

MAJDA ŠLAJMER-JAPELJ*

Bivanje in zdravje v (kritični) optiki sociologa

UREDNIŠTVO: Ali nam lahko na kratko predstavite Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za primarno zdravstveno nego, ki ga vodite v Mariboru: pobudo za njegovo ustanovitev in cilje, naloge, prepričljive oziroma uspešne programe. Kaj pomeni za vas zadnja konferenca SZO, ki je bila v Mariboru?

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Kolaborativni center ustanovita po dogovoru država – članica Svetovne zdravstvene organizacije in Svetovna zdravstvena organizacija. Mariborski center je eden od štirih evropskih centrov, ki se ukvarja s področjem zdravstvene nege (ostali trije so na Finskem, Franciji in v Danski), vseh takih centrov je trenutno v svetu 11. Pobudo zanj je dal Svetovalni komite za zdravstveno nego, ki deluje ob evropskem uradu SZO. Patronažna služba ZD Maribor je namreč izpolnila pogoje, da se je lahko vključila v multinacionalno študijo o potrebah ljudi po zdravstveni negi in po štirih letih sodelovanja z drugimi desetimi evropskimi državami smo ažurno in korektno opravili vse elemente raziskovalne naloge, kar je botrovalo odločitvi, da nam ponudijo kandidaturo.

Dejstvo je tudi, da je slovenska patronažna služba delovala v smislu polivalentne zaščite družine že mnogo prej, predno je tak pristop postal ena od metod dela v primarnem zdravstvu po Evropi in lahko naši modeli služijo kot vzorec tudi drugim deželam. Kolaborativni centri SZO so namreč v nekem smislu podaljšana roka SZO in je njihov namen doseči čim hitrejši in čim popolnejši transfer znanja ter popolno uporabo vseh možnih resursov. Znanje gre vedno v dve smeri: v deželo in iz nje. Zato Centri delujejo v lastni deželi, v sodelovanju s SZO pa z vsemi drugimi državami članicami. Vsebinske naloge našega Centra so vezane na področje zdravstvene nege, in sicer na področju primarnega zdravstva – torej pomeni to multisektorsko sodelovanje v skrbi za ohranjanje in utrjevanje zdravja posameznikov, družin in skupnosti.

Uvedli smo Proces zdravstvene nege kot racionalno metodo dela negovalnega tima; v ta namen smo prevedli Priročnik Svetovne zdravstvene organizacije, pre-

* Majda Šlajmer-Japelj, višja medicinska sestra in diplomirana sociologinja, direktorica Kolaborativnega centra Svetovne zdravstvene organizacije za primarno zdravstveno nego v Mariboru, članica panela strokovnjakov za zdravstveno nego pri glavnem uradu SZO v Ženevi. Rojena 6. 1. 1933 v Mariboru materi gospodinjski učiteljici in očetu gradbenemu inženirju. Leta 1952 maturirala na Klasični gimnaziji v Mariboru, nato je študirala in diplomirala na Višji šoli za medicinske sestre v Ljubljani. Iz sociologije je diplomirala na FSPN v Ljubljani, podiplomski študij iz organizacije javnega zdravstva in iz epidemiologije pa je opravila na šoli dr. Andrije Štamparja v Zagrebu.

Ima objavljenih več kot 40 avtorskih prispevkov; aktivno se ukvarja z vprašanji humanizacije in kultiviranja zdravstvene nege ter poklicne etike in timu zdravstvene nege.

Uredništvo so zanimala predvsem njena mnenja o našem odnosu do zdravja, razmisleki o možnih preobratih v zdravstvenem varstvu, posebej pa še projekti Svetovne zdravstvene organizacije (WHO).

vedli in izdali smo tudi multinacionalno študijo, v kateri smo sodelovali. Strokovni tim s področja patronaže je izdelal, preizkusil in uvedel v prakso model polivalentnega patronažnega varstva, ki zajema tudi nego bolnih na domu, kar je ena od prioritarnih nalog v slovenskem zdravstvu. Pravkar preizkušamo v zvezi s tem tudi model t. i. »kontinuirane zdravstvene nege«, ki naj bi zagotovil ljudem, ki so potrebni zdravstvene nege, neprekinjeno spremljanje ter predvsem nujno povezavo med domom in zdravstveno inštitucijo, kamor odhajajo, oziroma iz katere se vračajo; raziskujemo rizične elemente v zdravstvenem varstvu družine in še obstoječe razloge neenakosti v dostopu do službe zdravstvenega varstva. Preprosto povedano, osnovni cilj Centra je humanizacija in kultiviranje stroke zdravstvene nege in s tem cele zdravstvene službe, ki je ob eksplozivnem medicinsko-tehničnem razvoju stroke porinila na rob človeške probleme in potrebe ljudi, navidezno strokovno in znanstveno nezanimive, dejansko pa bistvene v procesu popolne zdravstvene obravnave.

V Mariboru je bila aprila 1988 organizirana prva delovna konferenca Svetovne mreže kolaborativnih centrov za zdravstveno nego – veliko priznanje ne le za nas, temveč za vso slovensko zdravstveno nego. Gostitelj konference je bil Izvršni svet Slovenije, soorganizator poleg našega Centra pa tudi glavni urad SZO v Ženevi.

Konferenca je za področje zdravstvene nege določila cilje in aktivnosti do leta 2000.

