

Domovi za starejše v Sloveniji

Pandemija covid-19 kot spodbuda k ponovnemu razmisleku o arhitekturi in njenem vplivu na kakovost bivanja

doc. dr. Vanja Skalicky Klemenčič, prof. dr. Vesna Žegarac Leskovar

Univerza v Mariboru, Fakulteta za gradbeništvo, prometno inženirstvo in arhitekturo

Povzetek

Veliko starostnikov po vsem svetu biva v domovih za starejše. V Sloveniji živi v teh ustanovah skoraj 5 odstotkov prebivalstva starejšega od 65 let. V času pandemije covid-19 se je starejše prebivalstvo izkazalo za najranljivejšo družbeno skupino. Domovi za starejše so predstavljali eno najbolj kritičnih oblik bivanja, kar je razvidno iz nesorazmernega števila okužb in smrti med stanovalci domov in drugo populacijo po vsem svetu, tudi v Sloveniji. Med izrednimi razmerami je bilo treba upoštevati številne varnostne protokole za preprečevanje širjenja okužbe, ki so sicer varovali telesno zdravje stanovalcev domov za starejše, vendar pa so negativno vplivali na njihovo mentalno zdravje, predvsem zaradi izolacije in socialnega distanciranja. V tem kontekstu je treba razmisliti o tem, kako lahko arhitekturna zasnova vpliva na blaženje širjenja okužb in hkrati starejšim omogoča dostojno socialno vključujoče bivanje. S tem se odpira širša problematika, ki je povezana s potrebo po raziskavi kakovosti slovenskih domov za starejše ter iskanju arhitekturnih rešitev in predlogov, ki bi lahko prispevali k izboljšanju bivanjskih razmer obstoječih domov in podali smernice za celovit pristop k načrtovanju novih ustanov za dolgotrajno oskrbo starejših.

Ključne besede

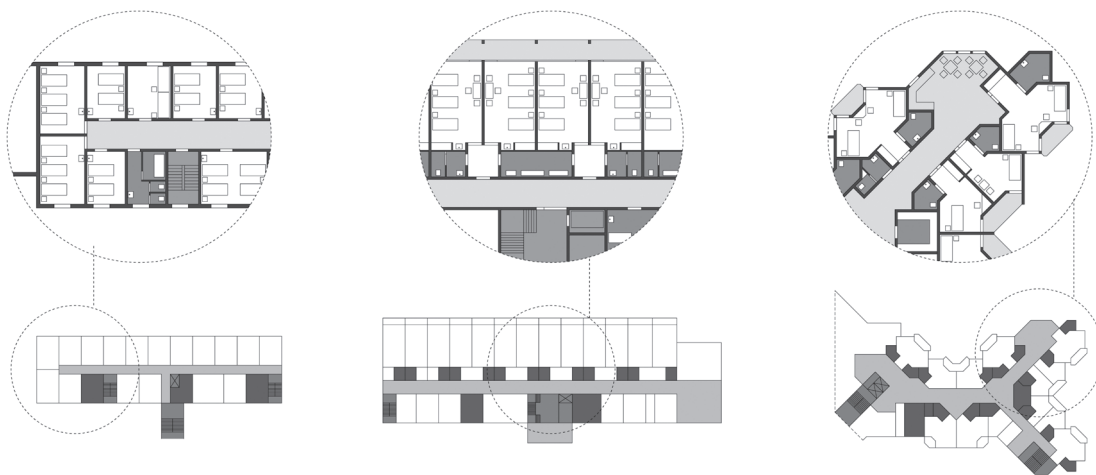
dolgotrajna oskrba starejših, domovi za starejše, arhitekturna zasnova, kakovost bivanja, pandemija covid-19

