

Dostopnost zdravstvene oskrbe v času pandemije: normalizacija izrednih razmer

SARA PISTOTNIK

Pandemija je v »novo normalnost« prepisala vse, kar je bilo pred njenim prihodom del rutiniranega, a povečini javno marginaliziranega režima ustvarjanja neoliberalnega reda in z njim povezane sistemske produkcije globalne neenakosti. V sociološkem smislu je pandemična »nova normalnost« izris neoliberalne družbe in njenih bolezenskih stanj. Je neposredno pričevanje o zgodovinskem obratu k neoliberalni državi in njegovih posledicah. (Vidmar Horvat in Pušnik 2021: 5–6)

V obdobju pandemije covida-19 sta zdravje in zdravstvo dobila številne nove konotacije. Med njimi so tudi tiste, ki se tičejo dostopnosti zdravstvene oskrbe, ki je bila, skupaj z drugimi javnimi storitvami, tedaj omejena. V poglavju se bom zato ukvarjala s preoblikovanjem dostopa do zdravstvene oskrbe, kakor so ga doživljali sogovorniki in sogovornice v raziskavi *Sonar-Global*, ter njihovim manevriranjem

znotraj javnega zdravstvenega sistema v času izrednih razmer, zaznane spremembe pa bom skušala umestiti v širši družbeni kontekst.

Sogovorniki in sogovornice imajo zaradi različnih značilnosti in okoliščin številne ranljivosti, zato me bo na začetku besedila zanimalo, kako različni avtorji interpretirajo ranljivost v zdravstvu, še posebej s stališča družbene neenakosti. V nadaljevanju bom s tem povezala koncept dostopnosti, ki daje oprijemljivejše sidrišče za analizo odgovorov in jasneje nakazuje, kje se v slovenskem zdravstvenem sistemu kažejo razpoke za nezadovoljene potrebe glede zdravstvene oskrbe sogovornikov. Ta pristop temelji na predpostavki, da za analizo ranljivosti ni ustrezno analizirati družbenega položaja »ranljivih skupin« kot vzporednega oziroma zamejenega v delu prebivalstva oziroma jih vnaprej umestiti med »ranljive skupine«. Pojmovanje dostopnosti nam namreč omogoči videti ovire, ki jih morda trenutno bolj intenzivno doživljajo določeni prebivalci, vendar zaradi svoje systemske narave kažejo na širše težave pri dostopnosti zdravstva. Te pa zaradi družbenih procesov, ki vodijo v razgradnjo različnih vidikov socialne države, pomenijo nevarnost za celotno družbo. Na ta način lahko vidimo dostopnost kot hrbtno stran neenakosti, saj ključno zaznamuje možnosti oseb, da so sploh subjekt zdravstvene obravnave, obenem pa razumemo, da se družbena neenakost (z njo pa ranljivosti) s spremembami družbenih okoliščin zlahka razširi na večji del prebivalstva.

V drugem delu besedila bom analizirala odgovore sogovornikov in sogovornic glede dostopa do zdravstvene oskrbe v času pandemije covid-19. Sogovorniki so skozi razumevanje zdravstvene oskrbe v času ukrepov opisovali preplet starih ovir in novih problemov, ki jih ni bilo mogoče povsem ločiti. Tako so razkrivali daljnosežnejše procese v slovenskem zdravstvenem sistemu in s tem dokazovali, da se pandemija ni zgodila v praznem prostoru. Obenem pa so zaradi hitrih sprememb in premikov v pojmovanju »normalnega« ravno izredne razmere odlični pokazatelj širših trendov na različnih družbenih področjih, ker lahko skozi njega vzremo dolgotrajnejše usmeritve družbenega razvoja.

POJMOVANJE NEENAKOSTI PRI DOSTOPU DO ZDRAVSTVA

Nekateri avtorji za opisovanje dejavnikov, ki številne osebe na različnih področjih ovirajo pri doseganju enakosti v družbi, uporabljajo koncept *strukturna ranljivost*. Ta je sestavljen iz dveh konceptov. Prvi je *strukturno nasilje*, ki ga je Johan Galtung (1969) opredelil kot posredno

obliko nasilja, vgrajeno v družbeno strukturo ter institucije, in ki škodi ljudem, ker jim onemogoča, da zadovoljijo osnovne potrebe, čeprav bi se bilo temu možno izogniti. Ker je inherenten del družbene strukture in mu umanjka akter ali celo akcija nasilja, je pogosto nevidno, statično, stabilno in se zdi objektivna, naravna posledica delovanja družbe, četudi učinkuje kot neenako razmerje moči in neenake življenjske priložnosti (Galtung 1969: 171–174). S tem pa vpliva tudi na manifestacije in resnost različnih zdravstvenih stanj. Drugi koncept je *ranljivost*, uveljavljen javnozdravstveni koncept, ki opisuje povečano tveganje oseb na področju zdravja. Skupaj nam koncepta sporočata, da različna tveganja, ki povzročajo in utrjujejo slabo zdravstveno stanje posameznikov in posameznic, pogosto niso posledica njihovih individualnih, kulturnih in podobnih pomanjkljivosti, ampak družbenih, političnih in ekonomskih struktur (Carruth idr. 2021: 2).

Koncept strukturne ranljivosti na področju zdravstva nam zato omogoča analizo, na kakšen način družbene okoliščine in organizacija vsakdanjih praks spodjedajo zmožnosti pacientov za neoviran dostop do zdravstvenega varstva, sledenje napotkom po obravnavah ali uspešno spreminjanje načina življenja (Bourgois idr. 2017: 299). Avtorji tako navajajo, da je strukturna ranljivost stanje posameznika ali skupine prebivalstva, ki ga/jo zaznamuje tveganje za negativne zdravstvene posledice zaradi njihove umeščenosti v družbeno-ekonomske, politične in kulturne oziroma normativne hierarhije:

Pacienti so strukturno ranljivi, kadar njihova lokacija v družbi, ki jo določajo številne sovpadajoče in medsebojno utrjujoče se hierarhije moči (tj. družbenoekonomske, rasne, kulturne) ter institucionalni statusi in statusi na ravni politik (tj. migrantski status, zaposlitveni statusi), omejuje njihovo zmožnost za dostop do zdravstvenega varstva in za prizadevanje za zdrav življenjski slog (prav tam: 300).

Ta definicija torej upošteva, da živimo znotraj raznolikih mrež odnosov moči in njihovih različnih učinkov, ki vplivajo na dostop do virov ter oblikujejo naše odločanje in vedenje. Strukturna ranljivost je tako definirana kot pozicionalnost (angl. *positionality*), ki na vzorčne načine vsiljuje fizično in psihološko trpljenje specifičnim osebam ter skupinam prebivalstva, zato lahko rečemo, da je »produkt na razredni pripadnosti temelječega ekonomskega izkoriščanja ter kulturne, spolne in rasizirane diskriminacije, pa tudi komplementarnih procesov formiranja razvrednotene subjektivitete« (Quesada idr. 2011: 339).

Učinek tovrstnega nasilja je ponotranjenje in s tem naturalizacija neenakosti, ki skozi vsakdanjo rutino omogoča utrjevanje družbenih razmerij moči, zato strukturna ranljivost ni gola posledica kombinacije

družbenoekonomskih in demografskih značilnosti (na primer spol, ekonomski status, rasa/etničnost, spolna identiteta, državljanstvo, vključenost v zavodsko oskrbo in tako naprej), ampak nanjo vplivajo tudi prevladujoče družbene percepcije različnih vlog in statusov, povezanih z njimi (na primer predstave o normalnosti, odgovornosti, kredibilnosti, iskrenosti in podobno). Te so pri vprašanju vsakodnevnega dostopa do zdravstvene oskrbe ključne za odločanje o tem, kdo velja za bolj ali manj vrednega obravnave. Številni subtilni kulturni in normativni označevalci, kot so naglas, drža, obnašanje in tako naprej, se namreč povezujejo z omenjenimi družbenoekonomskimi in demografskimi značilnostmi ter utrjujejo predpostavke o družbenih statusih različnih oseb oziroma skupin oseb, s tem pa vplivajo na enakost dostopa do zdravstva in na družbeno enakost nasploh (Bourgeois idr. 2017: 299–301). Ti označevalci tako lahko vplivajo na delo institucij ter usmeritve odločevalcev in drugih deležnikov, ki določajo sistemski okvir delovanja, ali na odločanje zdravstvenih delavcev o tipu pomoči, ki velja kot ustrezen za določeno osebo ali družbeno skupino. Tako strukturna ranljivost »vključuje načine, na katere različne institucije in prakse, vzpostavljene z namenom ponujanja pomoči in podpore, lahko, včasih nenamerno, prispevajo k zdravstvenim tveganjem in slabim zdravstvenim rezultatom« (Carruth idr. 2021: 2).

V povezavi s tem se je v literaturi vzpostavil koncept *zaslužnosti* (angl. *deservingness*). Kot številni drugi javni delavci tudi zdravstveni delavci dnevno soustvarjajo kompleksne moralne ocene, ki temeljijo na predpostavkah o tem, kdo je vreden kakovostne obravnave. Ocene, ki določene paciente ovrednotijo kot manj vredne obravnave od drugih, imajo lahko za posledico neenak dostop do zdravstva in slabše izkušnje obravnave, kar vpliva na njihovo zdravstveno stanje in razvoj bolezni. Koncept zaslužnosti razkriva pogosto neizgovorjene predpostavke o prevladujoči hierarhiji različnih skupin pacientov, ki imajo neenak dostop do kakovostnega zdravstvenega varstva, včasih ne glede na formalno upravičenost do zdravstvene obravnave. Ta koncept tako pokaže, kako implicitne moralne ocene vplivajo na vsakdanje, rutinske odločitve, ki imajo lahko posledice za zdravje oseb, saj vplivajo na vse aspekte obravnave. Čeprav so ta mnenja včasih celo integrirana v klinične protokole in norme delovanja, čisto vsak zdravstveni delavec rutinsko uporablja diskrecijo, ko se odloča o naravi oskrbe in dostopu do nje (Holmes idr. 2021: 1–3; primerjaj Willen 2012; primerjaj Lipovec Čebren in Pistotnik 2017).

