

Vito Flaker

***Corona virus institutionalis* - kronski institucionalni virus**

Epidemija Covida 19 je najbolj prizadela stare ljudi, pa ne tiste, ki živijo doma, pač pa tiste v domovih za stare. Kar štiri petine umrlih v epidemiji so stanovalci teh zavodov. Z analizo pokažemo, daje 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 dezinstucionalizacijo 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: koronavirus, domovi za stare, totalne ustanove, dezinstucionalizacija, dolgotrajna oskrba.

Dr. Vito Flaker je redni profesor na Fakulteti za socialno delo. Kot raziskovalec in aktivist deluje na področjih duševnega zdravja, dezinstucionalizacije, dolgotrajne oskrbe, drog, socialnega varstva ... Kontakt: vito.flaker@fsd.uni-lj.si.

***Corona virus institutionalis* - crown institutional virus**

The Covid-19 epidemic has mostly affected old people, not those who live at home, but those in old age homes. As many as four-fifths of those deceased in the epidemic were residents of these institutions. The analysis shows that the essential moment of infection is institutional, not age, that it is almost an institutional epidemic. The total make-up of these institutions presents a significantly higher risk of transmission of infection - due to increased human concentration and increased frequency of contacts, but also because of the institutional structure and ethos that objectifies residents and deprives them of the power of action. The deceased residents can be seen as (passive) victims not only of the virus but also of the institutional nature of the organisation of care (prevailing in Slovenia). The debate has neglected this so far, the "safety" measures did not allow transfer to community care, which would give residents the same level of safety as the rest of the population, since such services allow for a greater degree of self-isolation and control of contacts. The deceased residents are victims of a delay in deinstitutionalisation and in introduction of a potent, community based long-term care. These are the pressing tasks for the future, if we are to ensure that old people at least have the safety, but also a decent life worth living.

Keywords: coronavirus, old age homes, total institutions, deinstitutionalisation, long-term care

Vito Flaker, PhD, is a Professor at the Faculty of Social Work, University of Ljubljana. He's a researcher and activist. His interests include mental health, desinstitutionalisation, long-term care, drugs, social protection ... Contact: vito.flaker@fsd.uni-lj.si.

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, da ne gre zgolj za »starostno skupino«, ampak da so del problema tudi ustanove, v katerih so stari ljudje nameščeni. Čeprav je skoraj očitno, da je problem v velikih koncentracijah ljudi na enem mestu, pa še starih povrhu, pa razprava o problemu starih in epidemije v domovih zanje skoraj ni omenjala problema domov za stare kot totalnih ustanov. S tem pa je

tudi odrinila v ozadje problema visoke stopnje institucionalizacije v Sloveniji in zamujanja z dezinstucionalizacijo in uvajanjem dolgotrajne oskrbe, ki bi morala na terenu nadomestiti vsaj večji del institucionalnih kapacitet in s tem 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 okužbami. Pojavila se je tudi upravičena kritika privatizacije institucionalnega varstva (čeprav, kot bomo videli, v Sloveniji to niti ni bil problem v zvezi z epidemijo). Razprava je torej sem in tja omenjala domove, 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 15. maja 2020 v *Mladini* (Jager, 2020b). Opozoril je ne le na veliko umrlih v domovih, pač pa tudi na to, da so umirali v domovih, ne pa v bolnišnicah – s tem je opozoril na pojav »starizma« med epidemijo (prikrajšanje za ustrezno zdravljenje), deloma tudi na neopremljenost domov za stare, a še vedno je razprava sprejemala ustaljene aksiome o potrebnosti takšnih ustanov oz. ni problematizirala njihovega obstoja in visoke stopnje institucionaliziranosti v Sloveniji pa tudi ne pomanjkanja ustreznih skupnostnih služb in skupnostne oskrbe, ki bi se še zlasti v času epidemije lahko učinkoviteje in varneje pa tudi bolj človeško odzvala na stiske ljudi.

Zato je morda za prvi val pozno, vsekakor pa še v času, ko lahko kaj ukrenemo pred drugim valom (ali kakšno drugo epidemijo), 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, kaže, da je okuženost bistveno bolj razporejena po starostnih skupinah prebivalstva kot pa stopnja umrljivosti. Pravzaprav je tako, da so ljudje v Sloveniji umirali skoraj samo v višjih starostnih skupinah – 100 od 104 umrlih jih je bilo starejših od 65 let, 84 pa več od 75 let. Delež vseh potrjeno okuženih je v starostni skupini nad 65 let 31,33 % oz. 22,46 % v skupini starejših od 75 let.

¹ Vsi podatki, če ni navedeno drugače, so podatki COVID-19 Sledilnika (2020) na dan 17. maja 2020 in so veljali za dan prej, torej 16. maj.

Preglednica 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

Vir: COVID-19 Sledilnik (2020).

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, občutno manjši pri otrocih in občutno večji pri najstarejših (dvakrat do trikrat tolikšen kot sicer).

