

Družina v času pandemske krize

Darka Podmenik in Blaž Bajec

Namesto uvoda:

»Načrtovanje ukrepov proti pandemiji mora biti na dnevnem redu vsake javne zdravstvene agencije, šolskega sveta, proizvodnega obrata, investicijskega podjetja, mrliške vežice, državnega zakonodajalca in distributerja hrane.« (Osterholm, 2009)

Posebnost pandemije covida-19 v primerjavi s prejšnjimi epidemijami so njena dolgotrajnost, globalna razširjenost z vpetostjo večine človeštva in nepripravljenost nanjo. Že med prvim valom so bile dane ocene, da tako nacionalne vlade (z izjemo redkih, npr. Singapur) kot tudi nads nacionalne politične skupnosti, kot je EU, niso bile pripravljene na hiter in učinkovit odziv; ukrepi le-teh in koordinacija pomoči članicam so bili zapoznani in ne dovolj učinkoviti. (IFIMES, 2020) Ob koncu prejšnjega stoletja so namreč strokovnjaki s področij medicine, epidemiologije, virologije idr. strok vztrajno in ostro poudarjali nujnost transnacionalno-nacionalno-lokalnih povezav med zdravstvom in drugimi deležniki, vključenimi v reševanje epidemijskih kriz, pa tudi pomembnost mednarodnega (preventivnega) planiranja. (Martin in dr., 2003; Gibson in dr., 2004) Obolevnost in jakost spremljajočih družbeno-ekonomskih disrupcij sta bili potrjeni kot soodvisni od pripravljenosti in usklajenosti protiepidemijskih ukrepov. (Bell in dr., 2009) Usklajeni javni ukrepi so se pokazali kot nujni za mobilizacijo, zaščito in zdravljenje prizadetih prebivalcev. Potrjeno je bilo, da različne vrste mobilizacije in protiepidemičnih ukrepov prebivalci doživljajo za vsiljene, hitro prilagajanje nanje, spreminjanje življenjskih in vedenjskih navad, pomanjkanje nekaterih dobrin, storitev, socialnih stikov in ne nazadnje ustreznega zdravljenja pa ustvarja kolektivni stres. Torej, skoraj vse, kar smo doživljali v teh dveh letih pandemije covida-19, je bilo že znano in dokumentirano na začetku tega tisočletja, tako da je nepripravljenost različnih strukturnih delov globalne družbe, od (inter)nacionalnih do lokalnih skupnosti, od države do družine, vključno s posamezniki, eden »glavnih krivcev« za razprostranjenost in dolgotrajnost te pandemije.

Že vedeno, a neizvedeno (v pandemiji covid-19)

V začetku tega tisočletja so po več razsežnih epidemijah na različnih celinah vzniknile pobude, predlogi in celo direktive za globalno zaščito pred ponavljajočimi se in na novo pričakovanimi. Leta 2004 je Mednarodna zdravstvena organizacija (WHO, 2005) aktualizirala Globalni program ukrepov proti gripi iz leta 1999 zaradi novih izkušenj in znanja, pridobljenega v epidemijah gripe (H5N1) in pozneje koronavirusa 1 – SARS-CoV. Program je poudaril nujnost usklajene preventive in kurative na vseh družbenih ravneh, od globalne do lokalne. Upošteval je tudi načrtno predvidevanje in pripravljenost reakcij za vsako fazo okuženosti na vseh institucionalnih ravneh, od WHO do posameznih zdravstvenovarstvenih zavodov. Po epidemiji SARS so bila objavljena in dokumentirana številna opozorila in priporočila, npr.: »...tako prizadete kot neprizadete države so potrebovale različne zaloge – osebno zaščitno opremo, zdravila, kot je ribavirin, zaloge za zbiranje in pošiljanje laboratorijskih vzorcev, opremo od respiratorja do gumijastih škornjev. Glavni izziv je bil najti te zaloge v zahtevani količini in jih nato hitro odpremiti. Nabava, še posebej, ko je treba prečkati več časovnih pasov, ni bila enostaven postopek. Posamezni dobavitelji so lahko zagotovili le majhen del potrebnega materiala in takrat WHO še ni imel distribucijskega sistema. Za obvladovanje novih izzivov nabave in distribucije po regiji je bilo treba napisati poseben računalniški program.« (WHO, 2006) WHO je reagiral ob koncu epidemije SARS s številnimi priporočili in tudi delno obveznimi dokumenti, ki so na izkušnjah SARS predvidevali skoraj vse, kar dandanes doživljamo med to novo pandemijo. Naj kot dokumentacijo, da ne bi bilo treba »odkrivati tople vode«, navedemo nekaj primerov iz leta 2004:

- a) Mednarodna priporočila za države: vse države naj imajo urejeno sledenje in izolacijo ob prihodu osebe s SARS-CoV-2 (SARS); države po izbruhu epidemije spremljajo SARS bolnike in sorodne pojave; obveščajo WHO o laboratorijsko potrjenih primerih SARS; nacionalni zdravstveni organi poročajo o prvih »pozitivnih« primerih SARS v 24 urah po pojavu.
- b) Ukrepi za državljane (primeri): osamitev asimptomatične osebe ob stiku z osebo okuženo s SARS; ob simptomih: samoizolacija in po-

svetovanje z zdravnikom; spremljanje stikov okuženega, telefonsko ali osebno spremljanje; spremljanje telesne temperature, dokler ni izključena možnost okuženosti s SARS; sledenje in po potrebi karantena osebe, dokler ni izključena možnost SARS.

- c) Ukrepi za institucije (primeri): obveščanje zdravstvenega osebja o tveganjih ob pojavu SARS; opazovanje zdravstvenega osebja, ki je prišlo v stik z osebo SARS; odzivi na pojav tipa SARS: hitra uvedba obvladovanja prenosa okužbe, hitra diagnostika, spremljanje govoric in informacij; aktiviranje nacionalnega in lokalnega javnega zdravja; spremljanje indikatorjev uspešnosti odziva na ravni države. (WHO, 2004)

V Mehanizmih za upravljanje zdravstvenih kriz (CDC, 2004) so (bili) definirani ukrepi: izobraževanje od doma, brezplačna zaščitna sredstva (maske, dezinfekcijska sredstva), obvezno nošenje mask, umivanje rok, medsebojna oddaljenost 2 m idr. Za upravljavce in politike so priporočili vnaprejšnje planiranje, obsežne javne komunikacijske kampanje, povečanje učinkovitosti političnih vodstev, učinkovite intervencije predstavnikov mest in ne nazadnje stalno oskrbo zdravstvenih ustanov z zdravili in cepivi. Omenili so tudi takratne zaviralne mehanizme: nezadostne zdravstvene kapacitete (laboratoriji, bolnišnični oddelki idr.), preobremenjenost urgentnih oddelkov, zatikanja pri izvedbah nacionalnih protiepidemskih planov, težave pri dostopu do marginalnih skupin, težave v domovih starostnikov, zaporih in drugih zaprtih ustanovah, neenotnost in neusklajenost pri izvedbi ukrepov na različnih ravneh, od državne do posameznih zdravstvenih in oskrbovalnih zavodov.

