj odporni,
- da so domovi dejavnik obširnejše in hitrejšje kontaminacije.

Resnica je verjetno nekje vmes med predpostavko o institucionalizmu kot momentu širjenja in umrljivosti in pa starosti kot dejavniku smrtnosti. Dinamika širjenja okužb v pečici domov, kaže, da gre zagotovo tudi za institucionalni dejavnik, morda celo bolj.

¹¹ Ponekod (Naklo, Šmarje, Ljutomer) jih je celo manj kot pa potrjeno okuženih v domovih. Verjetno gre za tiste, ki imajo matično bivanje prijavljeno kod drugod, morda za to, da so njihovo stanje zabeležili kje drugje. Tudi v Metliki in Horjulu sta le po dva primera več v občini, kot pa so jih zabeležili za celo občino. Pričakovati bi sicer bilo, da bi bila povsod slika podobna ljubljanski, da je večje število PO v okolju, kakor v samem domu. To nam govori bodisi o tem, da so v teh okoljih testirali skorajda zgolj v domovih za stare, bodisi o tem, da se v okolju virus skorajda ne širi. A tudi v Ljubljani so primeri zaznani v domu na Bokalcih kar skoraj desetina (7,87 %) vseh zaznanih primerov.

Institucije kot (največji) dejavnik tveganja – kako značilnosti domov prispevajo k širjenju okužb

Da so institucije idealno gojišče bolezni in okužb je že dolgo jasno. Tudi brez podatkov in raziskav človek lahko vidi, da je v velikih koncentracijah ljudi, med katerimi se tako ali drugače znajde tudi večje število kužnih, možnost stika in prenosa bistveno večja. Poznamo tudi bolezni, katerih se ljudje nalezijo zgolj v tovrstnih prostorih (legionela, MRSA) oziroma takih, ki so pretežno doma v ustanovah (npr. rota virus v domovih za stare in vrtcih). Težko bi rekli, da je korona virusna bolezen ena izmed njih, kar pa nam številke govorijo, pa niti ni daleč od tega. Gre verjetno za kombinacijo dveh značilnosti epidemij – prenos na prostem, ki se skoncentrira v institucijah. Torej so v primeru epidemije novega korona virusa institucije vozlišče prenosa in pa tudi, glede na smrtnost, njena zadnja postaja.

Tovrstne ustanove imajo, med drugimi, dvoje značilnosti. Prva je segregacija, druga kongregacija. So torej razmeroma ločene od svojega okolja, včasih celo izolirane, hkrati pa je v njih *skupaj* nameščeno večje število ljudi, ki sodijo v neko kategorijo.¹² Prvo imamo lahko za varovalni dejavnik proti okužbam od zunaj, drugo pa nasprotno za dejavnik bistveno večjega tveganja. Z drugimi besedami bi lahko rekli, da virus težko pride v ustanovo, ko pa je notri pa ima zelo veliko možnosti in priložnosti za razmnoževanje in prenos. V tem smislu so tovrstne ustanove, v primeru COVID-a še posebej domovi za stare, kakor tempirane bombe, ki čakajo na naključno sprožitev.¹³

Prenašalci in prinašalci – pasivne žrtve

Čeprav so domovi relativno izolirani, pa so v nasprotju z, denimo, izolirano hribovsko vasico, ki je tudi precej samooskrbna, zelo odvisni od okolja in ne morejo preprečiti vnosa niti v primerih najstrože zastraženih zaporov in niti ko gre za najbolj prepovedane zadeve (droge, orožje). Pri vnosu virusa seveda ne gre za hotno dejanje, temveč spodrslijaj, nesrečni dogodek, je pa možen (in skorajda gotov, kakor se je izkazalo), saj v dom tudi ob prepovedi obiskov dnevno stopa osebje in dobavitelji raznih dobrin. Z restriktivnimi ukrepi in strogim nadzorom se da možnost vnosa zmanjšati, ne moremo ga pa (povsod) preprečiti.

Glede na to, da so obiske v domove že zelo kmalu prepovedali in da so tudi stanovalci bili večji del brez izhoda, lahko vnose v domove pripišemo osebju, ki je tudi sicer bolj mobilno, in njihovim stikom z okoljem.¹⁴ Glede na to, da je zadnji vnos v domove datiran s 1. aprilom (kar v treh domovih na ta dan), bi lahko predpostavili, da so prenehanju vnosov v domove bolj botrovali strožji ukrepi zunaj domov (prepoved gibanja med občinami idr.), kot pa ukrepi v domovih samih.

Če so v domovih lahko omejili stike med stanovalci (npr. skupno posedanje, skupinske dejavnosti, medsebojne obiske ipd.), pa niso mogli povsem omejiti gibanja osebja in njihovih stikov z več stanovalci. V tem smislu so zaposleni pripravniki prenašalci tudi virusa.¹⁵ Stanovalec ima tudi v pogojih

¹² Za opis in razčlenbo tovrstnih, totalnih ustanov glej klasično Goffmanovo delo *Azili* zdaj dostopno tudi v slovenščini (2019), pa tudi avtorjeva dela na to temo (npr. Flaker, 1998; 2017). Za obravnavo domov za stare kot totalnih ustanov pa *Od hiralnic do domov za stare* (Mali, 2008).