V zadnjih desetletjih smo priča pojavu starajoče se družbe. Delež starejših od 65 let je leta 2020 presegel 20 odstotkov celotnega prebivalstva EU, medtem ko napovedi za prihodnja desetletja predvidevajo dodatno rast; delež starejših bo do leta 2050 dosegel 29,5 odstotka (Population structure and ageing, 2021). V času pandemije covid-19 so se starejši izkazali kot najbolj ranljiv segment družbe. Podatki iz dvajsetih evropskih držav kažejo, da je delež starejših od 70 let predstavljal več kot 80 odstotkov smrti, povezanih s covidom-19 (Hoffmann in Wolf, 2020). Podobno so podatki o umrljivosti v Sloveniji pokazali, da so prebivalci, starejši od 65 let, predstavljali največji delež umrlih v obsegu aktivno okuženega prebivalstva. Vzrok za visoko smrtnost je med drugim povezan s pridruženimi boleznimi starostnikov, ki povečujejo tveganje za hujši potek bolezni. Vsekakor pa na zdravje in v tem primeru tudi na možnost preprečevanja okužb med demografsko skupino starejših močno vpliva tudi njihovo bivalno okolje. Veliko starejših po vsem svetu živi v ustanovah za dolgotrajno oskrbo, med katere spadajo tudi domovi za starejše. V času pandemije covid-19 so domovi za starejše predstavljali eno izmed najbolj kritičnih oblik bivanja, saj stanovalci niso imeli možnosti, da bi začasno zapustili dom in se preselili v varnejše okolje, kakor je bilo mogoče v drugih oblikah skupinskega bivanja, npr. v študentskih domovih. Zato je v primerjavi s preostalim prebivalstvom prišlo do nesorazmerno visokega deleža okužb in smrti med stanovalci. Skrb vzbujajoč je podatek Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) o smrtnosti; leta 2020 je bilo med 2891 umrliimi za posledicami bolezni covid-19 kar 58 odstotkov stanovalcev domov za starejše. Tveganje za okužbo stanovalcev je bilo mogoče poleg pridruženih bolezni pripisati različnim vzrokom, predvsem pomanjkljivostim in težavam pri izvedbi organizacijskih ukrepov. Med slednjimi je bilo tudi preprečevanje stikov med stanovalci in omejevanje gibanja na lastno sobo, kar je sicer prispevalo k zmanjšanju tveganja okužbe, vendar pa je poslabšalo fizično in duševno zdravje stanovalcev. Ob tem se odpira vprašanje, ali arhitektura slovenskih domov za starejše sploh nudi možnost varnega, zdravega in socialno vključenega bivanja. Izkušnje s pandemijo covid-19 opozarjajo na nujnost premisleka o zasnovi domov z namenom ustvarjanja varnejših in bolj povezljivih bivanjskih okolij.

Zgodovinski razvoj domov za starejše v Sloveniji

Določene oblike ustanov za starejše so se v slovenskem prostoru začele pojavljati šele proti drugi polovici 20. stoletja. Pred tem so na območju Evrope že v poznem

srednjem veku, v Sloveniji pa šele v 19. stoletju, obstajale ustanove, kot so sirotišnice in hiralnice, kjer so živeli samski in obubožani starejši ljudje (Imperl, 2012). Število banovinskih, okrožnih in občinskih hiralnic, za katere so bile značilne izjemno slabe bivanjske razmere, je v Sloveniji naraščalo vse do druge svetovne vojne. Po koncu vojne se je v Sloveniji začela uveljavljati institucionalna oskrba, ki je reševala problem starejših ljudi z nizkim življenjskim standardom in nerešenim stanovanjskim vprašanjem. Stanovalci t. i. domov za starejše, ki jih lahko štejem za naslednike sirotišnic in hiralnic, so bivali v natrpanih večposteljnih sobah in bili aktivno vključeni v različna domska opravila. Pomembno je izpostaviti, da večina tedanjih domov ni bila grajena namensko. Kot navajata avtorici Hlebec in Mali (2013), lahko nadaljnji zgodovinski razvoj domov za starejše po letu 1965 ponazorimo s tremi modeli. V obdobju med 1965 in 1990 je bil značilen t. i. socialno-gerontološki model, ko je socialna gerontologija izrazito vplivala na življenje v domovih. V 60. letih 20. stoletja se je izrazito znižalo število razpoložljivih mest, saj so v domove za starejše naselili vojne sirote in invalide. Starejše so posledično nameščali v gradove, samostane, dvorce in graščine, ki so se nahajali zunaj domačega okolja in mestnih središč. Razmere v teh stavbah so bile popolnoma neprilagojene bivalnim potrebam starostnikov, dodatno slabost pa je zaradi lokacije predstavljala izločenost stanovalcev iz aktualnega družbenega dogajanja. Šele v 80. letih se je število domov povečalo. S postopnim zaposlovanjem zdravstvenih in socialnih delavcev je v domovih prihajalo tudi do večjega osredotočanja na medsebojne odnose in počutje stanovalcev. V obdobju 1991–2000 se je uveljavil bolnišnični model domov za starejše. V okviru tega modela je bila funkcija posameznih profilov zaposlenih vse jasnejša. V primerjavi s predhodnim modelom je bilo za bolnišnični model značilno slabšanje medsebojnega sodelovanja in povezanosti med osebjem in stanovalci. Odnosi so postajali vse bolj formalizirani. Šele po letu 2000 je prišlo do prehoda v socialni model, za katerega je značilno prepoznavanje zelo heterogenih potreb stanovalcev. Pojavljati se začnejo stanovalci z demenco, pri katerih se pokažejo pomanjkljivosti pristopa z izključno medicinsko oskrbo (Mali, 2008). Vse bolj prihaja do izraza potreba po individualizirani obravnavi posameznika, ki omogoča enako-pravno sodelovanje zdravstva in socialnega varstva, kar nakazuje tudi na začetek procesov deinstitucionalizacije. V tem obdobju so se pojavili prvi zasebni domovi in institucionalne zmogljivosti so se postopno povečale, s čimer je bilo zagotovljeno institucionalno varstvo za 5 odstotkov prebivalcev, starejših od 65 let, kar se je ohranilo vse do danes.