Odbor za spremljanje globalne pripravljenosti, neodvisno telo pri WHO, ki je bil po priporočilu OZN formalno ustanovljen leta 2018, je v svojem prvem letnem poročilu o globalni pripravljenosti za zdravstveno krizo »World at risk« (WHO, 2019) evalviral svetovne zmožnosti odzivanja na zdravstveno krizo. Ukvarjal se je tudi z določili kritičnih odstopanj od pripravljenosti in s pripravljalnimi aktivnostmi po posameznih državah, tako da je stopil v stik z vodji držav in nacionalnih teles, pooblaščenih za pripravljenost na ponovno epidemijo. V poročilu je bilo ugotovljeno, da je bilo leta 2018 v le eni tretjini pregledanih

držav mogoče pripoznati zagotovljene zmožnosti za odziv na pandemsko krizo v skladu z Mednarodnim zdravstvenim pravilnikom. Evropski center za nadzor bolezni (ECDC) je leta 2010 objavil dokumente za evalvacijo pripravljenosti in izdelal oceno vzdržljivosti zdravstvenih delavcev v pandemiji. Na podlagi Mednarodnega zdravstvenega pravilnika je bilo testiranih 200 držav, 190 je izkazalo organizacijski napredek. Leta 2017 je prostovoljni pregled po tem pravilniku opravila tudi Slovenija (WHO, 2017). V okviru mednarodnih in drugih organizacij je bilo do leta 2010 organizirano veliko posvetovanj, objavljeno na stotine enot strokovne literature, sprejeto na desetine priporočil in dokumentov, vse to z namenom čim večje pripravljenosti na ponovni izbruh koronavirusnih epidemij.

Dejstvo, da je vsem tem pripravam navkljub koronavirus 2 prese-netil svet, je strašljivo, saj odpira vprašanje, ali je sploh mogoče upravljati globalne probleme z razpoložljivimi znanji in sredstvi. Obstajajo namreč še bolj kompleksni in usodni globalni problemi, na primer okoljevarstveni, onesnaževanje vesolja, omejevanje nuklearnega oboroževanja, ki zahtevajo usklajeno globalno kontrolo in upravljanje. Pandemija covid-19 je svet postavila pred dejstvo, da kljub že prestalim podobnim izkušnjam in obsežnim, temeljitim pripravam na predvideno ponovitev »kriz« ni zmožen reagirati globalno in učinkovito. Ko pa je govor o možni kombinaciji več vrst pričakovane ogroženosti in njihovem udejanjenju, na primer ob globalni pandemiji še okoljska nesreča, vojna, ki jo že imamo v Ukrajini z ruskim nuklearnim izsiljevanjem, dejanska uporaba le-tega, zapora pretoka dobrin in virov idr., se znajdemo v »mnogoteri krizi« globalnih razsežnosti brez izkušenj, znanj, reševalnih tehnik in priporočil. O takih kombiniranih krizah nam pripoveduje le literatura o propadu starih civilizacij.

Od zdravstvene do družbene krize

Družbene krize imajo lahko različne razsežnosti, od krize soodvisnih družbenih področij ter nacionalno-družbenih in internacionalnih kriz, kot bi bila npr. kriza EU, do globalne družbene krize. Kaj storiti, če bi družbena kriza dosegla takšne razsežnosti, ni znano, in ni napotkov in priporočil, saj tudi ni izkušenj. Veliko avtorjev se ukvarja z vprašanjem,

kako bi bilo treba zamejiti pandemijo covida-19, da se takšna kriza ne bi zgodila. Eno od možnosti bi lahko imenovali vrnitev na staro normalnost ob koronski obolevnosti oziroma »nova normalnost«, kot jo imenujejo nekateri. Ta predpostavlja prisotnost koronavirusa, ki pa naj bo nadzorovan in saniran: »...verjetnost, da ostane virus stalno prisoten, je večja od verjetnosti, da ga je mogoče eliminirati. Pri tem pa bi se ga obvladovalo s politikami 'iztrebljanja': poceni in vsem dostopnim testiranjem ter strogimi javnozdravstvenimi omejitvami, ki bi ga zadržale na nizki stopnji okuževanja.« (Economists Intelligence Unit, 2021) Več je predlogov, ki v pandemiji covida-19 vidijo eskalacijo raznovrstnih, predvsem družbeno-političnih kriz globalne razsežnosti in iščejo rešitve bodisi v reformah prevladujočega kapitalističnega sistema bodisi v preobrazbi kapitalizma, kot se je izrekel Piketty (2020), v demokratični, participativni socializem. Nekateri avtorji ugotavljajo, da je covid-19 postavil na preizkušnjo demokracijo in da je treba iskati rešitve v novih razmerjih med vlado in trgom, ali pa v spremenjenih vlogah vlad oziroma državnih administracij. (več o tem v: Svetličič, 2021)

Vsaka kriza potencira nevarnost in strah, hkrati pa, kot poudarjajo nekateri avtorji, npr. Stranks (1994), pomeni možnost za uvajanje inovacij, sprememb v utečenih ravnanjih institucij in posameznikov, reorganiziranje podsistemov idr. po principu »v sili se marsikaj novega iznajde«. Kakšni bodo obseg, trajanje in posledice družbene krize, je odvisno od sposobnosti družbenega sistema za aktiviranje urgentnih podsistemov. Urgentni podsistemi delujejo na več načinov: blažijo porast različnih socialnih deprivacij, delujejo v smeri prestrukturiranja delov ali celotnega sistema, lahko pa tudi omogočajo uvajanje protikriznih inovacij, kot so npr. organizacijske inovacije, inovativne oblike komuniciranja, inovativni načini uporabe obstoječih tehnologij ipd. Če družbe nimajo urgentnega potenciala, lahko nastanejo katastrofične družbene situacije.

V okviru tega prispevka nas ne zanimajo makro izpeljave pandemične krize, temveč njen domet in posledice na mezo in mikro družbeni ravni. V tem kontekstu je družbena kriza posledica ravnanj članov družbe, skupin ter drugih družbenih entitet in je »man-made«. Kot taka je tudi rešljiva s spremembo ravnanj družbenih akterjev, ki so do krize pripeljala. (Ahmadun in dr., 2003) Večina avtorjev se strinja, da

je družbena kriza rezultat in kombinacija različnih povodov in bolj ali manj intenzivnih kriznih ravnanj različnih družbenih podsistemov. (McMullan, 1997) Na primer političnega, zdravstvenega, gospodarsko-finančnega idr., pa tudi formalnih in neformalnih, kriminalnih in drugih organiziranih skupin.