UREDNIŠTVO: V Gradcu sodelujete pri izvajanju interdisciplinarnega visokošolskega študija zdravstvene nege. Podoben študij naj bi organizirali v Ljubljani; ali nam lahko na kratko predstavite uveljavljene programe tega študija, profil medicinske sestre, razloge in potrebe, možnosti in ovire za uveljavitev tega profila v zdravstvenem varstvu pri nas? Ali tako izobražena medicinska sestra predstavlja »konkurenco« zdravnikom?

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Študij, za katerega se pripravljajo programi tudi v Sloveniji in kakršen interdisciplinarno poteka v sosednji Avstriji, je povsem normalna in smiselna oblika izobraževanja, kakršna je uveljavljena praktično v vseh strokah izven zdravstva, v razvitem svetu pa tudi v zdravstvu – omogoča namreč strokovno rast in osebno promocijo v lastni stroki, kar je po eni strani edina šansa, da pridobimo za stroko in obdržimo v njej sposobne, ambiciozne kandidate, po drugi strani pa le popoln visokošolski študij ustvarja možnost za raziskovalno delo na primerni ravni.

Pravzaprav je nujno, da Vam čimprej zatrdim, da dobro izobražena medicinska sestra NIKOLI ni konkurenca zdravniku – nasprotno: čim bolj je izobražena, toliko bolj se širi krog njenih lastnih strokovnih dejavnosti in interes za čisto področje zdravstvene nege.

Medicinska sestra je članica zdravstvenega tima in vodja negovalnega tima – ima torej dvojno funkcijo: v prvi je pomočnica zdravniku pri izvajanju diagnostičnih in terapevtskih postopkov, kar opravlja po njegovih navodilih; v drugi je samostojna in polno odgovorna za delo negovalnega tima, saj je edini zdravstveni delavec, ki se je za načrtovanje, izvajanje ter za vrednotenje kvalitete zdravstvene nege izobraževal.

Bistvene spremembe v novih programih izobraževanja medicinskih sester naj bi bile sledeče:

Osnovni pojem v programu je ZDRAVJE in skrb za zdravje. To je izhodišče in stalnica programa. Bistven je torej miselni premik od ideje, da je bolezen tisto, s čimer se naj primarno ukvarja zdravstveni delavec.

Naslednji pomembni poudarek v programih je pa namenjen multisektorskemu sodelovanju v skrbi za zdravje. Zdravstveni delavci so doslej delovali preveč ločeno od drugih strokovnih področij – ni pa skrb za zdravje odgovornost le zdravstvenih delavcev, kot niti ne morejo spreminjati sami pogojev življenja tako, da bi le ti čim manj ogrožali zdravje. In kakor se paradoksalno sliši, je novost v teh študijskih programih dejstvo, da se sestavljalci in izvajalci bolj zavedajo, da je program namenjen specifičnemu področju zdravstva – zdravstveni negi in da torej ni le nekoliko bolj skromen zbir nekaterih kliničnih predmetov medicinske fakultete – saj je tudi funkcija zdravstvene nege v zdravstvenem timu drugačna od funkcij zdravnika, obe pa vodita k istemu cilju.

UREDNIŠTVO: SZO in njenih 33 članic v Evropi utirajo nove programe pri uveljavljanju enakosti in dostopnosti zdravstvenega varstva, pri uveljavljanju individualne zdravstvene kulture. Ali nam lahko na kratko definirate programske osnove tega gibanja, predstavite zgodovinski oris nastajanja ključnih programskih sestavin. Ali obstoje občutne razlike med članicami SZO, na osnovi različnih dediščin in prispevkov pri sprejemanju teh programov?

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Osnovni dokumenti, ki pogojujejo nove zasnove zdravstvenega varstva, so od leta 1977, ko so države članice SZO na generalnem zasedanju sprejele sklep, »da je glavni socialni cilj vseh vlad in organizacij v tem, da bi do leta 2000 vsi ljudje dosegli tako raven zdravja, ki jim bo dovoljevala socialno in gospodarsko produktivno življenje« (Resolucija SZO 30.43). Za to odločitev so navajali predvsem dva razloga.

1. Kljub velikim investicijam v področju zdravstva, kljub razvoju novih farmacevtskih preparatov in novim medicinskim tehnikam v zadnjih 30 letih, je raven zdravja ljudi mnogo nižja, kot bi lahko bila.

2. Kljub višjemu življenjskemu standardu in boljši splošni izobraženosti ljudi še vedno nismo našli rešitve za tiste zdravstvene probleme, ki prizadevajo največ ljudi.

Evropske države so zato sprejele zasnovo evropske strategije »Zdravje za vse do leta 2000« (EUR/RC 30/80).

Ta dokument nakazuje popolnoma nove usmeritve v razvoju službe zdravstvenega varstva in poudarja predvsem tri osnovne aspekte: stil življenja in njegov vpliv na zdravje, rizični dejavniki in zdravje ter varstvo okolja.

Ne le v načelu, ampak tudi v praksi mora biti utrjevanje zdravja in preprečevanje obolevnosti ter nesreč absolutna prioriteta ne le zdravstvene politike, temveč vseh sektorjev, ki vplivajo na normalne pogoje življenja in dela; močno je poudarjena tudi vloga posameznika, družine ter vse družbe v odgovornosti za lastno zdravje –, vsemu temu je osnova dobro razvita služba primarnega zdravstvenega varstva.