¹³ Izraz »tempirana bomba« se ponuja kar sam. Uporabil ga je tudi direktor bolnišnice na Golniku (7. april 2020, Televizija Slovenija).

¹⁴ Po statističnih podatkih so okužbo najprej odkrili pri osebju v treh domovih, pri stanovalcih pa v drugih treh. Vendar nam pa to ne govori o vnosu, ki je najbrž v vseh primerih bilo osebje, morda kdo drug, najmanj pa stanovalci.

¹⁵ Goffman (2019) opisuje mehanizme (nedovoljenega) prenosa dobrin in sporočil v totalnih ustanovah. Med pomembnimi kanali je prav osebje, ki ima možnost gibanja med oddelki in med ustanovo in zunanjim svetom.

omejitev dnevno stik z vsaj dvema ali tremi zaposlenimi, praviloma pa tudi več (npr. okoli pet). Na drugi strani pa ima neka negovalka stik s stanovalci celega oddelka, na katerem streže.

Čeprav bi na prvi pogled lahko sodili, da so zaposleni prav zato bolj izpostavljeni, pa števila kažejo drugače. Kar v petih domovih¹⁶ najdemo konstantno razliko med stopnjo potrjene okuženosti osebja in stanovalcev, ki znaša, tudi pri različnih vrednosti splošne potrjene prekuženosti, med 10 in 15 %. To razliko smo že prej razlagali z dejstvom, da ni celotno osebje izpostavljeno stikom z drugimi (nekateri so ali bi lahko delali tudi od doma).

Lahko jo pa razlagamo tudi z različno stopnjo previdnosti pri osebju. Nekateri so lahko bolj previdni, bolj pazijo na higieno, razdaljo ipd., drugi pa so na to manj pozorni. To je odvisno deloma od ozračja in stališč v ustanovi, njene mentalitete, deloma pa od osebne naravnosti posameznega zaposlenega. V obeh primerih je poleg nemarnosti kot značajske poteze ali kolektivne šlamparije, ki je rezultat naravnosti zavoda, pomemben tudi odnos do stanovalcev.

Ena izmed pogostih značilnosti totalnih ustanov je namreč tudi opredmetenost stanovalcev ustanove. Institucionalno varstvo je namreč organizirano po načelih industrijske, masovne proizvodnje. To je v resnici birokratski prijem, deluje tudi kot obramba proti prizadetosti, ki jo utegne navezanost na nekega stanovalca povzročiti, je pa tudi posledica usmerjenosti v telesno nego in opravljanje »tehničnih« opravil. Zaradi vsega tega se pogosto zgodi, da osebje jemlje stanovalce kot predmete svojega dela (nege), manj pa kot ljudi s svojimi željami, skrbi, odnosi, zgodovino.

To se lahko pri nekaterih delavcih ali pa v nekaterih ustanovah v pogojih epidemije, večje zaprtosti, manj obiskov ipd. še stopnjuje. Konkretno pa to lahko pomeni gojišče za »egoistični« odnos oz. stališče v zvezi z epidemijo in s prenosom. Od človeških, etičnih varovalk za previdnost pri prenosu, imamo, denimo, dve. Previden sem lahko, da se ne okužim sam, če pa mi je to vseeno (ker sem mlad ali pa ker sem se vdal v usodo ali pa ker mi je od zdravja bolj pomembno biti v družbi), pa je še varovalka glede dobrobiti drugega. Previden bom, da ne okužim drugih, meni pomembnih ljudi – npr. vnuk se ne bo družil s prijatelji, ker obiskuje babico, ali pa nasprotno, ne bo obiskoval babice, ker se je družil z vrstniki.¹⁷

Bolj ko osebje definira svoje delo kot delo s predmeti ne pa ljudmi, večja je možnost, da osebje ne bo upoštevalo drugega kot človeka oz. mu ne bo mar, ali vpričo njega nosi masko in upošteva navodila. Položaj in moč stanovalcev pa sta takšna, da stanovalci le težka opozorijo osebje na napake in nedoslednosti, saj so od njih odvisni, pa tudi če bi jih opozorili, jih v takem primeru ne bodo poslušali.¹⁸

Iz dostopnih podatkov je razvidno, da se domovi, v katere so vnesli virus, med seboj razlikujejo po tem, koliko se je potem epidemija v njih razvila. V dveh domovih je dosegla skorajda dvotretjinsko vrednost, takšno, kakršno predpostavljajo za »čredno prekuženost«, v dveh se je ustavila pri eni tretji oz. petini stanovalcev, v dveh pa enomestnih odstotkih. Torej lahko rečemo, da se je v prvem primeru širila relativno nekontrolirano, v dveh primerih so jo na neki stopnji ustavili, v dveh pa jo takoj omejili (Tabela 2 zgoraj). To je lahko splet okoliščin, lahko pa tudi učinek smotrnega (ali nesmotrnega

¹⁶ Šesti je manjši in je v njem bilo tudi zelo malo potrjeno okuženih.

¹⁷ Institucionalizacija nas s premikom človeka pod institucionalno skrb razreši prav te druge odgovornosti in solidarnosti.