Pojmovanji strukturne ranljivosti in zaslužnosti se ne prekrivata nujno oziroma povsem z vidiki formalne upravičenosti, ki običajno izvirajo iz legalnih postavk in opredeljujejo dostop do pravic, zato ni

dovolj, da raziskujemo zgolj normativne predpostavke o tem, kdo naj bi imel dostop do zdravstva, saj nam tako pogosto spodleti pri ugotavljanju, kdo ga dejansko ima in ga tudi uporablja. Sarah Willen (2012) je zapisala, da obstaja zapleteno razmerje med pravnimi argumenti o formalni upravičenosti do zdravstvenih pravic, ki stremijo k univerzalnosti, in specifičnimi moralnimi argumenti o zaslužnosti, vezanimi na situacijo. Predlaga, da k dostopu do zdravstvenega varstva pristopimo sočasno s treh različnih kotov: pravnega (pravice, politike in druge podlage za formalno upravičenost), moralnega (zaslužnost) in empiričnega (dostop v praksi) (Willen 2012: 805–809).

Ti pristopi k raziskovanju dostopnosti zdravstva v ospredje postavljajo razloge, zakaj se določene osebe ali skupine zaradi svojega strukturnega položaja v družbi soočajo z neenako obravnavo in slabšimi možnostmi za skrb za zdravje, torej zakaj so »ranljive«. V analizi sicer upoštevajo tvornost samih zdravstvenih delavcev in vpliv njihovih pogledov na kakovost zdravstvene obravnave, vendar ob tem zdravstvene institucije in njihovo vpetost v širšo organizacijo družbenega podsistema zdravstva, ki bi morala zagotavljati in udejanjati dostopnost, pogosto jemljejo kot nekaj statičnega. Ponujajo nam okvir za razumevanje, zakaj imajo določene osebe ali skupine oseb neenako izhodišče pri dostopu do zdravstvene oskrbe, manj pa, kaj se dogaja, ko vstopajo v zdravstveni sistem. Zato se bomo v nadaljevanju posvetili konceptualizacijam dostopnosti, ki nam lahko pomagajo razumeti, kako pri raziskovanju neenakosti v zdravstvu vzeti v ozir tudi različne procese, ki se odvijajo, ko oseba skuša priti do zdravstvene oskrbe, ter dejstvo, da so institucije spremenljive in je njihovo delovanje odvisno od številnih okoliščin. Ena teh okoliščin je bila vsekakor razglasitev pandemije covid-19 skupaj z vsemi ukrepi, ki so jih oblasti sprejele za omejevanje širjenja virusa.

DOSTOPNOST ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Dostopnost je ena ključnih komponent, ki naj bi zagotavljale enakost v zdravstvu. Klasična raziskava Penchanskega in Thomasa (1981) je bila med tistimi, ki so opozorile, da dostopnost ni enoznačen pojem. Pri svojem razčlenjevanju sta jo zajela v petih dimenzijah, ki odražajo skladnost med značilnostmi in pričakovanji tako zdravstvenega sistema kot njegovih uporabnikov. Te dimenzije so: razpoložljivost (angl. *availability*), ki se nanaša na zadostno število in ustrezen tip zdravstvenega osebja, objektov, programov ter storitev; dostopnost (angl. *accessibility*),

ki izraža razmerje med lokacijami storitev in uporabnikov, upoštevajoč različne dejavnike, na primer prometne povezave, ceno, razdaljo in tako naprej; prilagojenost (angl. *accommodation*), ki obravnava razmerje med načini, na katere so storitve organizirane (na primer uradne ure, možnosti naročanja, podajanje informacij po telefonu in podobno), ter zmožnostmi uporabnikov za prilagoditev nanje, kot tudi percepcijami uporabnikov o njihovi ustreznosti; cenovna dosegljivost (angl. *affordability*), ki opisuje razmerje med cenami storitev in obsegom zavarovanja oziroma višino plačila glede na prihodke uporabnikov ter njihovo percepcijo o vrednosti storitve; in sprejemljivost (angl. *acceptability*), ki daje poudarek na razmerje med predstavami uporabnikov o osebnih in profesionalnih značilnostih zdravstvenega osebja ter njihovimi dejanskimi značilnostmi, kot tudi na odnos zdravstvenega osebja do osebnih značilnosti uporabnikov (na primer starost, spol, etničnost in tako naprej) (Penchansky in Thomas 1981: 128–129).

Iz tega pristopa so se razvila številna pojmovanja dostopnosti in enakosti dostopa za različne skupine prebivalstva, ki se osredotočajo primarno na točko vstopa v obravnavo in na oceno pogostosti oziroma načina uporabe zdravstvenih storitev glede na ponudbo. Pogosto so dostop do zdravstvenega sistema razlagala na način, da dostopnost ni težava, dokler ponudba zadosti povpraševanju uporabnikov, saj so storitve na voljo. Ta pogled pa je pogosto spregledal, da je uporaba sistema zdravstvenih storitev kompleksna in da določene osebe iz različnih razlogov ne poiščejo pomoči oziroma jim je ta zavrnjena (van der Boor in White 2020: 157).

Mary Dixon-Woods (2006) je zato s sodelavci razvila nov pristop, kritično interpretativno sintezo, kot metodologijo za pregled opravljenih raziskav na določenem področju, za primer pa so si izbrali dostop do zdravstva za »ranljive skupine«. Po analizi so zaključili, da je zdravstvena obravnava odvisna od številnih kompleksnih procesov, ki jih moramo prepoznati, če želimo pravilno razumeti dostopnost. Razvili so koncept *kandidature* (angl. *candidacy*), ki poudarja dinamično, večdimenzionalno in kontingentno naravo dostopnosti. Zajema procese, prek katerih se dostopnost nenehno definira in redefinira s pogajanjem med posamezniki in zdravstvenimi delavci oziroma institucijami glede upravičenosti do zdravstvene oskrbe. Ta konceptualni model dostopnosti zdravstva upošteva, da zdravstvene službe in uporabniki nenehno vzpostavljajo in opredeljujejo primerne subjekte zdravstvene obravnave, na kar vpliva preplet številnih dejavnikov, tako oseb in njihovih družbenih kontekstov kot silnic na makro ravni, ki usmerjajo razporeditev virov in organizacijo služb. Vstop v zdravstveni sistem od oseb zahteva določen angažma, pri tem pa so obseg, težavnost

in zapletenost tega angažmaja lahko ovira za zdravstveno obravnavo, s čimer se povečuje ranljivost (Dixon-Woods idr. 2006).

Ti procesi nenehnega pogajanja potekajo na zelo različnih ravneh. Kot prvo so avtorji opredelili identifikacijo kandidature, torej kdaj in kako uporabniki prepoznajo določene simptome kot potrebne obravnave, s čimer postanejo kandidati za zdravstveno oskrbo; druga se nanaša na navigacijo znotraj sistema, torej koliko uporabniki poznajo ponudbo zdravstvenih storitev in ali imajo ustrezne vire, da jo lahko dejansko uporabijo (na primer prevoz, ustrezen delovni čas, dodatni stroški in tako naprej); tretjo so poimenovali prepustnost zdravstvenih storitev, ki opisuje, kako enostavno je priti do zdravstvenih storitev oziroma koliko kompetenc ali virov mora oseba uporabiti, da si zagotovi obravnavo; četrta se tiče nastopa (angl. *appearances*) uporabnikov v zdravstvenih službah, torej podajanja njihove kandidature za zdravstveno oskrbo, pri čemer je ta zopet odvisna od njihovih kompetenc, kot so jasno artikulirane zahteve in vtis kredibilnosti; sledi ji odločanje, ki se nanaša na strokovne razsodbe in odločitve zdravstvenega osebja o legitimnosti kandidature, od katerih je odvisna nadaljnja zdravstvena obravnavo; šesto predstavlja odločitev uporabnikov, ali bodo zdravstveno obravnavo sprejeli ali zavrnil; zadnja raven pa zajema lokalno specifične vplive na interakcije med zdravstvenim osebjem in uporabniki, pri čemer sta ključna zaznana ali dejanska razpoložljivost in ustreznost virov, ki lahko naslovijo kandidaturu (Dixon-Woods idr. 2006: 7–8; primerjaj Pétrin idr. 2021: 791).

Koncept kandidature tako upošteva, da podajanje posameznikove kandidature oblikujejo osebni, strukturni, družbeno-kulturni, organizacijski in strokovni dejavniki, zato nam pomaga razumeti tudi, zakaj osebe v manj privilegiranih situacijah manj uporabljajo zdravstvene storitve. Ugotovitev raziskave o dostopnosti zdravstva za prosilce za azil v Kanadi je, da se dejanska uporaba zdravstvenih storitev zaradi različnih okoliščin lahko razlikuje od formalne dostopnosti, tudi zaradi izključujočega okolja, ki oblikuje občutek (ne) upravičenosti uporabnikov do zdravstvenih storitev ne glede na dejanske pravice (Chase idr. 2017).