Družbena kriza zadeva, morda še najbolj, tudi primarne družbene entitete, kot so družinske, lokalne, prijateljske, interesne, starostne in druge skupnosti in jih tudi globoko prizadene prav zaradi njihove pogoste formalne nezaščitenosti. Z vidika članov družbe je družbena kriza stresno kolektivno stanje, do katerega privedejo množično neuresničena pričakovanja posameznikov. Ker gre za pričakovanja o bistvenih življenjskih pogojih, je kolektivni stres odvisen od bodisi odtegnitve v preteklosti stabilnih strukturnih razmer, ki so bile podlaga poteka življenja, bodisi od naglega povečanja pričakovanja velikega števila posameznikov. (Barton, 1969) V evropskih državah se vse pogostejše govori o družbeni anomiji – pretrganih vezeh med posameznikom in skupnostjo, o zastaranju dolgoročno veljavnih družbenih pravil in umanjkanju novih, o t. i. sodobni krizi vrednot, nizki legitimnosti institucij in nezaupanju vanje. (Durkheim, 1992)

Od družbene krize do krize družine

Glede na presenečenje vseh ravni slovenske družbe in na preplah državljanov, pa tudi na pomanjkanje resursov vseh vrst za organiziranje, komuniciranje in saniranje epidemičnih razmer in deležnikov, je bilo očitno, da slovenska družba vključno s politiko in vsemi podsistemi ni bila pripravljena na pandemijo covid-19. Tako so bili že v prvih mesecih prvega vala jasno vidni kazalniki zdravstvene in delno družbene krize. Iskanje in preskrba z najnujnejšimi »tehnikacijami« za preprečitev širitve okužb sta začasno zasenčila organizacijske in strokovno-sanacijske zagate, ki so se reševale »kot se je vedelo in znalo« z velikimi vložki, napori in iznajdljivostjo tistih, ki so se znašli v prvem vrtincu pandemskega cunamija. Ta se je sicer dokaj hitro umiril, vendar ne z enakimi izidi za vse akterje iz prvih vrst boja proti njemu. Dve najbolj prizadeti in hkrati najbolj aktivni družbeni entiteti, ki sta največ pripomogli tako k prekinitvi uvodnega naskoka pandemije kot njeni

vzdržnosti v teh zdaj že dveh letih. To sta zdravstvena stroka oziroma zdravstveni delavci, ki so neposredno aktivni na področju pandemije, in družine kot multifunkcionalne sanatorke vseh mogočih zdrsov, primanjkljajev in presežkov, npr. administrativno-birokratskih, ne le zdravstvenega, ampak cele vrste drugih slovenskih družbenih podsistemov. Z vidika družbene krize, definirane kot kolektivno stresno stanje (Barton, 1969), se je na družine zagotovo zgrnila njegova največja količina. Kot pravi teorija, bi morali družbeni podsistemi vključevati oziroma biti opremljeni z urgentnimi mehanizmi, ki se vklaplajo v primerih, ne le pandemskih, pač pa tudi drugih možnih družbenih nevarnostih. (prav tam)

Posledice nepravčasnega aktiviranja, v Sloveniji pravzaprav umanjkanja urgentnih podsistemov, so še posebej prizadele družine. Prišlo je do prenosa vlog, nalog, fizičnih in finančnih bremen in navsezadnje odgovornosti, ki jih običajno opravljajo javne institucije, v zasebno sfero, na družinska in sorodstvena omrežja pa delno tudi na sosedsko pomoč, prostovoljne akterje, delno lokalna okolja. Za take razmere navajajo avtorji, ki se ukvarjajo z distresnim sindromom v družinah, vrsto razlogov za nujno pomoč družinam: »lockdown« spodbuja frustracijo in anksioznost; (hkrati) družine prejema manj podpore od socialnega okolja in manj medicinske oskrbe; informacijsko so preobremenjene, in to z varljivimi in senzacionalističnimi novicami; gre za t. i. »infodemijo« (Azoulay, 2021). V družinah slabi notranja odpornost proti spremembam v okolju, vključno s komunikacijami, organiziranostjo in sistemi prepričanj. (Walsh, 2015) Zdravstvena kriza prekine tudi pravila, rutino in rituale, ki so »vzdrževalci« družinskega vsakdana (Harrist in dr. 2019, Prime in dr. 2020). V družinah prihaja do pregorelosti, pojavljajo se psihološke težave, spremembe v ustaljenih odnosih, celo nasilje, kar že kažejo tudi rezultati raziskav o »covid-19 družinah« v Sloveniji in tudi drugod. (Plesničar in dr. 2020; Thiel in dr. 2022; Ministrstvo za notranje zadeve, 2021; Evropski parlament, 2021)

Ob notranjih destabilizatorjih so na delu še zunanji: omejevalni ukrepi spremenijo družbena pravila vsakdana in konkretne družinske interakcije tudi z okoljem (Bell in dr., 2009). Družina prevzema delovne, varstveno-izobraževalne, zdravstveno-negovalne idr. naloge javnega sektorja; postane (edino) mesto karantene in izolacije. Hkrati pa tudi

mesto, ob delovnem okolju, na katerem so prenosil okužb najpogostejši. Družina kot primarna družbena entiteta z visoko stopnjo emocionalnega naboja in hierarhične soodvisnosti ni pripravljena na tako multifunkcionalno obremenitev. Izkušnje s covidom-19 kažejo, da so bile družine (skoraj) brez podpore, brez strokovnih znanj, informacij ter nujne zaščitne in zdravstvene opreme, ki je v delovnih okoljih pogosto zakonsko predpisana. Kot kažejo do zdaj že 24-mesečne izkušnje, so tisti z družinami in brez nje dodatno obremenjeni z mutacijskimi spremembami koronavirusa, preobrati v poteku epidemije in vzporedno z aritmijo življenjskega vsakdana.

Podobno kot za »notranje« spremembe v družinah velja tudi za spremembe v ožjem zunanjem okolju: v soseskah, utečenih ritualnih oz. ponavljajočih se odnosih in delovanju, kot so delo, prostčasne aktivnosti, šolanje otrok in študentov, obiski cerkva, zdravstvenih domov, socialna in druga oskrba po domovih, sestanki in druženja med bližnjimi, znanci, sodelavci, sošolci ipd. Žal je le malo raziskav, podatkov in objav o interakcijah in komunikacijah družin z ožjim socialnim in širšim družbenim okoljem med epidemijami. Tudi dokumenti, nacionalni in mednarodni, družin posebej ne omenjajo, torej ne dajejo smernic za ravnanje tako družinskih članov kot deležnikov družinskega okolja v času epidemij.

Po več kot dveh letih pandemije lahko trdimo, da je družina ena od najbolj obremenjenih, hkrati pa najbolj spregledanih družbenih entitet tako v strokovnih kot medijskih obravnavah. Izkušnje z dolgo trajajočo pandemijo covid-19 kažejo, da se družine znajdejo skoraj brez podpore, brez strokovnih znanj, informacij ter nujne zaščitne in zdravstvene opreme, ki je, za primerjavo, v delovnih okoljih zakonsko predpisana. Z delom na domu enega ali več družinskih članov postane dom delovno okolje, z zaprtjem vrtcev in šol pa še varstveno-izobraževalna ustanova. V takšnih razmerah pa tudi zaradi že omenjene emotivne obremenjenosti je mogoče sklepati, da lahko pride v družinah, kljub materialni državni pomoči, do »pregorelosti« posameznih članov, pa tudi do sprememb v ustaljenih odnosih.