¹⁸ Goffman (ibidem) opisuje podtalno življenje totalnih ustanov. V raznih nedovoljenih, neželenih ali uradno nepredvidenih dejavnostih, ki omogočajo odstop od predpisanih vlog, sodelujejo tako stanovalci kot osebje neke ustanove. Tisto, kar smo v vojski poimenovali »hvtanje krivin«, je način življenja v tovrstnih ustanovah. Zato nas ne more presenetiti, da nekateri delavci ne bodo upoštevali pravil, navodil ali drugih ukrepov. Z njimi si bodo olajšali delo, popestrili rutino, izrazili sebe in preživeli dan.

ravnanja) – tega iz številke ne izvemo. Je pa to treba raziskati, prav zaradi boljših smernic za ravnanje pri morebitnem drugem valu ali pa epidemiji.

Večja možnost za prenos med stanovalci pa je tam, kjer je več več posteljnih sob (zaradi stikov med stanovalci, večje frekventiranosti in premajhne razdalje med posteljami). Samo-izolacija namreč v domovih ni mogoča v celoti, so pa v nekaterih domovih ostali stanovalci v svojih sobah. V spodnji tabeli vidimo, da so domovi, v katerih je prišlo do okužb, razen Naklega, precej pod nacionalnim povprečjem, ki pa tudi ni zelo ugodno (v Avstriji je že dalj časa standard enoposteljna soba), oz. da imajo več več posteljnih sob kot pa slovenski domovi v povprečju.

Tabela 4: Deleži eno in več posteljnih sob v socialnovarstvenih zavodih

	Tip	Št mest	Št sob	1-post	2-post	3-post	4-post	5-post	apart
Šmarje pri Jelšah	J	214	118	36	68	14			
odstotni delež				30,51	57,63	11,86			
Naklo	J	46	38	30	8				
odstotni delež				78,95	21,05				
Horjul	Z	96	92	32	57	3			
odstotni delež				34,78	61,96	3,26			
Bokalci	J	378	192	56	86	50			
odstotni delež				29,17	44,79	26,04			
Ljutomer	J	155	103	36	61	6			
odstotni delež				34,95	59,22	5,83			
Metlika	J	172	94	22	66	6			
odstotni delež				23,40	70,21	6,38			
Skupaj		18.962	11.580	5.206	5.384	595	358	35	14
odstotni delež				44,91	46,45	5,13	3,09	0,30	0,12

vir: SSVZS – KAPACITETE – DOMOVI ZA STAREJŠE IN POSEBNI SVZ; dostopna na: <http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/Register-kapacitet-1.1.2020.pdf> 16.5. 2020

Ta značilnost nam kaže tudi na to, da to niso domovi, ki bi vlagali v zasebnost stanovalcev in personalizacijo storitev.

Totalnost ustanove kot največji dejavnik tveganja

Iz dostopnih podatkov in razprave o njih smo lahko ugotavljali nekatere dejavnike, ki so (morda) prispevali k širjenju epidemije v domovih. Videli smo, da velikost ni usodna, a utegne biti pomembna, saj kontaminirani domovi sodijo v povprečju med večje. Ugotavljali smo, da gre v večini primerov za bolj podeželske domove.¹⁹ Videli smo, da so to domovi, ki imajo več več posteljnih sob, kar, poleg večje možnosti prenosa, govori tudi o manjši usmerjenosti v personalizacijo storitev.²⁰ Videli smo

¹⁹ Težko bi to hipotezo argumentirali s povsem očitnimi razlogi. Morda, da periferija pomeni še večjo stopnjo segregacije, občutka, ki tudi sicer velja za totalne ustanove, »da so daleč od oči drugih«. Morda pa tudi miselnost, ki je dostikrat značilna za podeželje, in sicer, da se to (epidemija) dogaja nekje drugje – na Kitajskem, v Italiji, Ljubljani, morda celo v sosednji občini, ne pa pri nas. Je pa nojevska taktika tudi sicer značilnost totalnih ustanov, v katere je vgrajen delni pre-zir do dogajanja zunaj. Hkrati pa obstaja tudi bojazen pred incidenti, s katerimi pa po ustaljeni praksi ravna tako, da jih raje prikrijejo, kar je totalni ustanovi bolj možno kot sicer. To je v nekaterih domovih v Italiji bila potrjena izkušnja.

²⁰ Ti domovi ne izstopajo po inovativnosti oz. uvajanju storitev po osebni meri in mehanizmov, ki bi krepili moč stanovalcev (Mali in sodelavke, 2018). Pa tudi glede na statistiko Skupnosti socialnovarstvenih zavodov imajo le malo ponudbe, ki presega klasično institucionalno varstvo. Dnevno varstvo imajo le v treh od šestih domov, pa

tudi, kar je najbolj očitna, pa tudi najbolj kontroverzna teza, da so domovi totalne ustanove, ki ne le s koncentracijo, temveč tudi z značilnim ozračjem, pojmovanjem ljudi, odnosi med osebjem in stanovalci in pomanjkanjem družbene moči stanovalcev, bistveno pospešujejo širjenje okužb. S tem v skladu smo tudi videli, da so zaposleni prenašalci okužb, stanovalci pa prejemniki in žrtve (večja stopnja okuženosti, hujše posledice). Zavrni pa smo morali hipotezo, ki je krožila in ki morda drži v drugih državah, o tem, da so zasebni domovi večje tveganje za širjenje okužb, pa čeprav to tveganje načeloma obstaja, saj morajo zasebni domovi bolj skrbeti za »ekonomičnost« poslovanja.²¹

