

ERNA KRAŠEVEC-RAVNIK*

Zdravje kot družbeni projekt

V Sloveniji je v strokovnih diskurzih o načrtovanju zdravstvenega varstva in prestrukturiranju zdravstva dostikrat opaziti, da se »zdravje« in »zdravstveno varstvo« uporabljata kot pojma z enakim vsebinskim pomenom. Ko navadno govorimo o »zdravstvenem varstvu«, ne govorimo o skrbi za zdravje, temveč mislimo predvsem na zdravljenje, oz. ozdravitev bolezni. Ko govorimo o sistemu zdravstvenega varstva, ne mislimo na sistem, ki globalno ohranja in razvija zdravje, temveč mislimo na organizacijo, oz. sistem zdravstvenih delovnih organizacij. Iz takega pojmovanja zdravja in zdravstvenega varstva izhaja tudi razumevanje zdravstvene politike kot politike, ki organizira preskrbo z zdravljenjem in zdravstvenim varstvom v času bolezni in ne kot sistemske politike, ki pomaga ohranjati in razvijati zdravje prebivalstva.

V razvitem svetu že desetletje razvijajo zdravstveno politiko na osnovi pojmovanja zdravja kot družbene kategorije, oz. v zadnjih letih še širše, kot družbenega projekta. Zdravje postaja objektiviteta človekovih pogojev bivanja, družbeni resurs, resurs posameznika in družbena investicija.

Kakšni so ti diskurzi in kakšne so predlagane strategije?

Objektiviteta človekovih pogojev bivanja

Tradicionalni sistem zdravstvenega varstva je v razvitem svetu v procesu strukturalnih sprememb, ki zadevajo predvsem:

- razumevanje zdravja in
- strategij za njegovo ohranjanje in razvijanje.

Medtem ko večina zdravstvenih strokovnjakov preventivcev še vedno prisega na posameznika in njegovo različno obnašanje, se diskusije v družbenih znanostih premikajo v smer analiziranja »rizične družbe« ki skozi generiranje rizičnih dejavnikov kot so: onesnaženost okolja, stresi, konfliktni odnosi, brezposelnost, socialna dezintegracija, osamljenost, slabi delovni pogoji, slabi bivalni pogoji, družbene neenakosti, itd. prenaša polje akcijskega delovanja zopet nazaj v družbeno in politično sfero.

Zdravje ni več le odsotnost bolezni niti ni več utopično stanje popolnega fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja. Zdravje postaja aspekt vsakdanjih človekovih pogojev bivanja in delovanja. Poleg kvalitete naravnega okolja se poudarja pomembnost socialnega in ekonomskega razvoja za zdravje in bolezen, kar v medicini pravzaprav ni nič novega. Medicina je bolezen revščine že davno ozna-

* Mag. E. Kraševc-Ravnik, dipl. soc., Institut za socialno medicino in socialno varstvo, UZZSV, Ljubljana, Trubarjeva 2.

čila kot socialne bolezni in s tem izpostavila prave vzroke njihovega pojavljanja. O boleznih današnjega časa, kot so na primer rak ali bolezni srca in ožilja, pa govori o kronično-degenerativnih boleznih. Tako poudarja njihovo posledično (bolezensko) stanje, ne da bi izpostavila vzročne dejavnike.

»Higienski« problemi današnjega časa pa prav tako ležijo v problemih današnje družbe.

P. Townsend in N. Davidson (1982) dokazujeta razredne neenakosti v zdravju angleškega prebivalstva. Standardizirane mere smrtnosti naraščajo obratno sorazmerno s padanjem poklicnega razreda za oba spola in vse starosti. Najbolj dramatične razlike v smrtnosti so na začetku življenja. Ob rojstvu in v prvih petih mesecih življenja umre dvakrat več otrok NKV manualnih delavcev kot otrok strokovnjakov. Moški in ženske v najnižjem poklicnem razredu imajo dva in polkrat večjo verjetnost, da umrejo pred upokojitvijo kot delavci v najvišjem poklicnem razredu.

J. Eyer in P. Sterling (1977) ugotavljata, da periodične ekonomske fluktuacije v razvitih kapitalističnih deželah vplivajo na sinhronizirane fluktuacije smrtnosti tako, da višje stopnje smrtnosti pozitivno korelirajo z visoko stopnjo ekonomske aktivnosti in ne z recesijo, kot bi pričakovali.

Ena od domačih študij iz tega področja (E. Kraševac-Ravnik, 1984) v okviru projekta Velenje 2000 ugotavlja, da velenjska občina, ki po klasičnih ekonomskih kazalcih sodi med najrazvitejše občine v Sloveniji in ima tudi mlado starostno strukturo prebivalstva, ne sodi tudi med bolj »zdrave občine« v Sloveniji. Rizični dejavniki velenjske občine za zdravje prebivalcev so predvsem: usmerjenost gospodarstva v delovno intenzivne panoge, nizka akumulativna sposobnost gospodarstva, velik selitveni prirast iz drugih republik, velika dnevna migracija delovne sile in naraščajoče zaposlovanje ženske delovne sile.

Razumevanje zdravja od družbenega projekta postavlja nove izzive ne le za medicinsko znanost v smislu nujnega interdisciplinarnega povezovanja in vzpostavitve novih prioritet delovanja za ohranjanje in razvijanje zdravja, temveč za nas vse v zavedanju, da se zdravje ne vzpostavlja v kliničnem centru, temveč v družini, na delovnem mestu, v bivalnem okolju, v naravnem okolju, v stabilni družbi.