Pregled sekundarnega gradiva, že omenjeno zgoraj, tj. raziskav, strokovnih in znanstvenih člankov, statističnih podatkov (mednarodnih

dokumentov in priporočil), je pokazal, da družina kot samostojna, prvinska družbena entiteta ni obravnavana v pregledanem gradivu in posledično tudi ne obstajajo preventivni, kurativni in sanacijski napotki neposredno za družine med epidemijami oz. pandemijami. Omenjene so le posredno, ko je govor o otrocih, delu na domu, psiholoških posledicah, karanteni, omejitvi gibanja ipd. Hkrati pa se je iz rezultatov raziskav o epidemiji SARS pokazalo, da starši doživljajo veliko strahu glede fizičnega in duševnega zdravja otrok, zaradi možnosti izgube službe, prekinitve organiziranega varstva otrok, obolevnosti družinskih članov. (Fong in Iarocci, 2020). Aktualne raziskave, v glavnem psihološke, o pandemiji covida-19 omenjajo dejavnike, ki vodijo v pregorelost staršev, na primer nezaposlenost, finančna nestabilnost, nizka stopnja družbene podpore, pomanjkanje prostega časa. Posledica pregorelosti staršev pa je povečano tveganje zlorab in zanemarjanja otrok (Griffith, 2020). Kasnejši empirični podatki kažejo, da se starševski stres izkazuje kot osrednji dejavnik, ki odraža posledice pandemije na družine, tako kar zadeva starše kot glede njihovih otrok. Kot najpomembnejši dejavniki stresa se v nemški raziskavi iz avgusta 2020 (na reprezentativnem vzorcu družin) omenjajo: distanca do prijateljev in sorodnikov, zaprtje šol in otroškega varstva (več kot 50 % vprašanih staršev). (Calvano in dr., 2021) Pregled literature je še pokazal, da je pomembno upoštevati štiri področja podpore družini, kar zadeva zdravstveno nego: visoko raven komunikacijskih spretnosti v stikih z družino, uvedbo multidisciplinarnih ukrepov, skrb za vključevanje družine in dajanje potrebne podpore ob obiskih hospitaliziranih družinskih članov, vzpostavljanje videokonferenčnih stikov med zdravljenjem in ob koncu življenja pacienta. (Fernández-Martíneza in dr., 2022)

Slovenske družine v pandemski krizi

Podatki kažejo, da je bilo od 12. 3. 2020 do 21. 5. 2022 okuženih 1.022.514 Slovencev/-cev, kar pomeni več kot eno okuženo osebo na vsako slovensko družino. Če upoštevamo prenos okužb v družinah, še bolje v gospodinjstvih¹³, kažejo podatki, da je tretjina slovenskih gospodinjstev enočlanskih, četrtnina pa dvočlanskih. Relativno zelo nizki

¹³ Če v statistični kategoriji »gospodinjstva« odštejemo enočlanska, je število »gospodinjstev« skoraj enako številu »družin«.

deleži veččlanskih družin (5 % s 5 člani; 2 % s 6; 0,07 % s 7; 0,4 % z 8 in več; SURS, 2021) navajajo na sklep, da je bilo največ okuženih in/ali v karanteni v tro- in štiričlanskih družinah (50 % vseh). Čeprav prevladujoče eno- in dvočlanske družinske skupnosti nakazujejo možnost manj obsežnega znotraj družinskega okuževanja, pa je njihovo oskrbovanje ob zbolelosti toliko težje. Še posebno ko po izkušnjah s prejšnjimi pandemskimi valovi podporni mehanizmi večinoma niso delovali: zdravstvena oskrba obolelih na domu, redni stiki z lečečo ordinacijo, osebna nega zelo bolnih in starejših, ažurno informiranje družinskih članov, oskrba z nujnimi zaščitnimi pripomočki.

(Najpogostejši) Vir okužb

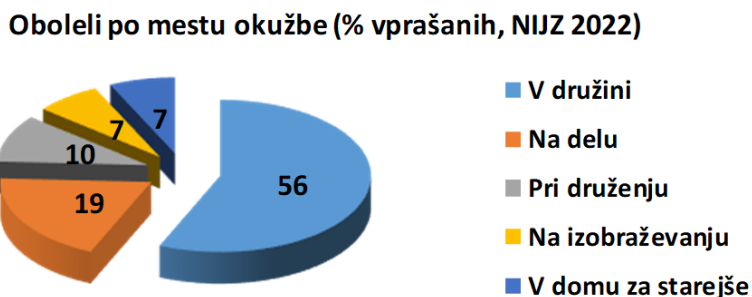
Ob koncu leta 2020 je bilo 21.000 Slovencev in Slovenk v stanju aktivne okuženosti (Covid-19 Sledilnik, 2020), približno 1.300 je bilo hospitaliziranih in približno ¹⁴ 500–700 obolelih v negovalnih bolnišnicah in domovih. Od maja 2021 do januarja 2022 je bilo v karanteno napotenih (preko portala eUprave) približno 164.500 Slovencev in Slovenk, od tega samo v decembru 2021 57.900. Od maja 2020 do konca leta 2021 je Ministrstvo za zdravje izdalo okoli 53.500 odločb o karanteni na domu, od teh 16.600 v decembru 2021. (24ur.com, 2022)

Veliko je bilo javno povedanega o okužbah na delovnih mestih, anketa NIJZ je potrdila, da četrtna okužb izvira z delovnih mest. Podatki o tem, da se sočasno približno enak delež Slovencev in Slovenk okuži v družini, pa javno ni bil izpostavljen in seveda tudi ne obravnavan. Kako bi morale biti oskrbljene družine z okuženimi člani v času vrhov epidemije, je edina jasno povedala predstojnica Infekcijskega oddelka UKC Tatjana L. Zupanc, in sicer da bi družine z obolelimi družinskimi člani morale imeti enako opremo kot zdravstveno osebje na »rdečih oddelkih«. Kar pa je ocenila za skoraj nemogoče (TV SLO 1, 2020). V družinah se je takrat izvajalo varstvo in šolanje otrok, delo na domu, zdravljenje obolelih in karantena okuženih. Po prvem valu je celo bila ukinjena uporaba hotelov kot začasnih karanten in se je celotno »karantensko« breme obesilo na družine.

¹⁴ Na razpologo so le podatki za negovalne bolnišnice, ne pa tudi za domove starejših občanov.

Vrh drugega vala slovenske pandemije je bil v decembru 2020 in januarju 2021, ko je zbolevalo približno 1.400 prebivalc/-cev na dan. Proti koncu leta 2021, v oktobru, se je po podatkih anketne raziskave (n1info.si, 2021) 63 % vprašanih obolelih (od skupaj 1.703) okužilo doma oz. v družinskih stikih; 15 % v vzgojno-izobraževalnih zavodih, po 1 % pa na delovnih mestih in zasebnih druženjih. V 15 mesecih od novembra 2020 do februarja 2022 so bili (po podatkih NIJZ) deleži obolelih glede na mesto okužbe naslednji: 56 % vprašanih se je okužilo v družini oziroma skupnem gospodinjstvu; 19 % na delovnem mestu; 10 % na družabnih srečanjih in po 7 % v vzgojno-izobraževalnih zavodih ter v domovih starejših občanov. (NIJZ, 2022)