Velikost, tip zavoda, usmerjenost, ozračje, število enoposteljnih sob, odnosi med osebjem in stanovalci, pa tudi moč uporabnikov in stil vodenja, so dejavniki, ki zelo očitno vplivajo na širjenje virusa po ustanovi, manj pa vplivajo na vnos. Če so to za širjenje ključne zadeve, so za vnos bolj ali manj naključne ali pa posredne (večji domovi imajo več nujnih stikov z okoljem in možnosti vnosa, bolj ali manj oseben in odgovoren odnos do stanovalcev se utegne poznati tudi pri pozornosti na vnos stvari in lastno ravnanje zunaj doma in pazljivost na lastno okuženost). Ob vseh teh možnih vplivih lahko vseeno ugotavljamo, da je vnos bolj ali manj naključen dogodek, da so imeli domovi, v katerih se je to zgodilo bolj nesrečo, kot pa da bi vnos sami zakrivali.²² Kot statistični pojav pa se kaže, da je vnos skorajda nujen, da do njega – prej ali slej, v tej ali oni ustanovi – mora priti. Še toliko bolj v Sloveniji, ki je povsem na vrhu po stopnji institucionalizacije (število stanovalcev zavodov na število prebivalcev) (Huber in sodelavci, 2009), kar se kaže tudi v mednarodnih statistikah umrlih v domovih, v katerih število umrlih prekaša kar za 20 % oz. petino, najvišje uvrščeno državo.²³

Skupnostna oskrba omogoča večjo varnost

Glavni in skupni dejavnik zaradi koncentracije in notranjega ustroja so pač institucije. V dosedanjih razpravah smo se temu izogibali, saj je viden, da ni pravih alternativ domskemu varstvu starih ljudi. Te pa seveda obstajajo, in naglavni greh dosedanjih vlad vključno s sedanjo, pa tudi drugih akterjev na tem področju, je, da se nikoli niso zares lotili dezinstitutionalizacije, pa tudi ne uvajanja dolgotrajne oskrbe, ki bi lahko v pomembnem deležu na kvaliteten način nadomestila institucionalno varstvo.

Pri tem je treba pripomniti, da je projekt dolgotrajne oskrbe tam, kjer so jo uvedli, v veliki meri tudi projekt dezinstitutionalizacije – torej nadomeščanja institucionalnega varstva z intenzivno oskrbo v na domu, v skupnosti. Pri nas pa je v zadnjem času dolgotrajna oskrba postala sinonim za institucionalno varstvo – tako tudi v razpravah povezanih z epidemijo: »Področje dolgotrajne oskrbe se v Sloveniji že dolgo zanemarja. Kadrovska stiska, zastareli normativi, premalo prostorskih kapacitet. Nato še virus, z njim pa ob začetnem pomanjkanju zaščitne opreme kopica, včasih tudi nasprotujočih si navodil, našteva Jasna Cajnko, direktorica doma v Teznem.« (Radio Slovenija, 17. maj). Perspektiva, ki jo je treba obrniti nazaj.

še to za razmeroma majhno število uporabnikov (Šmarje 9, Ljutomer 8 in Bokalci 6). Ljutomerski dom ima sedem oskrbovanih stanovanj, oskrbo na domu pa izvajata Šmarje in Metlika, a le za enega uporabnika.

²¹ Pri nas zasebni domovi formalno niso profitni, čeprav pa po stranski poteh vseeno iščejo zaslužek. V tistih okoljih, kjer gre za odkrito dobičkonosno dejavnost, so stvari seveda še bolj pereče, saj je na prvem mestu dobiček in šele potem ljudje. Torej tudi če lahko to hipotezo zavrremo, jo ne smemo odvreči kot irelevantno v prihodnosti. Nenazadnje je bil na srečo čas epidemije dovolj kratek, da se niso pokazale vse njene možne implikacije za delovanje ustanov, ki bi se pokazale v nekem daljšem obdobju.

²² To je pogled s splošne razprave ugotavljanja dejavnikov, za ugotavljanje okoliščin pri konkretnih dogodkih pa so pristojne druge službe.

²³ Biserka Meden (2020) navaja podatke za nekaj evropskih držav, ki jih je objavila LSE (London School of Economics). V primerjavi z našimi 80 % je stopnja umrlih v ustanovah na Irskem 60 %, v Franciji 51 %, na Švedskem 45 %, Portugalskem 40 %, v Nemčiji 36 %, na Danskem 33 % in Madžarskem 19%.