Večje število potrjenih okužb v najstarejših skupinah lahko pripišemo večji *vidnosti* (očitnejši simptomi, manifestacija okužbe bolj dramatična) in večji *vidljivosti* (bolj spremljani in opazovani, več testiranj). Tema hipotetičnima razlagama pa lahko dodamo še dve. Ena je, da so stari ljudje bolj *izpostavljeni* (glede na svoj družbeni položaj), druga, skorajda neverjetna, pa so bolj *dojemljivi* za okužbo oz. da se zaradi fizioloških razlogov staranja bolezni lažje nalezejo.²

Prvi dve hipotezi pričata 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 pogosteje (ne zgolj v vzorcu, ampak tudi v populaciji) – predvsem zaradi večje izpostavljenosti.

Na drugi strani pa je videti, da lahko skoraj ekskluzivno umrljivost pri starih ljudeh lažje razložimo fiziološko, s potekom bolezni. Več umrlih v višjih starostnih skupinah bi torej lahko pripisali manjši odpornosti (več kroničnim boleznim, npr. srčno popuščanje, sladkorna bolezen, visok krvni tlak). Še vedno pa lahko več 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

² Pri tem ne govorimo o večji ali manjši imunosti, temveč o fizioloških mehanizmih prenosa. Iz zornega kota laika in glede objave o prenosu v poljudnem tisku, je taka hipoteza precej neverjetna, je tudi ne moremo potrditi, a jo je zaradi argumentacije treba postaviti.

povprečju več stikov od ljudi, ki so se v bran epidemiji zatekli v samoizolacijo. 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 2020)³, ki jih komentiram, je veljalo, da je bilo v domovih za stare 458 potrjeno okuženih, to je 31,26 % vseh potrjeno okuženih. Od tega je bilo 137 zaposlenih in 321 stanovalcev, se pravi kar 21,91 % oz. več kot 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, to je 42,59 %, skoraj polovica vseh potrjeno okuženih v Sloveniji.

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

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

Domovi za stare so skoraj izključni teren korone

Okužba se je registrirano pojavila predvsem v šestih domovih za stare v Sloveniji – v 5 % vseh tovrstnih ustanov (125). To število se lahko zdi majhno⁷,

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

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

⁵ Zanimivo bi bilo vedeti, koliko ljudi se je okužilo v bolnišnicah. Tega podatka (seveda) ni mogoče najti.

⁶ Pojavili so se šele po 15. maju, po intervjuju Dušana Kebra v *Mladini* (Jager, 2020b). 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 zasnovano tako, da upošteva to argumentacijo.

⁷ Kot navaja direktor podjetja Comett, Matjaž Čampa (Kovač, 2020), z argumentacijo, da so bili vnosi maloštevilni. 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 okužba ustavila pri samo nekaj okuženih stanovalcih.« Torej gre za nekaj več domov (3–4), kot smo jih zaznali v statistikah COVID-19 Sledilnika (2020). A glede na to, da gre za majhna števila, so števila, ki jih navajamo dovolj veljavna za našo argumentacijo.

saj gre le za »peščico« zavodov (bi se lahko bali, da bi jih bilo še več), je pa to pomembno 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 pri Jelšah) se je okužila več kot polovica, skoraj dve tretjini, stanovalcev in skoraj polovica osebja. V dveh drugih domovih je bilo okužb precej – v Metliki se je okužila skoraj tretjina stanovalcev in skoraj petina osebja, v Horjulu pa malo več kot petina stanovalcev in desetina osebja. V preostalih dveh zavodih (Bokalci in Naklo) je 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 pri Jelšah (sicer mejna vrednost) in Bokalci). Vsi razen enega so javni zavodi in imajo zelo podobno razmerje med osebjem in stanovalci. Zanje je značilna periferna lega, vsi razen Bokalcev so v manjših krajih.

Preglednica 2: Število potrjeno okuženih v domovih za stare glede na velikost zavodov.

Dom	Σ	stanov.	osebje	PO stan. (%)	PO osebja (%)	št. stan.	št. osebja	stan/osebje	R
Šmarje	181	124	57		46,72	214	122	1,754098	100.
Ljutomer	139	99	40		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*	441	316	125	29,78	20,70	1061	604		
drugi DSO	17	5	12						
Skupaj	458	321	137			20431	11646		

* Izbrani domovi

Vir: COVID-19 Sledilnik (2020).

Podatki o teh domovih so presenetljivi v tem, da je število potrjeno okuženih konstantno večje med stanovalci kot med zaposlenimi (razen v Naklem, tam gre tudi sicer za majhna števila). Presenetljivo zato, ker prav osebje prinese okužbo, je bolj izpostavljeno stikom ipd.⁸

Vseh stanovalcev domov je bilo potrjeno okuženih 321, v celotni populaciji pa za starostno skupino nad 65 let velja, da je bilo takih 459. Torej potrjeni okuženi v domovih pomenijo 70 % (69,93 %) potrjenih okuženih v starostni skupini nad 65 let. V domovih so večinoma stanovalci iz starejših starostnih skupin, v skupini starejših nad 75 letom pa je potrjeno okuženih 329 ljudi, le za osem (8) ljudi več od števila potrjeno okuženih v domovih oz. gre za 96,5 % okuženih v starostni skupini nad 75 let.

⁸ Velja pa, da del osebja nima stikov s stanovalci in ima tudi manj stika z drugim osebjem (pisci, sarniško osebje, morda tudi nekateri strokovnjaki in pomožno osebje, npr. v pralnicah).