Slika 1: Mesta okužbe v %



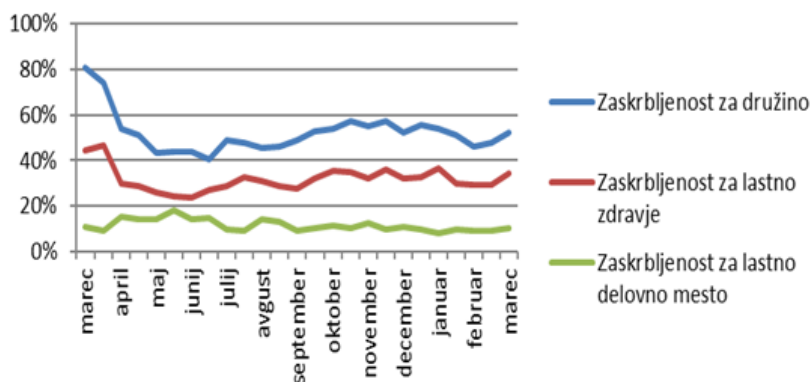
Vir: NIJZ, 2022

Zgornji grafikon jasno kaže, da so slovenske družine poleg vseh zgoraj naštetih bremen tudi najbolj toksično primarno okolje v primerjavi z drugimi. Pri tem pa se, gledano časovno, gibljemo po družinskem omrežju veliko več časa in bolj pogosto kot po drugih socialnih okoljih ter v družini vzdržujemo veliko bolj intenzivne in bližinsko neposredne stike. Če zaradi poudarka ironiziramo: v pandemiji družine očitno postanejo pravo gojišče korone, ki se ji družinski člani nočejo in ne morejo izogniti; zdravstvo in drugi javni sektorji pa ne le, da črtajo družino iz agend pomoči in oskrbe, ampak nanjo sproti odlagajo bremena, iz (neučinkovitih, podhranjenih, delno skorumpiranih) javnih institucij, financiranih z denarjem družinskih članov (kar slovenski državljani in državljanke pretežno so).

(Najmočnejši) Vir zaskrbljenosti

Zato se ne smemo čuditi, da je družina stalen in najmočnejši vir zaskrbljenosti Slovencev in Slovenk v celotnem pandemskem obdobju. Podatki kažejo, da je bila zaskrbljenost za družino največja v prvem valu (več kot 80 % anketiranih), na vrhu drugega in tretjega pa je bila na prvem mestu pri polovici vprašanih. (Slika 2, Valicon 2021; SJM, 2020/1). Da gre za upravičeno zaskrbljenost, lahko v slovenskem primeru še dodamo, da je družine ob omenjenih notranjih in zunanjih destabilizatorjih dodatno obremenila osamitev šolskih otrok in mladostnikov na domu. Za varstvo predšolskih otrok staršev v službah je bilo z ukrepi poskrbljeno, šolski otroci in mladostniki pa so bili pomembno bolj prizadeti, na kar opozarjajo pogoste strokovne in druge objave v javnih medijih.

Slika 2: Zaskrbljenost prebivalstva



Vir: Valicon 2021, (% vprašanih, vzorec posamezne meritve n = 530)

Podobno vprašanje, zastavljeno v okviru Slovenskega javnega mnenja 2020/1, je pokazalo, da je bilo za zdravje bližjih (delno močno) zaskrbljenih 76,7 % vprašanih, za lastno zdravje pa le 44,2 %. Še ena primerjava: za materialno eksistenco oz. zaposlitev je bilo zaskrbljenih 41,6 % vprašanih. (Tabela 2)

Tabela 2: Skrbi Slovencev in Slovenk za zdravje in vir dohodka, % vprašanih (april, maj 2020)

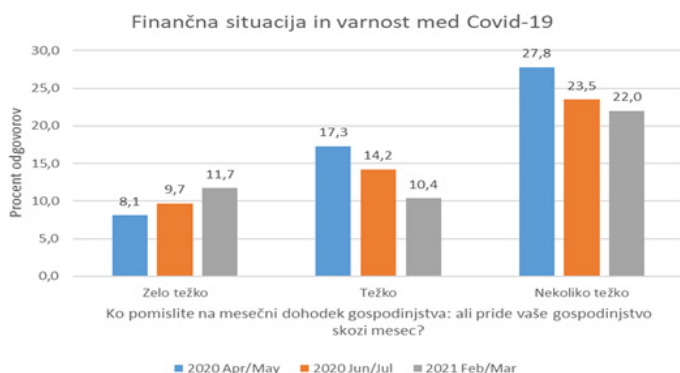
	Sploh me ne skrbi – 1	Skrbi me malo – 2	Skrbi me srednje – 3	Skrbi me – 4	Zelo me skrbi – 5
Zdravje bližnjih	3,8	4,3	13,7	29,2	47,5
Moje zdravje	13,1	15,0	25,8	21,9	22,3
Zaposlitev	28,4	10,6	15,0	17,4	24,2

Vir: SJM, 2020/1

(Najverjetnejši) Vir socialne deprivacije

Velik del slovenskih družin so med pandemijo prizadeli finančni primanjkljaji, bodisi zaradi izgube dela, čakanja na delo, izolacije, karantene, obolenosti družinskega člana ali vse družine, skrbi in oskrbe za mladoletne in/ali ostarele člane. Da so se družine oz. gospodinjstva s podaljševanjem pandemije spoprijemale s stopnjevanimi ekonomskimi obremenitvami, kažejo podatki na Sliki 3.

Slika 3: Padajoča ekonomska varnost slovenskih družin med pandemijo



Vir: Eurofound, 2020

Iz podatkov na Sliki 3 je mogoče razbrati signifikanten trend povečevanja razlik med gospodinjstvi oz. družinami; deleži tistih, za katere so finančna bremena močno previsoka (verjetno že pred pandemijo

previsoka), se med pandemijo večajo; tistih, za katere so »le« previsoka, se nižajo; za tiste, ki jih finančna bremena le nekoliko obtežijo, pa tudi upadajo. Sklepati je mogoče, da so ukrepi finančnih podpor in mehanizmov pomoči delovali uspešno, da pa niso dosegli socialno najnižje umeščenih gospodinjestev. Število le-teh se je med pandemijo celo povečalo za 3,6 %, kar ni malo.

Ugotovitve raziskave NIJZ (2020; vzorec 3052 mladostnikov, 14–17 let) o doživljanju pandemije tudi izpostavljajo družinske socialne razlike. Odgovori anketiranih mladostnikov so pokazali, da so tisti iz manj premožnih družin imeli slabše možnosti za učenje in šolsko delo; da niso imeli pomoči in podpore pri šolskih obveznostih; tudi ne samostojnega prostora za šolanje od doma; pa tudi da niso bili zadostno obveščani o stanju v državi. Opazno višji delež mladostnikov iz manj premožnih družin se je izrekal o pogostih občutkih osamljenosti med pandemijo, o izločenosti iz prijateljskih in sovrstniških skupin; o depriaciji in ne nazadnje o poslabšanju ekonomskega stanja družine med pandemijo. (Jeriček Klanšček in dr., 2021)

Zaposleni v slovenskem primarnem zdravstvu o družinah s korona boleznijo

To je izjemno težko ... (Stanje v družinah s korono, op. P. D.) ... jaz nekatere ljudi prav občudujem ... pri ljudeh so bile izjemne stiske. Tudi recimo pri zaposlenih, absolutno pa tudi pri pacientih. V bistvu država, tukaj cel naš sistem sploh ni pomislil na ljudi, ki recimo imajo pozitivnega otroka, mama samohranilka in ne sme zboleti s covidom, ker je sicer hudo bolna, ker je na posebnih zdravlilih, ki slabijo imunski sistem. Kaj bo zdaj naredila? Kje bo imela tega otroka? Kdo bo skrbel za tega otroka? To so bile res hude stiske, izjemne stiske, tako da dobro nas je zadelo. Jaz moram reči, da ta konkretna situacija, to je bila zelo konkretna situacija, ki sem jo osebno pomagala reševati. (Intervju št. 3, dr. medicine, dr. znanosti, vodja nujne medicinske pomoči; str. 2)