Koncept kandidature so avtorji uporabili v različnih situacijah; tako pri raziskovanju dostopnosti zdravstva v primeru pacientov z različnimi zdravstvenimi stanji (na primer multiplo sklerozo (Pétrin idr. 2021), rakom črevesja in srčnim popuščanjem (Macdonald 2016), kroničnimi boleznimi (Hunter idr. 2013), stiskami v duševnem zdravju (Liberati idr. 2022)) kot v primeru dostopnosti za različne družbene skupine (na primer prosilce za azil (Chase idr. 2017), starejše pripadnike etničnih manjšin (Koehn 2009)) ali obojega (beguncev

na področju duševnega zdravja (van der Boor in White 2019), žensk z afroameriškim ozadjem na področju preventivne mamografije (Klassen idr. 2008)). Na podlagi teh raziskav so podali predloge za nove komponente koncepta kandidature (na primer vloga etničnega ozadja (Koehn 2009), državljanstva (Mackenzie idr. 2013); upoštevanje obravnave, osredotočene na pacienta, pretekle izkušnje, pričakovanja in rezultati obravnave (Pétrin idr. 2021; Hunter idr. 2013); vključitev bolezenske identitete (angl. *illness identity*) (Macdonald idr. 2016); nadgradnja modela z vključitvijo širšega nabora deležnikov, ki vplivajo na dostopnost zdravstva (Chase idr. 2017)). Drugi avtorji pa so predlagali uporabo koncepta kandidature tudi v nezdravstvenih javnih službah, še posebej v kontekstu spreminjajočih se družbenih in političnih norm, ki vplivajo na njihovo organizacijo in način delovanja (Mackenzie idr. 2013).

Koncept kandidature tako vpeljuje večplastno percepcijo dostopnosti kot procesa, in ne kot statične postavke, vendar daje manj pozornosti strukturnim razlogom, ki vodijo v bolj omejen dostop do zdravstva za nekatere dele prebivalstva. Zajema sicer nekatere vidike koncepta zaslužnosti, delno se zaradi svojega fokusa na dostop do zdravstvene oskrbe dotakne tudi strukturne ranljivosti. Ampak le, če upoštevamo vse tri koncepte skupaj, razumemo transformacije dostopnosti zdravstvene oskrbe med naglimi družbenimi spremembami, ki so na vseh ravneh potekale zaradi različnih ukrepov, uveljavljenih med pandemijo covid-19. To bom na podlagi raziskave *Sonar-Global* predstavila v nadaljevanju besedila.

STARE IN NOVE OVIRE PRI DOSTOPU DO ZDRAVSTVENE OSKRBE V ČASU COVIDA-19

Namen projekta *Sonar-Global* je bil boljše razumevanje ranljivosti ter identifikacija novih in poglobljenih ranljivosti v pandemiji covid-19, za kar je bila ključna raziskava, ki je bila usmerjena v ugotavljanje potreb oseb z različnimi oblikami ranljivosti. Med drugim je bil cilj raziskave ugotavljanje strukturne ranljivosti in kako so nanjo vplivale družbene spremembe, povezane tako z virusom SARS-CoV-2 kot z ukrepi, ki so jih države sprejele za omejevanje njegovega širjenja.

Ena osrednjih komponent enakosti in ranljivosti pa je, kot že omenjeno, dostopnost različnih virov in storitev. V nadaljevanju besedila bom analizirala odgovore sogovornikov in sogovornic, v katerih so bile prepoznane ranljivosti in ki se nanašajo na njihove izkušnje ter

na izkušnje njihovih sorodnikov, prijateljev, znancev in drugih glede zdravstvene oskrbe v času pandemije covid-19. Zanimali so me najpogostejši odgovori na vprašanja: Ali imate obvezno zdravstveno zavarovanje?, Ali imate dopolnilno zdravstveno zavarovanje?, Ali morate dodatno plačevati za medicinske pripomočke, za zdravila, specialistične preglede?, Ali stroški zdravstvene oskrbe vplivajo na to, ali boste poiskali medicinski nasvet ali zdravljenje?, Ali tam, kjer živite, obstajajo organizacije, skupine ali posamezniki, ki ljudem pomagajo, da zdravo živijo?, Ali ste v zadnjem času prejeli podporo javne službe ali organizacije? Je bila ta pomoč povezana z zdravjem ali s čim drugim?, Ali bi rekli, da so v vaši skupnosti/soseski vsi obravnavani enako?, Imate občutek, da je za vaše osnovne potrebe v življenju poskrbljeno? Občasno so sogovorniki to tematiko omenjali tudi na drugih mestih v intervjuju. Odgovori so bili razvrščeni pod kodo Nedostopnost zdravstvene oskrbe in pripadajoče podkode: Čakalne dobe, Časovne ovire, Diskriminacija – neenaka obravnava, Finančne ovire, Geografske ovire, Jezikovne ovire, Kulturna – verska – druga prepričanja, ki vplivajo na dostop do zdravstvene oskrbe, Nedostopnost zdravstvene oskrbe – drugo, Nima obveznega zdravstvenega zavarovanja in razlog, Nima dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in razlog, Otežena komunikacija, Pomanjkanje virov v zdravstvu, Strategije premoščanja ovir ter Zadržki pri dostopu zaradi covid-19. Zanimalo me bo, kako se je za sogovornike spreminjala dostopnost zdravstva, katere ovire so jo po njihovem mnenju otežile in kateri dejavniki olajšali ter ali so te povezane zgolj z ukrepi za omejevanje pandemije ali pa lahko govorimo o starih težavah slovenskega zdravstvenega sistema, ki jih je kontekst covid-19 poglobil.

ARBITRARNOST DOSTOPA DO ZDRAVSTVENE OSKRBE

Pri vprašanjih, ki so se nanašala na dostopnost oziroma nedostopnost zdravstvene oskrbe, je večina sogovornikov menila, da dostopnost ni enaka za vse prebivalke in prebivalce. Razlogi, ki so jih ob tem navajali, so se razlikovali. Nekateri sogovorniki in sogovornice so omenjale splošne razloge, denimo da ne zaupajo uradni medicini oziroma biomedicini, ker po njihovem mnenju zdravi le simptome, in ne vzroke različnih bolezenskih stanj. Več sogovornikov je omenjalo razočaranje nad odzivi osebnih zdravnikov in zato občutke nerazumljenosti, nezaupanja ali zapostavljenosti, eden pa celo, da se nekateri zdravniki ne poglobijo v reševanje stisk uporabnikov, ampak se želijo pacientov čim prej znebiti (MS-AK-R30).

Sogovorniki so izrazili tudi, da so zdravstveni delavci preobremenjeni, zato se nimajo časa posvetiti zdravstveni obravnavi. Najpogosteje pa so omenjali, da je dostop do zdravstvene oskrbe omejen zaradi pomanjkanja zdravstvenega osebja, še posebej osebnih zdravnikov, ginekologov in zobozdravnikov, ki bi bili v kraju prebivanja. Sogovornik je tako pojasnil: »V Ljubljani ni več na voljo osebnih zdravnikov. Ne glede na to, ali si begunec ali Slovenec. Potem, če si Slovenec, si najdeš osebnega zdravnika v Kočevju, če si begunec, pa ne, ker nimaš avta.« (LJ-NV-R03) Poleg manka teh zdravstvenih profilov, sistemske težave slovenskega zdravstvenega sistema, ki presega čas pandemije, so sogovorniki izpostavili še pomanjkanje programov na področju duševnega zdravja.

Po uvedbi ukrepov za zajezitev pandemije covid-19 se je problem pomanjkanja osebnih zdravnikov le še poglobil in dobil nove razsežnosti. Pri analizi odgovorov, ki se nanašajo na dostopnost zdravstvene oskrbe v tem času, so sogovorniki poudarjali, da so postali osebni zdravniki še bolj nedostopni. Nekateri so omenili, da so zaradi novih potreb veliko zdravstvenih delavcev prestavili na druga delovna mesta: »Dobro, zdaj so doktorje zreducirali na minimum ... Prej boš zunaj pred zdravstvenim domom dobil pljučnico kakor pa covid.« (MS-AK-R48) Med nalogami, ki jih je prinesla pandemija in zaradi katerih je bilo zdravstveno osebje prestavljeno na druga delovna mesta, so omenjali preverjanje simptomov covid-19 in cepljenje. Toda nedostopni so postali predvsem zaradi spremenjenega režima dostopa do zdravstvene oskrbe, kar pomeni, da so bile zdravstvene institucije sicer odprte, vendar je bilo njihovo delovanje organizirano na način, ki je lahko onemogočal dostop. Med drugim so se za nenaročene paciente zaprla vrata zdravstvenih domov, obenem pa se je zdravstvena oskrba delno izvajala po telefonu oziroma elektronski pošti.