Sl. 1: Koncepti domov prve, druge in tretje generacije (od leve proti desni). Vir: Korošec, 2018.

Modeli arhitekturnih zasnov domov za starejše v Evropi

Z vidika arhitekturnega koncepta so se domovi za starejše v Evropi načrtovali po vzoru različnih modelov, med katerimi je dobro poznan model štirih generacij, ki jih je opredelil nemški arhitekt H. P. Winter (Winter in Imperl, 2010). V svoji kariери se je Winter posvečal predvsem bivanju in ideji o dostojnem staranju starejše generacije. Vse štiri generacije v svoji knjigi podrobneje povzame psiholog Imperl (2012), ki je bil med drugim direktor centra za socialno delo in namestnik ministra za družino in socialno varstvo. Prepoznaven je kot vodilni strokovnjak na področju razvoja oskrbe in nege onemoglih starih ljudi v Sloveniji. Do leta 1960 je prevladovala prva generacija domov (Slika 1) s pogosto prenatrpanimi skupinskimi spalnicami, kjer je stanovalcu pripadalo približno 13 m² površine celotnega doma. Zaradi slabih ekonomskih razmer in skromne tehnične opreme so bile zagotovljene le preproste oblike oskrbe in nege. V 60. in 70. letih 20. stoletja so se uveljavili domovi druge generacije (Slika 1) ali medicinski model. Sledili so zgledu bolnišnic, v katerih so bili stanovalci obravnavani kot bolniki, potrebni bolnišnične obravnave, in je bila organizacija oskrbe stereotipna po oddelkih. Še vedno so prevladovala večposteljne sobe, vedno več pa je bilo dvoposteljnih sob z umivalnikom. Šele v 70. letih je prišlo do bolj individualiziranega koncepta zasnove sanitarij. Skupinske sanitarije so nadomestile posamezne sobe ali pari sob s pripadajočimi sanitarijami. V tem modelu so bili umeščeni dodatni funkcionalni in terapevtski prostori, ki so bili ločeni od skupnih prostorov in prostorov za bivanje, s čimer se je pripadajoča površina celotnega doma na stanovalca povečala na 28 m². Za obdobje med 1980 do 2000 je bilo značilno aktiviranje stanovalcev z dejavnostmi, kot je delovna terapija. Oblikovala se je tretja generacija domov (Slika 1), v katerih življenje in oskrba nista več potekala po oddelkih, temveč v stanovanjskih skupinah. Bivanje v eno- in dvoposteljnih sobah z lastnimi sanitarijami je zagotavljalo večjo zasebnost. Skupni prostori so postali osrednji prostor za izvajanje dejavnosti in aktivacijo stanovalcev. V domovih je prvič zaznati poudarek na prostorskem urejanju bivalnega okolja. (Slika 1).

Po zgledu Francije in Nizozemske se konec 20. stoletja v Nemčiji razvije koncept domov četrte generacije. Ta koncept je bil razvit najprej za potrebe stanovalcev z demenco. S tem modelom je arhitekturna stroka prispevala h korenitemu kakovostnemu premiku pri načrtovanju domov za starejše. Zasnovani so po zgledu družinskega življenja, kjer se vsakdanje gospodinske in družabne dejavnosti izvajajo v majhnih gospodinskih skupinah v osrednjem prostoru, ki je lahko družinska kuhinja. Osrednji prostor je obdan s pretežno enopostelnimi sobami, ki postanejo za stanovalce sinonim za lastno stanovanje in jim dajejo občutek lastništva in nadzora nad svojim življenjem. Koncept humane oskrbe in nege stanovalcev se ravna po načelu spodbujanja njihove samostojnosti in aktivnega in kakovostnega življenja ter stremi k načelu normalnosti, torej k ustvarjanju vsakdanjih situacij, ki kar najbolj spominjajo na bivanje v domačem okolju (Imperl, 2012). Po letu 2012 je nemška ustanova Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), katere poslanstvo je izboljšati kakovost življenja starejših in v kateri je arhitekt Winter deloval dobrih 35 let, razvila koncept domov pete generacije. Če je prehod iz tretje v četrto generacijo domov vključeval popolno preobrazbo arhitekturnega koncepta, pa arhitektura domov pete generacije ne doživi tako izrazitih

sprememb površine in nabora prostorov. V primerjavi z domovi četrte generacije ta koncept še bolj poudarja zasebnost in možnost umika. Vse sobe so enoposteljne. Poleg kopalnice imajo tudi zasebno mini kuhinjo, ambient pa je mogoče dopolniti s kosom pohištva iz domačega okolja. Sobe imajo tudi vhodna vrata za obiskovalce z zvoncem in poštnim nabiralnikom, kar daje stanovalcem občutek posedovanja lastnega stanovanja in s tem visoke stopnje zasebnosti (Winter idr., 2002). (Sliki 2, 3).

