

Ujeti v instituciji: kriza upravljanja pandemije v domski oskrbi starih ljudi z vidika skrbstvenih mobilnosti

Uvod

Pandemija covid-19 je jasno pokazala, kako zelo je vsakodnevna organizacija oskrbe starih ljudi v evropskih državah odvisna od globalnih in regionalnih migracij, pa tudi od lokalnih mikromobilnosti. Med prvim valom, od marca do maja 2020, je bil glavni način omejevanja pandemije splošna karantena in zaustavitev javnega življenja, ki sta radikalno omejila mobilnost ljudi ter omejila ali celo povsem prekinila skrbstvene mobilnosti, kar je pomembno vplivalo na dostop do oskrbe, njeno kakovost in delovne pogoje v oskrbi.

V zahodnoevropskih državah so raziskave in medijske objave opozarjale predvsem na krožne skrbstvene migracije, saj oskrbovalke migrantke, ki izvajajo 24-urno oskrbo v gospodinjstvu uporabnice_ka in se medsebojno izmenjujejo v tedenskih ali mesečnih intervalih, v večini teh držav omogočajo »staranje doma« in zagotavljajo enega izmed stebrov oskrbe

Poglavje je razširjena in predelana verzija besedila *Trapped in the institution: governing the Covid-19 epidemic in Slovenian eldercare homes from the perspective of care micro-mobilities*, ki je bil objavljen v zborniku z naslovom *Care loops and mobilities in Nordic, Central, and Eastern European welfare states* (2022: 19–40), ki sta ga uredili Lena Näre in Lise Widding Isaksen in je izšel pri založbi Palgrave Macmillan (London, VB).

(Leiblfinger et al., 2020). Mnoge med njimi so migrantke iz srednje- in vzhodnoevropskih držav, njihovo delo pa poteka v prekarnih zaposlitvenih situacijah. Pandemija je omejila njihovo »kroženje« med domom v eni državi in delom v drugi državi, kar je ustvarilo velik skrbstveni primanjkljaj v državah prejemnicah. Ukrepi nacionalnih socialnih politik, ki so varovali lokalno prebivalstvo zaradi prekinitve dela in izpada dohodka, pa so oskrbovalke migrantke praviloma spregledali tako v državi izvora kot v državi prejemnici in še poslabšali njihov položaj (Widding Isaksen in Näre, 2020).

Druga tema, ki je bila v medijskem poročanju zelo prisotna tudi v Sloveniji, se na prvi pogled ne zdi povezana s skrbstvenimi mobilnostmi. Nanaša se na visok delež umrlih zaradi bolezni covid-19 v institucionalni oskrbi starih ljudi v Evropi. Prve številke, ki jih je razkrila Svetovna zdravstvena organizacija, so pokazale, da je polovica vseh ljudi, ki so v Evropi v prvem valu pandemije umrli zaradi posledic covid-19, oskrbovank_cev domov za stare ljudi (Liping, 2020). Podatki Mednarodne mreže za politike dolgotrajne oskrbe (International long-term care policy network) (Comas-Herrera et al., 2020) kažejo, da je bil junija 2020 med umrlimi zaradi covid-19 delež oskrbovank_cev v domovih za stare ljudi v Avstriji 34 %, v Nemčiji 39 %, v Franciji 49 %, v Belgiji 64 %, na Švedskem 47 % in v ZDA 45 %. Vzroke za to lahko pripišemo na eni strani posebni ranljivosti starih ljudi za covid-19, na drugi strani pa veliki kadrovski, prostorski, finančni in strokovni podhranjenosti teh ustanov. Pandemija je razkrila strukturne probleme institucionalne oskrbe zaradi nezadostnega finančnega vlaganja, visoke fluktuacije in pomanjkanja osebja, premajhnega števila usposobljenega medicinskega kadra in pomanjkljive koordiniranosti z drugimi področji zdravstvenega sistema (OECD, 2020). Nacionalne vlade institucionalni oskrbi praviloma posvečajo zelo malo pozornosti in sredstev. Domovi so glede zagotavljanja storitev, financiranja in upravljanja ločeni od zdravstvenih sistemov, sektor pa je razdrobljen in infrastrukturno šibek. Oskrbovalke, ki so bile med pandemijo zelo izpostavljene tveganjem okužbe, so v veliki večini ženske, migrantke in kljub zahtevnim delovnim pogojem med najslabše plačanimi zaposlenimi. Zaradi marginaliziranosti, pritiskov k zniževanju stroškov in nevidnosti v javnosti so domovi pogosto izven dosega učinkovite zaščite v nacionalni in evropski zakonodaji, vključno s tisto, ki se nanaša na človekove pravice (Carter et al., 2022).

V Sloveniji je bila med zaprtjem javnega življenja, z redkimi izjemami, zaprta večina javnih skrbstvenih služb in storitev, kot so vrtci, dnevni centri za stare ljudi in ljudi z oviranostjo ter oskrba na domu, posledica česar je bila radikalna refamilizacija skrbstvenega dela. Nasprotno pa so domovi za oskrbo

starih ljudi delovali, vendar pod posebnim režimom ukrepov za zajezitev okužbe, ki pa mu ni uspelo preprečiti visoke smrtnosti med stanovalkami_c. Nacionalni podatki kažejo, da je bilo med prvim valom pandemije od marca do maja 2020 81 % vseh ljudi, ki so umrli zaradi covid-19, stanovalk_cev domov. To Slovenijo umešča v vrh držav po deležu žrtev pandemije v domski oskrbi, ki je bil v tem obdobju višji le v Kanadi, kjer je dosegal 85 % vseh smrti, povezanih s covidom-19 (Comas-Herrera et al., 2020).¹ Hande (2020) je razkrila, da domovi v Kanadi delujejo s premalo osebja, ki je tudi podplačano. Za dodatno pomoč se zato zanašajo na družine in prostovoljke_ce, zato se je zaradi prepovedi obiskov kakovost oskrbe med karanteno radikalno poslabšala.

Tudi v Sloveniji je pandemija razkrila veliko prostorsko, kadrovsko in finančno podhranjenost domske oskrbe in pomen sodelovanja sorodnikov v oskrbi. Poleg tega Flaker (2020) ocenjuje, da so domovi za oskrbo starih ljudi moderne totalne institucije, ki povzročajo širjenje okužbe tudi s taylorizacijo oskrbe, ki spominja na delo pri tekočem traku (Lanoix, 2011), in s premajhno avtonomijo stanovalcev. Zato meni, da so tisti, ki so umrli v domovih, žrtve tako virusa kot režima institucionalne (namesto skupnostne) oskrbe, ki v Sloveniji prevladuje.

1 Besedilo je nastajalo v obdobju od maja do septembra 2020 in se zato osredotoča na podatke, ukrepe in razprave, ki se nanašajo na prvi val pandemije. V drugem valu, ki je sledil jeseni 2020, se je število žrtev pandemije v domski oskrbi še povečevalo, povečeval pa se je tudi delež obolelih in umrlih v splošni populaciji. Drugi val pandemije je v Sloveniji deloval kot 'uničujoč cunami' (Žerdin, 2021), ki so mu botrovali vladno nezaupanje v epidemiološko stroko, zlom sistema epidemiološkega sledenja in testiranja ter naraščajoče nezaupanje v vlado zaradi avtoritarnih in nerazumljivih ukrepov, ki so med drugim na nedosleden način vključevali eno najdaljših zaprtij družbe v svetu. Podatki Mednarodne mreže za politike dolgotrajne oskrbe za to obdobje kažejo (navkljub metodološkim razlikam v zbiranju podatkov in posledično težavnemu primerjanju med državami), da je bil v 22 državah globalnega severa konec januarja 2021 povprečni delež umrlih stanovalk_cev domov med vsemi umrlimi zaradi covid-19 41 %. Slovenija je bila s 56 % na četrtem mestu, takoj za Belgijo (57 %), Kanado (59 %) in Avstralijo (75 %, vendar so v tej državi zabeležili 'samo' 900 žrtev). V večini opazovanih držav je bil delež nižji, npr. v Avstriji 44 %, v Nemčiji 28 %, na Madžarskem 23 %, na Švedskem 47 %, v Združenem Kraljestvu 34 %, v ZDA 39 % (Comas-Herrera et al., 2021). Podatki NIJZ za leto 2020 so nekoliko drugačni in pravijo, da je v I. 2020 umrlo 2891 ljudi, ki so bili okuženi s covidom-19, 1682, torej 58 %, je bilo oskrbovank_cev domov, 1209 oziroma 42 % pa jih je umrlo v splošni populaciji (Lebinger, 2021). Vlada v drugem valu pandemije kljub enemu najvišjih deležev mrtvih v domski oskrbi na svetu ter kljub ostrim opozorilom stroke in civilne družbe ni spremenila ukrepov. Odzvala se je s finančnimi sredstvi za dodatne zaposlitve in nove kapacitete za namestitve, zlasti zabojnike, ki so jih namestili ob domovih in v njih organizirali rdeče cone, da so izolirali okužene stanovalke_ce. Šele konec novembra 2020 je minister Cigler Kralj pozval direktorice_je domov, da naj zagotovijo redno preventivno testiranje za vse zaposlene. Umiritev pandemije v domovih ni bila rezultat vladnih ukrepov, pač pa cepiva, ki so ga v začetku leta 2021 prednostno uporabili v domovih.