Pri tem so imeli sogovorniki različne izkušnje. Nekateri so imeli s takšnim načinom organizacije dostopa pozitivne izkušnje: »Samo na telefonih pa jih ne dobiš, ampak mail pa funkcionira« (LJ-NV-R36). Pozdravili so nove možnosti za urejanje nekaterih postopkov, denimo bolniških odsotnosti, manj čakanja v zdravstvenih institucijah in prazne čakalnice zaradi dobrega sistema naročanja. Sogovornica je tako opisala svoje izkušnje: »Prej smo čakali po tri ure, pa so bili štirje pred mano [...], sedaj je pa prazno. Ko prihajaš, se javiš spodaj, razkužiš, greš in si takoj sprejeta, ker si imela naročeno. Meni je bilo zdaj dosti lažje iti v zdravstveni dom.« (LJ-NV-R36) Večina sogovornikov pa je navajala negativne izkušnje, saj je neodzivnosti osebnih zdravnikov na telefon ali elektronsko pošto dejansko pomenila nedostopnost zdravstvene oskrbe. Številni so govorili o oteženi komunikaciji z zdravniki, ker jih niso mogli priklicati ali

so morali na odziv dolgo čakati, klicati večkrat v enem dnevu in podobno, ko so potrebovali recepte za tablete ali napotnice za nadaljnje preglede. Sogovornica je zaplete v zvezi s spremenjenim režimom delovanja zdravstvenih domov strnila na naslednji način:

V tej situaciji, od ar je korona, jaz ne morem priti do svoje splošne zdravnice, ni šans. Imela sem en primer, mesec dni sem jih klicala, noben se mi ni oglasil, na koncu sem šla osebno tja in mi pravijo: »Pojdite nazaj domov in nas pokličite.« (LJ-JK-R04)

Tudi intervjuvana zdravstvena delavka je potrdila, da je bila njihova podpora nezadostna:

[T]o da se zdravstveni domovi zaprejo, da ne moreš do zdravnika, to za mene ni podpora. Vrag pa tisti denar, ki ga je država nudila kasneje za omilitev teh zadev. Bolj bi pričakovala, da mogoče na drugi način država to reši, ne samo skozi denar. Bolj to, še vedno ni dostopa, do veterinarja lažje pridete kot pa do osebnega zdravnika, pa še lepše vas obravnava, bom rekla. Žal, da pljuvam po svoji službi, ampak tako je, ker jaz vidim, kaj se dejansko dogaja. (MS-AK-R61)

Drugi so omenjali težave, ker je novi način organizacije dela zahteval veščine, ki jih določeni uporabniki ne obvladajo, kot so komunikacija po spletu, elektronsko pošiljanje slik in podobno. Še posebej to velja za določene skupine prebivalstva, ki ne obvladajo novih tehnologij:

Jaz recimo imam boljši dostop do zdravstva, zaradi tega, ker lahko vzamem telefon, lahko napišem sporočilo, lahko pošljem mail, lahko pridem nekako do doktorja. Dočim ena ženska, ki je 80 let stara, pa ima navaden telefon, ne more priti do ničesar. V zdravstvenem domu [...] ji ne vzdigujejo telefona, ženska ne more napisati maila, ker ga ne zna, ker nima e-pošte, ne more se pripeljati do doktorja, zato ker nima avta, zato ker mora čakati na avto, zato ker mora čakati na nekoga, da jo nekdo nekam pripelje. Se pravi, krivično je. [...] Če jaz ne bi svojim staršem pisala mailov za doktorje, moji starši ne bi do ničesar prišli [...]. Ker je mati invalid, ne more zunaj stati tri četrt ure. Stolov ni, notri te ne spustijo, telefona ti ne vzdigujejo. Glej, ne moreš do nikamor priti. (MS-AK-R48)¹

1 »Jes recimo man bokši dostop do zdravstva, zaradi toga, ker lejko zemen telefon, lejko napišem sporočilo, lejko pošlen mail, lejko priden nekaj do doktora. Do čim ena ženska, ka je 80 let stara, pa ma navaden telefon, nemre priti do ničesa. V zdravstvenon domi [...] njoj ne zdigavlejo telefona, ženska napisati maila nemre, ker ga ne vej, ker nema e-pošte, nemre se pripelati do doktora, zato ka nema avtoja, zato ker more čakati na avto, zato ka more čakati na nekoga, ka jo nešče nekan pripela. Se pravi, krivično je. [...] Jes či ne bi mojin staršon pisala mailof doktori, moji starši ne bi do nikoj prišli [...]. Kda je mati invalid, una nemre vni stati tri firtale vre. Stolov nega, notri te ne pistijo, telefona ti ne zdigavlejo. Glej, nej, nemreš do nikoj priti.« (MS-AK-R48)

Dostop do zdravstvene oskrbe v času pandemije covid-19 je bil tako odvisen od obvladanja spletne komunikacije. Ob tem so vztrajale neenakosti, ki temeljijo na nezadostni informiranosti zaradi nerazumevanja jezika ali pomanjkanja veččin ter poznavanja zdravstvenega sistema in pravic.² V času pandemije je to pomenilo še večjo oviro, saj je bilo zaradi hitrega spreminjanja situacije treba toliko bolj spremljati različne informacije. Ista sogovornica je nadaljevala:

V glavnem, če naša ne bi imela mene, ne vem, kako bi prišla do zdravit, ne vem, ali bi mati tam stala en cel popoldan, da ne bom govorila za napotnice, za naročilnice, za potne naloge, pa moja nista stara. To si moji starši sami ne bi mogli zrihtati, pa se ne bi mogli znajti. Zato ker informacije so tudi tako podane: »Ja, vi do tega niste upravičeni.« Ne ga srat, saj sem si prebrala, da sem upravičena. In tako oni ljudi na različnih družbenih nivojih obravnavajo, a ne? Ker si to lahko dovolijo. In ta covid jim gre zdaj epsko na roko. (MS-AK-R48)³

Hkrati so nekateri sogovorniki izražali dvom v uspešnost obravnave po spletu, še posebej kadar so zdravnikom pošiljali slike poškodb, kožnih izpuščajev in drugih obolenj, na podlagi katerih so dobili diagnozo. Niso bili prepričani, da so bili na podlagi fotografij deležni enako kakovostne obravnave, kot bi jo dobili v primeru osebne obiska. Besede zdravnice je sogovornica povzela takole:

Ona meni reče – sem imela zadnjič vnete oči – poslikajte, pošljite slike, pa bom povedala. Jaz sem ji priznala, da ne znam, mislim, bi se že poslikala, ampak ne znam dati tega na računalnik. Poleg tega sem imela toliko natečeno vse, da ne vem, kako bi se slikala takole, in mi ženska, potem zvečer, ko sva govorili, sem le prišla do nje, ker prej mi je sestra to razlagala. (LJ-NV-R27)

Ker niso imeli urejenega osebnega zdravnika, so se nekateri sogovorniki v preteklosti že zatekli na urgenco, zaradi neurejenega ginekologa tudi v primeru ginekoloških storitev (LJ-NV-R51). V času pandemije pa so se na urgenco ali dežurno ambulanto obračali tudi tisti, ki so imeli izbranega osebnega zdravnika, toda do njega zaradi

2 Za več glej poglavje Jasmine Kuduzović v tej monografiji.

3 »V glavnem, če naša ne bi imela mene, jes ne vem, kak bi njeva do zdravit prišla, ne ven, ali bi mati tan stala eden celi odvečerek, ka nemo gučala za napotnice, za naročilnice, za potne naloge, [...] pa sta mojiva nej stariva. To si moji starši sami ne bi mogli zrihtati, pa se ne bi mogli znajti. Zato ka informacije so tudi tak podane: 'Ja vi ste do toga nej opravičeni.' Nej ga sрати, saj san si pa preštela, ka san opravičena. In tak uni lidi na različnih družbenih nivojih obravnavajo, nej? Ker si to lejko dovolijo. In te covid njin zdaj ide epsko na roko.« (MS-AK-R48)

spremenjene organizacije dela v času ukrepov niso mogli priti. Sogovornici se to ni zdelo prav:

Ko sem imela išias, ko me niso pri mojem doktorju sprejeli, sem morala iti v [večji kraj] k dežurnemu. To me je recimo motilo, ni se mi zdelo ravno prav. Ker nisi mogel iz svoje vasi, ko si imel zdravnika v drugi ulici, si se moral peljati v [večji kraj] osem km, da so ti tam dali injekcijo. Bi mi jo verjetno lahko tu v desetih minutah. (MS-AK-R39)⁴

Raznolikost izkušenj v raziskavi *Sonar-Global* priča o tem, da je pri organizaciji zdravstvene oskrbe med pandemijo covid-19 že ob samem vstopu v zdravstveni sistem prevladovala arbitrarnost, zaradi katere osebe niso mogle vedno predvideti, ali bodo trčile na kakšne ovire ob poskusih dostopanja. Ali si lahko obiskal osebnega zdravnika, je bilo tako odvisno predvsem od njegove odzivnosti, kot ponazarja naslednji citat: »Polno jih poznan, ki sploh ne morejo do doktorjev priti, ker niti ne vzdigujejo telefonov, da bi do njih prišel, je pa katastrofa. [...] Odvisno, koga imaš. Če imaš dobrega doktorja, ki so redki zdaj, prideš do njih, če ne, pa nič.« (MS-AK-R28)⁵

Če ljudje niso več prepričani, da bodo prišli do zdravnika, čeprav so do njega formalno upravičeni, to prispeva h krhanju zaupanja v javni zdravstveni sistem. Predvidljivost postopkov pri dostopnosti zdravstvene oskrbe namreč krepi družbeno kohezijo, ki je nujna za njegovo delovanje. Če dostop postane arbitraren in s tem nepredvidljiv, osebe iz njega začnejo izstopati oziroma iskati vzporedne možnosti, saj se zavedajo, da se morda nihče ne bo odzval, četudi bodo potrebovale pomoč. V času pandemije je sogovornica zaznala takšno spremembo: »Vem, da so bili preobremenjeni, da so bili njihovi telefoni preobremenjeni, vem, ker sem stokrat klicala ... in sem včasih cel dan porabila. Pa do pravega naslova priti ... Mislim, definitivno so se ene stvari zdaj, ko nisi mogel fizično iti, spremenile.« (MS-AK-R55) Te omejitve je druga sogovornica še težje razumela zato, ker so bile zdravstvene institucije prazne, ljudje pa vanje niso mogli priti (MS-AK-R54).