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

Kot sem zapisal, statističnih podatkov o umrlih v domovih niso objavljali do pred kratkim. Tudi zdaj ni povsem jasno, koliko jih je natančno bilo. Radio Slovenija (Žorž, Bratina, Pollak, Ivanovič, & Štavs, 2020) je 17. maja navedel:

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.⁹

Dušan Keber (Jager, 2020b) je v intervjuju dejal, da je do 4. maja umrlo 78 stanovalcev od skupaj 98 umrlih ali 79,59 % vseh smrtnih primerov. Po zadnjih v medijih objavljenih podatkih s 23. maja 2020 (Kovač, 2020) je seveda število večje, razmerje pa enako oz. malo večje:

... zaradi covida-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.

Natančna številka je 81,13 %. Da je podatek dovolj natančen, kažejo tudi statistični podatki o umrlih po občinah (slika 1).

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 že ne že vzrok smrti – za vse prebivalstvo pa večinski.

Geografska porazdelitev smrtnosti je institucionalna

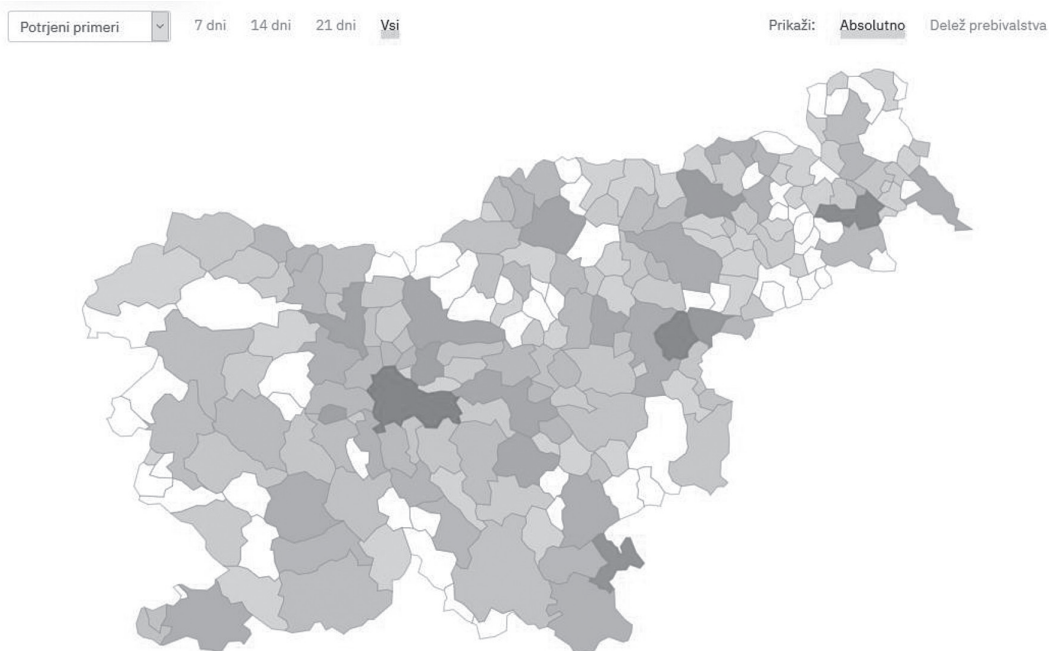
Drugi vir splošno razpoložljivih podatkov je epidemiološka slika po občinah. Ob pogledu na (interaktivni) zemljevid okužb in smrti je že na prvi pogled razvidno, da izstopajo občine, v katerih so omenjeni domovi. Tam je stopnja potrjene okuženosti večja; na zemljevidu, ki ponazarja geografsko porazdelitev smrtnih primerov, pa so z nekaj izjemami (gl. preglednico 5 v dodatku) vse drugo (razen Ljubljane) bele lise.

Podobno kažejo tudi številčni podatki po občinah. Števila potrjeno okuženih so skoraj identična (razen Ljubljane) številu potrjenih okužb po domovih.¹⁰ Istovetnost je še očitnejša v primeru statističnih podatkov o umrlih za covid-19. Teh pa je bilo v občinah, ki so sedeži naštetih domov, 90 oz. skoraj 90 % (86,54 %), brez Ljubljane pa jih je bilo 79, še vedno več kot tri četrtine (75,96 %) vseh smrtnih primerov.

⁹ Torej bi takrat moralo biti 97,5 umrlih od korona virusa.