Izhodiščni cilj strategije (eden od 38) je ENAKOST v dostopnosti do zdravstvenega varstva, torej odprava razlik v pravicah ljudi in v možnostih, da te pravice izkoristijo. Ta cilj je možno doseči le, če bodo vsi ljudje živeli in delali v okoliščinah, ki ne bodo ogrožale njihovega zdravja, če bodo zmanjšani zdravstveni riziki, ki izhajajo iz stila življenja, in če bo služba primarnega zdravstvenega varstva dejansko dostopna vsem ljudem.

Zdravstveno stanje prebivalstva in spremembe merijo vse države z dogovorjenimi indikatorji, kar je seveda možno le ob dobro razviti in dosledno izpeljani službi zdravstvene statistike.

Leta 1980 je bila npr. pričakovana življenjska doba v Evropi od 73–55 let za moške in od 80–57 let za ženske, umrljivost dojenčkov se pojavlja v razponu od več kot 100 do 7 na tisoč; tudi umrljivost v posameznih starostnih skupinah je bila zelo različna; razlike obstajajo tudi med različnimi socialno-ekonomskimi skupinami v posameznih državah, predvsem v umrljivosti dojenčkov, v smrtnosti zaradi nesreč, v zastrupitvah, zaradi namernih poškodb, pljučnega raka kakor tudi srčnega infarkta in jetrne ciroze. Ogromne so tudi razlike pri odhajanju v predčasni pokoj zaradi invalidnosti.

Umrlijivost moških je višja od ženske; največje so pa razlike pri mlajših odraslih osebah. V mnogih evropskih državah je umrljivost moških med 15–34 leti trikrat višja kot pri enako starih ženskah.

UREDNIŠTVO: S katerimi temeljnimi zdravstvenimi problemi se sooča slovenska družba danes? Kaj lahko rečemo o etosu javnega zdravstva in posameznih skupin prebivalstva? Kako se s temi problemi soočajo različni akterji v zdravstvu? Kako reagira socialno okolje, humanitarne organizacije? Kako se odziva izobraževalni sistem?

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Slovenska družba se sooča z vsemi tipičnimi zdravstvenimi problemi Evrope, vendar je za nas tipično to, da si privoščimo obolevnost razvitih dežel, pa tudi mnogo tega, kar je značilno za razvijajoči se svet, kjer npr. narašča kajenje pri ženskah in s tem tudi bolezni, ki jih kajenje prinaša (rak, obolenje srca in žil).

Problem predstavlja prav gotovo tudi preventivno zdravstveno varstvo kmetov v smislu medicine dela, saj je na tem področju insuficientna tudi služba varstva pri delu.

Kmetijstvo je pridobilo novo tehnologijo, razširilo je uporabo strupenih kemičnih snovi, vendar brez primerne znanja posameznikov, brez primerne družbenega nadzora.

Velik zdravstveni problem predstavljajo starejši ljudje, ki so v veliki večini istočasno kronični bolniki – zdrava starost za generacijo, ki je danes stara nad 65 let, ni še nekaj samo po sebi umevnega, saj je to generacija ljudi, ki so preživeli dve veliki vojni, obdobja socialnih kriz, intenzivno izgradnjo po vojni, ko ni bilo ne časa, niti se ni štelo za primerno, če je človek skrbel tudi za lastno zdravje, kar pa danes imamo za državljansko dolžnost.

SLOVENSKO JAVNO ZDRAVSTVO je že tradicionalno dobro zasnovano na pozitivnih etičnih izhodiščih. Je pa zelo ranljivo in ga bodisi gospodarska nihanja ali pa večinsko prevladujoča miselnost, ki daje prednost inštitucionalnemu (intramuralnemu) zdravstvu, občasno močno hromijo.

Težava je v tem, da smo, ko smo govorili o drugačnih usmeritvah v sistemu zdravstvenega varstva, premalo poudarjali, da se inštitucije v zdravstvu ohranjajo, le da se njihova izraba in funkcija morata spremeniti. Zato se ob postavljanju prioriteta za primarno zdravstveno varstvo počuti bolniški sektor nekako ogrožen, ker še ni v celoti spoznal svojih posebnih funkcij v zvezi s preorientacijo.

Izjemno pozitivni pa so trendi pri uveljavljanju samoiniciative in samopomoči, in to ne le v okviru humanitarnih organizacij.

Ljudje, ki imajo specifične probleme zaradi določene bolezni, ter njihovi svoci, ustanavljajo društva in interesne skupine, ki dejansko smiselno povezujejo zdravstveno službo in njene uporabnike. Prav te skupine so tudi najuspešnejše v senzibiliziranju družbe za akutne probleme v zvezi z zdravjem in boleznijo.

Izobraževalni sistem še ni dovolj vključen; res pa je tudi, da za osnovno in srednjo šolo tudi zdravstvo ni ponudilo dovolj atraktivnih in dinamičnih ter sodobnih zdravstveno-vzgojnih programov, obstoječe šolske hiše in urniki pa tudi težko ponudijo praktični model zdravega življenja in dela.

Čutimo pa v Sloveniji vrzel tudi v aktivnosti obeh univerz, saj dokument SZO »Vloga univerze v strategiji Zdravje za vse« na naših univerzah ni bil odmeven.