4 »Te kda san išias mela, ka so me nej pri mojen doktori sprejeli, san mogla v [večji kraj] iti k dežurnomi. To me je recimo motilo, nej se mi je zdelo gli prav. Ka si nej mogo iz svoje vasi, ge si mel v drugoj ulici doktora, si se mogo pelati v [večji kraj] osem km, ka so ti tan inekcijo dali. Bi mi jo verjetno lejko tu deset min.« (MS-AK-R39)

5 »Puno jih poznan, ka sploj nemrejo do doktorov priti, ker niti ne zdigavlejo telefonov, ka bi pa do njih prišel, je pa katastrofa. [...] Odvisno, koga maš. Či maš dobroga doktora, ki so redki zdaj, prideš do njih, či nej, pa nič.« (MS-AK-R28)

Otežen dostop do osebnega zdravnika je dobil dodatne ravni, ki so pogojene s samo organizacijo zdravstvenega sistema. Glede na to, da je za napotitev na različne specialiste v veliko primerih odgovoren osebni zdravnik, ta pa med ukrepi za omejevanje pandemije covida-19 pogosto ni bil dosegljiv, so imeli nekateri sogovorniki težave pri dostopu do specialističnih pregledov. Sogovornica je tako izpostavila, da je bila dostopnost sekundarnega nivoja zdravstva dobra v primerih, ko je bila oseba že vodena kot pacient, težave so se kazale pri samem vstopu v sistem (LJ-NV-R27). Druga pa je opisala, da ni mogla opraviti preiskav, ki so pogoj za obisk specialista:

En dan sem rabila EKG za enega specialista. Deset dni sem jih klicala, da me naročijo, in pred nekaj dnevi sem šla tja in se skregala z njimi: »Pa ljudje božji, jaz že tretjič prelagam specialista zaradi vas, ker ne morem priti do EKG-ja.« S težkim srcem me je sprejela. (LJ-JK-R04)

Tako niso bile vse ovire v zdravstvu povezane le s primarnim nivojem. Sogovorniki so izpostavili, da so se okrepile tudi ovire na področju čakalnih vrst. Poleg pomanjkanja osebnih zdravnikov te v slovenskem zdravstvenem sistemu predstavljajo drugo izpostavljeno problematiko, ki presega dogajanje, povezano s pandemijo. Sogovorniki so tako povedali, da so bile čakalne vrste predolge že prej in da so dolgo čakali na določen pregled, ki je bil zaradi covida-19 prestavljen. Številni so omenili, da je razlog za podaljšanje čakalnih vrst v tem, da se je zdravstveni sistem osredotočil le na odziv na pandemijo covida-19 in da so se odločevalci vedli, kot da druge bolezni ne obstajajo:

Ena omejitev v covidu je bila, da praktično, ko je bil covid, je bil samo covid. Vse ostale storitve, [...] vsi pregledi, vse operacije, vse je bilo preloženo, ničesar se ni izvajalo. Mislim, da je bila tu fejest velika napaka, ker eni ljudje so bili betežni, pa kronične, pa vse, pa si niso upali k doktorji iti, zato ker da bo covid dobil. Dosti pregledov, dosti vsega, mislim, da je tudi to, da ko čakaš na en pregled, eno operacijo leto, dve, pa te ravno prenaročijo, mislim da to tudi vpliva psihično [...] na ljudi. (MS-AK-R31)⁶

6 »Ena omejitev v covidu je to bila, da praktično, kda je bil covid, je bil samo covid. Vse ostale storitve, [...] vsi pregled, vse operacije, vse je bilo preloženo, nika se je nej izvajalo. Mislen, ka je tu bila fejest velka napaka, ker eni lidje so bili betežni, pa kronične, pa vse, pa so nej vupale k doktore ite, zato ker de covid dobil. Dosta pregledov, dosta vsega, mislen, ka je tudi to, ka kda čakaš na en pregled, eno operacijo leto, dve, pa te palik prenaročijo, mislen, ka to tudi vplivle tak pishično [...] na lidi.« (MS-AK-R31)

Nekateri so omenjali, da storitev, ki so jih potrebovali, niso popolnoma odpovedali, vendar so zaradi spremenjenega načina delovanja zdravstvenega sistema oziroma osredotočenosti le na covid-19 zmanjšali število obravnav, kar zagotovo lahko razumemo kot obliko omejevanja dostopa do zdravljenja. Sogovornica je povzela dileme, povezane s tem:

Pri nas je bil en uporabnik, ki je dializni bolnik. Pri njem se je zgodilo to, da je imel [...] pred pandemijo štirikrat na teden dializo, [...] med pandemijo pa trikrat. To ni bilo neke hude utemeljitve ali pa vsaj do mene ni prišlo [...]. Ampak to je bilo nekaj, kar sem se vprašala: »Če ta dializa ni bila tako nujna že prej, zakaj je potem štirikrat moral hoditi, če pa je nujna, zakaj pa zdaj ne hodi?« (LJ-NV-R31)

Tudi nekateri drugi sogovorniki so govorili o tem, da niso imeli določenih terapij, ki jih potrebujejo za ohranjanje ali izboljšanje zdravja, zaradi odpovedi, povezanih z ukrepi za omejevanje širjenja bolezni (MS-AK-R10). Omenili pa so tudi zmanjševanje obsega preventivnih programov oziroma njihovo neobiskovanje zaradi strahu pred covidom-19, kar je vodilo v zmanjšano ugotavljanje nekaterih bolezni. Sogovornica je opozorila na posledice prelaganja tovrstnih pregledov:

[P]reventiva je ugasnila, to se vidi na vseh možnih področjih. Posledice so iste kot na primer posledice pri kroničnih boleznih, ki jih več ne odkrivamo, na primer ko se ne odkriva več toliko raka. Ampak to se bo poznalo, sledijo posledice, [...] smrtonosne bolezni niso izginile, samo enostavno več nihče ne gre, ker se boji, da bo dobil covid. (MS-AK-R05)⁷

Ukrepi, sprejeti po razglasitvi pandemije, so torej poglobili sistemske težave, s katerimi se že leta sooča slovenski zdravstveni sistem. Starejšim težavam s čakalnimi dobami so se pridružili novi zamiki pri obravnavi, ki so poglobili družbeno neenakost na področju zdravstva. Mnogi sogovorniki so zato problematizirali enakost dostopa do zdravstva, še posebej na podlagi finančnih zmožnosti. Omenjali so »privilegije elit« (MS-AK-R19), v tem primeru, da samoplačniki, ki si storitve lahko privoščijo na zasebnem trgu, pridejo na vrsto prej kot osebe, ki čakajo na storitev na podlagi zdravstvenega zavarovanja. Podobno so pogosto govorili o osebah, ki imajo »veze in poznanstva«

7 »[P]reventiva je vgasnila, tou se vide na vsej možnih področjih. So posledice iste, kak do na primer posledice pri kroničnih boleznih, ka jih več ne odkrivemo, na primer ka se ne odkriva več raka telko. Nega to de se poznalo sledi posledice, [...] smrtonosne bolezni so nej izginile, samo več enostavno več nišče ne odi, ka se boji, ka de dobo covid.« (MS-AK-R05)

(MS-AK-R82), ki torej poznajo zaposlene v zdravstvu, zato jim ti lahko omogočijo zdravstveno obravnavo. Z besedami sogovornice: »*Dve poti sta. Ena je ta, da plačaš, pa prej prideš na vrsto. Druga je pa pač to, da kdo koga pozna.*« (MS-AK-R18) To ima včasih hude posledice, celo smrt, kot je pojasnil sogovornik, ki dela v reševalni službi:

[D]a pa ti enkrat resno zbolíš, potem se pa vidi diskriminacija. Če [...] te kdo potegne notri, pa ti prej napravi preiskavo, pa te prej vzamejo na oddelek, potem imaš tu mogoče več, tisti, kateri pa nima, tisti pa ostane na prvi stopnici, pa dokler pride do tja, je že vse super kasno, in tu je problem v našem zdravstvenem sistemu. Sistem enostavno dovoljuje, da določeni prepozno pridejo na določene tipe obravnave. (MS-AK-R05)⁸

Lahko bi rekli, da dolge čakalne dobe, skupaj z drugimi omenjenimi težavami, pospešujejo privatizacijo zdravstvenih storitev in hierarhijo pri dostopu do zdravstva, saj osebe, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo, zaradi nedostopnosti javnega zdravstvenega sistema plačajo storitev v zasebnem zdravstvu, če le to finančno zmorejo. Ali kot je povedala sogovornica:

[Č]e imaš denar, si privoščiš specialistični pregled, ki stane 100 evrov ali ne vem koliko. Moj partner je ravno danes šel na enega. Zato ker je bila čakalna doba, datum, ki ga dobiš, tako daleč v prihodnosti ... Da se ti zdi za miren občutek nekako potem kar vredno dati teh 100 evrov. [...] Hočem reči, ta nivo tega, koliko smeš biti zaskrbljen za svoje zdravje in kako pravočasno lahko poskrbiš, [...] pač stvar denarja postaja. (LJ-NV-R25)