Ob upoštevanju, da so k visokemu deležu žrtev v domski oskrbi prispevali vsi ti dejavniki (ranljivost stanovalk_cev, institucionalni značaj oskrbe in strukturni problemi domov), v tem poglavju analiziramo vladne ukrepe za omejevanje širjenja okužbe v institucionalni oskrbi v Sloveniji skozi perspektivo skrbstvenih mikromobilnosti s predpostavko, da so te ključne za kvaliteto oskrbe in življenja v domovih. Koncept skrbstvenih mikromobilnosti, izhajajoč iz »paradigme mobilnosti« v družboslovju (Urry, 2000), dopolnjuje perspektivo globalnih, čezmejnih in transnacionalnih skrbstvenih migracij z osvetljevanjem lokalnih vzorcev mobilnosti v vsakdanjem delovanju lokalnih skrbstvenih omrežij (Widding Isaksen in Näre, 2019). Pokažemo, da sta bila posledica vladnih ukrepov radikalno zaprtje in izolacija domov, ki sta grobo prekinila skrbstvene mikromobilnosti v domovih in izven njih ter tako poslabšala kakovost oskrbe in ogrozila življenja stanovalk_cev. Od začetka pandemije so med vlado, stroko in civilno družbo potekala soočanja različnih pogledov na omejevanje okužbe v domovih za oskrbo. Ključna nestrinjanja so zadevala načine dostopa okuženih stanovalk_cev do zdravstvene oskrbe in njihovo izolacijo v domovih ali zunaj njih ter s tem posredno onemogočanje ali omogočanje, dopuščanje ali omejevanje skrbstvenih mikromobilnosti kot temeljnih za kakovostno oskrbo. Kar zadeva skrbstvene mikromobilnosti, so bili vladni ukrepi za omejevanje širjenja okužbe v domovih izrazito omejevalni, brez upoštevanja specifičnih ranljivosti in potreb starih ljudi ter z ignoriranjem pozivov civilne družbe in stroke k bolj humanemu upravljanju pandemije v domovih.

Pandemija predstavlja krizo javnega zdravja, ki ima poleg ogrožanja življenj ljudi in preobremenjevanja zdravstvenih sistemov tudi širše negativne družbene, ekonomske, varnostne učinke, še toliko bolj zaradi svoje globalne pojavnosti. Vendar so imele iste biološke pandemične danosti v različnih družbah in političnih sistemih različne učinke na stopnjo smrtnosti, neenakosti, zaprtja družbe ipd. To pa zahteva refleksijo politike upravljanja pandemije, v kateri se biološkemu problemu pridruži vprašanje oblasti. Pri tem ni mogoče prezreti dejstva, da je v Sloveniji kriza javnega zdravja sovpadala s politično krizo (glej Pajnik in Hrženjak ter Kogovšek Šalamon v tej knjigi). Država se je v začetku pandemije znašla v vrtincu menjave oblasti, nova vlada pa se kljub temu, kot dokumentirano osvetljuje Žerdin (2021), ni odrekla ambiciji, da bi z avtoritarnimi težnjami, brez legitimnosti in soglasja skupnosti preurejala družbene odnose tako, da širi strah, s katerim je legitimizirala represivne ukrepe na številnih področjih družbenega življenja. V tem poglavju ne obravnavamo pandemije v njeni biološki, pač pa v politični »kriznosti«, ki jo zaradi v svetovnem merilu enega največjih

deležev smrtnih žrtev v domski oskrbi starih ljudi, še bolj pa zaradi vladne ignorance javnih pozivov stroke in civilne družbe k preoblikovanju neučinkovitih in nehumanih ukrepov opredelimo kot »krizo upravljanja« pandemije. Odgovor na vprašanje, ali bi bolj demokratična, vključujoča in nediskriminatorna oblast upravljala epidemijo z manj usodnimi posledicami za preživetje starih ljudi v domski oskrbi, sicer presega namen tega poglavja in vprašanje ostaja odprto.

Metodološko poglavje temelji na analizi različnih relevantnih in dostopnih virov, ki obravnavajo situacijo v domski oskrbi starih ljudi v prvem valu pandemije. Za mednarodno primerljivost se opiramo na poročila in študije mednarodnih organizacij, kot so Agencija EU za temeljne pravice, Mednarodna mreža za politike dolgotrajne oskrbe in OECD. Pri analizi pomena skrbstvenih mikromobilnosti v slovenskem režimu oskrbe izhajamo iz prejšnjih raziskav (Hrženjak, 2017; Hrženjak, 2019) in drugih nacionalnih študij. Ocena stanja v institucionalni oskrbi starejših izhaja iz letnih poročil Skupnosti socialnih zavodov Slovenije. Analiza vladnih ukrepov za zaježitev okužbe in nasprotovanja javnosti glede ukrepov temelji na pregledu vladnih uredb in sporočil, javnih izjav ter intervjujev z glavnimi akterji v medijih.

Najprej predstavimo koncept in pomen skrbstvenih mobilnosti v različnih kontekstih oskrbe starih ljudi, zato da bi osvetlili, kako so vladni ukrepi za zaježitev okužbe prekinili skrbstvene mikromobilnosti in vplivali na poslabšanje kakovosti oskrbe. Nato orišemo kontekst domske oskrbe, v katerega so intervenirali vladni ukrepi, da bi pokazali, da poleg tega, da ukrepi niso upoštevali specifičnih potreb starih ljudi, so tudi ignorirali dejstvo, da jih *de facto* ni mogoče izvajati in zato ne morejo biti učinkoviti. V nadaljevanju analiziramo štiri vladne ukrepe za omejevanje okužbe v institucionalni oskrbi, ki jih interpretiramo kot štiri vidike zaprtja domov in prekinitve skrbstvenih mikromobilnosti. Izpostavimo tudi nasprotovanja, do katerih je prišlo med vlado, stroko in civilno družbo v javni razpravi. V sklepnem delu obravnavamo vladne ukrepe s perspektive diskriminacije, starizma, presečnih neenakosti ter implikacije izkušenj iz pandemije za režim dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.

Zakaj so mikromobilnosti pomembne v oskrbi starih ljudi?

Raziskovanje skrbstvenih mobilnosti je v zadnjih dveh desetletjih intenzivno na presečiščih študij migracij, spola in režimov blaginje. Koncept globalnih

verig skrbi (Hochschild, 2000; Parreñas, 2001; Yeates, 2009) se osredotoča na to, kako interakcije med blaginjskim, migracijskim in spolnim režimom vplivajo na ponudbo in povpraševanje po migrantskih oskrbovalkah v posameznih državah. Te študije so razkrile globalno redistribucijo skrbstvenega dela in prispevale k razumevanju globalne politične ekonomije skrbi. V Evropi se v zadnjem desetletju kaže kot posebej relevanten koncept krožnih skrbstvenih mobilnosti. Te so pojmovane kot odgovor na pomanjkanje delovne sile – ker zagotavljajo hitro in fleksibilno delovno silo glede na trenutno povpraševanje – in na izzive integracije – ker delovne migrantke, ki v krajših časovnih intervalih krožijo med državo izvora in državo prejemnico, ne bodo »ostale za vedno« (Triandafyllidou in Marchetti, 2013). Mobilne oskrbovalke iz vzhodnoevropskih držav s posredovanjem komercialnih najemniških agencij delajo nekaj mesecev/tednov v zasebnih gospodinjstvih v zahodnoevropskih državah, nato jih zamenja druga mobilna oskrbovalka (ki je lahko sorodnica ali prijateljica), one pa se vrnejo domov in skrbijo za lastne družine. Marchetti (2013) je pokazala, da ta migracijski vzorec spodbujata transformacija spolnih vlog in prekarizacija ženskega dela (zlasti za ženske, starejše od 50 let) v postsocialističnih državah (glej tudi poglavje Humer in Freligh v tej knjigi).