UREDNIŠTVO: Posamezne države imajo različne predispozicije za vključevanje v programe SZO, začenši od socializacijske funkcije družine, urbanizacije življenjskega okolja, odgovornosti posameznika za varovanje zdravja, do spreminjanja zdravstvene doktrine ali celo vrednot – od kurative k preventivi. Vprašanja, ki pri tem nastajajo, so: ali povprečna slovenska družina sploh lahko opravlja takšno funkcijo, ker je zmeraj manjša in tudi manj stabilna za te naloge itd. Kakšne pogoje bi morali ustvarjati (vzpostavljati) za hitrejšo vključevanje v programe SZO?

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Normalizacija pogojev družinskega življenja je za zdravje naroda eden od osnovnih pogojev, saj se le v družini lahko odvija primarna socializacija otroka, ki ga usposobi, da sploh lahko postane normalen, zdrav člen v družbi – k tej primarni socializaciji spada pa seveda tudi zdravstvena vzgoja. Slovenska družina je tudi na tem področju močno prizadeta.

Čeprav je bilo jasno, da se družina spreminja, se manjša in da se njeni člani srečujejo drugače, kot so se pred desetletji, družba za pomoč ob teh spremembah ni storila dovolj; tudi sedaj, ko govorimo o »evropskem delovnem času«, bi morali že vzporedno razmišljati, kako bo sprememba v delavniku vplivala na slovensko družino; kako bo moralo temu slediti otroško varstvo, prehrabeni obrati in patronažna služba z nego bolnih na domu. Skandinavske izkušnje kažejo, da na kulturo življenja v družini, tudi na zdravstveno kulturo, odločilno vpliva raven obveznega osnovnega šolanja, ki ga preide vsak državljan, torej tudi vsi bodoči starši.

Kadar primeren delovni čas omogoči družini, da živi v normalnem bioritmu, se pojavlja v njej manj konfliktnih situacij, manj je razdorov in manj ločitev. V takih situacijah družina tudi lažje in boljše skrbi za tiste, ki še ne morejo ali ki ne morejo več skrbeti sami zase.

UREDNIŠTVO: Ob finančnem kolapsu, ki grozi zdravstvu pri nas in ki ga zgolj odlagamo, nastajajo zahteve po »dolgoročnih sistemskih rešitvah«. Teh se praviloma ne definira. Ali je mogoče finančno krizo rešiti zgolj s spreminjanjem organizacije financiranja – k bolj centraliziranemu sistemu, ali pa gre za probleme, ki skrivajo mnogo pomembnejše dileme?

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Sprememba sistema financiranja vsebinskih problemov ne bo rešila, nujno pa je treba pošteno in s polno odgovornostjo ugotoviti, kaj mora biti fizično dostopno vsakemu človeku, kaj ljudem, ko zbolijo za določenimi boleznimi. Ob zagotavljanju enakopravnosti v dostopnosti zdravstvene službe pa je treba tudi povedati, kakšna tehnologija naj bo v Sloveniji na razpolago. Res je, biti mora sodobna in biti je mora dovolj, da ne bo predolgih poti ali predolgih čakalnih dob, ki dodatno ogrožajo zdravje. Res je pa tudi, da mora zdravstvo kot vsak uporabnik drage tehnologije vedeti, da jo mora amortizirati v čim krajšem času. Ko kupimo neko aparaturo, vemo, da v laboratorijih tovarn že čakajo novi

modeli – in le, če zagotovimo, da bo drag aparat maksimalno uporabljen, da torej ne bo izpadov zaradi pomanjkanja specializiranih kadrov, zaradi slabe službe vzdrževanja, zaradi pomanjkanja nadomestnih delov, zaradi slabe organizacije naročanja ipd., pomagamo ustvariti pogoje za nabavo novih. To je le en primer.

Noben sistem financiranja ne bo uspešen (tudi če bi zagotavljal optimalno višino sredstev), če ne bomo res racionalno (s tem pa ne mislim, kot je običajno, le na redukcijo) in z dobro mikroorganizacijo zdravstvenih ustanov delovali vsi zdravstveni delavci. To velja tudi za smotrno porabo delovnega časa strokovnih delavcev, saj lahko npr. vsaj za področje zdravstvene nege povem po anketi izpred dveh let, da marsikje porabijo medicinske sestre le 40% delovnega časa za zdravstveno nego – v večini ostalega časa pa opravljajo dela, ki niso naloge stroke ter bi jih ceneje pa verjetno boljše opravili drugi delavci z administrativno oziroma ekonomsko šolo.

Pomembne so tudi spremembe v trajanju hospitalizacije. Vendar lahko čas hospitalizacije skrajšamo le takrat, kadar ima bolnik kam iti; organizirati je treba zato številčno in strokovno bogatejšo službo nege na domu z vsemi spremljajočimi servisi. To je ena od dolgoročnih rešitev, po kateri sprašujete, saj pomeni skrajšana hospitalizacija, da se bodo zmanjšale potrebe po novih bolniških posteljah; bolnišnica bo več sredstev lahko namenjala diagnostičnim in terapevtskim aktivnostim, drage bolniške postelje pa bodo zasedali le tisti, ki vso specialno opremo res potrebujejo.

Ostali bolniki se bodo vrnili lahko prej v svoje normalno življenjsko okolje, kar je nujno, tako iz strokovnih razlogov, pa tudi zaradi kvalitete življenja, ki prav gotovo ne more biti enaka v ustanovi, kjer se je nujno treba podrežati določenemu režimu.