Že model tretje generacije se je začel odmikati od medicinskega modela druge generacije domov, modela četrte in pete generacije pa sta z oblikovanjem gospodinskih skupin postavila v ospredje človeka kot socialno bitje, kar je predstavljalo odmik od modela ustanove k stanovanjskemu modelu. Stroka je svetovala oblikovanje manjših gospodinskih skupin s šestimi do osmimi stanovalci in referenčno osebo oz. gospodinjjo, ki skrbi za stanovalce. Iz ekonomskih razlogov se je število stanovalcev v skupini kmalu povečalo na 10 do 12 (Winter in Imperl, 2010). Nadaljnega razvoja modelov institucionalne oskrbe v Evropi ni opaziti. Izjema so oblike medgeneracijskih modelov, ki pod isto streho združujejo bivanje različnih generacij, npr. študentov in starostnikov. Sicer pa so trendi dolgotrajne oskrbe v Evropi, predvsem v skandinavskih državah, že več kot desetletje usmerjeni v deinstitucionalizacijo in zagotavljanje dostojnega in kakovostnega bivanja na domu.



Sl. 2, 3: Koncepti domov četrte in pete generacije (od leve proti desni). Vir: Korošec, 2018.



4

Sl. 4: Center starejših Trnovo v Ljubljani kot zgled celovitega načrtovanja, ki kljub zahtevam po visoki kapaciteti stanovalcev, postavlja v ospredje kakovost bivanja in počutje tako posameznika kot skupine.



5

Sl. 5, 6: Večgeneracijsko stanovanjsko okolje v Skandinaviji s skrbno oblikovanim odprtim prostorom in zelenimi površinami in mešano rabo, ki omogoča visokokakovostno bivanje in vsakodnevno aktivno vpetost starostnikov.



6

Stanje domov za starejše v Sloveniji

V okviru formalne institucionalne oskrbe je v Sloveniji trenutno 97 javnih in zasebnih domov za starejše s skupno kapaciteto 19.729 postelj, kar ustreza približno 4,50 odstotka populacije, starejše od 65 let (Pregled kapacitet institucionalnega varstva starejših in posebnih skupin odraslih, 2021). Nekatere domove tvori več enot. Za Slovenijo je značilna tudi precej neenakomerna prostorska razpršenost domov, med katerimi ločimo majhne domove s kapaciteto do 150 mest, srednje s kapaciteto med 151 in 300 mesti ter velike s kapaciteto, večjo od 300 mest (Breznik, 2019). V raziskavi (Žegarac Leskovar in Skalicky Klemenčič, 2021) smo ugotovili, da polovico vseh domov predstavljajo domovi srednje velikosti, 4 odstotke je velikih domov in 46 odstotkov je majhnih. Opozoriti je treba, da je kapaciteta majhnih domov s 150 razpoložljivimi mesti še vedno zelo visoka in ne izpolnjuje usmeritev, podanih s koncepti modelov četrte in pete generacije, ki zagovarjajo bivanje v manjših gospodinjstvih skupnostih. Ob tem je v slovenskih domovih prepoznaven tudi nizek delež enoposteljnih sob, ki omogočajo zasebnost stanovalcev, in znaša le 45 odstotkov. V strukturi sob domov za starejše je 47 odstotkov dvoposteljnih sob, 5 odstotkov triposteljnih, manj kot 3 odstotke štiriposteljnih, 0,3 odstotka petposteljnih in le 0,1 odstotka apartmajev. Tudi z vidika arhitekturne zasnove so domovi v Sloveniji precej zastareli. Veliko domov in socialnih ustanov ni bilo grajenih namensko in se še zmeraj nahajajo v povsem neprimernih stavbnih tipologijah. Večina domov ustreza konceptu modela druge in tretje generacije, kar nekaj je domov četrte generacije, medtem ko domov pete generacije skorajda ni. Večina domov četrte generacije je zasnovana nekoliko drugače od izvirnega koncepta. Kljub temu da se pojavljajo mehurčki gospodinjstvih skupin, je v domovih zasnovana dodatna osrednja kuhinja z jedilnico, kar stroškovno postavlja tak model pod vprašaj. Prav tako je opaziti, da je število stanovalcev v posamezni gospodinjstvi enoti pogosto višje od 12, s čimer se slabi dožemanje skupine kot majhne zaokrožene gospodinjstvene skupnosti.