Widding Isaksen in Näre (2019) dopolnjujeta prevladujoče razprave o globalnih in krožnih skrbstvenih migracijah na podlagi skrbstvenih režimov v nordijskih in vzhodnoevropskih družbah, v katerih je zaposlovanje migrantskih oskrbovalk v zasebnih gospodinjstvih manj prisotno kot v zahodnoevropskih družbah, zato pa so lokalne mikromobilnosti v skrbstvenih omrežjih toliko bolj intenzivne. Izpostavljata vsakodnevne rutinske skrbstvene mobilnosti v socialnih in skrbstvenih omrežjih starih ljudi, ki predstavljajo logistiko učinkovite oskrbe. Kot poudarjata, vsakdanje skrbstvene mikromobilnosti niso naključne, pač pa jih strukturirajo blaginjski režim, politike trga dela ter spolne ideologije. Organizirane so okoli vsakodnevnih skrbstvenih praks hranjenja, higiene, rekreacije, zdravstvene in socialne oskrbe. Koncept skrbstvenih mikromobilnosti anticipira »skrbstveno krpanko«, pravita Widding Isaksen in Näre (2019), torej pripoznanje, da v praksi oskrbo zagotavljajo različni akterji, kompleksna mreža formalnih in neformalnih oskrbovalk_cev ter služb in storitev, tako v javni kot zasebni sferi ter v obliki plačanega in neplačanega dela. Koncept senzibilizira za rutinske, vsakdanje in lokalne mikromobilnosti, ki so potrebne v organizaciji oskrbe in ki strukturirajo prostor, čas in gibanje akterjev dolgoročno in rutinsko ali pa zahtevajo nenadne prilagoditve v situacijah povečanja potreb po oskrbi.

Kadar oskrbo zagotavlja družina, je v Sloveniji navada, da glavno obveznost rutinske vsakodnevne oskrbe prevzame en družinski član (navadno sorodnica), več drugih članic_ov razširjene družinske mreže pa sodeluje pri socialnih vidikih oskrbe, kot so obiski, sprehodi, opravki zunaj doma, obisk kulturnih dogodkov itn. Ti se med seboj dogovorijo o zagotavljanju podpore v različnih terminih dneva ali tedna. Včasih na pomoč priskočijo sosede, pogosteje na podeželju, na primer z nakupovanjem, pripravo obrokov in druženjem. Stari ljudje imajo lahko zagotovljeno formalno storitev oskrbe na domu nekaj ur dnevno ali tedensko. Redno zdravstveno oskrbo jim zagotavlja patronažna sestra, ki jih obiskuje na domu, medtem ko jih k zdravniku ali na različne terapije spremljajo družinski člani_ce. Oskrbovanec_ka lahko na dom vsak delovnik prejema kosilo iz bližnjega vrtca ali doma za oskrbo starih ljudi (Filipovič Hrast et al., 2014). V premožnejših družinah v urbanih predelih ni neobičajno najemanje čistilke za vzdrževanje gospodinjstva v okviru sive ekonomije. Na ta način se mobilizira kompleksna socialna mreža institucij, oseb in storitev, ki poskrbijo za vsakdanje potrebe oskrbe, ki zahteva rutinske prostorske mikromobilnosti oskrbovalk oz. izvajalcev storitev. Med zaprtjem družbe zaradi pandemije so bile številne izmed teh mikromobilnosti prekinjene in stari ljudje so postali odvisni večinoma od pomoči družine oz. lastnih virov.

Na prvi pogled se zdi, da institucionalna oskrba odpravlja potrebo po taki dinamiki in skrbstvenih mikromobilnostih, ker na enem mestu integrira različne vidike oskrbe (zdravstveno, socialno). Vendar skrbstvene mikromobilnosti tudi v institucionalni oskrbi ostajajo temeljna razsežnost kakovostne oskrbe, čeprav na drugačen način kot pri oskrbi na domu. Poleg negovalnega osebja v dom vsak dan prihajajo fizioterapevti_ke, delovni terapevti_ke, zdravnik_ca in sorodniki_ce, ki opravljajo različne dejavnosti. Vendar oskrba ni le sistem storitev, ki poteka od oskrbovalk_cev do oskrbovank_cev, temveč je bolj kompleksna. Socialna oskrba (Eggebo et al., 2020), ki je temeljnega pomena v institucionalni oskrbi, vključuje številne oblike rutinskih mikromobilnosti, povezanih s sprehodi, telovadbo, gibanjem v naravi, družabnimi dejavnostmi, kot je udeleževanje družabnih in kulturnih dogodkov, obiski sorodnikov_ic in preživljanje vikendov ali počitnic z družino. Samostojni stanovalci_ke odhajajo iz doma na sprehode in po opravkih. Stari ljudje sicer postopno izgubljajo svoje sposobnosti, vendar so povezani s socialnim okoljem, v katerem živijo, zato tudi znotraj doma potekajo dinamične in raznolike mikromobilnosti. To je posebej pomembno v institucionalni oskrbi, kjer se med stanovalci_kami, sorodniki_cami, prostovoljci_kami in zaposlenimi ustvarjajo podporne mreže (Mali, 2008). Zaradi

kadrovske stiske v domovih (Hrženjak, 2017) poseben izziv predstavlja mobilnost nepokretnih oskrbovank_cev, ki se najpogosteje zanašajo na sorodnice_ke, da jih peljejo v park, v skupnostne prostore ali da gredo zanje po opravkih med obiski. Zaradi pomanjkanja oskrbovalk so sorodnice_ki pomemben korektiv tudi pri hranjenju, negi, čustveni podpori, rekreaciji in družabnem življenju. V nekaterih primerih se člani_ce razširjene družine sistematično razporedijo čez dan ali teden, da zagotavljajo tovrstno oskrbo. Kadar jih ne zmorejo redno obiskovati zaradi prostorske razdalje, se za obiske dogovorijo s prostovoljko (pogosto z upokojenko, članico Zveze društev upokojencev Slovenije) (Hrženjak, 2009). Vse te dejavnosti, ki so temeljnega pomena za zdravje in dobro počutje oskrbovank_cev, vključujejo skrbstvene mikromobilnosti starih ljudi in njihovih formalnih in neformalnih oskrbovalk_cev. Med zaprtjem družbe zaradi pandemije so bile te skoraj povsem pretrgane.

Epidemiološka situacija je razkrila, kako pomembne so skrbstvene mikromobilnosti pri oskrbi, ker je pokazala, da so zahteve za fizično izolacijo izpostavile oskrbovanke_ce precejšnjim tveganjem. Agencija EU za temeljne pravice (2020) poroča o posledicah izolacije za telesno in duševno zdravje oskrbovank_cev. Raziskava, ki so jo izvedli v Nemčiji, je razkrila skrb vzbujajoče učinke ukrepov za zajezitev pandemije na zdravje oskrbovank_cev. Kar 65 % intervjuvanih svojcev je opazilo upad kognitivnih sposobnosti pri svojih sorodnikih_cah v domu, 50 % jih je opazilo večje spremembe v teži, 70 % jih je poročalo o splošnem poslabšanju njihovega stanja, 80 % pa jih je poročalo o izgubi njihove volje do življenja. Kot kaže evidenca Mednarodne mreže za dolgotrajno oskrbo (Suárez-González, 2020), je socialna zaprtost posebej močno učinkovala na ljudi z demenco: v poslabšanju njihove funkcionalne neodvisnosti in kognitivnih simptomov, povečani vznemirjenosti, apatiji in depresiji, poslabšanju zdravstvenega stanja in povečani uporabi antipsihotikov ali z njimi povezanih zdravil v prvem mesecu splošne karantene. To kaže, da oskrba starih ljudi, vključno z nepokretnimi, ne vključuje samo statično in večinoma medicinsko in fizično oskrbo, temveč so zanj bistvene številne dejavnosti socialne oskrbe, ki so povezane z rutinskimi dnevnimi mikromobilnostmi, od katerih je odvisno ne samo psihično počutje starih ljudi, pač pa tudi njihovo zdravstveno stanje.