UREDNIŠTVO: Razprave o kvaliteti življenja že dobivajo javni pomen in veljavo. Govorimo o novih potrebah in novih problemih, ki izhajajo iz spremenjenih delovnih in življenjskih pogojev, o prevenciji v območju vsakdanjega življenja, v območju dela, o zgodnjem odkrivanju bolezni, o zdravstvenem svetovanju, izobraževanju in vzgoji, o potrebah po obvladovanju posledic bolezni . . . Govorimo končno o tem, da smo bili v preteklih – morda dveh desetletjih, popolnoma nesenzibilni za te nove potrebe. Ali je mogoče identificirati zametke strategij in konceptov, ki bi bili usmerjeni v preseganje te diskrepance? Ali se v okviru teh konceptov v Sloveniji že uveljavljajo kakšne spremembe?

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Da, kar precej je takih zasnov. Srednjeročni in dolgoročni načrti razvoja slovenskega zdravstva kažejo pozitivne usmeritve; praktično vsa politična gibanja in njihovi programi vsebujejo pojem kvalitete življenja, zdravja, ekologijo. Inštitut za socialno medicino pri Republiškem zavodu za zdravstveno varstvo enako kot SZO za ves svet, spremlja na našem področju z indikatorji zdravstveno situacijo in sprotno opozarja na področja, kjer nismo dosegli še vidnih premikov na bolje.

No, in že dejstvo, da se Vaša spoštovana revija ukvarja tudi s širšimi vprašanji zdravja in zdravstvenega varstva, govori za to, da tudi akademska javnost izven zdravstva posveča temu problemu večjo pozornost, kot jo je v preteklosti.

UREDNIŠTVO: Kako ocenjujete odprtost oziroma zaprtost medicinske stroke? Kakšne so vaše izkušnje iz drugih držav? Ali prihaja do večjega medstrokovnega sodelovanja? V svetu in pri nas je občutiti, da imajo ljudje odpor do ekspanzije

visoko rutiniziranega, na klinično-kurativno ekspertsko znanje in tehnične aparate vezanega sistema zdravstvenih služb. Ljudje prisluškujejo alternativni medicini, kar vse je znak, da se je medicina delno dehumanizirala.

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Svetovni megatrendi kažejo, da se je ljudem uprla rigidna institucionalnost, pa ne le v zdravstvu. Imamo velika profesionalna gledališča, ljudje pa radi hodijo v kleti, na dvorišča in na podstrešja malih alternativnih gledališč – ta težnja se kaže na vseh področjih življenja. Institucija se rodi in se začne starati – organizacijsko in v vsebinskih konceptih. Tako je tudi z zdravstvom, predvsem v hospitalnih inštitucijah, ki imajo (pogosto še prerestriktivne) hišne rede, pravilnike in statute. Vezani so v trde platnice in ljudem je žal, da bi jih spreminjali in prilagajali novim situacijam.

Civilizacija je institucionalizirala rojstvo in smrt – temu so se začeli ljudje najprej upirati – saj ne eno ne drugo ni bolezen v pravem pomenu besede, pa smo ju uokvirili v zdravstvene postopke ter prostore preko potrebnih meja ter ju naredili nečloveške. Predolgo se je zdravstvo polasčalo bolnikov ter z neštetimi prepovedmi odpravilo svoje od njih.

Tudi to se spreminja, a na pobudo uporabnikov, ne stroke. **MEDICINSKA STROKA JE ŠE POGOSTO ZAPRTA** tudi do drugih zdravstvenih strok, ker izhaja iz stare strokovne hierarhije, ko so bila vsa druga delovna področja le bolj servis medicincu kot služba bolniku oziroma varovancu.

Medicinske sestre smo učili npr. o tem, kaj je hišna zdravstvena doktrina, kakšen je dnevni red hiše, kakšna so osebna pričakovanja posameznih vodilnih delavcev v zdravstveni ustanovi; nikoli do pred približno desetimi leti jih pa nismo učili, da ima vsak bolnik poleg tipičnih zdravstvenih problemov tudi individualne človeške potrebe, da je kljub bolezni ostal posameznik s pravico do zasebnega življenja in čustvovanja.

Res je, kot pravite: do kliničnih, visoko-tehničnih postopkov v medicini čutijo ljudje strahospoštovanje. To je razumljivo; saj so konkretni in vidni ter dobesedno rešujejo življenja.

Skrb za ohranitev zdravja je navidez abstraktna, nekonkretna in neznanstvena. Rezultati tega dela se ne kažejo v dramatičnih posegih, ampak le v spremembi zdravstvene statistike. Da človek spozna pravo vrednost preventivne dejavnosti, mora biti izobražen in kultiviran. To spoznanje ne bo prišlo kar čez noč, saj smo še zdravstveni delavci usmerjeni bolj k dinamiki obravnavanja bolezni – tudi izobraževalni programi so še marsikdaj tako zasnovani, da študent prej spozna delo z bolnimi posamezniki kot z zdravo populacijo.