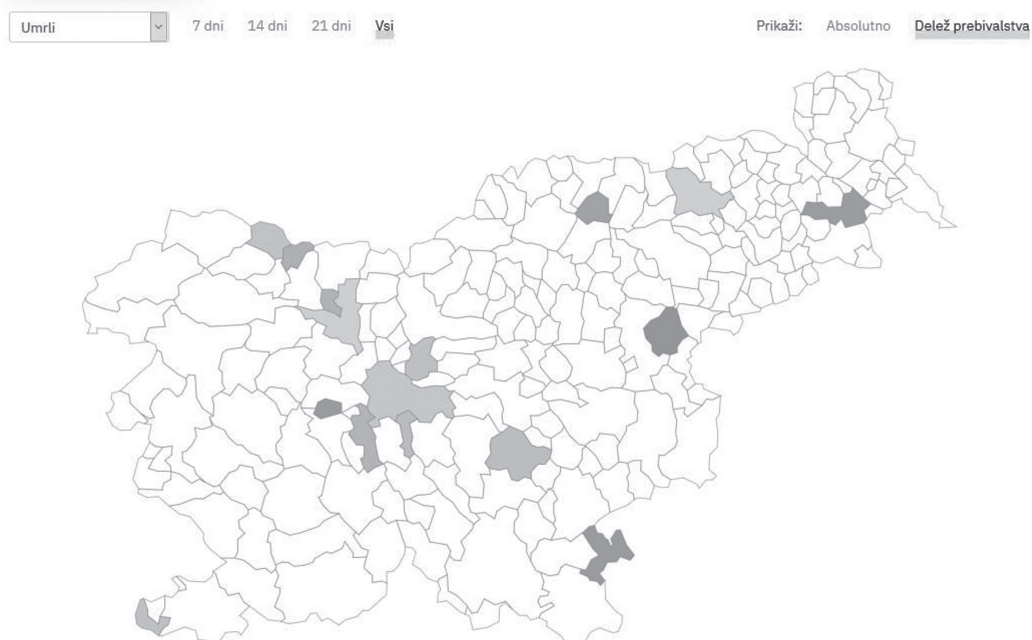
¹⁰ Ponekod (Naklo, Šmarje pri Jelšah, Ljutomer) jih je celo manj kot pa potrjeno okuženih v domovih. Verjetno gre za tiste, ki imajo matično bivanje prijavljeno kje drugod, morda za to, da so njihovo stanje evidentirali kje drugje. Tudi v Metliki in Horjulu sta le po dva primera več v občini, kot pa so jih zaznali za celotno občino. Pričakovati bi sicer bilo, da bi bila povsod slika podobna ljubljanski, da je večje število potrjeno okuženih v okolju kakor v samem domu. To kaže, bodisi da so v teh okoljih testirali skoraj zgolj v domovih za stare, bodisi da se v okolju virus skoraj ne širi. A tudi v Ljubljani so primeri zaznani v domu na Bokalcih kar skoraj desetina (7,87 %) vseh zaznanih primerov.

Slika 1: Število potrjeno okuženih po občinah.



Vir: COVID-19 Sledilnik (2020).

Slika 2: Delež umrlih glede na število prebivalcev po občinah.



Vir: COVID-19 Sledilnik (2020).

Preglednica 3: Število potrjeno okuženih (PO) 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 evfemizem, saj gre v resnici za domove, ki so v teh občinah. Nam pa ta pogled še nazorneje kaže na to, da gre za institucionalno epidemijo oz. epidemijo, ki zahteva smrtni davek skoraj samo 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 hitrejše 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 pečnici domov kaže, da gre gotovo tudi za institucionalni dejavnik, verjetno prevladujoč.

Institucije kot (največji) dejavnik tveganja - kako značilnosti domov pripomorejo 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 več kužnih, možnost stika in prenosa občutno večja. Poznamo bolezni, ki se jih ljudje nalezejo zgolj v takšnih prostorih (legionela, MRSA) oziroma razsajajo večinoma v ustanovah (npr. rotavirus v domovih za stare in vrtcih). Težko bi rekli, da je koronavirusna bolezen ena izmed njih, a številke potrjujejo, da to zanjo velja v pomembnem deležu. Gre verjetno za kombinacijo dveh značilnosti epidemij – prenos na prostem, ki se skoncentrira v institucijah. Torej so v primeru epidemije novega koronavirusa institucije vozlišče prenosa pa tudi, glede na smrtnost, njena zadnja postaja.

Takšne 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 določeno kategorijo.¹¹ Prvo imamo lahko za varovalni dejavnik proti okužbam od zunaj, drugo pa, nasprotno, za dejavnik pomembno večjega tveganja. Z drugimi besedami, virus težko pride v ustanovo, ko pa je notri, ima zelo veliko možnosti in priložnosti za razmnoževanje in prenos. V tem pomenu so takšne ustanove v primeru covid-19, še posebej domovi za stare, kakor tempirane bombe, ki čakajo na naključno sprožitev.¹²

Prenašalci in prinašalci – pasivne žrtve

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

Glede na to, da so obiske v domove že zelo kmalu prepovedali in da so bili tudi stanovalci večji del brez izhoda, lahko vnose v domove pripišemo osebju, ki je tudi sicer bolj mobilno, in njihovim stikom z okoljem.¹³ Glede na to, da se je zadnji vnos v domove zgodil 1. aprila 2020 (kar v treh domovih na ta dan), bi lahko predpostavili, da so za prenehanje vnosov v domove bolj zaslužni strožji ukrepi zunaj domov (npr. prepoved gibanja med občinami) kot pa ukrepi v domovih samih.

V domovih so lahko omejili stike med stanovalci (npr. skupno posedanje, skupinske dejavnosti, medsebojne obiske), niso pa mogli povsem omejiti gibanja osebja in njihovih stikov z več stanovalci. V tem pogledu so zaposleni pripravni prenašalci tudi virusa.¹⁴ Stanovalec ima tudi v razmerah omejitev vsak dan stik z vsaj dvema ali tremi zaposlenimi, praviloma pa tudi več. Negovalka pa ima stik s stanovalci celotnega 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 domovih¹⁵ najdemo konstantno

¹¹ Za opis in razčlemba takšnih, totalnih ustanov gl. klasično Goffmanovo delo *Azili* (2019), zdaj dostopno tudi v slovenščini, pa tudi avtorjeva dela o tej temi (npr. Flaker, 1998, 2017). O obravnavi domov za stare kot totalnih ustanov je pisala Mali (2008) v knjigi *Od hiralnic do domov za stare*.