Ugotavljali smo, da so žrtve korona virusa skorajda izključno stari, hkrati pa da jih je gotovo tri četrtine bilo stanovalcev domov za stare. Tudi tukaj smo razpeti med hipotezo o starosti in namestitvijo v domove kot glavnih dejavnikov okužbe in umiranja vsled nje. Lahko se zadovoljimo z razlago, da so v domovih tisti stari, ki so bolj bolni, bolj ranljivi in da je zato prišlo do tolikšne smrtnosti med njimi. Ta razlaga delno tudi drži. A je potencialnih upravičencev do dolgotrajne oskrbe zunaj institucij vsaj dvakrat več, med njimi pa je tudi veliko takih, ki so po starosti in zdravstvenem stanju primerljivi s tistimi, ki so v domovih. Glede na to, bi moralo, tudi ob upoštevanju »pristranskega vzorca« (manjše vidnosti in vidljivosti v skupnosti), število umrlih tudi po tej razlagi najbrž večje – po zelo pavšalni oceni bi jih moralo biti takih, ki so umrli zunaj ustanov, vsaj slaba polovica. Torej starost je le pogoj, ne pa vzrok za razvoj bolezni. Podatki kažejo, da je institucionalizacija tisti nujni pogoj, ki pa v kombinaciji s prvim pripelje do okužbe in smrti.

Tudi če pogledamo pobliže, nam bo jasno, da so tveganja pri institucijam alternativnih oblikah oskrbe manjša. Ljudje, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo in ki niso v ustanovah, so v domačem oz. družinskem varstvu, so deležni oskrbe na domu in zdaj nekateri tudi osebne asistence.²⁴ Pri vseh teh oblikah je možno v izrednih razmerah brez večjih težav stike z več ljudmi zmanjšati na minimum, ki je podoben kot v mlajših starostnih skupinah in, seveda precej manjši od enakega minimuma v institucionalnem varstvu.

Pri osebni asistenci je na primer tisti, ki oskrbuje že tako en in isti za enega človeka, podobno velja tudi za oskrbo na domu in domačo oskrbo. V teh primerih tudi če sicer enega človeka oskrbuje več ljudi, se da število brez večjih in z institucijo primerljivih težav prilagoditi in zmanjšati. Lažje je tudi regulirati nepotrebne stike in jih zvesti na najmanjšo možno mero.²⁵ Poleg tega je zaradi individualizirane oskrbe večja možnost nadzora okuženosti in tudi hitrejšega in bolj fokusiranega ukrepanja. Bolj osebni pristop in tudi bolj avtonomno delo pa spodbuja tudi večjo odgovornost, pozornost in upoštevanje uporabnika, ki pa tudi ima več moči, da ukrene sebi v dobro. Skratka samooizolacija je dosti bolj dosegljiv ideal v skupnosti kakor pa v ustanovi.

To se je med epidemijo tudi prav praktično izkazalo. Pokazalo se je, da so skupinske karantene bolj večanje tveganja kakor pa njegovo odpravljanje. V nekaterih totalnih ustanovah pa so velik del stanovalcev – iz psihiatričnih bolnišnic bolnike, iz zaporov obsojence – poslali domov, izpustili. Kaj takega oz. v takem obsegu se ni zgodilo v domovih za stare.

Domovi so sicer na začetku ponudili, da se stanovalci, če tako želijo in imajo možnosti, lahko preselijo nazaj domov ali pa k sorodnikom. Za tako rešitev se je, kljub očitnim prednostim glede varnosti, odločilo le malo stanovalcev. Tako naj bi se odločilo le 41 stanovalcev domov za stare in pa nadaljnjih 210 iz zavodov za ljudi s težavami v intelektualnem razvoju (Dnevnik, 25. maj). To skupaj predstavlja dober odstotek stanovalcev vseh socialnovarstvenih zavodov oz. dva promila stanovalcev domov za stare. Razlog je bil, da so bili pogoji nemogoči. Treba je bilo namreč še naprej plačevati oskrbo (razen hrane), dodatek za tujo postrežbo in pomoč, pa je vseeno ostal zavodu. Bilo je jasno, da se človek ne bi smel vrniti v dom do konca epidemije, obstajala je realna grožnja, da bi ga sploh svoje mesto izgubili).²⁶ Predvsem pa ni bilo zagotovljene nadomestne podpore oz. storitev, ki bi kaj takega

²⁴ To so glavne oblike oskrbe v skupnosti, k njim lahko prištejemo tudi manjše stanovanjske enote, oskrbovana stanovanja in še cel kup sicer manj uveljavljenih oblik (namestitvev v drugo družino, vzajemna in sosedska pomoč, samoorganizacija oskrbe, osebni paketi storitev idr.).

²⁵ Tako so npr. storili v nekaterih zavodih za oskrbo na domu. Svoje delo so omejili na najbolj nujne primere in nujna opravila. V zavodu tega preprosto ni mogoče, saj je, na primer, treba skuhati in postreči hrano ne glede na to, ali je to nujno potrebno.

²⁶ V obdobju po koncu epidemije smo imeli priložnosti o tem prebrati dramatično zgodbo v Večeru (22. maj 2020), ki opisuje prav tako situacijo in zagate ob povratku domov. Iz zapisov v medijih (MMC RTV SLO, STA 20.

podpirale. Sistem je pač institucionalno naravnan, zunaj ni dovolj nosilne mreže, da bi jo pa provizorično vzpostavili, pa ni bilo ne interesa ne volje, morda celo ideje ne.²⁷ Ideje pa so bile, da bi okužene stanovalce spravili v bolnišnice.