Iz zapisanega je sklepati, da je pandemija covid-19 zaradi podaljševanja čakalnih vrst še pospešila proces prikrite privatizacije zdravstvenih storitev, ki se dogaja zadnja desetletja, saj je dodatno onemogočala hiter in učinkovit dostop do javnih zdravstvenih storitev. Obenem so sogovorniki omenjali dodatne stroške, ki jih finančno obremenjujejo za stvari, ki jih potrebujejo, pa niso krite z zdravstvenim zavarovanjem, kot so različni dodatki (vitamini, minerali), oprema (infrardeča savna), toplice (pri kronični bolezni), sanitetni material, fizioterapija ali javni prevoz do zdravnika. Dostop do zdravstva, ki je pogojen s plačilno močjo in/ali poznanstvi, podobno kot nepredvidljivost osnovnih zdravstvenih storitev vzbuja nezaupanje v

8 »[D]a pa ti enouk resno zbolíš, te se pa vide diskriminacija. Či [...] te što potegne notri, pa ti prle napravi preiskavo, pa te prle zemejo na oddelek, te maš tu mogoče več, tisti, ker pa nima, tisti pa ostane na prvi stube, pa dokeč pride do tja, je že vse super kasno, i tu je problem v našon zdravstvi sistem. Sistem enostavno dovoljuje, ka določeni prekesno pridejo na določene tipe obravnave.« (MS-AK-R05)

enakost v dostopu zdravstvenega sistema. Obenem pa sproža različne odzive, ki imajo lahko težje posledice. Osebe, ki si zasebnih storitev ne morejo privoščiti, se soočajo s poznejšim zaznavanjem različnih bolezenskih stanj, poleg tega pa pogosto posegajo po strategijah, ki so škodljive zdravju. Te med drugim zajemajo reduciranje pogostosti oskrbe in druge vrste samoomejevanja zaradi previsokih stroškov. Sogovornica je opisala svoj odziv, ko ji je psihoterapevt predlagal, da bi imela termin enkrat na teden:

[N]avadno sva imela enkrat na dva tedna, ko je bilo zastoj. Zdaj se mi zdi, da kar malo vlečem, enkrat na tri ali pa enkrat na mesec [...]. Ker mi je strašljivo, da bi imela tako pogosto, ker se mi zdi, da bo moj denar kar [...] izplabnil. Tako da ja, tukaj delam neke reze. Na žalost. (LJ-NV-R42)

Sogovorniki so omenjali tudi, da zaradi nedostopnosti storitev urejajo nekatera zdravila v ambulanti za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, posegajo po zobozdravstvenih storitvah v drugih državah nekdanje Jugoslavije in se informirajo o različnih oblikah zdravljenja na spletu. Včasih pa se zatekajo tudi k praksam, ki so manj etične ali celo nelegalne. Pri tem se je pomembno vprašati, koliko so za poseganje po tovrstnih strategijah odgovorne same omejitve v dostopu do zdravstva in ali se manj posega po takšnih praksah, če so na voljo pravočasne in učinkovite zdravstvene storitve v javnem zdravstvu. To lahko razberemo iz naslednjega citata, ki prikazuje odziv sogovornika na nedosegljivost osebnih zdravnikov v času ukrepov za zaježitev širjenja covid-19:

Najprej sem jo klical ene osem dni. Potem sem pa ugotovil hack [zviščo], kako prideš do tega, da te ne vrže čez tisto tajnico, ki te disconnecta [odklopi] po petnajstih minutah. Pa sem čez centralo klical, tam te pa ne disconnecta, pa mimo tajnice greš, tiste avtomatizirane, tako da ... Potem sem končno prišel, potem so me pa v to covid ambulanto pošiljal. Nisem bil pa gluh strašno navdušen nad zdravstvom na prvi stopnji. (LJ-NV-R45)

NOVA POJMOVANJA NUJNOSTI

Vse naštetu ima pomembne posledice za zdravje prebivalstva. Čakalne dobe povzročajo razvoj različnih zdravstvenih stanj s hujšimi posledicami, trpljenje zaradi bolečin, ki niso pravočasno naslovljene, in s tem zmanjševanje kakovosti življenja. Da je covid situacijo še poslabšal, je

povedala sogovornica: »[Z]nanec je čakal nemogoče dolgo na operacijo hrbta in zato trpel strašne bolečine. In se je prestavila ta operacija z razlogom covida res predaleč, ker ni več mogel delat svojega dela, ker so bile te bolečine neznosne.« (LJ-NV-R25) Čakalne dobe omejujejo tudi formalne postopke, vezane na invalidsko upokožitev, čeprav to pomeni podaljševanje dela v okoliščinah, ki škodujejo zdravju. Sogovornik je izpostavil to težavo:

Še danes se borim za penzijo, pa ne moreš priti. Bil sem pred dvema letoma pa pol na slikanju vratnih žil. [...] Pa sem se takoj naročil nazaj k nevrologinji, ki mi je govorila: »Pojdite na slikanje vratnih žil, pa se takoj nazaj naročite, da čim prej na vrsto pridete, da vas dam na komisijo, [...] da boste šli v penzijo.« Še danes nisem prišel na vrsto pri nevrologinji. (MS-AK-R50)⁹

Iz besed sogovornikov izhaja tudi, da so različni sektorji zdravstva delovali različno, zato se niso vse čakalne dobe podaljšale enako. Nekateri so poročali, da so dolgo čakali na zdravstveno obravnavo, medtem ko so drugi poročali o »običajnem dostopu«. Ob tem je zanimiva ugotovitev, da je »običajen dostop« relativen pojem, ki se spreminja glede na kontekst. Opisuje percepcijo, ki trenutno odgovarja pričakovanjem tako zdravstvenega osebja kot uporabnikov, glede na različne predstave in okoliščine, ki ga določajo. V družbenih krizah, kakršna je bila pandemija covida-19, pa se takšna pričakovanja lahko povsem spremenijo. Po eni strani so sogovorniki, kot že omenjeno, poročali o tem, da si niso želeli k zdravniku, da se ne bi okužili s SARS-CoV-2. Nekateri primeri so bili kar resni, kot je opisal sogovornik:

Opekel sem se po celi podlakti in sem klical frenda [prijatelja], ki je zdravnik, pa mi je povedal, kaj kupit v lekarni. Sem za to zapravil 120 evrov za mazila. K osebni zdravnici nisem šel, ker nisem hotel lazit po zdravstvenih ustanovah med korono. (LJ-NV-R19)

Spremenile so se torej okoliščine, kdaj so osebe prepoznale, da je nastopila situacija, ki zahteva zdravstveno obravnavo, pa tudi sama zdravstvena obravnava je dobila nove pomene. O tem govori naslednji odgovor na vprašanje o dostopnosti zdravstvene oskrbe:

9 »Še gnesden se borin za penzijo, pa nemreš prite. Bil san pred dvema letoma pa pol na slikanje vratnij žil. [...] Pa san se takoj naročo nazaj k nevrologinje, ka mi je pravla 'ite na slikanje vratnij žil, pa se takoj nazaj naročte, ka čim prle na vrsto pridete, ka vas dan na komisijo [...], ka te šli v penzijo'. Še gnesden san nej prišel na vrste pri nevrologinje.« (MS-AK-R50)

Ja, samo po telefonu ... Zdaj si moral k doktorju iti zdrav. [...] Pa če je resnica ... [Č]e te najprej vse upraša, pa vse, pa ti tam vročino merijo [...] ... Dobro, ajde, zdaj smo to navajeni, ampak k doktorju greš, ko si betežen, pa nekaj potrebuješ ... (MS-AK-R74)¹⁰

Pri tem jih je spodbujala tudi organizacija zdravstva v času pandemije, saj je bilo možno pogosto slišati, naj se ljudje izognejo zdravstveni obravnavi, če ta ni nujna. Zato so nekateri sogovorniki omenili, da v času pandemije covida-19 »nisi mogel kar normalno dostopati do zdravnika, ampak je nekaj moralo biti res hudo, hudo narobe, da so ti dovolili dejansko iti« (LJ-NS-R02). Kontekst pandemije, ki je prevzel obliko izrednih razmer, je tako ustvarjal nova pojmovanja nujnosti. Na novo so opredelile »nujnost« tako zdravstvene institucije kot ljudje sami, ki so zaradi presoje, da »nekaj ni nujno«, odpovedali in prestavljali že naročene preglede ali se celo odpovedali zdravstveni oskrbi in se zdravili sami. Iz tega izhaja, da moramo tudi »nujnost« analizirati kot spremenljiv koncept, odvisen od konteksta. Velja pa tudi, da se dojemanje »nujnosti« včasih razlikuje pri uporabnikih zdravstvenega sistema in pri zdravstvenem osebju. Sogovornik je povedal:

Recimo, se spomnim tipa na začetku korone, ki ga je bolel zob, blazno ga je bolel zob. In to je trajalo ... Bilo je, okej, [...] nima osebnega zobozdravnika, naj se obrne na pristojni zdravstveni dom. In tam je bil neki tip, ki ga je v bistvu ves čas poskušal prepričati, da naj ne pride do njega, »ker mi v bistvu obravnavamo samo urgentne primere«. Okej, to je urgentni primer. »Ne, veste, kaj je urgentno? To je, če imate takšno oteklino in tako...« In potem je bilo tako. Pokličem tipa in on reče: »Okej, naj me on pokliče.« In on pokliče, in kao: »A ste se kaj zmenili?« »Ma ne, dal mi je protibolečinske.« In petkrat se je to ponovilo. (LJ-NV-R29)