¹² Izraz »tempirana bomba« se ponuja kar sam. Uporabil ga je tudi direktor bolnišnice na Golniku (Pirš, 2020).

¹³ Po statističnih podatkih so okužbo najprej odkrili pri osebju v treh domovih, pri stanovalcih pa v drugih treh. Vnos je najbrž v vseh primerih bilo osebje, morda kdo drug, najmanj pa stanovalci.

¹⁴ Goffman (2019) opisuje mehanizme (nedovoljenega) prenosa dobrin in sporočil v totalnih ustanovah. Med pomembnimi kanali je prav osebje, ki ima možnost gibanja med oddelki kot tudi med ustanovo in zunanjim svetom.

¹⁵ Šesti je manjši in je v njem bilo tudi zelo malo potrjeno okuženih.

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 pojasnili s tem, da ni celotno osebje izpostavljeno stikom z drugimi (nekateri so delali ali bi lahko delali tudi od doma).

Lahko pa jo pojasnimo tudi z različno stopnjo previdnosti pri osebju. Nekateri so lahko previdnejši, 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 značajске poteze ali kolektivne šlamparije, ki je rezultat naravnosti zavoda, pomemben tudi odnos do stanovalcev.

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

To se lahko pri nekaterih delavcih ali pa v nekaterih ustanovah v razmerah epidemije, večje zaprtosti, manj obiskov ipd. še stopnjuje. Konkretno pa to lahko pomeni gojišče za »egoistični« odnos oz. stališče v zvezi z epidemijo in 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 pomembneje biti v družbi), pa je še varovalka glede blaginje drugega. Previden bom, da ne okužim drugih, zame pomembnih ljudi – npr. vnuk se ne bo družil s prijatelji, ker obiskuje babico, ali pa ne bo obiskoval babice, ker se je družil z vrstniki.¹⁶

Bolj ko osebje definira svoje delo kot delo s predmeti namesto z ljudmi, večja je možnost, da 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 težko opozorijo osebje na napake in nedoslednosti, saj so od njih odvisni, pa tudi če bi jih opozorili, jih v takem primeru ne bodo poslušali.¹⁷

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 skoraj dvotretjinsko vrednost, takšno, kakršno

¹⁶ Institucionalizacija nas z institucionalno skrbjo za človeka razreši prav te druge odgovornosti in solidarnosti.

¹⁷ Goffman (2019) opisuje podtalno življenje totalnih ustanov. V raznih nedovoljenih, nezele-
nih ali uradno nepredvidenih dejavnostih, ki omogočajo odstop od predpisanih vlog, sode-
lujejo tako stanovalci kot osebje ustanove. Tisto, kar smo v vojski poimenovali »hvtanje kri-
vin«, je način življenja v takšnih 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.

predpostavljajo za »čredno prekuženost«, v dveh se je ustavila pri tretjini oz. petini stanovalcev, v dveh pa pri enomestnih odstotkih. Torej lahko rečemo, da se je v prvem primeru širila razmeroma nenadzorovano, v dveh primerih so jo na določeni stopnji ustavili, v dveh pa jo takoj omejili (preglednica 2). To je lahko splet okoliščin, lahko pa tudi učinek smotrnega (ali nesmotrnega ravnanja) – tega iz številke ne izvemo. Je pa to treba raziskati, prav zaradi boljših smernic za ravnanje pri morebitnem drugem valu ali epidemiji.

Večja možnost za prenos med stanovalci pa je tam, kjer je več večposteljnih sob (zaradi stikov med sostanovalci, večje frekventiranosti in premajhne razdalje med posteljami). Samoizolacija namreč v domovih ni mogoča v celoti, so pa v nekaterih domovih ostali stanovalci v svojih sobah. Preglednica 4 kaže, da so domovi, v katerih so se zgodile okužbe, 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 večposteljnih sob kot pa v povprečju slovenski domovi.

Preglednica 4: Deleži eno- in večposteljnih 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 (2020).

Ta značilnost 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) pripomogli k širjenju epidemije v domovih. Velikost očitno ni usodna, a utegne biti pomembna, saj kontaminirani domovi sodijo v povprečju med večje. Ugotavljali smo, da gre v večini primerov za bolj pode-

želske domove.¹⁸ To so domovi, ki imajo več večposteljnih sob, zato je možnost prenosa večja, in so manj usmerjeni v personalizacijo storitev.¹⁹

Najočitnejša, pa tudi najbolj kontroverzna teza je, 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 pomembno pospešujejo širjenje okužb. Zaposleni so prenašalci okužb, stanovalci pa prejemniki in žrtve (večja stopnja okuženosti, hujše posledice). Zavrtni pa je treba 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.²⁰