Preprečevanje skrbstvenih mikromobilnosti v institucionalni oskrbi pa ima tudi zgodovinske in simbolne konotacije. Kot je pokazal Foucault (1998), se z zgodovinskega vidika zapiranje v azile pojavi v 17. stoletju kot način, kako so države upravljale norost, oviranost, revščino, brezdomnost in visoko starost z zapiranjem 'ranljivih kategorij ljudi' v institucije, kjer so bili

izolirani od družbe in so se morali podrežati posebnim režimom procesiranja ljudi, zato da so jih lahko nadzirali in jih ločevali od širše skupnosti. Zaviršek (2018) v raziskavi sodobnih primerov nasilne skrbi opozori na tovrstno depolitizirano upravljanje s prebivalstvom, ki se zdi samoumevno in nujno ter je legitimizirano in normalizirano kot skrb. Mali (2008) z zgodovinsko analizo pokaže, da je tradicija institucionalne oskrbe v Sloveniji nadaljevanje srednjeveške prakse zapiranja starih ljudi v institucije, ločene od lokalne skupnosti, kot so špitali, domovi za gobavce, ubožnice in hospici, zato da bi preprečevali njihovo brezdomnost in revščino, ko niso bili več sposobni za delo in pokojninski sistem še ni bil vzpostavljen. Flaker (1998) te institucije opredeljuje kot predhodnice totalnih institucij (Goffman, 1961) ter poudari, da zapiranje in izolacija pretrgata vezi, odvzameta družbene vloge, prekineta življenjski in kulturni slog življenja ljudi in jih desubjektivirata. Gledano s te perspektive vsako zapiranje stanovalk_cev v institucije, vsak ukrep prekinitev mobilnosti zunaj doma in v njem ne vpliva le na kakovost oskrbe, temveč vzbuja tudi reminiscence na problematično tradicijo biološke vladnosti nad ljudmi (Foucault, 2015), zaradi česar ga je treba vpeljevati skrajno previdno.

Kontekst protipandemičnih ukrepov: sistemski primanjkljaji v domski oskrbi starih ljudi

V Sloveniji sta oskrba na domu in skupnostna oskrba premalo razviti, da bi lahko nadomestili institucionalno in družinsko oskrbo, ki ostajata prevladujoči. Institucionalno oskrbo zagotavlja javna mreža domov za stare ljudi, med katerimi je 59 javnih in 43 zasebnih. V devetdesetih letih prejšnjega stoletja je država omogočila izvajanje storitev zasebnim izvajalcem in vpejljala nadzorovano privatizacijo, kar je pomenilo, da je s podeljevanjem koncesij ohranila nadzor nad standardi kakovosti in cenami (Hrženjak, 2019). Obstoječa mreža zagotavlja 4,5 % nastanitev za prebivalstvo v starosti nad 65 let (katerega delež je približno 20 % celotnega prebivalstva) (Kropivšek, 2020). Na čakalnih listah je 26.000 prošenj za bivanje v domu, 12.000 ljudi naj bi potrebovalo takojšnjo nastanitev – to je več kot polovica vseh razpoložljivih kapacitet (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2021). Država nove nastanitve zagotavlja predvsem preko podeljevanja koncesij zasebnim ponudnikom, vključno z multinacionalnimi korporacijami.

V nasprotju s številnimi evropskimi državami, kjer se je okužba večinoma širila v zasebnih domovih (Alexander, 2020), se je v Sloveniji v prvem

valu epidemije širila skoraj izključno v javnih domovih. Veliko javnih domov je namreč v starih zgradbah, ki prvotno niso bile namenjene oskrbi, kot je denimo samostan na Bokalcih, zapor v Izoli, grad v Lukavcih, podeželski dvorec Impoljca, vojašnica Podbrdo itn. Te stavbe so izolirane od lokalnega okolja, nekatere so dotrajane in imajo povprečno med 250 in 350 stanovalk_cev. Javni domovi imajo še vedno delež sob s tremi, štirimi ali petimi posteljami (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2020a). Nasprotno so bili zasebni domovi zgrajeni večinoma po letu 2000, imajo kakovostne prostorske pogoje in sodobno opremo. Vključeni so v lokalno skupnost, so manjši kot javni domovi, v njih prevladujejo eno- ali dvoposteljne sobe. Čeprav so zasebni domovi del javne mreže institucionalne oskrbe, je cena njihovih storitev do 30 % višja v primerjavi s ceno v javnih domovih, kar povzroča ekonomske neenakosti v dostopu do kakovostnih nastanitev.

Velikost domov in pomanjkanje osebja narekujejo industrijsko procesiranje ljudi, značilno za totalne institucije, in ozko usmerjenost v fizično oskrbo, posledica katere je popredmetenje ljudi (Flaker, 2020). V zadnjih desetletjih so si domovi dejavno prizadevali za humanizacijo oskrbe, zlasti da bi se od koncepta medicinske in bolnišnične oskrbe usmerili v koncept socialne oskrbe. V osemdesetih letih prejšnjega stoletja so postopno vpeljevali interdisciplinarni pristop dela, tako da so vključevali pristope socialnega dela, ki so poudarjali pomen medosebnih odnosov, sodelovanje med stanovalci_kami, zaposlenimi in družino ter osredotočanje na osebne težave stanovalcev_k, njihove želje, potrebe in avtonomijo (Mali, 2008). Sodobni domovi ponujajo celostno oskrbo, ki vključuje družinskega zdravnika v domu, fizioterapijo, delovno terapijo in različne družabne dejavnosti. Domovi si prizadevajo, da bi sodelovali z lokalno skupnostjo pri organizaciji kulturnih dogodkov, medgeneracijskem sodelovanju in vključevanju prostovoljnega dela. Spodbujajo kulturo odprtosti, vključno s prostimi izhodi in obiski, ki so omogočeni ves dan.

Kljub temu medikalizacija oskrbe znova stopa v ospredje zaradi spremenjene starostne strukture in potreb stanovalk_cev. Že leta 2018 je bilo 43 % stanovalk_cev starih med 80 in 90 let, 22 % jih je bilo starih nad 90 let, le 25 % pa je bilo starih med 65 in 79 let. Polovica, to je 57 %, stanovalk_cev je bilo nepokretnih in so potrebovali nego in pomoč pri ključnih življenjskih funkcijah (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2018). Tako so domovi postali hibridne institucije med domom za oskrbo, negovalno bolnišnico in hospicem, vendar s premalo osebja. Medtem ko sta se zdravstveni profil in odvisnost oskrbovank_cev spremenila in zahtevata bolj intenzivno nego in širšo paleto storitev, so standardi in normativi za osebje, kar zadeva njihova

različna znanja in spretnosti, zdravstveno usposobljenost in število, zadnjih 30 let ostali nespremenjeni. To še dodatno prispeva k taylorizaciji oskrbe, visoki delovni intenzivnosti in slabim delovnim pogojem.

V evropskem kontekstu je Slovenija izjema, kar zadeva financiranje domov. 30 % sredstev prihaja iz zdravstvene blagajne, 70 % pa plačajo stanovalke_c_i in njihove družine. V večini evropskih držav je distribucija obeh deležev nasprotna. Ne le, da je v Sloveniji delež javnih sredstev premajhen, temveč delež, ki je plačan iz proračuna za zdravstvo, ne krije potreb po vse večjem obsegu zdravstvene oskrbe. Po nekaterih ocenah je to dolgoročni trend prenašanja stroškov za kronične bolezni starajočega se prebivalstva na domove, kjer podplačane oskrbovalke brez medicinske izobrazbe opravljajo negovalne storitve, ki jih plačujejo stanovalke_c_i in njihove družine (Jager, 2020a). Iz takega sistema financiranja izhaja, da je neposredna posledica povišanja plač v domovih višja cena oskrbe, to pa zmanjša dostop ljudi do domske oskrbe. Zato se delodajalci izogibajo višanju plač in oskrbovalke za svoje intenzivno delo v treh izmenah, med vikendi in prazniki prejemajo zakonsko določeno minimalno plačo (Hrženjak, 2017).

V tem kontekstu so vladni ukrepi za zaježitev okužbe, ki jih analiziramo v nadaljevanju in jih interpretiramo kot štiri vidike radikalnega zapiranja domov in prekinitev skrbstvenih mikromobilnosti, prinašali več problemov kot rešitev tako za stanovalke_ce in njihove družine kot tudi za osebe.