Glavna polemika, ki se je ob tem razvnela (Mladina 15. in 22. maj; Radio Slovenija 17. maj; TV Slovenija 23. maj), sicer naslavlja pomembna etična vprašanja, med njimi tudi vprašanje starizma, opuščanja pomoči, odločanju o življenju in smrti starih ljudi brez njihove vednosti, kaj šele pristanka. Med drugim tudi opozarja na nekatere značilnosti ustanov, o katerih tu razpravljamo (koncentracija ljudi, zadrževanje ljudi v domovih oz. onemogočanje odhoda domov kot samo-osamitve ipd.). Vendar pa pomanjkljivosti domov za stare zvede na pomanjkanje opreme, pomanjkljivo znanje, pomanjkanje prostora in kadra ipd. V tem, sicer legitimna in pomembna razprava, premesti težišče z ene ustanove na drugo, z vprašanja totalne ustanove in institucionalizacije na vprašanje vrste ustanov oz. prednosti in pomanjkljivosti ene ustanove v primerjavi z drugo.²⁸

Morda bi bilo res bolje za stanovalce, da bi jih premestili v bolnišnice, gotovo bi bilo tudi bolje, če bi domove med epidemijo kadrovsko okrepili z specialisti medicinske in zdravstvene stroke, dobavili več zaščitne, pa tudi tretmajske opreme (kisik, respiratorji). Še bolje pa bi bilo, če bi jim vse to omogočili doma ali v kakšni drugi obliki samo-osamitvene oskrbe (npr. intervencijska oskrbovana stanovanja).

Premestitev v bolnišnico bi morda bila celo prehod »od dežja pod kap«. Priznani angleški epidemiolog Tom Jefferson, ki deluje v Italiji, ugotavlja, da je odhod starega človeka v bolnišnico skorajda zanesljiva smrtna obsodba (MMC RTV SLO, 1. april 2020). Verjetno zato, ker so bolnišnice še bolj nevaren prostor, pa tudi zaradi tega, ker je ob premestitvi star človek še bolj ranljiv. Še več, zavzema se ne le za oskrbo na domu, temveč tudi medicino in zdravljenje na domu, saj sodobna tehnologijo to omogoča.

Če je samo-izolacija oz. samo-osamitev najbolj učinkovito orodje za zaježitev epidemije, pa je, gledano z vidika socialne pravičnosti, tudi luksuz. Ne morejo si je privoščiti prav tisti, ki so najbolj potisnjeni na družbeni rob - niti na eni strani stanovalci socialnih zavodov niti na drugi brezdomci. Niti eni niti drugi nimajo svojega doma, kamor bi se lahko zatekli. V tem primeru je to bilo dosti bolj usodno za stanovalcev domov za stare.

Nuja dezinstitutionalizacije in uveljavitve dolgotrajne oskrbe – človeškost nas varuje pred epidemijo

Sklenemo torej, da so bile ustanove za stare eno od ključnih, če že ne glavno torišče epidemije. Glede na posledice in učinke in v primerjavi s celotnim alarmom tudi precej zapostavljeno in spregledano. V ospredju so bili zdravstvo, javno zdravstvo, socialna oskrba pa le kot navidezni priključek k temu. Številke govorijo povsem drugo zgodbo. Z boljšim ukrepanjem bi se lahko izognili marsikateri okužbi

maj, Dnevnik 25. maj) je videti, da bo pristojno ministrstvo nekaj teh stroškov sorodnikom povrnilo. S tem verjetno ne bo poplačalo vsega truda, a vsaj nekaj – za nazaj.

²⁷ To isto je bila tudi značilnost odpuščanja iz psihiatričnih ustanov in zaporov. A je ta *ad hoc* dezinstitutionalizacija bila možna, ker gre za ljudi, ki ne potrebujejo (toliko) oskrbe (pri zapornikih večinoma sploh ne, v skladu z logiko zapora pa bi »potrebovali« nadzor). Je pa določeno število ljudi, predvsem tistih, ki so navajeni na obiskovanje bolnišnic, vseeno trpelo pomanjkanje in stisko, saj so skupnostne službe (Altro, Kralje ulice) zaprli. Zgodilo se je prav nasprotno, kot bi se moralo – zaprti bi morali ustanove in bistveno okrepiti skupnostne službe, predvsem tiste, ki zagotavljajo oskrbo na domu.

²⁸ Na neki ravni gre tudi za prelaganje odgovornosti in tudi dela. V tem prelaganju vročega krompirja ali kostanja, pa so se pokazale dve vrsti »rasizma«. Opuščanje pomoči starim ljudem – »starizem« in pa strah in nevoljnost pomagati okuženim – slednje v obeh primerih – v hotenju, da okužene premestijo v bolnišnice in nasprotovanju temu s strani bolnišnic. Oblast pa je tak rasizem v obeh primerih tolerirala – kakor tolerira razne druge vrste rasizma, nestrpnosti in sovražnosti.

in smrti. Še zlasti pa to velja za prihodnost, saj je treba, da bi se možnost prenosa okužbe bolje preprečila v prihodnosti, sprejeti sistemske ukrepe.