UREDNIŠTVO: Opažamo močne segmente socialne zdravstvene zanemarjenosti, celo organizirane oblike nekulture, ki dobivajo značilnosti degradacije humanitarne zavesti. Ti procesi so povezani tudi z zniževanjem življenjskih zmožnosti. V določeni meri celo razpadajo posamezne oblike humanitarne zavesti, ki so jih razvijale različne socialne skupine. Obenem nastajajo nove oblike zavesti, zlasti na individualni ravni, ki govore o pravem kultu zdravja. Programi SZO prav gotovo dobivajo rodovitna tla v prevladujoči zdravstveni kulturi pri Slovencih. Kaj lahko rečete o naši zdravstveni kulturni dediščini in akterjih zdravstvenega kulturnega gibanja, ki danes iščejo spodbude v programih SZO?

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Slovenci smo imeli bogato zdravstveno kulturno dediščino in jo danes močno oživljamo. Vsi Slovenci smo praktično kakšno generacijo

nazaj kmečkega porekla, in ker je kmet po naravi svojega življenja in dela neobhodno povezan z ritmom narave, uporablja torej naravno notranjo uro, ki mu določa čas bodisi sezonske ali dnevne aktivnosti ter počitka.

V njegovem življenju je manj nenaravne časovne prisile, v stiku z naravo spoznava vrednosti njenih plodov, v družini pozna naravo delitve dela, ko vsak praviloma dela tisto, za kar je sposoben, goji sosedsko življenje in priznava potrebo po medsebojni solidarnosti. Zato deli srečo ob rojstvih in porokah ter žalost ob smrti in drugih nesrečah.

Ker je ta tradicija še živela vsaj v spominih naših ljudi, so načela zdravstvenega kulturnega gibanja pri Slovencih naletela na plodna tla – najmanj le v asocialnih stanovanjskih aglomeracijah, ki *a priori* ne dajejo možnosti za zdravo življenje, kjer posameznik ali skupina v sivi anonimnosti le z neprilagojenim in agresivnim vedenjem postaneta opažena.

Da bomo razumeli, čemu se pojavi zdravstvena zanemarjenost, se spomnimo, kaj vse na zdravje v določeni lokalni skupnosti vpliva:

Hitra preselitev v mesta, nepremišljena in nehumana izgraditev novih stanovanjskih okolišev, osamljenost ljudi, izgubljanje socialnih norm so vplivale na šest temeljnih funkcij, ki jih mora vsaka lokalna skupnost zagotavljati za zdravo življenje.

1. Smiselna uporaba prostora, primerna stanovanja, dostopnost do javnih inštitucij, možnost socialnih stikov in rekreacije;

2. Delovna mesta, ki niso preoddaljena in ki so zdravju neškodljiva;

3. Varno okolje, ki zmanjšuje možnost fizičnih poškodb;

4. Urejen in sodoben vzgojno-izobraževalni sistem s programi socializacije tudi odraslih, predvsem novih naseljencev ter neprestano kultiviranje vseh prebivalcev;

5. Participacija vseh prebivalcev v življenju lokalne skupnosti, socialna interakcija;

6. Dobro sodelovanje z drugimi sistemi, kadar določena lokalna skupnost sama ne izpolnjuje vseh funkcij.

Šele, ko se določena skupnost zavé svoje identitete in je nanjo ponosna, postane življenje v njej zdravo, kar dosežemo skozi naslednje faze:

Pokrite fizične potrebe → varno življenje → izobraženost → aktivnost v življenju skupnosti → ponos → identifikacija samega sebe s skupnostjo.

UREDNIŠTVO: Sociologija zdravstva ali pa kar družbene znanosti v zvezi z zdravstvom sprašujejo o rizičnosti življenja v sodobnih družbah, v katerih ne samo, da ne znamo, ampak tudi »ne moremo« biti zdravi (A. Trstenjak, Zdravstveni vestnik, 1988, 27:21–4). Gre za fizično, materialno okolje, pogoje bivanja in delovanja v mestih, za socialno (dez)integracijske dejavnike, recimo kar v Ljubljani in Mariboru. Na kratko, kaj nam prinaša »dom in domovanje« v urbaniziranih sredinah? Na kakšen način in s čim smo, najprej kot biološka bitja, prisiljeni živeti?

M. ŠLAJMER-JAPELJ: V naših mestih nastajajo podobne rizične dejavnosti za zdravo življenje, kot jih s skrbjo opazujemo v zahodnih deželah. Dovoljujemo stihijno razraščanje delov mest, ki jih naseljujejo ljudje iz socialnega obrobja. Uprave mest hite z gradnjami satelitskih naselij, ki pa so socialno-komunikacijsko zelo siromašna. Stanovanjski kolosi ustvarjajo svojevrstne duševne in socialne probleme, ker ljudi osamijo, jih jemljejo življenjski prostor. Takšne »domačije«

niso naklonjene ljudem, ki niso sposobni živeti zelo zelo dinamično. Celo nekatere bolezni so posledica zelo visokih stolpnic. Starejši ljudje si marsikdaj ne upajo na pot, ker jim različne ovire onemogočajo, da bi normalno in brez strahu prišli iz stolpnic, prečkali ceste, se peljali z avtobusom, z vlakom. Številne fizične ovire onemogočajo normalne socialne stike. V mestu so ogroženi medgeneracijski stiki v družinah. Upravičeno torej govorimo o asocialnem fizičnem okolju. Za ilustracijo: v Ljubljani, Celju, Mariboru poslušamo poročila o »čistosti« zraza in celo vode. Najhuje je, da se starejša generacija zaveda, da to ni normalno, rastejo pa generacije, ki menijo, da je to normalno. Ko slišimo priporočila, da »odsvetujemo srčnim in pljučnim bolnikom ter otrokom, da gredo iz stanovanja«, da »naj zapiramo okna«, se hkrati spomnimo navodil zdravstvenih delavcev, da naj gremo čim pogosteje na sveži zrak. Toda še vedno sem optimist, ker o tem ne razpravljajo več samo v raznih gibanjih, kot so »Zeleni«. O tem govorijo vsi politični programi.