Polstrukturirani intervjuji z zdravstvenim osebjem, zaposlenim v primarnem zdravstvu, so glede družin s korono »uglašeni« – družine

so bile prisiljene prenesti vse to, kar smo zgoraj pokazali, in še več. Intervjuji, bolj od podatkov poudarjajo kompleksnost ter emocionalno-psihično krutost družinskih bremen, hkrati pa tudi prizadetost samih intervjuvanih, ki so spremljali »v živo« dogajanje v družinah. Intervjuvali smo 9 zaposlenih v primarnem zdravstvu, 6 zdravnikov in zdravnic, med temi 2 s koncesijsko pogodbo, in 3 drugačnih poklicev. Upoštevali smo zastopanost različnih starosti in zaposlenost v večini slovenskih regij. Vsebina intervjujev zaobjema skoraj vse probleme, ki jih je dvoletna pandemija izpostavila na področju primarnega zdravstva; problematika družin s korona boleznijo je le eden od njih.

Vsi intervjuvani, nekateri bolj, drugi manj, so jasno izpostavili osebno prizadetost, strokovno nemoč in profesionalno-etično stisko zaradi težav v družinah svojih obolelih pacientov (ob tem, da so bili intervjuvani že preobremenjeni z dogajanjem na delovnem mestu).

Na vprašanje, katere so bile najbolj izpostavljene podskupine v že tako izpostavljenih družinah, je respondentka 3 opozorila, da je rangiranje neprimerno ob tako velikih težavah vseh družinskih članov.

To je strašno težko rangirat /.../ sem gledala najstnike, ki so v tistem obdobju, ko se najbolj morajo družiti, pa se niso mogli družiti, /.../ zelo velike stiske so prihajale, saj to je bilo tudi v medijih, recimo to, da so oddelki za otroško in mladinsko psihiatrijo popokali po vseh šivih. Tako da čisto katerokoli strukturo prebivalstvo gledamo, je plačala eno ogromno ceno. Ta mlada aktivna populacija, med temi izgorelostmi med šolanjem od doma in tako naprej. (Intervju št. 3, stran 2)

Gledano na splošno, so vprašani največkrat izpostavili starejše za najbolj prizadeto subpopulacijo.

Ampak ne vem, čisto tako, se mi zdi, da najbolj, če bi že morali ene izbrat, bi verjetno rekla starejši, zaradi tega, ker recimo to, da niso mogli imeti obiskov v domovih starejših, a veste, to je katastrofa. (Prav tam)

Pogosto so omenjeni otroci in starši oziroma družine z mlajšimi otroki.

Zelo težko je bilo družinam, ki so imeli otroke tam recimo, predvsem od prvega tam do petega, šestega razreda, mogoče četrti, peti. Ker so morali ogromno delat, ogromno so morali starši sedeti zraven pri otrocih. Na našem področju recimo ti starejši, ki so bili sami – ali so bili v karanteni ali so kaj zboleli –, je civilna zaščita, so imeli možnost, da jo pokličejo in dostavijo hrano oz. iz trgovine, kar rabijo. To se mi zdi, da je kar teklo. (Intervju št. 5, dr. medicine, ambulanta družinske medicine s koncesijo; str. 8)

Eden od najbolj izpostavljenih problemov v intervjujih je bila oskrba težko obolelih na domu, bodisi ker niso imeli nikogar od bližnjih, da bi zanje poskrbel, ali (kot omenja respondentka zgoraj) so se bližnji bali, in to verjetno upravičeno, ker niso bili oskrbljeni z nujno opremo in informacijami o negi bolnika s tako okužbo, ali pa se jih je, v populaciji starostnikov, kar nekaj odločilo, da raje umrejo doma kot v bolnišnici.

To zadnje (stalni stiki s težje obolelimi, op. P. D.) smo delali za paciente tudi na domu. Tudi recimo moja dva pacienta sta umrla doma s covidom. Drugih nekaj v bolnišnici. Vaško okolje, kar se tiče izolacije, je vseeno malo boljše, ker to so večina enostanovanjske hiše in tam nisi tako omejen, kot če si v enem bloku v enem mestu doma. To, da pa nimaš socialnih stikov, pa itak slabo vpliva tudi na ta kognitivni del, to pa gotovo. (Prav tam)

Družina kot ambulanta, negovalnica, hospic, bolnišnica, učilnica, delovno mesto, karantena, to zadnje najpogostejše. Na začetku pandemije v prvem valu je bilo odprtih nekaj »javnih karanten«, npr. hotelov, tudi za obolele družinske člane, pretežno pa za obolele varovance domov za starejše občane in za medicinsko osebje iz bolnišnic. Za družinske člane oz. »navadne« obolele so se te karantenske možnosti hitro ukinile, zakaj, ni vedel povedati nihče od intervjuvanih.

Tisto, ko so bile karantene v teh covidnih hotelih, je bilo mišljeno za posebne primere, saj ni šel kar vsak v ta covidni hotel./.../ tam, kjer je bil doma nekdo takšen, ki bi bil potencialno lahko tudi bolj ogrožen, pa se ni mogel izolirati./.../ Tam, kjer so vsi stanovali v enem stanovanju, vključno s starimi starši, ki so imeli kakšne kronične bolezni,

tam pa je bilo smiselno, da se je lahko nekam umaknil tak pacient.
(Intervju št. 2, dr. medicine, spec. primarne ginekologije, str. 4)

O prenosu bolezni med družinskimi člani so intervjuvani potrdili, da so prav karantene na domu pospeševale kuženje družinskih članov.

So mi pa pacienti povedali, družine znotraj stanovanj, seveda v bloku, da je to brez veze, če je en zbolel, so drugi bili v karanteni ... ne moreš se izolirat v stanovanju, sploh z otroci /.../ (Intervju št. 1, dr. primarne medicine, spec. šolske in urgentne medicine; str. 1)

Intervjuvani, ki so preboleli ali imeli v družini koronavirusno bolezen, so opisovali izkušnje v lastni družini. V glavnem niso imeli večjih težav z zdravljenjem in pomočjo zdravstvenega osebja, kar je mogoče pripisati podpori profesionalnega okolja, v katerem so zaposleni.

/.../ jaz moram reči, da sem zelo hišni človek in meni teh 10 dni (karantene, op. P. D.) ni tako predstavljalo hudo, /.../ smo se čisto z mojimi starši, ki sta v spodnjem nadstropju, in jih hvala Bogu nisva okužila, izolirali, smo samo po telefonu komunicirali /.../ampak ... jaz sem se takoj ločila pa sem vseeno moža okužila, ker je dan, dva pred izbruhom bil že kužen, tako da se od bližnjih svojcev skoraj težko ločiš /.../. (Intervju št. 1, str. 2)

Pa tudi starejši, upokojeni, opisujejo dobro oskrbo in prestajanje koronske bolezni.