Velikost, tip zavoda, usmerjenost, ozračje, število enoposteljnih sob, odnosi med osebjem in stanovalci pa tudi moč uporabnikov in slog vodenja so dejavniki, ki zelo očitno vplivajo na širjenje virusa po ustanovi, manj pa vplivajo na vnos. Za širjenje so to ključne zadeve, za vnos pa bolj ali manj naključne ali posredne (večji domovi imajo več nujnih stikov z okoljem in možnosti vnosa, bolj ali manj osebni 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 kljub temu 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 bili za vnos sami zakrivili.²¹ Kot statistični pojav pa se kaže, da je vnos skoraj nujen, da se – prej ali slej, v tej ali oni ustanovi – mora zgoditi. Še toliko bolj v Sloveniji, ki je povsem na vrhu po stopnji institucionalizacije (število stanovalcev zavodov na število prebivalcev) (Huber, Rodrigues, Hoffmann, Marin in Gasior, 2009), kot se kaže tudi v mednarodnih statističnih podatkih o umrlih v domovih, v katerih je število umrlih kar za 20 % oz. petino večje kot v najvišje uvrščeni državi.²²

¹⁸ Teško bi to hipotezo argumentirali s povsem očitnimi razlogi. Morda, da periferija pomeni še večjo stopnjo segregacije, občutek, ki tudi sicer velja za totalne ustanove, »da so daleč od oči drugih«. Morda pa tudi miselnost, ki je velikokrat 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 ravnajo tako, da jih raje prikrijejo – to je v totalni ustanovi bolj možno kot sicer. V nekaterih domovih v Italiji je bila to potrjena izkušnja.

¹⁹ Ti domovi ne izstopajo po inovativnosti oz. uvajanju storitev po osebni meri in mehanizmov, ki bi krepili moč stanovalcev (Mali, Flaker, Urek in Rafaelič, 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 še to za razmeroma malo uporabnikov (Šmarje pri Jelšah 9, Ljutomer 8 in Bokalci 6). Ljutomerski dom ima sedem oskrbovanih stanovanj, oskrbo na domu pa izvajata Šmarje pri Jelšah in Metlika, a le za enega uporabnika.

²⁰ V Sloveniji zasebni domovi formalno niso profitni, čeprav po stranskih poteh kljub temu iščejo zaslužek. V tistih okoljih, kjer gre za odkrito dobičkonosno dejavnost, so stvari seveda še bolj problematične, saj je na prvem mestu dobiček in šele potem ljudje. Torej tudi če lahko to hipotezo zavrtnemo, je ne smemo odvreči kot irelevantno v prihodnosti. Ne nazadnje je bil na srečo čas epidemije dovolj kratek, da se niso pokazale vse njene možne implikacije za delovanje ustanov, ki bi se pokazale v daljšem obdobju.

²¹ To je pogled s splošne razprave ugotavljanja dejavnikov, za ugotavljanje okoliščin pri konkretnih dogodkih pa so pristojne druge službe.

²² Biserka Meden Marolt (2020) navaja podatke za nekaj evropskih držav, ki jih je objavila *London School of Economics*. V primerjavi s slovenskimi 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 %.

Skupnostna oskrba omogoča večjo varnost

Zaradi koncentracije starih ljudi in notranjega ustroja so najpomembnejši skupni dejavnik okuženosti pač institucije. V dosedanjih razpravah smo se temu izogibali, saj je videz, da ni pravih alternativ domskemu varstvu starih ljudi. Te pa seveda obstajajo in naglavni greh dosedanjih vlad, tudi zdajšnje Janševe, pa tudi drugih akterjev na tem področju je, da se nikoli niso zares lotili dezinstytucionalizacije pa tudi ne uvajanja dolgotrajne oskrbe, ki bi lahko v pomembnem deležu kakovostno nadomestila institucionalno varstvo.

Pri tem je treba pripomniti, da je projekt dolgotrajne oskrbe tam, kjer so jo uvedli, v veliki meri tudi projekt dezinstytucionalizacije – torej nadomeščanja institucionalnega varstva z intenzivno oskrbo na domu, v skupnosti. V Sloveniji pa je v zadnjem času dolgotrajna oskrba postala sinonim za institucionalno varstvo – tako tudi v razpravah, povezanih z epidemijo (Žorž, Bratina, Pollak, Ivanovič, & Štravs, 2020):

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 Tezmem

to je perspektiva, ki jo je treba obrniti nazaj – in videti dolgotrajno oskrbo kot alternativo institucionalnemu varstvu.

Žrtve koronavirusa so skoraj samo stari, hkrati pa jih je bilo gotovo tri četrtine stanovalcev domov za stare. Lahko se zadovoljimo z razlago, da so v domovih stari, ki so bolj bolni, ranljivejši in da je zato smrtnost med njimi tolikšna. Ta razlaga delno 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 biti, tudi ob upoštevanju »pristranskega vzorca« (manjše vidnosti in vidljivosti v skupnosti), število umrlih tudi po tej razlagi najbrž večje – po zelo pavšalni oceni bi moralo biti takih, ki so umrli zunaj ustanov, vsaj polovica. Torej je starost le pogoj, ne pa vzrok za razvoj bolezni. Podatki kažejo, da je institucionalizacija tisti nujni pogoj, ki v kombinaciji s prvim najpomembneje pripomore k okužbi in smrti.