UREDNIŠTVO: Toda stvarnost je zelo trdoživa.

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Tako kot naš odnos do zdravja, praviloma ga začnemo ceniti, ko zbolimo. Recimo, v mestu živi vedno več starejših ljudi. Življenjska doba je daljša, vendar zelo slabo sledimo potrebi, da bi dajali življenje letom, ne zgolj leta življenju, kajti kvalitetna je zdrava starost. Zanesljivo je, da se starejšim ljudem fiziološke funkcije in sposobnosti zmanjšujejo, ampak starost ni bolezen. Od načina življenja, stanovanjskega okolja, delovnih pogojev je odvisno, ali bomo dočakali starost kot bolniki ali pa do te mere zdravi, da bomo sprostil duhovno bogato življenje.

UREDNIŠTVO: Ko Maribor sprejema izdelavo projekta »Zdravo mesto«, ali izhajate iz tega, da mesto ni več zdravo, ali iz spoznanja, da je že bolno?

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Rekla bi, da mesto ni več zdravo in da ima dovolj moči v sebi, da se vključi v projekt »zdravih mest«. Maribor se je kot slovensko mesto hitro razvijalo po prvi svetovni vojni. V njem so se naselile skupine zelo vitalnih ljudi iz vse Slovenije, predvsem veliko Primorcev, ki so razvili tudi pripadnost mestu. Po vojni se je hitro povečalo število priseljencev, močno se je spremenila socialna struktura prebivalstva, zato mesto kot nova identiteta še ni zaživelo. Z graditvijo številnih stanovanjskih satelitskih naselij smo zvišali socialno izolacijo ljudi. Dodatne stresne situacije prinaša sedanja ekonomska kriza. Zato bi lahko rekla, da tisti štirje ubijalci, ki veljajo za vso Evropo, veljajo tudi za Maribor: srčna obolenja, obolenja ožilja, rak in nesreče, predvsem pri nas, ker smo izrazito tranzitno mesto. Z vidika fizičnega in socialnega zdravja Maribor v mnogočem še ni zdravo mesto, vendar se ljudje ozaveščajo, da jim manjka nekaj, kar bi njihovemu življenju dalo novo vrednost.

UREDNIŠTVO: Kaj lahko storimo za zdravje v družini, in šele potem v posameznih socialnih okoljih?

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Najprej moramo priznati, da je družina primarna skupnost vsake družbe, ki pogojuje siceršnje življenje. Zagotavljati mora primarno socializacijo otroka. Za vse člane skupnosti mora pomeniti tisto primarno okolje, v katerem preživljamo zelo kvaliteten del življenja. V razvitem svetu se pogosto dogaja, da je družina izgubila možnosti, da bi delovala kot normalna skupnost

njenih članov. Materialno in tudi sicer so najbolj obremenjene mlade družine. Zato žive v pogostih konfliktnih situacijah, kar je za skupnost, ki šele nastaja in ki naj bi na kvaliteti šele pridobila, zelo ali celo prenaporno.

UREDNIŠTVO: Sociologija zdravstva ima samo nekaj zametkov, in sicer na Medicinski fakulteti, FSPN, Inštitutu za sociologijo in filozofijo Univerze v Ljubljani in na Inštitutu za socialno medicino. Kako bi lahko prispevali k večjemu medsebojnemu dopolnjevanju in oplajanju spoznanj s področja medicine in sociologije? Kakšne so vaše ugotovitve glede profilov FSPN na področju zdravstva, v okviru podiplomskih študijev, raziskovalnih programov? Kakšne so potrebe, možnosti in ovire v povezovanju teh dveh strokovnih področij?

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Povezovanje sociologije in zdravstva je nujno – zdravstvo se je razvijalo, odkar človek in družba obstajata, je pa in bo delovalo vedno lahko le tako, kot ga bo ta družba razumela in kakšno vlogo mu bo dala.

Premalo imamo v Sloveniji sociologov, ki se ukvarjajo s sociologijo zdravstva, manjka nam pa tudi strokovno telo, ki bi to specialno področje razvijalo ter raziskovalo!

FSPN je prav gotovo tista akademska institucija, ki se je prva na Slovenskem s sociologijo zdravstva ukvarjala, in želeli bi bilo, da dobi področje sociologije ob njej tudi svoj strokovni vrh, ki bo organiziral tudi tovrstne podiplomske študijske programe.

UREDNIŠTVO: Ljubljana in Maribor se vključujeta v gibanje zdravih mest, da bi izboljšali zdravje ljudi in urbaniziranih okoljih. Kakšen je namen in kakšne so koristi od vključitve v akcijo SZO »Zdrava mesta«? Kaj lahko že sedaj rečete o predvidenem programu aktivnosti in ustvarjanju najširših pogojev, da bi to gibanje zaživelo. Gre končno za uveljavitev določenega načina življenja in temu ustreznega zdravstvenega varstva.