To pa sta dezinstitutionalizacija in vzpostavitev dolgotrajne oskrbe. Seveda tega ni mogoče storiti čez noč, še pred eventualnim in napovedanim drugim valom epidemije. Je pa mogoče nastaviti nekatere mehanizme, ki bodo ojačali zunanje, skupnostne službe, omogočile več prehodov v domače okolje, več samo-izolacije itn. – predvsem pa več moči in nadzora in možnosti lastnega ukrepanja starih ljudi in drugih uporabnikov.

V smislu dezinstitutionalizacije je treba tudi ustaviti refrensko ponavljanje tega, da je treba zgraditi še več domov – kar se je ponavljalo tudi v času epidemije kljub očitnim negativnim posledicam, ki so izkazale. Treba pa je ponavljati, da potrebujemo boljšo in zmogljivejšo mrežo služb in storitev na terenu, tam kjer ljudje živijo – več oskrbe na domu, osebne asistence, koordinirane oskrbe, oskrbovanih stanovanj in več vloška v neformalne oblike oskrbe.

Se pa da na hitro popraviti oz. izboljšati nekaj stvari v samih ustanovah – vsaj do neke mere – docela se jih ne da spremeniti tako, da bodo omogočale individualizacijo, oskrbo po osebni meri, maksimalno uporabniško moč odločanja o storitvah. Lahko pa z uvajanjem nekaterih ključnih inovacij kot so osebno načrtovanje, zagovorništvo, ključni delavci, krepitev moči stanovalcev, kongruentno oskrbo, gospodinjske enote itn. vsaj do neke mere spremenimo odnose, ozračje in položaj stanovalcev v ustanovah – kar pa je samo po sebi vrednota, ne le način kako preprečiti ali zmanjšati okužbe (Mali in sodelavke, 2018).

S tem pregledom dostopnih podatkov in razpravo smo lahko z veliko gotovostjo ugotovili nekatere zadeve, pokazali na institucionalno dimenzijo epidemije – da, čeprav korona virus seveda ni klasična institucionalna okužba oz. bolezen, ima nekatere take značilnosti, da so bili domovi za stare glavni, a spregledan moment – če že ne okužb, pa fatalnih posledic, da je to strukturna zadeva, ki bi jo lahko preprečili oz. sanirali z dezinstitutionalizacijo in zmogljivo dolgotrajno oskrbo.

Ob teh glavnih ugotovitvah, ki imajo precejšnjo stopnjo veljavnosti, pa smo naredili kup hipotez, ki so sicer zelo možne, a jih je treba še dodatno preveriti. Te hipoteze nas lahko usmerjajo v razmišljanju in nam pomagajo pri ukrepanju, čeprav so spekulativne narave, predvsem pa nas lahko vodijo pri empiričnem nadaljnjem raziskovanju. To pa naj bi bilo bodisi podrobna analiza podatkov bodisi zbiranje predvsem kvalitativnih, procesnih podatkov na terenu – tako v ustanovah, da npr. pojasnimo razlike med različnimi poteki in obsegi kontaminacije, kakor pa še zlasti v skupnostnih službah in pri tistih, ki so v družinski oskrbi ali pa zase skrbijo sami.

Epidemija korona virusa nas torej ne opozarja le na podnebne spremembe, pretirano potrošništvo, problem delitve dela in še druge pomanjkljivosti današnjega družbenega ustroja, temveč, kar smo hoteli spregledati, prav v jedru epidemije, torej pri umrlih opozarja na zlovesčnost in nečloveškost ustanov, ki smo jih pred stoletjem ali dvema ustvarili za najšibkejše družbene člene. Kakor tudi v drugih sferah pa je tudi priložnost za nekaj novega, za smiselno ukrepanje, le da je na tem področju to dobesedno vprašanje *življenja in smrti*.

Uporabljeni viri in citirana literatura

Flaker, V. (1998). *Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba * /cf.

Flaker, V. (2017). Stroj dezinstitutionalizacije. V: G. Meško, D. Zorc-Maver (ur.) *Za človeka gre! zbornik posvečen Vinku Skalarju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta: Fakulteta za varnostne vede, str. 145–169.

Goffman, E. (2019). *Azili*. Ljubljana: Založba /*cf.

Jager, V. (2020). So bili starostniki že vnaprej odpisani? (Je delež starostnikov, ki so umrli v domovih za starejše, tako izstopajoče visok zaradi seznamov odpisanih?). *Mladina*, 15. maj, 2020. Pridobljeno 25. maja 2020 s https://www.mladina.si/198410/so-bili-starostniki-ze-vnaprej-odpisani/?fbclid=IwAR3xVmY6lW1JNNqytbcMugcngZcT5ZT_atRwhB_AiLHRRjvy4yq5CWSUlvS

Jager, V. (2020). V domovih za starejše obstajajo sezname odpisani, ki ne smejo priti v bolnišnico. (Intervju z Dušanom Kebrom). *Mladina* 20, 15. maj 2020, str. 39–42.