Ukrepi upravljanja pandemije v domski oskrbi

Prvi vidik zapiranja domov in začasne ukinitve skrbstvenih mikromobilnosti med splošno karanteno se nanaša na popolno prepoved obiskov in izhodov, omejeno prisotnost osebja, ki ni nujno potrebno, in prekinitev skupinskih dejavnosti. Oskrbovalke so uporabnicam_kom omogočale stik s svojci prek mobilnih telefonov in jim pomagale organizirati srečanja prek spletnih komunikacijskih platform. Ker imajo domovi omejene digitalne zmogljivosti, so prostovoljci donirali prenosnike in mobilne telefone. Vendar se je digitalizacija stikov s svojci izkazala za nezadostno v nadomeščanju fizične prisotnosti. Družine in nevladne organizacije, tudi varuh človekovih pravic, so javno opozarjali na izgubo telesnih zmogljivosti stanovalk_cev domov, kot so izguba teže zaradi podhranjenosti, zmanjšana mišična masa zaradi neaktivnosti in psihološka apatija zaradi pomanjkanja človeške bližine. Zahtevali so bolj humano organizacijo izolacije, ki bi omogočala obiske, ki so se izkazali za ključni vidik oskrbe (Sindikat upokojevcov Slovenije, 2020).

Drugi vidik zapiranja domov in prekinitvev skrbstvenih mikromobilnosti se nanaša na protokol, kako ravnati z okuženimi stanovalci_kami, ki ga je pripravilo Ministrstvo za zdravje. Protokol je določal, da okuženih stanovalk_cev ne smejo izolirati zunaj doma, na primer v zdravstvenih domovih ali bližnjih hotelih, ki so bili prazni, temveč da morajo ti zdravstveno oskrbo prejemati v domu. Skupnost socialnih zavodov Slovenije (SSZS), ki zastopa mnenje 86 od 102 domov, se je ostro odzvala na dejstvo, da so morali okuženi stanovalci_ke ostati v izolaciji v domu, skupaj s tistimi, ki niso bili okuženi_e. Vlado so opozorili, da domovi niso opremljeni za zagotavljanje zdravstvene nege velikemu številu okuženih oseb, saj nimajo ne ustrezne medicinske opreme ne dovolj usposobljenega osebja, ki bi lahko nudilo tovrstno oskrbo. SSZS je izrazila zahtevo, da je treba okužbo zajeziiti z izolacijo okuženih stanovalcev_k zunaj doma, pri čemer se je sklicevala na primer Hrvaške, kjer so okužene stanovalke_ke namestili v posebej za to namenjene bolnišnice. Vladna svetovalna skupina pa je vztrajala, da morajo stanovalci_ke, ki imajo blago obliko bolezni, tako kot drugi državljani ostati v instituciji, ker je to njihov dom in je zanje manj stresno, če ostanejo v »domačem« okolju. Argument vlade je bil, da bi premeščanje okuženih stanovalk_cev pomenilo, da so diskriminirani (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2020a).

Ko se je v nekaterih domovih okužba množično razširila med stanovalci_kami in oskrbovalkami, je Ministrstvo za zdravje pripravilo navodila za vzpostavitev izolacijskih enot znotraj domov, da bi preprečili nadaljnje širjenje okužbe (Kramar et al., 2020). Navodila so predpisovala, da morajo v domovih vzpostaviti tri izolacijske cone – belo cono za neokužene stanovalke_ce; sivo cono za tiste s sumom na okužbo in rdečo cono za okužene. Pravilnik je določal, da mora biti v sivi coni oseba s sumom na okužbo nameščena v ločeni sobi s kopalnico. Rdeča cona je lahko organizirana v obliki skupinske izolacije v sobi z bolnišničnimi posteljami. Osebe, ki je delalo v posameznih conah, mora biti ločeno med seboj, imeti poseben vhod v sivo in rdečo cono, ki morata biti dostopni od zunaj in imeti ločena dvigala, stopnice in prezračevalni sistem. Posledica navodil so bila številna premeščanja stanovalk_cev iz enega dela doma v drugega. Tiste s sumom okužbe so preselili iz njihovih sob v sivo cono (prva premestitev). Če je bila okužba potrjena, so jih ponovno preselili, tokrat v rdečo cono. SSZS je poudarila, da so številna premeščanja znotraj doma za stanovalke_ce prav tako stresna, kot bi bila enkratna selitev v zunanjo stavbo, namenjeno izolaciji.

V domovih so protestirali proti taki ureditvi, ker da so prenatrpani in nimajo ne prostorskih ne kadrovske kapacitete, da bi ustrezno organizirali tri cone. Rezultati *ad hoc* raziskave, ki sta jo ob sprejetju pravilnika

v domovih izvedla Amnesty International in SSZS, so pokazali, da 86 % domov nima arhitekturne zasnove, ki bi omogočala vzpostavitev ločenih con, da bi zaščitili zdrave stanovalke_ce in okuženim zagotovili zdravstveno nego. Kar 93 % domov v raziskavi nima ustreznih tehničnih kapacitet in tako rekoč noben dom, ali 98 %, nima dovolj osebja, ki bi izvajalo tako prostorsko organizacijo (Amnesty International Slovenija, 2020). Vodstva domov so se zato zavzemala za premestitev okuženih v zunajdomske namestitve z zdravstveno oskrbo, ker da je to nujno potrebno za preprečevanje širjenja okužbe in ustrezno zdravstveno oskrbo okuženih.

Prostorska reorganizacija, ki je bila vsiljena domovom, pa je omejila tudi notranjo mobilnost. V domovih so poročali o velikih težavah z organizacijo izolacijskih con. Zato da so zadostili zahtevam, so bili prisiljeni v prilagoditve prostorov, namenjenih drugim dejavnostim, ki so potrebne za kakovostno oskrbo. Področja rdeče cone so bila ponekod organizirana v sobi, namenjeni za fizioterapijo ali delovno terapijo. V okuženih domovih in preventivno tudi v številnih drugih stanovalke_ci več mesecev niso smeli zapustiti svojih sob, kjer so prejeli tudi obroke. Tako neokuženi uporabniki niso mogli obiskovati terapij in so bili prikrajšani za normalno življenje in mobilnost znotraj doma. Zahteve za razvrščanje stanovalk_cev v izolacijske cone lahko razumemo kot še en, tokrat notranji ukrep prekinitev skrbstvenih mikromobilnosti, ki je onemogočal gibanje stanovalk_cev ne samo zunaj, pač pa tudi znotraj domov.

V teh razmerah so ostale mobilne le oskrbovalke, ki so opravljale dnevne »nevarne mobilnosti« med domom in »zunanjim« svetom in so utelešale tveganje, da okužbo prinesejo v dom ali/in iz doma v svoje družine. Ker so bile zdravstvene storitve vladna prioriteta pri razdeljevanju zaščitne opreme, so se domovi, ki imajo status socialnih zavodov, v začetku soočali s pomanjkanjem zaščitne opreme in navodil za njeno uporabo (Jager, 2020b). Da bi zaščitile svoje družine pred okužbo, so se nekatere med njimi odločile začasno preselitev v hotel ali v stanovanja, ki so jih dali na razpolago sodržavljanj_ke. Dnevni delovni migrantkam iz Hrvaške, ki so zaposlene kot oskrbovalke v domovih v Sloveniji, so zaostreni ukrepi prehajanja državnih meja podaljšali, včasih celo onemogočali pot na delo in z dela ter povečali stroške zaradi testiranj. Vse to je oskrbovalke postavilo v situacijo, ko so se morale spoprijemati z dodatnim emocionalnim delom (Hochschild, 2003), da so premagovale tesnobo, povezano z okužbami, javne obtožbe in občutke krivde, če so prinesle okužbo v dom, ter ločitev od družine, s katero so se soočale tudi zaradi dolgega, običajno 12-urnega delovnika. Zaradi zaprtja vrtcev in šol so v prvem valu pandemije občine organizirale varstvo otrok

medicinskega osebja, ne pa tudi oskrbovalk v domovih. Te so, tako kot vsi starši, sicer imele pravico do odsotnosti z dela zaradi višje sile, vendar je nadomestilo plače v tem primeru znašalo le 80 % že tako minimalne plače. Pomanjkanje kadrov in opreme, povečana delovna obremenitev ter emocionalno delo, povezano z bremenom odgovornosti zaradi možnosti prenosa okužbe in oskrbe izoliranih oskrbovalk_cev, so postavili oskrbovalke v izjemno težak položaj, in že po nekaj tednih so v domovih poročali o njihovi izgorelosti (Bezljaj, 2020). Glede na to, da je 95 % oskrbovalk v domovih žensk (Hrženjak, 2017), ki so bile že pred pandemijo podplačane in preobremenjene, so imeli ti ukrepi velik negativen učinek na enakost spolov v prenašanju bremen pandemije.