Arhitekt Winter, ki je sodeloval pri različnih projektih dolgotrajne oskrbe starejših v Sloveniji, je že v intervjuju leta 2010 (Winter in Imperl, 2010) izpostavil nujno potrebo po raziskavi primernosti arhitekturnih zasnov domov za starejše. Sprožil je vprašanje, ki je tudi predmet pogostih razprav v arhitekturni stroki, in sicer, ali je domove v Sloveniji sploh mogoče modernizirati, jih preurediti za drugo dejavnost ali jih je bolje podreti. Zlasti v času pandemije covida-19 se je dodatno izkazalo, da veliko slovenskih domov nima ustreznih arhitekturnih rešitev, ki bi stanovalcem v izrednih razmerah omogočale zdravo, varno in socialno vključujoče bivanje. V nadaljnjih raziskavah je treba podrobneje preveriti, katere so ključne arhitekturne pomanjkljivosti za doseganje bivanjske kakovosti v normalnih razmerah in pripravljenost domov za izredne razmere. (Slika 4).

Kakovost in vzori

Kakovost domov za starejše predstavlja kompleksno in večdimenzionalno domeno, ki jo na splošno opredeljujeta izraza kakovost oskrbe in kakovost bivanja starostnikov. V skladu s to opredelitvijo »kakovost oskrbe« zajema klinične rezultate ter se osredotoča na kakovost in varnost oskrbe, medtem ko »kakovost bivanja« zajema dobro počutje stanovalcev ter njihove možnosti izbire, avtonomije, zasebnosti ter pomembnih družbenih in telesnih dejavnosti. Zgodovinsko gledano je imelo prizadevanje za kakovost oskrbe v domovih za starejše prednost pred prizadevanjem za kakovost bivanja (Kjos in Havig, 2015).

Višanje deleža starejšega prebivalstva v številnih zahodnoevropskih državah je ustvarilo večje povpraševanje po visokokakovostnih zdravstvenih in socialnih storitvah. Te vključujejo oskrbo v domovih za starejše, ki nudijo funkcionalno podporo in oskrbo za osebe, ki potrebujejo pomoč pri vsakodnevni dejavnosti in imajo pogosto kompleksne zdravstvene potrebe. Poseben izziv pri urejanju kakovosti zdravstvene oskrbe je zagotovitev in spodbujanje t. i. »mehkih« storitev, v katerih so individualne izkušnje prebivalcev pomembna dimenzija kakovosti (Spangler idr., 2019). Skandinavske dežele imajo visok indeks kakovosti bivanja oz. dobrega počutja prebivalcev. Sodobna skandinavska praksa trajnostnega urbanega razvoja se že desetletja nepretrgoma razvija in nadgrajuje svoje pozitivne izkušnje predvsem na področju načrtovanja kakovostnih bivalnih okolij, kar vključuje tudi bivanje starostnikov (Sliki 5, 6).

Že v 50. letih 20. stoletja so zaradi zgoraj navedenih dejstev slovenski in drugi arhitekti obiskovali skandinavske dežele in domov prinašali znanja in izkušnje, ki so vplivale na njihovo delo na različnih področjih, od oblikovanja do arhitekture in urbanizma. Vodilno vlogo med arhitekti, ki so prevzemali skandinavske principe na področju stanovanjske gradnje v mariborskem prostoru, ima arhitekt in urbanist Ljubo Humek, eden prvih, ki je že med letoma 1951 in 1952 z Unescovo štipendijo pet mesecev potoval po Švedskem, Finskem in po Švici. Povsem nov pristop pri reševanju urbanističnih vprašanj po švedskih vzorih je uporabil pri urbanistični zasnovi stanovanjskega okolja ob Gosposvetski cesti v Mariboru (1954), z novimi in raznolikimi stanovanjskimi tipologijami ter objekti z javnim programom (zdravstveni dom, trgovina, vrtec), umeščenimi v zelenje. Stanovanjsko okolje tako še danes nudi enega kakovostnejših mestnih prostorov za bivanje za vse starostne skupine, tudi za starejše. Med arhitekti, ki so tudi prevzemali skandinavske principe načrtovanja in gradnje, sta Marta in France Ivanšek. Njuno delovanje je temeljilo zlasti na izboljšanju bivanjskega okolja za vsakogar in na področju stanovanjske gradnje. S stanovanjskim vprašanjem sta se ukvarjala izjemno celovito skozi različne pristope, od raziskovanja, urbanističnega in arhitekturnega urejanja naselij, oblikovanja notranje opreme do stanovanjske vzgoje (Malešič, 2008). Stanovanjska problematika je tako postala glavni predmet njunega delovanja. Njun cilj, ki je bil ustvarjanje udobnih in prijetnih domov, se je kazal z doseganjem visokega bivalnega standarda prostora. Pri svojem snovanju sta izhajala iz teze, da je ena izmed osnovnih potreb vsakega človeka, tudi starejšega, kakovosten stanovanjski prostor. S predhodnimi raziskavami na tem področju sta se med drugim lotila izdelovanja opreme za starejše in načrtovanja domov za starejše, med katerimi sta dva realizirana v Ljubljani, in sicer domova za starejše na Poljanah in na Koleziji (Malešič in Planišček, 2010).