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Upam, da se bodo v gibanje »Zdrava mesta« vključile vse urbane sredine v Sloveniji. Gibanje je zasnovano na »Ottawski listini« v skrbi za zdravje, kjer je zapisano, da je skrb za zdravje proces, v katerem se ljudje usposobijo v skrbi za lastno zdravje in ga utrjujejo. Da človek (ali družba) lahko doseže stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega ravnotežja, mora biti sposoben spoznati in uresničiti svoje aspiracije, zadovoljiti svoje potrebe ter spremeniti ali obvladati okolje. Zdravje ni samo po sebi cilj življenja, je pa osnovni predpogoj zanj. Zdravje je pozitivno stanje, ko lahko angažiramo svoje telesne kot tudi duševne in socialne sposobnosti. Zato je zdravje ena najvišjih vrednot v družbi. Preprečevanje obolenosti ter nesreč postaja pomembna tema zdravstvenopolitičnih razprav, saj so kronična obolenja pogojena s socialnimi, ekološkimi dejavniki, kakor tudi z vedenjem in stilom življenja ljudi. Edino učinkovito sredstvo v boju proti tem obolenjem je preventiva. V preteklosti je bilo področje zdravstva zaprto v svoj lasten krog, v resnici pa nanj vpliva vsak segment javnega življenja. V nekem mestu so to javni lokali in druga zbirališča meščanov, zdravstvene ustanove, stanovanjska naselja, športna društva, kulturni centri, parki, igrišča – predvsem pa miselnost, ideje in aktivnost njegovih prebivalcev. Predpogoj za pozitivno razmišljanje o zdravju pa je čisto okolje, voda, zrak, človeku naklonjen prometni režim, delovno mesto ki prinaša zadovoljstvo...

Leta 2000 bo predvidoma 75% vseh Evropejcev živel v mestih, zato je

v mestih še posebej nujna aktivnost mestne politike kot tudi vseh posameznikov, da bi bilo neko mesto res zdravo, kar pomeni mnogo: biti mora prijetno za bivanje, prosto nasilja, neurejenosti, umazanije vseh vrst, fizično zdravo.

Pogoj, da aktivnost »Zdravo mesto« zaživi, je volja njenih prebivalcev, da akcijo organizirajo, da se zavejo, da ni višje sile od zunaj, ki mesto lahko naredi zdravo.

Od leta 1986 se je v Evropi za to aktivnost odločilo že 30 mest, poleg naših dveh jih pa še kar nekaj kandidira za vključitev v mrežo sodelovanja. Koristi vključitve so kar precejšnje: sodelujemo lahko z enako mislečimi, od drugih se učimo in ne gradimo prototipov, prek katerih bi se lahko že vključili v prakso. Aktivnost drugih nas spodbuja, ustvarja se pozitivni tekmovalni duh.

Gibanje »Zdravo mesto« je eden najpopularnejših projektov SZO, kar ni težko razumeti. Mesto je jasno upravno omejena in geografsko določena enota, zato je spremembo v njem lažje doseči – pa tudi rezultati so vidnejši. Mesto ima možnost, da razvije primerno socialno-zdravstveno politiko v vseh sektorjih javnega življenja: v ekonomskem, v socialnem, v kulturnem, v ekologiji. Meščani občutijo praviloma pripadnost svojemu mestu, se z njim identificirajo in so nanj ponosni.

Aktivno delovanje v krajevni skupnosti je človeku blizu in predstavlja moč v oblikovanju vsakdanjega življenja.

Gibanje se je pojavilo v času, ko so mnoga evropska mesta zašla v stisko, ko sta spreminjajoča se zaposlitvena struktura in problem stanovanj začela vplivati na okolje, predvsem v mestnih središčih. To gibanje je pozitiven odgovor na obstoječe izzive mestom.

Pogoj, da se mesto v gibanje SZO vključi, je dejanska in ne le deklarativna pripravljenost slediti strategiji »Zdravje za vse« do leta 2000.

Mesta morajo imeti torej:

- trdno politično voljo, da bodo delovala v smislu dogovorjene strategije;
- biti morajo pripravljena, da bodo v te aktivnosti usmerjale tudi materialna sredstva;
- soglašati morajo z aktivnim sodelovanjem v evropski mreži in deliti svoje znanje z drugimi.

Bistvene lastnosti gibanja so:

- doseganje enakosti v pravicah in v dostopnosti do zdravstvenega varstva;
- aktiven odnos do zdravja;
- preseganje tradicionalnih okvirov delovanja zdravstva;
- spodbujanje javnosti in vsakega posameznika k aktivnemu sodelovanju.

Predvsem pa morajo biti mesta inovativna in fleksibilna. Ni posebne magične formule za rešitev problemov zdravja, le eno pomaga:

Biti in ostati zdrav mora postati potreba vseh ljudi in cilj, za katerega se je vredno boriti.

UREDNIŠTVO: Vse te naloge pravno ne bodo nikdar posebno zavezujoče, ker so predvsem vrednotne, tako rekoč simbolne narave. Govore o novih potrebah.

M. ŠLAJMER-JAPELJ: Strinjam se, da bodo soočanja v nas samih, v spoznanju novih družbenih potreb, v novem družbenem učenju, ki bo zajelo vse, od povprečnega državljana naprej.

Z Majdo Šlajmer-Japelj se je pogovarjal Ivan Hvala