Agencija EU za temeljne pravice (2020) je poročala, da večina držav članic EU ni izrecno določila starosti kot odločilnega kriterija pri triaži stanovalk_cev domov. V Sloveniji pa so mediji razkrili vnaprejšnjo klasifikacijo stanovalk_cev v domovih na temelju njihovega zdravstvenega stanja, ki jo je vpeljalo Ministrstvo za zdravje. Vnaprejšnja klasifikacija je bila namenjena medicinskemu osebju za hitrejše odločanje o tem, koga bodo v primeru okužbe poslali na bolnišnično zdravljenje, kdo pa bo ostal v domu in bo prejemal samo paliativno oskrbo (Jager, 2020a; Jager, 2020b; Keber, 2020). Dejstvo, da je bila taka triaža narejena vnaprej in brez vednosti in soglasja stanovalk_cev ali njihovih svojcev, je sprožilo oster odziv javnosti. Ponekod je zdravstveno osebje v domovih bojkotiralo triažo kot neetično in diskriminatorno. Amnesty International je opozorila, da tako razvrščanje pomeni potencialno diskriminacijo na temelju starosti, zdravstvenega stanja in tega, ali je človek zbolel doma ali v instituciji, ter potencialno kršitev temeljnih pravic do najvišje mogoče ravni zdravstvene obravnave. Vnaprejšnjo triažo stanovalk_cev domov lahko razumemo kot še en radikalni vidik zapiranja stanovalk_cev domov, ki je tistim s hudimi zdravstvenimi težavami vnaprej preprečeval bolnišnično obravnavo in jim brez njihovega soglasja omogočal le paliativno oskrbo. Kritiki vladnih ukrepov ocenjujejo, da je kljub trditvam oblasti, da so bili vsi, ki so potrebovali bolnišnično zdravljenje, tudi hospitalizirani, le dobra desetina oskrbovank_cev domov umrla v bolnišnici, medtem ko jih je v prvem valu kar 87 % umrlo v domovih, ne da bi prejeli bolnišnično obravnavo (Levica, 2020).

Zaključek

V tem poglavju smo skozi prizmo skrbstvenih mobilnosti analizirali vladne ukrepe za zajezitev pandemije v domski oskrbi starih ljudi v Sloveniji,

kjer je bila v prvem valu epidemije smrtnost med stanovalkami_c_i najvišja v Evropi. S pojmom skrbstvenih mikromobilnosti in njihovim pomenom za kakovostno oskrbo smo argumentirali, da so ukrepi za omejevanje okužbe še posebej negativno učinkovali na oskrbo in na delovne pogoje v domovih. Vladni ukrepi so na več načinov sledili logiki restriktivnega zapiranja domov tako od širše skupnosti kot znotraj domov: s popolno prepovedjo obiskov in izhodov; z zapiranjem okuženih stanovalk_cev skupaj z neokuženimi v domovih; s prostorskim in kadrovskim reorganiziranjem domov v tri izolacijske cone; z vnaprejšnjo klasifikacijo stanovalk_cev na podlagi njihovega zdravstvenega stanja, kar zadeva dostop do bolnišnične obravnave. S kontekstualno analizo že pred pandemijo obstoječih strukturnih problemov domske oskrbe smo pokazali na finančne, kadrovske in prostorske primanjkljaje v domovih, ki ne dopuščajo, da bi domovi delovali kot negovalne bolnišnice, kar je bila implicitna predpostavka ukrepov. Osebe, ki ga je bilo premalo in je bilo večinoma brez zdravstvenih kvalifikacij, je moralo zagotavljati oskrbo okuženih stanovalk_cev in sprejemati odločitve, kako ravnati v primerih nenadnega poslabšanja njihovega stanja. V večini domov ni bilo mogoče zagotoviti učinkovite organizacije treh izolacijskih con, zato ni bilo mogoče preprečiti širjenja okužbe in zaščititi neokuženih stanovalk_cev in oskrbovalk. Protiustavni in diskriminatorni ukrep vnaprejšnje triaže, ki so ga razkrili mediji, pomeni potencialno omejen dostop do bolnišničnega zdravljenja za stanovalke_ce šibkega zdravja.

Prekinitev skrbstvenih mikromobilnosti kot posledica ukrepov za omejevanje okužbe je pomembno prizadela kakovost oskrbe in življenja stanovalk_cev domov in jo zvedla – veliko bolj kot pri drugih skupinah prebivalstva in v drugih kontekstih – na ohranjanje 'golega življenja' (Agamben, 1998). Zato lahko vladne ukrepe razumemo tudi kot izraze nekropolitike, ki jo Mbembe (2019) opredeli kot nove in edinstvene oblike družbenega obstoja, v katerih so velike skupine prebivalstva podvržene življenjskim razmeram, ki jim dajejo status živih mrtvecev, in so prisiljene v suspendirano stanje bivanja med življenjem in smrtjo.

Vlada je vztrajno ignorirala in zavračala intervence stroke in civilne družbe, prav tako tudi javne pozive vodstev domov, protestne prekinitive dela oskrbovalk in protestna pisma stanovalk_cev domov. To odpira vprašanje, koliko so nazadovanje demokracije in avtoritarne tendence oblasti, ki je upravljala pandemijo, prispevali k neučinkovitim ukrepom in velikemu deležu umrlih stanovalk_cev v domski oskrbi v Sloveniji.

Kljub temu so vladni ukrepi prejeli pozitivno oceno Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (Jager, 2020b: 23). Ob tem se postavlja

vprašanje, ali so ukrepi za omejevanje okužbe v domovih služili sistematičnemu upravljanju potencialnega zloma zdravstvenega sistema v primeru, če bi se epidemija širila, kar je bila realna grožnja v vseh državah. Zdi se, da je ohranjanje prostih zmogljivosti zdravstvenega sistema vključevalo odkrito zavedanje tveganja širjenja okužbe med najbolj ranljivim delom prebivalstva, to je, med oskrbovankami_c_i v domovih.

Ob soočanju z zahtevami stroke in civilne družbe, da bi okužene stanovalke_ce izolirali zunaj domov, je vlada vztrajala pri argumentu nediskriminacije, torej da za stanovalke_ce domov veljajo isti ukrepi kot za druge državljane, kar zadeva izolacijo okuženih oseb v temu namenjenih zdravstvenih prostorih. S tem je vlada prezrla dejstvo presečne neenakosti – da oskrbovanke_ci domov niso v isti situaciji kot drugi državljani, ker so bistveno bolj ranljivi, in da so še bolj ranljivi, če so skupaj z okuženimi zaprti v instituciji z visoko koncentracijo ljudi. Vlada ni upoštevala, da bi morali biti kriteriji in ukrepi za izolacijo drugačni za stare in bolne ljudi, za katere je okužba bolj nevarna. Prav tako ni upoštevala nevarnosti prenosa okužbe na neokužene stanovalke_ce in oskrbovalke v domovih. Ker je ignorirala te specifične okoliščine, je uporabila argument nediskriminacije tako, da je pravzaprav povzročila diskriminacijo.

Kot je bilo izpostavljeno v kritični javni razpravi (Keber, 2020; Pleterski, 2020; Pribac, 2020), so vladni ukrepi temeljili na starizmu, torej na neenakosti pri dostopu do ustreznega zdravljenja zaradi starosti, ki je bil tudi njihova posledica. Poudariti je treba, da je tudi argument starizma pomanjkljiv. Namreč domovi predstavljajo vozlišča multiplih strukturnih neenakosti v kapitalističnih družbah – poleg starizma tudi feminizacije skrbstvenega dela, družbenoekonomskega položaja oskrbovalk ter ekonomske podcenjenosti in politične marginaliziranosti oskrbe. Intersekcijska perspektiva tu pokaže, da je večina stanovalk_cev domov zelo starih ljudi (starejših od 85 let), ki so najbolj krhkega zdravja. Poleg starosti, glede neenakosti izstopata tudi razsežnosti spola in razreda. Zaradi spolno specifičnega staranja je velika večina stanovalk domov žensk, starejše ženske pa predstavljajo najbolj številno skupino prebivalk Slovenije, ki živi pod pragom revščine (Leskošek, 2019). Argument starizma tudi simptomatično prezre dejstvo, da je velika večina oskrbovalk žensk z minimalno plačo (Hrženjak, 2019), ki so bile zaradi vladnih ukrepov pahnjene v delovno preobremenjenost in čezmerno izpostavljenost okužbi.