Model načrtovanja stanovanjskih okolij v Skandinaviji, predvsem švedski, ki je imel med skandinavskimi državami pomembno vlogo, je vplival na razmere v Sloveniji na področju raziskovanja kot nov in pomemben korak pri načrtovanju bivanjskega kakovostnih stanovanjskih okolij. Najpomembnejše je, da je v središče in izhodišče načrtovanja umestil človeka kot posameznika in člana družbe. Zdravstveno in socialno varstvo starostnikov sta tudi danes pomembna dela švedske socialne politike. Na podlagi končnih izsledkov raziskave, izvedene na Švedskem (Spangler idr., 2019), je velikost domov za starejše najpomembnejši dejavnik glede zadovoljstva starostnikov. Omejenemu dejavniku sledi razpoložljivost vadbe in družbenih dejavnosti, ki močno vplivata na prizadevanja za kakovostno bivanje

Regije	Št. DSO-jev	Št. stanovalcev REGIJA	Delež okužb REGIJA (%)	Št. stanovalcev DSO	Delež okužb DSO (%)	Delež stanovalcev DSO/REGIJA (%)	Delež okužb med stanovalci DSO/REGIJA (%)
Pomurska	8	114.396	5,51	1.263	54,32	1,10	10,89
Podravska	9	324.875	4,10	2.822	46,39	0,87	9,83
Koroška	3	70.683	5,34	697	58,11	0,99	10,73
Savinjska	15	257.425	4,47	2.527	33,24	0,98	7,30
Zasavska	4	57.059	3,73	663	21,42	1,16	6,68
Posavska	2	75.807	3,71	760	32,11	1,00	8,66
Jugovzhodna Slovenija	8	144.688	4,08	1.295	47,72	0,90	10,46
Gorenjska	9	205.717	5,34	1.626	36,41	0,79	5,39
Primorsko-notranjska	3	52.818	3,31	433	50,58	0,82	12,54
Goriška	7	118.008	2,62	1.393	48,38	1,18	21,76
Obalno-kraška	4	115.613	2,11	698	30,23	0,60	8,66
Osrednjeslovenska	25	552.221	3,90	4.944	33,47	0,90	7,69
Skupaj	97	/	/	/	/	/	/
Povprečje			4,02		41,03	0,94	10,05

Tabela 1: Statistični podatki o okužbah po regijah in domovih za starejše (DSO)

starostnikov v domovih. Razloge za takšne zaključke lahko potrdimo z dejstvom, da se v manjših domovih starostniki lažje identificirajo z novim bivanjskim okoljem, hkrati pa se izniči občutek odtujenosti zaradi iztrganosti iz lastnega doma. Ob tem tudi lažje gradijo občutek pripadnosti, predvsem pa z vključevanjem v različne družbene dejavnosti ostajajo aktiven in nezamenljiv del družbe v nasprotju z občutki monotonosti, izoliranosti in odtujenosti.

Ugotovitve iz časa epidemije covid-19

V raziskavi (Žegarac Leskovar in Skalicky Klemenčič, 2021) smo opredelili arhitekturne dejavnike, ki vplivajo na kakovost bivanja in varnost stanovalcev v času izrednih razmer. S posameznimi merili želimo na eni strani prispevati k zmanjšanju tveganja pri prenosu okužb, na drugi pa omogočiti socializacijo stanovalcev v domu. Merila so razdeljena na pet osnovnih področij: koncept mehurčkov, dostopnost do odprtega prostora in zelenih površin, ločevalni prostori, prezračevanje in organizacijsko-arhitekturni ukrepi.