Kovač, V. (2020). Odločitev, da se bolne in okužene zadrži v domovih, je bila slaba in ima tragične posledice (Pri nas je umrlo 106 ljudi, od tega jih je bilo 86 oskrbovancev domov za starejše). *TV Slovenija*, 23. maj 2020 ob 19:27, MMC RTV SLO. Pridobljeno 24. maja 2020 s: <https://www.rtvlo.si/zdravje/novice/odlocitev-da-se-bolne-in-okuzene-zadrzi-v-domovih-je-bila-slaba-in-ima-tragicne-posledice/524860>

La. Da. (2020). Sprejem novih oskrbovancev v domove za starejše možen s 25. majem? (Obeta se povračilo za svojce, ki so oskrbovance med epidemijo nastanili doma). *MMC RTV SLO, STA*, 20. maj 2020. Pridobljeno 24. maja 2020 s <https://www.rtvlo.si/slovenija/sprejem-novih-oskrbovancev-v-domove-za-starejse-mozen-s-25-majem/524512>

Lesjak Tušek P. (2020). Socialnozdravstveni zavodi in covid-19: Bili so doma, a plačali za oskrbo v zavodu. *Večer*, 22. maj 2020. Pridobljeno 24. maja 2020 s <https://www.vecer.com/socialnozdravstveni-zavodi-in-covid-19-bili-so-doma-a-placali-za-oskrbo-v-zavodu-10173216>

Mali, J. (2008). *Od hiralnic do domov za stare*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Mali, J., Flaker, V., Urek, M., Rafaelič, A. (2018). *Inovacije v dolgotrajni oskrbi : primer domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Meden Marolt B. (2020). Facebook stran [objava na temo 14. maj]. Pridobljeno 24. maja s: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10220437749326559&set=a.4855946369296&type=1&theater>

Pihlar, T. (2020). Katera številka o umrlih v bolnišnicah je prava? *Dnevnik*, 22. maj 2020. Pridobljeno 24. maja 2020 s <https://www.dnevnik.si/1042929990/slovenija/katera-stevilka-o-umrlih-v-bolnisnicah-je-prava>.

Pihlar, T. (2020). Domovi starejših: nad koronavirus tudi s praznimi posteljami. *Dnevnik, Zdravje*, 25. maj 2020. Pridobljeno 25. maja s <https://www.dnevnik.si/1042930302/slovenija/domovi-starejsih-nad-koronavirus-tudi-s-praznimi-posteljami>

Pirš, A. (2020). Domovi za starejše so še vedno tempirana bomba (intervju z Alešem Rozmanom). *Tednik*, 7. april 2020, Ljubljana - MMC RTV SLO, Televizija Slovenija. Pridobljeno 24. maja 2020 s <https://www.rtvlo.si/zdravje/novi-koronavirus/domovi-za-starejse-so-se-vedno-tempirana-bomba/519814>

Pribac, I. (2020). Smo res to storili? *Mladina*, 21/ 22. 5. 2020, str. 50–51.

Sajovic, K. (2020). Na tej točki karantena ni ravno smotrna – duh je že ušel iz stekleničke: Intervju z britanskim epidemiologom Tomom Jeffersonom. 1. april 2020, Rim - MMC RTV SLO. Pridobljeno 24. maja 2020 s <https://www.rtvlo.si/zdravje/novi-koronavirus/na-tej-tocki-karantena-ni-ravno-smotrna-duh-je-ze-usel-iz>

[steklenicke/519071?fbclid=IwAR0SprggBhwo3wM4sHBibkhNHKJRSIGDwJy-4ToLipnazcTXKpfRQvviQYM](https://www.steklenicke/519071?fbclid=IwAR0SprggBhwo3wM4sHBibkhNHKJRSIGDwJy-4ToLipnazcTXKpfRQvviQYM).

Huber, M., Rodrigues, R., Hoffmann, F., Marin, B., Gasior, K. (2009). *Fact and Figures on Long – Term Care: Europe and North America*. Vienna; European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Žorž, M., Bratina, Š., Pollak, T., Ivanovič, U., Štravs, A. (2020). Prvi val domove za starejše ujel nepripravljene, zdaj je čas za odpravo napak. Domovi za starejše: Cone neudobja. *Radio Slovenija*, 17. maj 2020, MMC RTV SLO, Radio Slovenija. Pridobljeno 24. maja 2020 s <https://www.rtv slo.si/slovenija/prvi-val-domove-za-starejse-ujel-nepripravljene-zdaj-je-cas-za-odpravo-napak/524085>

Dodatek – število umrlih v občinah brez institucionalnih žarišč

Tabela 5: Potrjeno okuženi in umrli po preostalih občinah s smrtnimi izidi

ostale občine	PO	umrli	smrtnost PO
Maribor	35	2	5,71
Brezovica	10	2	20,00
Domžale	26	2	7,69
Kranj	25	1	4,00
Žirovnica	9	1	11,11
Jesenice	8	1	12,50
Piran	4	1	25,00
Trebnje	18	1	5,56
Ribnica na Pohorju	2	1	50,00
Skupaj	137	12	8,76