Epidemiološka situacija v domovih je sprožila kritično razpravo o politični marginalizaciji dolgotrajne oskrbe in obstoječem institucionalnem režimu oskrbe starih ljudi. Potencialno bi lahko izkušnje s pandemijo

prispevale k temu, da bi ljudje odklanjali domsko oskrbo in bi se povečal pritisk na neformalno družinsko oskrbo v času priprave Zakona o dolgotrajni oskrbi, ki vzpostavlja novo delitev skrbstvenih odgovornosti med družino, državo, skupnost in trg. Sledeč načelom deinstitucionalizacije in zmanjševanja stroškov oskrbe, država v novem zakonu daje prednost oskrbi na domu, tako da razširja status družinskega oskrbovalca tudi na oskrbo starih ljudi in povečuje denarne prejemke za oskrbo. Vendar je epidemija pokazala na omejitve deinstitucionalizacije. Med splošno karanteno so bile skupnostne storitve zaprte, medtem ko se je manj kot dva promila stanovalk_cev domov preselilo nazaj v svoj dom ali k svojcem (Flaker, 2020). To je mogoče pojasniti s kompleksnostjo njihovega zdravstvenega stanja in potreb po kompleksnih prostorskih, časovnih, finančnih in strokovnih zmožnostih, ki zagotavljajo ustrezno oskrbo. Deinstitucionalizacija vzbuja veliko pomislekov, vključno s tistimi, ki so povezani z enakostjo spolov in skrbstvenimi mobilnostmi. Evropske države, ki so naklonjene oskrbi na domu, se soočajo s povečanim zaposlovanjem oskrbovalk migrantk v gospodinjstvih, kjer s svojim skrbstvenim delom razbremenjujejo družinske članice neformalne oskrbe in jim omogočajo vključevanje v plačano delo. Hkrati se s tem povečujeta tako neformalna skrbstvena ekonomija kot tudi profitna skrbstvena industrija (León, 2014). V kontekstu EU se Slovenija uvršča med države z najvišjim deležem žensk, zaposlenih za polni delovni čas (glej poglavje Humer in Frelj v tej knjigi), vendar deinstitucionalizacija oskrbe ob nezadostnih ali nedostopnih javnih storitvah in formalnih podporah lahko to situacijo spremeni. Nekateri raziskave (Hrženjak, 2019) tudi v Sloveniji izpostavljajo povečevanje zaposlovanja oskrbovalk migrantk, ki s svojo 24-urno oskrbo omogočajo »staranje doma«, in tistih, ki se vsakodnevno vozijo iz sosednje Hrvaške oz. so udeležene v krožnih skrbstvenih migracijah. Neustrezni mehanizmi dolgotrajne oskrbe in deinstitucionalizacije lahko privedejo do povečanja te čezmejne skrbstvene mobilnosti, ki je povezana z neformalnimi statusi in prekarnimi situacijami za oskrbovalke in oskrbovanke_ce.

Zdi se, da je nauk pandemije ta, da je potrebno poleg krepitve skupnostne oskrbe in oskrbe na domu razvijati tudi domsko oskrbo, ki pa terja prenavo in posodobitev. Potrebne so organizacijske inovacije, vključno z zagotovitvijo manjših stanovanjskih enot, ki bi bile vključene v lokalne skupnosti in bi stanovalcem_kam in svojcem omogočale več nadzora in avtonomije, personalizirano oskrbo, razvoj bivalnih enot itn. (Mali et al., 2018; Flaker, 2020). Pandemija je razkrila globok in zakoreninjen starizem in starostno diskriminacijo ne samo v Sloveniji, pač pa v vseh evropskih kulturah, družbah in sistemih

oskrbe (Janet Carter et al., 2022). Ker je diskriminacija na podlagi starosti (še zlasti v presečišču s spolom, revščino, oviranostjo) v družbi in institucijah manj vidna in problematizirana, kot je diskriminacija na podlagi drugih osebnih okoliščin, je treba v javnih politikah in institucionalnih praksah krepiti na človekovih pravicah temelječ pristop k staranju, h kateremu so se države zavezale v mednarodnih pogodbah. Na človekovih pravicah temelječ pristop k staranju se zavzema za vključevanje starih ljudi v procese oblikovanja in potrjevanja politik, ki jih zadevajo, s tem pa za njihovo vidnost, slišnost in razumljenost. V središče postavlja procese (ali so stari ljudje vključeni?) in rezultate (ali so njihove pravice uresničene?) in ne le sredstva, politike in storitve (Paoletti, 2023). Inherentni konflikt v skrbstvenem sektorju med dostojno oskrbo in dostojnim delom terja priznanje, da so za dostojno oskrbo nujno potrebni dobri delovni pogoji za oskrbovalke, od katerih je dostojna oskrba odvisna. To pa zahteva tudi prenovo delovnih procesov, izboljšanje normativov in standardov v oskrbi ter boljše financiranje.

Literatura

- Agamben, Giorgio (1998): *Homo Sacer. Sovereign Power and Bare Life*. Stanford, Stanford University Press.
- Alexander, Stephen (2020, 1. junij): Covid-19 Fatalities in Europe's Care Homes Far Higher than Official Counts. *Wsws.org*. Dostopno prek <https://www.wsws.org/en/articles/2020/06/01/caeu-j01.html>, 13. 5. 2021.
- Amnesty International Slovenija (2020, 3. avgust): *Socialnovarstveni zavodi nimajo zmogljivosti za izvajanje con*. Dostopno prek <https://www.amnesty.si/socialni-zavodi-pripravljenost-na-cone>, 13. 9. 2021.
- Bettio, Francesca in Alina Verashchagina (2010): *Long-term Care for the Elderly: Provisions and Providers in 33 European Countries*. Bruselj: Evropska komisija. Dostopno prek http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/elderly_care_en.pdf, 9. 7. 2020.
- Bezljaj, Mirt (2020, 1. april): Osebjem v domovih za upokojeince že povsem izčrpano. *Delo*. Dostopno prek <https://www.delo.si/novice/slovenija/tiskovna-konferenca-predstavnikov-vlade-295420.html>, 9. 7. 2020.
- Comas-Herrera, Adelina, Joseba Zalakain, Charles Litwin, Amy T. Hsu, Elizabeth Lemmon, David Henderson in Jose-Luis Fernandez (2020): *Mortality Associated with Covid 19 Outbreaks in Care Homes: Early International Evidence*. *International Long-Term Care Policy Network*. Dostopno prek <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Mortality-associated-with-COVID-among-people-who-use-long-term-care-26-June.pdf>, 9. 7. 2020.

- Comas-Herrera, Adelina, Joseba Zalakain, Charles Litwin, Amy T. Hsu, Elizabeth Lemmon, David Henderson in Jose-Luis Fernandez (2021): *Mortality Associated with Covid 19 Outbreaks in Care Homes: International Evidence. International Long-Term Care Policy Network*. Dostopno prek https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2021/02/LTC_COVID_19_international_report_January-1-February-1-2.pdf, 28. 6. 2023.
- Eggebo, Helga, M. C. Munkejord in W. Schönfelder (2020): Land, History and People: Older People's Stories about Meaningful Activities and Social Relations in Later Life. *Population Ageing* 13: 465–483.
- European Union Fundamental Rights Agency (2020): *Coronavirus pandemic in EU – Fundamental rights implications*. Dostopno prek <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/covid19-rights-impact-april-1>, 9. 7. 2020.
- Filipovič Hrast, Maša, Valentina Hlebec, Dušanka Knežević Hočevar, Majda Črnič Istenič, Matic Kavčič, Sabina Jelenc-Krašovec, Sonja Kump in Jana Mali (2014): *Oskrba starejših v skupnosti: dejavnosti, akterji in predstave*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Flaker, Vito (1998): *Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba / *cf.
- Flaker, Vito (2020): Corona virus institutionalis – kronski institucionalni virus. *Socialno delo* 59 (4): 307–324.
- Foucault, Michel (1998): *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: Založba / *cf.
- Foucault, Michel (2015): *Rojstvo biopolitike. Kurz na Collège de France, 1978–1979*. Ljubljana: Krtina.
- Goffman, Erving (1961): *Asylums*. Cambridge: Pelican.
- Hande, Mary Jean (2020, 5. maj): *Covid-19 Renews the Struggle for Anti-Capitalist Care Models. Canadian Dimension*. Dostopno prek <https://canadiandimension.com/articles/view/covid-19-renews-the-struggle-for-anti-capitalist-care-models?fbclid=IwAR3RHRgiejXv-cg7BIfdZV4jh-rHOWG9vyuoB-JlBo08apaIcqFbgsONdFOw>, 8. 9. 2020.
- Hlebec, Valentina, Mateja Nagode in Maša Hrast Filipovič (2014): *Kakovost socialne oskrbe na domu: vrednotenje, podatki in priporočila*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Hochschild Russell, Arlie (2003): *The Managed Heart. Commercialization of Human Feelings*. Berkley: University of California Press.
- Hočevar, Barbara (2020, 1. avgust): Problematiko izpostavljajo ljudje, ki jo živijo, politiki pa se menjajo. *Sobotna priloga Dela*: 3.
- Hrženjak, Majda (2009): *Nevidno delo*. Ljubljana: Mirovni inštitut.
- Hrženjak, Majda (2017): Precarious Situations of Care Workers in Home-Based Elder Care in Slovenia. *New solutions: a journal of environmental and occupational health policy* 27 (4): 483–500.