Po vzoru domov četrte in pete generacije koncept mehurčka opredeli bivanje v manjših gospodinjstvih skupinah z do največ 12 osebami, ki tudi glede na švedsko raziskavo (Spangler idr., 2019) zaradi manjšega merila starostnikom omogočajo lažjo identifikacijo z bivalnim okoljem. Koncept mehurčka vključuje tudi bivanje v enoposteljnih sobah z lastno kopalnico in pripadajočih skupnih dnevnih prostorih. V času epidemij respiratornih bolezni je souporaba skupnih prostorov povezana z večjim tveganjem za okužbo, po drugi strani pa je zelo pomembna za socializacijo stanovalcev. Na področju dostopnosti do odprtega prostora in zelenih površin se to merilo preverja na ravni sob in skupnih prostorov ter v obsegu pripadajočega odprtega prostora in zelenih površin s programom. V okviru področja meril kakovosti, povezanih z ločevalnimi prostori, ugotavljamo, da je za preprečevanje širjenja okužb nujna jasna prostorska umestitev rdeče in sive cone ter t. i. varnih sob za obiske, ki preprečujejo vnos okužbe v dom, hkrati pa omogočajo socialni stik stanovalcev z družino. Bistvenega pomena je, ali se te cone nahajajo zunaj oddelkov bivanja, torej v zunanjih enotah, ali pa so umeščene v skupne prostore ali kar v sobe na obstoječih oddelkih. Naslednje področje se nanaša na način prezračevanja – ali je to mehansko s 100-odstotnim zajemom svežega zraka ali naravno, kateri prostori so prezračevani in kakšna je stopnja prezračevanja.

Kot zadnje preverjamo upoštevanje organizacijsko-arhitekturnih ukrepov, ki so na splošno razdeljeni na omejevanje gibanja znotraj doma (osebje je prav tako ločeno po mehurčkih, gibanje obiskovalcev in vnosnega materiala je omejeno), preprečevanje stikov (umestitev brezstičnih vrat in ločeni vhodi v stavbo) in prilagoditve skupnih prostorov (zmanjšanje kapacitete prostorov, namestitve pregrad, upoštevanje protokolov uporabe ter uporaba večnamenskega prostora, ki omogoča različne dejavnosti v normalnih razmerah ter uvedbo rdeče cone ali druge potrebne funkcije v izrednih razmerah). V izsledkih raziskave lahko izpostavimo ključne kazalnike kakovosti: domovi z manjšimi skupinami stanovalcev, ki ustrezajo konceptu mehurčka, z enoposteljnimi sobami z lastno kopalnico in balkonom ter s prilagodljivimi prostori za izolacijo bolnikov; varne sobe za obiskovalce; ustrezno prezračevanje vseh notranjih prostorov; ter uporaba odprtih prostorov in zelenih površin za varnejšo družbeno interakcijo ter za različne aktivne in pasivne dejavnosti.

Kot vzorec navajamo značilnosti enega izmed domov v Sloveniji: nima enoposteljnih sob z lastno kopalnico, ima pa visok delež (73 odstotkov) enoposteljnih sob s skupnimi kopalnicami; le 20 odstotkov vseh sob ima balkone; ni varne sobe za obiskovalce; stavba nima fleksibilnega prostora; rdeča cona je bila organizirana neposredno na oddelku za demenco; le 25 odstotkov skupnih prostorov ima neposreden stik z zunanostjo; v neposredni bližini ni odprtih ali zelenih površin. Ob navedenih značilnostih naj omenimo, da je bilo v času drugega in tretjega vala okuženih kar 53 odstotkov stanovalcev tega doma, kar lahko pripišemo tudi neustreznim arhitekturnim zasnovi.

Po podatkih NIJZ se je stopnja okužb v slovenskih domovih za starejše zelo razlikovala in je znašala vse od 1,5 do 94,7 odstotka stanovalcev. V raziskavi smo ugotovili tudi, da je bil ta delež povsem neodvisen od velikosti doma in ni bil povezan s stanjem okužb v regiji, v kateri se posamezni domovi nahajajo, kar je prikazano v tabeli 1.

Iz tabele 1 je tudi razvidno, da so okužbe v domovih za starejše v času drugega vala epidemije predstavljale v povprečju 10 odstotkov vseh okužb v regiji, kar je zelo zaskrbljujoč podatek glede na to, da je povprečni delež stanovalcev v domovih za starejše komaj 1 odstotek prebivalstva vsake regije.

Zaključek

Obstoječe zmogljivosti slovenskih domov za starejše ne zadoščajo povpraševanju, kar utemeljujejo uradni podatki o 9.621 prošnjah za prosto mesto v domovih in podatki, ki kažejo, da se število vlog iz leta v leto povečuje. Pomanjkanje prostora v domovih je resen problem, še posebej ker država v zadnjih petnajstih letih ni zgradila nobenega novega doma (Marovt, 2020). Čeprav se pojavljajo zasebni in tuji vlagatelji, je gradnja domov podrejena ekonomskim interesom in se sistematično ne obravnava kot del nacionalne politike dolgotrajne oskrbe starejših. Primer takšnega neustreznega načrtovanja predstavlja projekt novega doma za starejše v severovzhodni Sloveniji, ki se kljub vsem predhodnim študijam nika-
kor ne sklada s smernicami kakovosti.