Tudi če pogledamo поблиže, nam bo jasno, da so tveganja pri institucijam alternativnih oblikah oskrbe manjša. Ljudje, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo in niso v ustanovah, so torej v domačem oz. družinskem varstvu, so deležni oskrbe na domu in zdaj nekateri tudi osebne asistencije.²³ 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, je mogoče število

²³ To so glavne oblike oskrbe v skupnosti, k njim lahko prištejemo tudi manjše stanovanjske enote, oskrbovana stanovanja in še veliko sicer manj uveljavljenih oblik (namestitev v drugo družino, vzajemna in sosedska pomoč, samoorganizacija oskrbe, osebni paketi storitev ipd.).

brez večjih in z institucijo primerljivih težav prilagoditi in zmanjšati. Lažje je tudi regulirati nepotrebne stike in jih zmanjšati na najmanjšo možno mero.²⁴ Poleg tega je zaradi individualizirane oskrbe večja možnost nadzora okuženosti, pa tudi hitrejšega in bolj fokusiranega ukrepanja. Bolj osebni pristop in tudi bolj avtonomno delo pa spodbuja tudi večjo odgovornost, pozornost in upoštevanje uporabnika. Ta pa ima v taki situaciji, po osebni meri, več moči, da jo spreminja sebi v dobro. Skratka, samoizolacija je veliko bolj dosegljiv ideal v skupnosti kakor pa v ustanovi.

To se je med epidemijo tudi praktično pokazalo: skupinske karantene so bolj večanje kot odpravljanje tveganja. 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 možnost, lahko preselijo nazaj domov ali 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 kar 210 iz zavodov za ljudi s težavami v intelektualnem razvoju (Pihlar, 2020b). To je skupaj le malo več kot odstotek stanovalcev vseh socialnovarstvenih zavodov oz. dva promila stanovalcev domov za stare. Razlog je bil, da so bili pogoji, ki so jih navedli stanovalcem za vrnitev domov ali k sorodnikom, nemogoči oz. za stanovalce nesprejemljivi in neuresničljivi. Treba je bilo namreč še naprej plačevati oskrbo (razen hrane), dodatek za tujo postrežbo in pomoč pa je kljub temu ostal zavodu. Bilo je jasno, da se človek ne bi smel vrniti v dom do konca epidemije, obstajala je realna grožnja, da bi svoje mesto v ustanovi izgubil.²⁵ Predvsem pa ni bilo zagotovljene nadomestne podpore oz. storitev, ki bi kaj takega podpirale. Sistem je pač institucionalno naravnani, zunaj ni dovolj nosilne mreže, da bi jo pa provizorično vzpostavili, ni bilo ne interesa ne volje, morda celo ideje ne.²⁶ Ideje pa so bile, da bi okužene stanovalce spravili v bolnišnice.

Glavna polemika, ki se je ob tem konec maja razvnela (Jager, 2020a; Pribac, 2020; Žorž, Bratina, Pollak, Ivanovič, & Štravs, 2020; Kovač, 2020), se sicer nanaša na pomembna etična vprašanja, med njimi tudi na vprašanje starizma,

²⁴ Tako so storili npr. v nekaterih zavodih za oskrbo na domu. Svoje delo so omejili na najnujnejše primere in nujna opravila. V zavodu to preprosto ni mogoče, saj je, na primer, treba skuhati in postreči hrano ne glede na to, ali je to nujno potrebno.

²⁵ Po koncu epidemije smo imeli 22. maja 2020 priložnost o tem prebrati dramatično zgodbo v *Večeru* (Lesjak Tušek, 2020), ki opisuje prav tako situacijo in zagate ob vrnitvi domov. Iz zapisov v medijih (La. Da., 2020; Pihlar, 2020a) je videti, da bo pristojno ministrstvo nekaj teh stroškov sorodnikom povrnilo. S tem verjetno ne bo poplačalo vsega truda, a vsaj nekaj – za nazaj.

²⁶ To je bila tudi značilnost odpuščanja iz psihiatričnih ustanov in zaporov. A je bila ta *ad hoc* dez-institucionalizacija 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, kljub temu trpelo pomanjkanje in tisko, saj so skupnostne službe (Altro, Kralje ulice) zaprli. Zgodilo se je prav nasprotno, kot bi se moralo – zapreti bi morali ustanove in občutno okrepiti skupnostne službe, predvsem tiste, ki zagotavljajo oskrbo na domu.

opuščanja pomoči, odločanja o življenju in smrti starih ljudi brez njihove vednosti, kaj šele privolitve. Med drugim tudi opozarja na nekatere značilnosti ustanov (koncentracija ljudi, zadrževanje ljudi v domovih oz. onemogočanje odhoda domov kot samoosamitve ipd.). Vendar pa pomanjkljivosti domov za stare ljudi zvede na pomanjkanje opreme, pomanjkljivo znanje, pomanjkanje prostora in kadra ipd. V tem sicer legitimna in pomembna razprava premesti težišče z ene ustanovo na drugo, z vprašanja totalne ustanove in institucionalizacije na vprašanje vrste ustanov oz. prednosti in pomanjkljivosti ene ustanove v primerjavi z drugo.²⁷

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

Premestitev v bolnišnico bi morda bila celo prehod »z dežja pod kap«. Priznani angleški epidemiolog Tom Jefferson, ki deluje v Italiji, ugotavlja, da je odhod starega človeka v bolnišnico skoraj zanesljiva smrtna obsodba (Sajovic, 2020). Verjetno zato, ker so bolnišnice še nevarnejši prostor, pa tudi zato, ker je ob premestitvi star človek še ranljivejši. Še več, Jefferson se zavzema ne le za oskrbo na domu, temveč tudi za medicino in zdravljenje na domu, saj sodobna tehnologijo to omogoča.