- Hrženjak, Majda (2019): Multi-Local and Cross-Border Care Loops: Comparison of Childcare and Eldercare Policies in Slovenia. *Journal of European Social Policy* 29 (5): 640–652.
- Jager, Vasja (2020a, 29. maj): V vrsti za ventilator. *Mladina*: 30–33.
- Jager, Vasja (2020b, 10. april): Zakaj tako s starejšimi. *Mladina*: 19–23.
- Janet Carter, Anand, Sarah Donnelly, Alisoun Milne, Holly Nelson-Becker, Emmeli Vingare, Blanca Deusdad, Giovanni Cellini, Riitta-Liisa Kinni in Cristiana Pregno (2022): The Covid-19 Pandemic and Care Homes for Older People in Europe - Deaths, Damage and Violations of Human Rights. *European Journal of Social Work* 25 (5): 804–815.
- Keber, Dušan (2020, 6. junij): Politika, stroka in etika. *Delo*: 15.
- Kramar, Zdenka, Saša Kadivec, Monika Ažman, Draga Štromajer (2020): *Vzpostavitev izolacijskih enot glede na tveganje za okužbo s covid-19*. Dostopno prek <http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/U%C4%8CE-ND-11-VZ-POSTAVITEV-IZOLACIJSKIH-ENOT-GLEDE-NA-TVEGANJE-ZA-OKU%C5%BDBO-S-COVID-19-002.pdf>, 8. 9. 2020.
- Kropivšek, Liljana (2020): *Pokritost potreb po domski oskrbi starejših*. Dostopno prek <http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/POKRITOST-RS-1.6.2020-.pdf>, 9. 7. 2020.
- Lanoix, Monique (2011): Assembly-Line Care: Ancillary Care Work in Post-Fordist Economies. V: Majda Hrženjak (ur.), *Politics of Care*, 141–160. Ljubljana: Mirovni inštitut.
- Lebinger, Anže (2021, 11. januar): *Krek: V letu 2020 umrlo 2891 ljudi s covidom-19, od tega 1682 v domovih za starejše*. *Dnevnik*. Dostopno prek <https://www.dnevnik.si/1042946946>, 22. 12. 2023.
- Leiblfinger, Michael, Veronika Prieler, Karin Schwiter, Jennifer Steiner, Aranka Benazha in Helma Lutz (2020): *Impact of the Covid-19 Pandemic on Live-In Care Workers in Germany, Austria, and Switzerland*. Dostopno prek <https://ltccovid.org/2020/05/14/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-live-in-care-workers-in-germany-austria-and-switzerland/>, 13. 8. 2020.
- León, Margarita (ur.) (2014): *The Transformation of Care in European Societies*. London: Palgrave Macmillan.
- Leskošek, Vesna (2019): Poverty of Older Women in Slovenia. *Revija za socialno politiku* 26 (2): 227–240.
- Levica (2020): *Nepotrebne smrti v domovih starejših občanov*. Dostopno prek <https://www.levica.si/epidemija-dso/>, 13. 8. 2020.
- Liping, Gul (24. april 2020): WHO Europe director says almost half of Europe COVID-19 deaths in care homes. *Ecns.cn*. Dostopno prek <http://www.ecns.cn/news/2020-04-24/detail-ifzvtuth8159441.shtml>, 28. 6. 2023.
- Mali, Jana (2008): *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

- Mali, Jana, Vito Flaker, Mojca Urek, Andreja Rafaelič (2018): *Inovacije v dolgotrajni oskrbi: primer domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mbembe, Achille (2019): *Necropolitics*. Durham: Duke University Press.
- Ministrstvo RS za zdravje (2020): *Težave v domovih za starejše so se v sodelovanju s stroko reševale na optimalen način*. Dostopno prek <https://www.gov.si/novice/2020-05-27-tezave-v-domovih-za-starejse-so-se-v-sodelovanju-s-stroko-resevale-na-optimalen-nacin/>, 13. 8. 2020.
- OECD (2020): *Workforce and Safety in Long-Term Care During the Covid-19 Pandemic*. Dostopno prek <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/workforce-and-safety-in-long-term-care-during-the-covid-19-pandemic-43fc5d50/>, 8. 9. 2020.
- Paoletti, Isabella (ur.) (2023): *Older Women in Europe. A Human Rights-Based Approach*. New York: Routledge.
- Pleterski, Andrej (2020, 11. julij): Koronavirus, zdravniški paternalizem in borba za prazne bolniške postelje. *Delo*: 14–15.
- Pribac, Igor (2020, 22. maj): Smo res to storili? *Mladina*: 50–51.
- Sindikata upokojencev Slovenije (2020, 20. junij): Okuženi sodijo v bolnišnico in ne v dom. *Maribor 24.si*. Dostopno prek <https://maribor24.si/slovenija/sindikata-upokojencev-okuzeni-sodijo-v-bolnisnico-in-ne-v-dom>, 8. 9. 2020.
- Skupnost socialno varstvenih zavodov Slovenije (2018): *Poudarki iz analiz področja institucionalnega varstva starejših in posebnih skupin odraslih 2018*. Dostopno prek http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/2018_POUDARKI-IZ-ANAL-IZ-2018.pdf, 9. 7. 2020.
- Skupnost socialno varstvenih zavodov Slovenije (2020a): *Domovi za starejše še vedno brez zdravstvenih strokovnjakov in opreme za učinkovito soočanje z epidemijo*. Dostopno prek <http://www.ssz-slo.si/domovi-za-starejse-se-vedno-brez-zdravstvenih-strokovnjakov-in-opreme-za-ucinkovito-soocanje-z-epidemijo/>, 12. 8. 2020.
- Skupnost socialno varstvenih zavodov Slovenije (2020b): *Poziv Vladi RS*. Dostopno prek <http://www.ssz-slo.si/poziv-vladi-rs-zahtevamo-strokovno-utemeljene-ukrepe-ki-bodo-upostevali-omejene-prostorske-kadrovske-in-druge-zmoznosti-domov-za-starejse/>, 12. 8. 2020.
- Skupnost socialno varstvenih zavodov Slovenije (2021): *Pregled prošenj in prostih mest v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih*. Dostopno prek <https://servis.ssz-slo.si/porocilo.pdf>, 13. 5. 2021.
- Suárez-González, Aida (2020): *Detrimental Effects of Confinement and Isolation on the Cognitive and Psychological Health of People Living With Dementia During Covid-19: Emerging Evidence*. Dostopno prek <https://ltccovid.org/2020/07/01/detrimental-effects-of-confinement-and-isolation-on-the-cognitive-and-psychological-health-of-people-living-with-dementia-during-covid-19-emerging-evidence/>, 8. 9. 2020.

- Triandafyllidou, Anna in Sabrina Marchetti (2013): Migrant Domestic and Care Workers in Europe: New Patterns of Circulation? *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 11 (4): 339–346.
- Yeates, Nicola (2009): *Globalizing Care Economies and Migrant Workers: Explorations in Global Care Chains*. London: Palgrave Macmillan.
- Widding Isaksen, Lise in Lena Näre (2019): Local Loops and Micro-Mobilities of Care: Rethinking Care in Egalitarian Contexts. *Journal of European Social Policy* 29 (5): 593–599.
- Widding Isaksen, Lise in Lena Näre (2020): *We are All Affected, But Not Equally: Migrant Domestic Workers in Pandemic Times*. Dostopno prek https://discover.society.org/2020/04/16/we-are-all-affected-but-not-equally-migrant-domestic-workers-in-pandemic-times/?fbclid=IwAR1OstR01Y3-GtyhHuVx-aaPIQsSc8dPBuABNBAt7zmfUE1NbhHB4_ZYDrqk, 8. 9. 2020.
- Urry, John (2000): *Sociology Beyond Societies: Mobilities for the Twenty-First Century*. London: Routledge.
- Zaviršek, Darja (2018): *Skrb kot nasilje*. Ljubljana: Založba I/*cf.
- Žerdin, Ali (2021): *MMXX: leto nevarne bližine: kaj je šlo v Sloveniji narobe med epidemijo covid-19*. Ljubljana: UMco.