Ob orisu stanja v slovenskih domovih za starejše se poraja več vprašanj glede arhitekturne zasnove in bivanjske kakovosti. Kako zapolniti primanjkljaj kapacitet in predvsem zagotoviti kakovost arhitekturne zasnove bodočih domov? Kako v obstoječih domovih izboljšati kakovost bivanja starejših z izbiro ustreznih arhitekturnih intervencij? Kako načrtovati domove za starejše s celovitim pristopom, ki ni osredotočen le na zasnovo stavb, temveč tudi na oblikovanje odprtega prostora in zelenih površin ter umeščanje v širšo urbano strukturo, kar se je v Sloveniji na področju stanovanjske gradnje izkazalo kot pozitivna praksa v 50. in 60. letih 20. stoletja? Razmisliti je treba tudi, na kakšen način je mogoče arhitektom vrniti osrednjo vlogo pri načrtovanju in v družbi na splošno, ki bo prevladala nad parcialnimi ekonomskimi in drugimi interesi, ki pomen kakovostnega načrtovanja postavljajo v ozadje.

Viri in literatura

- Breznik, J., Brezovar, Ž., Lampič, B., Ocvirk, N., Šipelj, M., Zavodnik Lamovšek, A., in Zidar, M. (2019). Dostopnost zelenih površin za oskrbovance domov starejših občanov v majhnih mestih Slovenije. *Dela*, (52), 61–91. doi: 10.4312/dela.52.61-91.
- Hlebec, V., in Mali, J. (2013). Tipologija razvoja institucionalne oskrbe starejših ljudi v Sloveniji. V: *Socialno delo*, 1. Dostopno: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-CKBD9PRE/ed6f1491-5635-4adf-aba6-900eb8690af6/PDF> (Dostop: 15. 5. 2018)
- Hoffmann, C., in Wolf, E. (2020). Older age groups and country-specific case fatality rates of COVID 19 in Europe, USA and Canada. *Infection*, 49(1), 111–116. DOI= <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01538-w>.
- Imperl, F., (2012). *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Firis Imperl & Co.: Seniorprojekt, Logatec.
- Kjøs, B., in Havig, A. (2015). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes - a change to more activities?. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 30(2), 330-339. doi: 10.1111/scs.12249
- Korošec, L. (2018). Zasnova centra za bivanje in aktivnosti starostnikov (magistrsko delo). Fakulteta za gradbeništvo, prometno inženirstvo in arhitekturo, Univerza v Mariboru, Maribor.
- Malešič, M., (2008). Arhitekta France in Marta Ivanšek (diplomsko delo). Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Ljubljana.
- Malešič in Planišček, (2010). Doma – arhitekta Marta in France Ivanšek. Trajekt Zavod za prostorsko kulturo Ljubljana.
- Mali, J. (2008). Od hiralnic do domov za stare ljudi. Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.
- Marovt, A. (2020). Država je zadnji dom zgradila pred 15 leti, na posteljo čaka 12.300 starostnikov. <https://www.24ur.com/novice/dejstva/Drzava-je-zadnji-dom-zgradila-pred-15-leti-na-posteljo-cka-12.300-starostnikov>.
- Population structure and ageing - Statistics Explained. (2021). https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase.
- Pregled kapacitet institucionalnega varstva starejših in posebnih skupin odraslih – 1. 1. 2021 – SSZ. (2021). <http://www.ssz-slo.si/splosno-o-posebnih-domovih/pregled-kapacitet-in-pokritost-institucionalnega-varstva-starejsih-in-posebnih-skupin-odraslih/register-kapacitet-1-1-2020/>.
- Spangler, D., Blomqvist, P., Lindberg, Y., in Winblad, U. (2019). *Small is beautiful? Explaining resident satisfaction in Swedish nursing home care*.
- Winter, H. P., Gennrich, R., in Haß, P. Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus: KDA Hausgemeinschaften – Eine Dokumentation von 34 Projekten. Hrsg. Bundesministerium für Gesundheit, erarbeitet vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Band 9, Köln, 2002. V IMPERL, F. *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Firis Imperl & Co.: Seniorprojekt, Logatec, 2012.
- Winter, H. P., in Imperl, F. (2010). Oskrba starejših – mora ali izziv jutrišnjega dne, *Kakovostna starost*, Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, l. 13., št.1. (90–102).
- Žegarac Leskovač, V., in Skalicky Klemenčič, V. (2021). The role of nursing homes architectural design in mitigating the risk of COVID-19 pandemics: the case of Slovenia, *Athens Journal of Architecture*. [Online ed.]. 2021, vol. 10, no. , str. 1-16, ilustr. ISSN 2407-9472. DOI: 10.30958/aja.X-Y-Z.