Podobno je bilo na področju duševnega zdravja. Nekaj sogovornikov je zatrnilo, da je pandemija covida-19 razkrila pomanjkanje zdravstvenih in drugih delavcev, ki se ukvarjajo z duševnimi stiskami (psihoterapevtov, psihiatrov in drugih oblik podpore), ter da je bilo duševno zdravje zapostavljen del pandemije, tudi v primerih, ko je bil obisk nujen. Sogovornica je opisala primer svoje sestre:

10 »Ja, samo po telefoni ... Zaj si mogo k doktorji iti zdrav. [...] Pa či je istina ... Pa či te najprej vse opita, pa vse, pa te ti tan vročino merijo [...] ... Dobro, ajde, zaj si to navajeni, ali k doktorji ideš, ka si betežen pa nika ničuš ...« (MS-AK-R74)

Recimo, pri moji sestri je bilo pač tako, da je bila dejansko nujni primer in so jo samo zaradi tega naprej vzeli. Ampak tako, če pa nisi recimo nujni primer, da imaš samo stisko ... »Samo stisko«, pač glupo se sliši, ampak ja. Da nisi resno potreboval tega, da končaš svoje življenje ali pa da sam sebi škoduješ [...] ... Po mojem ni zadosti, ne nudijo zadosti. (MS-AK-R38)¹¹

Na percepcijo »nujnosti« so vplivali tudi širši dejavniki tedanjih izrednih razmer. Nekatere omejitve so tako ustvarili ukrepi za zaježitev širjenja virusa SARS-CoV-2, ki niso bili neposredno povezani z zdravstvom, vendar so bile zaradi njih osebe v dvomih, ali naj obiščejo zdravstveno institucijo ali ne. Sogovorniki so omenili policijsko uro, zaradi katere so se posamezne osebe obotavljale pri večernih ali nočnih izhodih; ukinitve javnega prevoza, ki je povzročala težave pri dostopu do zdravstvenih institucij; omejen dostop do številnih institucij, ki posredujejo pri dostopu do zdravstva za skupine z ranljivostmi. Zelo težavne pa so bile tudi okoliščine, ko sogovorniki niso mogli do svojega zdravnika zaradi neprehodnosti državnih meja, ker živijo v drugi državi (LJ-NV-R48), ali zaradi zapiranja občinskih meja. Slednje je bil glede na organizacijo zdravstvene mreže v kombinaciji z razdrobljenostjo občin v Sloveniji nesorazmeren ukrep, ki je ustvarjal neenakost, saj zdravstvene institucije v nekaterih občinah so, v drugih pa ne. Zaradi ukrepa neprehodnosti občinskih meja razen z utemeljenim razlogom so bila potrebna posebna potrdila za dostop do zdravstvenih storitev v drugih občinah (MS-AK-R38). To pomeni, da je bil obisk zdravstvene institucije dovoljen, vendar otežen na način, da so uporabniki spremenili svoje dožemanje nujnosti in premišljevali, ali naj zamaknejo obisk. Sogovornik je govoril o zadržkih pri dostopu do urgence zaradi strahu pred kriminalizacijo, ki jo je povzročilo zaprtje občinskih meja:

Bil sem ujet pri bivši puncu dva meseca, ker je bilo prepovedano migriranje in smo morali paziti, kdo je hodil v trgovino in kdo ne in kako smo kam prišli. Tudi takrat, ko sem dobil anafilaktični šok, me oni niso mogli odpeljati na urgenco, ker jih je bilo strah zaradi policajev in smo morali čakati, da je prišel rešilec po mene, in tudi moral sem tam prespati na urgenci. (LJ-NS-R02)

11 »Recimo, pri moji sestri je blau pač tak, ka je bila dejansko nujni primer in so jo samo zavolo toga naprej zeli. Ampak tak, če si pa recimo nej nujni primer, ka maš samo stisko ..., »Samo stisko«, pač glupo se čuje, ampak ja. Ka si nej resno na raube toga, ka končaš svoje življenje al pa ka sam sebe škodeš [...] ... Je po moje nej zadosta, ne nudijo zadosta.« (MS-AK-R38)

DOSTOPNOST ZDRAVSTVA KOT PROCES, KI GA VODI NEOLIBERALIZACIJA ZDRAVSTVA

»Ja, mislim, vsak gre lahko do zdravnika, saj smo v Sloveniji, a ne«
(LJ-ŽG-R02).

Na spletni strani državne uprave, portalu gov.si, si lahko glede univerzalne dostopnosti zdravstvenega varstva preberemo, da velja za temeljno človekovo pravico, ki omogoča ljudem »uporabo kakovostnih in varnih ter pravočasno zagotovljenih zdravstvenih storitev [...], ki jih potrebuje posameznik ali skupnost, pri čemer posameznik ni izpostavljen finančnim tveganjem« (Ministrstvo za zdravje RS: 2023). Zagotavljanje takšne dostopnosti naj bi bil glavni cilj zdravstvenih politik, vendar pa iz mnenj sogovornikov izhaja, da to ni čisto res. Že v obdobju pred ukrepi za omejitve širjenja covid-19 je veljalo, da dostopnost ni za vse prebivalce enaka, te razlike pa so se v času izrednih razmer še poglobile.

V izrednih razmerah se zaradi spremenjenega konteksta hitreje spreminjajo družbena razmerja in normalizirajo nova pojmovanja. Covid-19 je sprožil družbeno krizo, ki je načela različne družbene sisteme in preoblikovala njihovo delovanje. Družbene neenakosti se v takšnih krizah še bolj izrazijo, zato se strukturna ranljivost brez ciljnih intervencij po pravilu poveča. Upravljanje pandemije covid-19 je sicer zajemalo nekatere olajšave oziroma dodatke, usmerjene na določene populacije, večinoma pa so oblasti sprejemale ukrepe, ki so bili enaki za vse prebivalstvo. Nekateri avtorji trdijo, da je to zato, ker so se sprejemali na podlagi različnih modelov, ki niso nujno upoštevali vseh vidikov družbenega življenja. Ker gre za predvidevanja na podlagi izračunov, modeli dajejo videz nevtralnosti in objektivnosti, dejansko pa usmerjajo družbeno življenje v skladu s svojo notranjo logiko, ki ne zmore vključiti vseh skupin prebivalcev (Johns 2021). Tako je bilo denimo zapiranje javnega življenja postavljeno kot norma, ki je vodila v določen tip ukrepov. Ker je bila v središču ultimativna grožnja virusa, so ukrepi morali veljati za vse, ob tem pa se je spregledalo, da imajo ti za različne osebe različne učinke in da imajo obstoječe družbene neenakosti vztrajajoč vpliv na kakovost življenja ljudi. Caduff je tako zapisal, da je bilo zapiranje politični mehanizem za redistribucijo negativnih učinkov, saj je te preusmerilo iz javne sfere v zasebno in tako reproduciralo družbeno neenakost (2020: 478), čeprav se je navzven kazalo kot ukrep, nujen za splošno dobro.

Analiza dostopnosti zdravstvene oskrbe pritrjuje tovrstnim ugotovitvam. Iz različnih razlogov večina sogovornikov nima občutka, da imajo vsi enako izhodišče za dostop do zdravstva, kar se je z ukrepi za zaježitev pandemije le potrdilo. Pereč problem v slovenskem

zdravstvenem sistemu je zlasti pomanjkanje osebnih zdravnikov. Trenutno je kar 144.500 oseb, ki plačujejo zdravstveno zavarovanje, brez osebnega zdravnika, število pa se je v zadnjem letu povišalo (24 ur zvečer 2023). Spremenjena organizacija delovanja zdravstvenih institucij v času covida-19 je to nedostopnost povečala, saj tudi tisti z izbranim osebnim zdravnikom do oskrbe niso mogli prosto dostopati. Čeprav so nekateri sogovorniki poudarjali dobre vidike *telemedicine*, so prepoznavali pasti tovrstne organizacije dela. Ena izmed osrednjih je bila povečana arbitrarnost pri dostopu do zdravstvene oskrbe, ker je bil ta odvisen predvsem od odzivnosti zdravstvenega osebja na telefon ali elektronsko pošto. Ker osebni obiski niso bili možni, so številni občutili nemoč, ko niso imeli na voljo dodatnega vzvoda, s katerim bi lahko vplivali na svoje možnosti za zdravstveno obravnavo. S tem se je povečala distanca med uporabniki in storitvami ter posledično nezaupanje v javno zdravstvo.

Podobno se je dogajalo na področju čakalnih dob. Že prej so predstavljale pomemben del procesa prikrite privatizacije zdravstvenih storitev, ko so si osebe zaradi dolgega čakanja na zdravstveno storitev v javnem zdravstvenem sistemu to raje plačale na trgu zasebnih storitev. V obravnavanem obdobju so se čakalne dobe podaljšale, saj je bilo mnogo virov v zdravstvu preusmerjenih v obvladovanje covida-19. Zmanjšal se je obseg drugih obravnav, prestavljeni so bili že naročeni pregledi, hkrati se je upočasnilo preventivno delovanje zdravstva, zato so denimo zaznali 30 odstotkov manj diagnosticiranih rakavih obolenj (Gabrovec 2022: 84). To je zagotovo prispevalo k nadaljnjemu odtekanju pacientov v zasebne prakse, seveda le tistih, ki si to lahko privoščijo, kar zopet povečuje družbeno neenakost in nezaupanje v javni zdravstveni sistem.