Kot prebolevnica covida sem situacijo preživljala ... tako bom rekla, ena srednja stvar ... a je mogoč odgovor od 1 do 10 ali kako?
P.D: Ja, možno, kar povejte, recimo od 1 do 5.

I: O. K., nekako bom rekla, da nimam slabih izkušenj, nekje 4 bom ocenila.

P.D: Bravo. Torej ste imela lečečo zdravnico in pomoč ...

I: Ja, odziv je bil v redu, celo prejemala sem klice na dom od osebne zdravnice na dva dni, tako da sem bila sama presenečena glede na informacije v javnosti, da je v primarnem zdravstvu sicer problem. Jaz tega nisem občutila. (Intervju št. 0, upokojenka iz javnega zavoda humanitarne in dobrodelne dejavnosti za otroke; str. 1)

Intervjuvani so omenjali kršitve, ki so jim bili priča predvsem v manjših krajih, kjer obstajajo možnosti za srečevanje s pacienti v vsakdanjem življenju, zunaj zdravstvenih ustanov.

Tako da je pa prišlo potem, ko se je ljudstvo malo sprostilo do kršitev, do glomaznih kršitev (karanten in izolacij, op. D. P.). Mi smo paciente komaj prepričali, starše, da rabijo v karanteno, zakaj rabijo v karanteno, da ne smejo po svetu hodit, tako da tudi s tega naslova nismo bili disciplinirani Slovenci. (Intervju 1, str. 3)

Odgovore na vprašanje, kako pomagati družinam in jih bolje oskrbeti v predvidevanem naslednjem valu koronske bolezni, lahko strnemo v eno samo ugotovitev, ki se nanaša na stanje slovenskega primarnega zdravstva.

P.D: Je bilo primarno zdravstvo bolj podhranjeno že pred pandemijo kot ostalo?

I: Ja, jaz mislim, da ja. Zlasti seveda, saj to vemo, to so pereči problemi, ki trajajo dejansko že vsaj pet let v stanju družinske medicine, ampak tukaj govorimo tudi o primarnih pediatrih in tudi primarnih ginekologih. Tukaj smo absolutno podhranjeni in smo bili že pred pandemijo. Pandemija je v bistvu samo razkrila, ker se je pač ta obseg toliko povečal, koliko je bilo deficita. Težko ocenim bolnišnice, ker jih ne poznam dovolj dobro, ampak za primarni nivo pa lahko trdim, da jo to sigurno. (Intervju št. 3, str. 2)

/.../ ljudje so pozabili, kaj je to preventiva, in treba je opolnomočiti ambulate družinske medicine, tako da čakamo kot na začetku na dovolj izobraženega kadra z vsemi kompetencami, z izobraževanjem NIJZ-ja, ker so šli, ker niso zdržali zaradi burn out-a.

P.D.: Kam pa so šli?

I: V Avstrijo na čisto drugo delovno mesto, to so bili magistri kineziologije, diplomirane medicinske sestre. Diplomirane celo h koncesionarjem, torej bomo rekli tam, ko se, ker vemo, da delaš manj, hkrati, pa tudi na druga mesta ... v trgovino ... ne vem, magistri kineziologije pač nekam, da bodo te zabave imeli za otroke pa gibalne aktivnosti. (Intervju št. 5, str. 3, 4)

/.../ bom rekla, to je treba na nacionalnem nivoju nekaj naredit, mi tu ne bomo vsi, absolutno ne, zmogli, zaradi tega, ker je vodstvo

zavoda odvisno tudi od odlokov ministra. Zdaj bo nova vlada, tudi kako bo minister pač gledal na to, koliko bo pač preventivo jemal, da so to ranljive skupine, da to ni samo pač preventiva kot preventiva. Tako da to je prva zadeva, kako bodo odloki napisani, in seveda, kako se bo gledalo na manjko kadra /.../ (Prav tam)

V intervjujih je nanizana vrsta pomanjkljivosti, ki niso le od prej, niti niso le tiste, ki jih je pandemija izpostavila, zaostila, pač pa jih je na novo povzročila, v tej analizi smo se osredotočili le na eno od vsebinskih tematike, t. j. družino in le delno na perspektivo, ki nas čaka ob ponovitvi epidemskega vala. Napotek, poudarjen v skoraj vseh polstrukturiranih intervjujih, lahko strnemo v en sam stavek: »Nujno je treba okrepiti primarno zdravstvo do jeseni.«

Nekateri vprašani celo svarijo, da bo primarno zdravstvo kolapsiralo, če ne bo do jeseni 2022, do domnevnega novega vala pandemije, taktično pravilno sanirano. Navajajo vrsto »lukenj« in nepravilnosti, kot prvo izpostavljajo zapolnitek kadrovske »luknje« z zelo konkretnim ciljem: oskrbeti primarno zdravstvo s primernimi zdravstvenimi delavci, in to selektivno, glede na potrebe na terenu.

Kadrovska podhranjenost primarnega zdravstva je trojna: tista strukturna še iz predpandemičnih časov, postopno stopnjujoča vzporedno z dolgoročno sistemskim odtekanjem več vrst resursov iz primarnega zdravstva; pandemijska, ki ji je botrovala nepripravljenost oziroma ignoranca politik do strokovnih opozoril, opisana v začetnih poglavjih, in ta, tretja, ko je zdravljenje in oskrbo zbolelih na primaru zapustilo pomembno število za to usposobljenih in prepotrebnih strokovnjakov idr. delavcev. Eni so odšli, ker so v nemogočih razmerah pregoreli ali bili prisiljeni kršiti etične kodekse; drugi, predvsem mlajši, pa so se učili na izkušnji starejših in potegnili nauk, da ne gre reševati sistema, ki pušča na več koncih, z dotakanjem takih ali drugačnih lastnih virov.

Naj dodamo aktualno, pravkar objavljeno sporočilo v dnevnem tisku: »Iz ZD Ljubljana je v zadnjih dveh letih odšlo že 18 zdravnikov družinske medicine, dva zdravnika sta se upokojila /.../ S pomanjkanjem in odhodi se srečujemo že zadnjih nekaj let, obremenitve

zdravnikov v javnih zdravstvenih zavodih so velike, v času epidemije pa so se še povečale. /.../ Ocenjujejo, da je področje družinske medicine oslabiljeno v vseh enotah ZD Ljubljana, ne nazadnje pa gre za problematiko na nacionalni ravni.» (Delo, 5. 8. 2022)

Literatura:

1. Ahmadun, Fakharu'L-Razi, Said, Aini Mat in Shaluf, Ibrahim.M. (2003). 'A review of disaster and crisis'. Disaster Prevention and Management, 12 (1), str. 24–32.
2. Azoulay, Élie, Curtin J. Randall, Kentish-Barnes, Nancy (2021). Ten reasons for focusing on the care we provide for family members of critically ill patients with COVID-19. Intensive Care Med 47, 230–233. Dostopno: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06319-5> (11. 6. 2021).
3. Barton Allen H. (1969). Communities in Disaster: A Sociological Analysis of Collective Stress Situation. Garden City, Anchor Books Edition, New York.
4. Bell, David M., Weisfuse, Isaac B., Hernandez-Avila, Mauricio; Del Rio, Carlos, Bustamante, Xinia, Rodie, Guenael (2009). Pandemic Influenza as 21st Century Urban Public Health Crisis Dec; 15(12), 1963–1969. Dostopno: DOI: 10.3201/eid1512.091232 (11. 6. 2021).
5. CDC (2004). SARS Update—April 26, 2004. Dostopno: <https://www.cdc.gov/sars/media/2004-04-26.html> (25. 9. 2021)
6. Calvano, Claudia, Engelke, Lara, Di Bella, Jessica, Kindermann, Jana, Renneberg, Babette, Winter, Sibylle M. (2021). Families in the COVID-19 pandemic: parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences—results of a representative survey in Germany, Eur Child Adolesc Psychiatry. 2021 Mar 1 : 1–13., Dostopno: doi: 10.1007/s00787-021-01739-0 (7. 4. 2022)
7. DELO (5. Avgust, 2022). Epidemija pospešila odhod družinskih zdravnikov, str. 11, Ljubljana.
8. Durkheim, Emile (1992). Samomor. Prepoved incesta in njeni izviri. Studia humanitatis, Ljubljana.

9. ECDC (2010). Template for rapid national evaluations of the 2009–2010 pandemic response. Dostopno: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/healthtopics/seasonal_influenza/Documents/Tool/1002_TER_template_pandemic_evaluations_ECDC.pdf (11. 6. 2021).
10. Fernández-Martínez, Elena, Afang Mapangob, Estefanía, Martínez-Fernández, María Cristina, Valle-Barriode, Verónica (2022). Family-centred care of patients admitted to the intensive care unit in times of COVID-19: A systematic review, *Intensive and Critical Care Nursing*. Dostopno: 16. doi: 10.1016/j.iccn.2022.103223 (7. 6. 2022)
11. Evropski parlament (2021). Resolucija Evropskega parlamenta z dne 21. januarja 2021 o vidiku enakosti spolov v obdobju krize zaradi COVID-19 in obdobju po krizi, Dostopno: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0024_SL.html (7. 6. 2022)
12. Fong, Vanessa. C. in Iarocci, Grace (2020). Child and Family Outcomes Following Pandemics: A Systematic Review and Recommendations on COVID-19 Policies, *Journal of Pediatric Psychology*, Nov-Dec; 45(10), 1124–1143. Dostopno: DOI: 10.1093/jpepsy/jsaa092 (11. 6. 2021).
13. Griffith, Annette K. (2020). Parental burnout and child maltreatment during the COVID-19 pandemic. *Journal of Family Violence*. Predhodna spletna objava. Dostopno: DOI: <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00172> (11. 6. 2021).
14. Gibson, Jennifer L., Martin, Douglas K., Singer, Peter A. (2004). Setting priorities in health care organisations: criteria, processes, and parameters of success. *BMC Health Services Research*. Dostopno: doi: 10.1186/1472-6963-4-25 (7. 6. 2022)
15. Harist, Amanda W., Henry, Carolyn S., Liu, Chao, Sheffield Morris, Amanda (2019). Family resilience: The power of rituals and routines in family adaptive systems. V: Fiese, Celano, Deater-Deckard, Jouriles, Whisman (ur.). *APA handbooks in psychology*, (223–239).

16. IFIMES (2020). International Institute for Middle East and Balkan Studies, 2020, Ljubljana/Rome, 23 March.
17. Jeriček Klanšček, Helena, Roškar, Maja, Pucelj, Vesna, Zupanič, Tina, Koprivnikar, Helena, Drev, Andreja, Korošec, Aleš, Žlavs, Katarina, Peternelj, Vida (2021). Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanimi vedenji med mladostniki v času pandemije Covid-19; Izsledki raziskave Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (HBSC). Dostopno: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbhc_-_oblikovana_verzija_zadnja.pdf (7. 6. 2022)
18. Martin, Douglas K., Shulman, Ken, Santiago Sorrell, Patricia, Singer, Peter (2003). Priority setting and hospital strategic planning: a qualitative case study. *Journal of Health Services Research and Policy*. Issue 8, 59–68.
19. McMullan, Caroline K. (1997) „Crisis: when does a molehill become a mountain?“. *Disaster Prevention and Management*, 6 (1), str. 4–10.
20. Ministrstvo za notranje zadeve (2021). Letno poročilo o delu policije za 2020. Dostopno: <https://www.policija.si/images/stories/Statistika/LetnaPorocila/PDF/LetnoPorocilo2020.pdf> (2. 6. 2021).
21. N.P. (2021). Kje je največja verjetnost, da se okužite? *n1info.si*, 25.11.2021, Dostopno na: <https://n1info.si/koronavirus/kje-je-najvecja-verjetnost-da-se-okuzite/> (14. 5. 2022).
22. Osterholm T. Michael (2009). *Preparing for the Next Pandemic*, v: *Global Health*, John J. Kirton (ed.), Routledge, London.
23. Piketty, Thomas (2020). *Capital and ideology*, Cambridge (Mass.); London, The Belknap Press of Harvard University Press.
24. Plesničar, Mojca, Drobnjak, Marko, Filipič, Katja (202) *Kriminaliteta v času Covid-19*, Študija, Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, Dostopno: <http://inst-krim.si/wp-content/uploads/2020/04/Kriminaliteta-v-dobi-covid-19.pdf> (7. 6. 2022).

25. Prime, Heather, Wade, Mark, Browne, Dillon T. (2020). Risk and Resilience in Family Well-Being During the COVID-19 Pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631–643. Dostopno: <https://content.apa.org/fulltext/2020-34995-001.html> (11. 6. 2021).
26. Stranks Jeremy W. (1994). *Management System for Safety*. Financial Times, Prentice Hall.
27. Svetličič, Marjan (2021). Searching for the Real Normal after Covid-19. *Družboslovne razprave*, 98/2021, 69–95.
28. Thiel, Freya , C S Büechl, Verena, Rehberg, Franciska, Mojahed, Amara, K Daniels, Schellong, Judith Julia 5, Garthus-Niegel, Susan (2022). Changes in Prevalence and Severity of Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review; *Front Psychiatry*. Dostopno: doi: 10.3389/fpsyt.2022.874183 (7. 6. 2022).
29. Thompson, Alisson K., Faith, Karen, Gibson Jennifer L, Upshur, Ross E G (2006). Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. *BMC Medical Ethics* volume 7, Article number: 12. Dostopno: <https://doi.org/10.1186/1472-6939-7-12> (11. 6. 2021).
30. TV SLO 1 (2020). Premagajmo covid-19, vprašanje »Kako lahko preprečimo širjenje okužbe v družini z okuženim članom«. Dostopno: <https://www.rtvsllo.si/zdravje/novi-koronavirus/najpogostejsa-vprasanja-v-povezavi-z-novim-koronavirusom/538673> (18. 12. 2020).
31. Walsh, Froma (2015). *Strengthening Family Resilience*; The Guilford Press, New York, London.
32. WHO (2004). Guidelines for the global surveillance of SARS. Updated recommendations, Dostopno: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/who-cds-csr-aro-2004-18fcdaab9-a1ca-42f7-adaf-d5c624b54b76.pdf?sfvrsn=949080c3_1&download=true (7. 6. 2022).