Čeprav je samoizolacija oz. samoosamitev učinkovitejše orodje za zajezitev epidemije, je, gledano z vidika socialne pravičnosti, tudi razkošje. Ne morejo si je privoščiti prav tisti, ki so najbolj potisnjeni na družbeni rob – niti stanovalci socialnih zavodov niti brezdomci. Niti eni niti drugi nimajo svojega doma, kamor bi se lahko zatekli. V tem primeru je bilo to veliko usodnejše za stanovalcev domov za stare.

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

Skratka, ustanove za stare so bile 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 torišče. V ospredju so bili zdravstvo, javno zdravstvo, socialna oskrba pa le kot navidezni priključek k temu. Številke sporočajo nekaj povsem drugega. Z boljšim ukrepanjem bi se lahko izognili marsikateri okužbi in smrti. Še zlasti pa to velja za prihodnost, saj je treba, da bi možnost prenosa okužbe bolje preprečili v prihodnosti, sprejeti systemske ukrepe.

To pa sta dezinstucionalizacija in vzpostavitev dolgotrajne oskrbe. Seveda tega ni mogoče storiti čez noč, še pred morebitnim in napovedanim drugim

²⁷ Na določeni ravni gre tudi za prelaganje odgovornosti in tudi dela. V tem prelaganju vročega krompirja ali kostanja pa sta se pokazali dve vrsti »rasizma«. Opuščanje pomoči starim ljudem (»starizem«) in pa strah in nevoljnost pomagati okuženim v prizadevanju, da bi okužene premestili v bolnišnice, in v nasprotovanju bolnišnic temu. Oblast pa je tak rasizem v obeh primerih tolerirala – kakor tolerira razne druge vrste rasizma, nestrpnosti in sovražnosti.

valom epidemije. Je pa mogoče nastaviti nekatere mehanizme, ki bodo okrepili zunanje, skupnostne službe, omogočili več prehodov v domače okolje, več samoizolacije ipd. – predvsem pa več moči, nadzora in možnosti lastnega ukrepanja starih ljudi in drugih uporabnikov.

Treba je tudi ustaviti refrensko ponavljanje tega, da je treba zgraditi še več domov – to se je ponavljalo tudi v času epidemije kljub očitnim negativnim posledicam. Treba pa je ponavljati, da potrebujemo boljše in zmogljivejšo mrežo služb in storitev na terenu, tam, kjer ljudje živijo – več oskrbe na domu, osebne asistencije, koordinirane oskrbe, oskrbovanih stanovanj in več vložka v neformalne oblike oskrbe.

Ja pa možno na hitro popraviti oz. izboljšati nekaj stvari v samih ustanovah – vsaj nekoliko – ni jih mogoče popolnoma 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, zagovornišтво, ključni delavci, krepitev moči stanovalcev, kongruentna oskrba, gospodinjske enote, vsaj nekoliko spremenimo odnose, ozračje in položaj stanovalcev v ustanovah – že to je samo po sebi vrednota, ne le način, kako preprečiti ali zmanjšati okužbe (Mali, Flaker, Urek in Rafaelič, 2018).

S pregledom dostopnih podatkov in razpravo o njih smo lahko z veliko gotovostjo dokazali institucionalno dimenzijo epidemije – da, čeprav koronavirus 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 zloveščnost 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*.

Viri

- COVID-19 Sledilnik (2020). Spletna stran: <https://covid-19.sledilnik.org/stats>.
- Flaker, V. (1998). *Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba / *cf.
- Flaker, V. (2017). Stroj dezinstucionalizacije. V G. Meško, & D. Zorc-Maver (ur.), *Za človeka gre!: zbornik posvečen Vinku Skalarju* (str. 145–169). Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Fakulteta za varnostne vede.
- Goffman, E. (2019). *Azili*. Ljubljana: Založba / *cf.
- 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.
- Jager, V. (2020a). So bili starostniki že vnaprej odpisani? *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. (2020b). 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. *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? *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. Pridobljeno 24. maja 2020 s: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10220437749326559&set=a.4855946369296&type=1&theater>
- Pihlar, T. (2020a). 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. (2020b). 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-toc-ki-karantena-ni-ravno-smotrna-duh-je-ze-usel-iz-steklenicke/519071?fbclid=IwAR-0SprqgBhwo3wM4sHBibkhNHKJRSIGDwJy-4ToLipnazcTXKpfrQvviQYM>.
- SSVZS (2020). Kapacitete - domovi za starejše in posebni socialnovarstveni zavodi. Pridobljeno 16. 5. 2002 s <http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/Register-kapacitet-1.1.2020.pdf>
- 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.rtvlo.si/slovenija/prvi-val-domove-za-starejse-ujel-nepripravljene-zdaj-je-cas-za-odpravo-napak/524085>

Dodatek - število umrlih v občinah brez institucionalnih žarišč

Preglednica 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