Obenem se je izkazalo, da so v novem družbenem kontekstu sogovorniki spremenili razumevanje, kaj pomeni običajen dostop do zdravstva ter katero stanje je nujno in zahteva obisk zdravstvene institucije. Kot je pokazala tudi raziskava vpliva ukrepov, sprejetih v Veliki Britaniji na področju duševnega zdravja zaradi covida-19, so ti povzročili učinke, ki so šli onkraj vprašanj gole tehnične dosegljivosti zdravstvene oskrbe. Preoblikovali so načine prepoznavanja kandidature uporabnikov, vključno z dojemanjem, kaj je zdravstveno stanje, vredno pozornosti, kdaj oseba potrebuje oskrbo in ali je je vredna oziroma je do nje upravičena (Liberati idr. 2022: 2). Koncept kandidature, predstavljen v prvem delu poglavja, ki dostopnost obravnava kot večplastni proces pogajanja med uporabniki zdravstvenih storitev ter zaposlenimi v zdravstvenih institucijah, je tako ustrezen koncept za opisovanje sprememb v dostopu do zdravstva, ki so jih zaznali sogovorniki in sogovornice v času pandemije, saj ga ne razume kot dejstvo, ampak kot rezultat zapletenih procesov, ki istočasno potekajo na številnih ravneh.

Hkrati iz analize terenskega gradiva raziskave *Sonar-Global* izhaja, da je dostop do zdravstva že dolgo neenako porazdeljen med prebivalce glede na različne vidike družbene hierarhizacije, kar povzroča in ohranja strukturno ranljivost. Obenem pa nam rezultati kažejo, da na dostopnost bistveno vplivajo tudi organizacija in načini izvajanja zdravstvenih storitev. Kažejo nam, da se je v času ukrepov za omejevanje pandemije covid-19 omejeni dostop do zdravstvene oskrbe, s katerim se običajno soočajo predvsem marginalne družbene skupine, razširil na večji del prebivalstva. Zato je na mestu vprašanje, katere izmed teh praks bodo ostale del slovenskega zdravstva, kako bodo vplivale na dostopnost zdravstvene oskrbe v okoliščinah, ki niso izredne, in ali jih lahko beremo kot prispevek k normalizaciji zmanjševanja dostopnosti javnega zdravstva na poti v njegovo privatizacijo. Ali lahko pomanjkanje in posledično preobremenjenost zdravstvenega osebja, dolge čakalne vrste ter primanjkljaj sredstev vidimo le kot stvar načrtovanja zdravstvenih politik in proračuna ali gre za temeljitejšo strukturne spremembe, ki so del razgradnje socialne države?

Pandemije covid-19 se ni dalo obvladovati, ampak jo zgolj upravljati, pri čemer je bilo možnih več pristopov. Zdi se, da bi bil pomemben dejavnik za uspešnost odziva vključujoč, dostopen in dobro vzdrževan javni zdravstveni sistem, ki mu prebivalci zaupajo in ga uporabljajo, ker naslavlja njihove potrebe. Žal se slovenski zdravstveni sistem v obdobju zdravstvene krize ni izkazal kot tak. Za dokončno trditev, da je covid-19 deloval kot pospeševalec razgradnje javnega zdravstvenega sistema, bi morali razširiti analizo. Zagotovo pa je možno trditi, da je utrdil stare probleme in spodbudil nove ter da se je upravljanje pandemije umestilo v preoblikovanje javnih zdravstvenih sistemov, ki ga narekuje vseprisotna neoliberalizacija družbenega življenja.

REFERENCE

- Bourgeois, Philippe, Seth M. Holmes, Kim Sue in James Quesada 2017 'Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care.' *Academic Medicine*, 92(3).
- Caduff, Carlo 2020 'What Went Wrong: Corona and the World after the Full Stop.' *Medical Anthropology Quarterly* 34(4): 467–487.
- Chase, Liana E., Janet Cleveland, Jesse Beatson in Cécile Rousseau 2017 'The gap between entitlement and access to healthcare: An analysis of »candidacy« in the help-seeking trajectories of asylum seekers in Montreal.' *Social Science & Medicine* 182: 52–59.

- Carruth, Lauren, Carlos Martinez, Lahra Smith, Katharine Donato, Carlos Piñones-Rivera in James Quesada 2021 'Structural vulnerability: migration and health in social context.' *BMJ Global Health* 6(1): e005109.
- Dixon-Woods, Mary, Debbie Cavers, Shona Agarwal, Ellen Annandale, Antony Arthur, Janet Harvey, Ron Hsu, Savita Katbamna, Richard Olsen, Lucy Smith, Richard Riley in Alex J Sutton 2006 'Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups.' *BMC Medical Research Methodology* 6: 35.
- Gabrovec, Branko 2022 'Slovenski sistem javnega zdravstva v času epidemije.' V: *Javno zdravje in COVID-19 2022: Zbornik povzetkov in recenziranih prispevkov*. Branko Gabrovec, Ivan Eržen, Alenka Trop Skaza, Mario Fafangel, Mitja Vrdelja, Špela Selak, ur. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Str. 79–86.
- Galtung, Johan 1969 'Violence, Peace, and Peace Research.' *Journal of Peace Research* 6(3): 167–191.
- Holmes, Seth M., Ernesto Castañeda, Jeremy Geeraert, Heide Castaneda, Ursula Probst, Nina Zeldes, Sarah S. Willen, Yusupha Dibba, Raphael Frankfurter, Anne Kveim Lie, John Fredrik Askjer in Heidi Fjeld; Migration and Health in Social Context Working Group 2021 'Deservingness: migration and health in social context.' *BMJ Global Health* 6(1): e005107.
- Hunter, Cheryl, Carolyn Chew-Graham, Susanne Langer, Alexandra Stenhoff, Jessica Drinkwater, Elspeth Guthrie in Peter Salmon 2013 'A qualitative study of patient choices in using emergency health care for long-term conditions: The importance of candidacy and recursivity.' *Patient Education and Counseling* 93: 335–341.
- Ministrstvo za zdravje RS 2023 'Kakovost, varnost in dostopnost zdravstvenega varstva.' Spletni vir: <<https://www.gov.si/podrocja/zdravje/dostopnost-in-varnost-zdravstvenega-varstva/>>, 9. 6. 2023.
- Johns, Fleur 2021 'Modeling Pandemic.' V: *Pandemic Exposures: Economy and Society in the Time of Coronavirus*. Didier Fassin in Marion Fourcade, ur. Chicago: Hau Books. Str. 385–403.
- Klassen, Ann Carroll, Katherine C. Smith, Salma Shariff-Marco in Hee-Soon Juon 2008 'A healthy mistrust: how worldview relates to attitudes about breast cancer screening in a cross-sectional survey of low-income women.' *International Journal for Equity in Health* 7: 5.
- Koehn, Sharon 2009 'Negotiating candidacy: ethnic minority seniors' access to care.' *Ageing & Society* 29(4): 585–608.
- Liberati, Elisa, Natalie Richards, Jennie Parker, Janet Willars, David Scott, Nicola Boydell, Vanessa Pinfold, Graham Martin, Peter B. Jones in Mary Dixon-Woods 2022 'Qualitative study of candidacy and access to secondary mental health services during the COVID-19 pandemic.' *Social Science & Medicine* 296: 114711.
- Lipovec Čebren, Uršula in Sara Pistotnik 2017 '(Im)mobile populations and health rights: accessing the healthcare system in Slovenia.' V: *Health and care (im)mobilities*. Cecilia Vindriola-Padros, Ginger A. Johnson, Anne E. Pfister, ur. New York, Oxford: Berghahn. Str. 53-72.
- Macdonald, Sara, David Blane, Susan Browne, Ellie Conway, Una Macleod, Carl May in Frances Mair 2016 'Illness identity as an important component of candidacy:

Contrasting experiences of help-seeking and access to care in cancer and heart disease.' *Social Science & Medicine* 168: 101–110.

Mackenzie, Mhairi, Ellie Conway, Annette Hastings, Moira Munro in Catherine O'Donnell 2013 'Is 'Candidacy' a Useful Concept for Understanding Journeys through Public Services? A Critical Interpretive Literature Synthesis.' *Social Policy & Administration* 47(7): 806–825.

Penchansky, Roy in William J. Thomas 1981 'The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction.' *Medical Care* XIX(2): 127–140.

Pétrin, Julie, Marcia Finlayson, Catherine Donnelly in Mary Ann McColl 2021 'Health-care access experiences of persons with MS explored through the Candidacy Framework.' *Health and Social Care in the Community* 29: 789–799.

Quesada, James, Laurie Kain Hart in Philippe Bourgois 2011 'Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States.' *Medical Anthropology* 30(4): 339–362.

Vidmar Horvat, Ksenija in Maruša Pušnik 2021 'Pandemija COVID-19 in njene družbene posledice.' *Ars & Humanitas* 15(1): 5–12.

Van der Boor, Catharina F. in Ross White 2020 'Barriers to Accessing and Negotiating Mental Health Services in Asylum Seeking and Refugee Populations: The Application of the Candidacy Framework.' *Journal of Immigrant and Minority Health* 22: 156–174.

Willen, Sarah S. 2012 'Migration, "illegality," and health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness: Special Issue Introduction.' *Social Science & Medicine* 74: 805–811.

24 ur zvečer 2023 'Od obdavitve bank v petih letih pričakujemo 500 milijonov evrov.' Spletni vir: <<https://www.24ur.com/novice/slovenija/Od-obdavictev-bank-v-petih-letih-pricakujemo-500-milijonov-evrov.html>>, 6. 9. 2023.