Strategije za ohranjanje in razvijanje zdravja

S pojmovanjem zdravja kot družbenega resursa, ki ni odvisno le od sistema zdravstvenega varstva in razvoja medicine, temveč predvsem od kvalitete bivanja in delovanja človeka v njegovem naravnem, delovnem in bivalnem okolju, se skrb za zdravje nujno prenaša iz zdravstvenega sektorja v vse sektorje družbe.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) izpostavlja gesli:

»VEČ ZDRAVJA V RAZVOJNO POLITIKO DRUŽBE!«

»VEČ ZDRAVJA V JAVNO POLITIKO!«

Kako dosegati tako opredeljeno zdravje prebivalstva?

SZO se zaveza za izvajanje dveh strategij, ki naj bi pomembno prispevale k realizaciji ciljev, postavljenih v njenem projektnem dokumentu »Zdravje za vse do leta 2000«:

- za strategijo »ohranjanja in razvijanja zdravja« in
- za strategijo »zdrave javne politike«.

Prvotna strategija, ki je temeljila na zdravstvenem izobraževanju prebivalstva in na spreminjanju življenjskih stilov, škodljivih za njegovo zdravje, se je zaradi individualistično ciljanega pristopa izkazala kot neučinkovita. Življenjski stili so

sicer spoznani kot pomembna determinanta zdravja, toda razumeti jih je potrebno kot kolektivni fenomen, socialno in kulturno konstruiran, kot lastnost družbenih skupin in ne le kot lastnost »goli« posameznikov. Zato spreminjanje obnašanja posameznikov in njihovega stila življenja zahteva najprej spreminjanje pogojev njihovega življenja.

»Strategija ohranjanja in razvijanja zdravja« konceptualno izhaja iz naslednjih predpostavk:

1. Kreacija zdravja je proces, ki zadeva vse sektorje družbe: ekonomski, socialni, politični, kulturni sektor, ne le zdravstveni.

2. Vključuje celotno populacijo v kontekstu njihovega vsakdanjega življenja in ne le rizične skupine prebivalstva.

3. Usmerjena je v akcijo odkrivanja vzrokov bolezni in ne le neposrednih bolezenskih vzrokov smrti.

4. Temelji na konkretnem sodelovanju ljudi in družbenih skupin.

Uresničevanje tako opredeljene strategije pa je mogoče le:

- skozi razvijanje zdravja znotraj razvojne politike družbe,
- z vzpostavitvijo čimširše družbene akcije za promocijo zdravja na osnovi medsektorskega povezovanja in

- z izvajanjem konkretnih akcij za spreminjanje socialnih, ekonomskih, političnih, kulturnih in ekoloških razmer, ki prispevajo ali vodijo v bolezen prebivalstva in posameznih družbenih skupin.

Uspešnost in učinkovitost prve strategije je v veliki meri pogojena z izvajanje druge strategije: »strategije zdrave javne politike«. Zdrava javna politika je advokatura odgovornih strokovnjakov, javnega sektorja in politike za uveljavljanje zdravja kot univerzalne človekove pravice. Kot taka predstavlja idealističen koncept, katerega uspehi so odvisni predvsem od vizionarstva politike družbenega razvoja.

Vsebinska izhodišča zdrave javne politike so naslednja:

1. Usmerjena je v zmanjševanje razlik v zdravstvenem stanju med različnimi družbenimi skupinami v populaciji.

2. Spoznava pomembnost ekonomskega, socialnega in naravnega okolja za zdravje.

3. Pospešuje participacijo javnega sektorja in vzpostavlja aktivno vključitev številnih akterjev kot so: družbena gibanja, družbeni zdravstveni projekti, organizacije, društva, skupine, posamezniki, pri kreiranju politike za zdravje in v njeni realizaciji.

4. Ustvarja se skozi medsektorsko sodelovanje.

Naj navedemo le nekaj področij, na nekaterih se je v industrijsko razvitih deželah zdrava javna politika kot taka že konstituirala: vzgoja za zdravje, prehrabena politika, tobačna politika, politika varstva okolja, politika zdravja na delovnem mestu, politika za prevencijo AIDS-a, politika človekovih pravic.

Projekt zdrava mesta

»Projekt zdrava mesta« predstavlja konkreten okvir in eksperiment za konkretizacijo in realizacijo strategij »ohranjanja in razvijanja zdravja« in »zdrave javne politike« za doseganje ciljev, postavljenih v »Zdravju za vse do leta 2000«.

Mesto kot tako je bilo za konkretizacijo ponujenih strategij SZO izbrano predvsem zato, ker:

- Največkrat predstavlja najnižji teoritorialno-administrativni nivo, ki upravlja s svojimi resursi.
- Ima svoje politično vodstvo.
- Obstaja možnost razvijanja medsektorskega povezovanja.
- Z vidika ugotavljanja in zadovoljevanja potreb prebivalstva predstavlja prostor, v katerem prebivalci najlažje identificirajo svoje potrebe, ustvarjajo politiko za njihovo uresničevanje in izvajajo kontrolo.

Skozi projekt zdravega mesta *zdravja postaja vidno za mesto*. Postaja strateško pomembno tako za prebivalce kot za politike.

Pogoji, katere mora mesto izpolnjevati ob vstopu v gibanje zdravih mest, so naslednji:

1. Pripraviti mora *razvojni plan mesta in zdravstva* na osnovi *multisektorskega pristopa*, po katerem sta zdravje in bolezen skrb vseh sektorjev.

2. *Prebivalci morajo aktivno sodelovati* pri razvojnih načrtih mesta in pri načrtovanju zdravstvene politike.

3. »Zdravo mesto« mora *dokazovati* in *diseminirati svoje rezultate* in *inovativne rešitve*.

4. Pripraviti mora *indikatorje zdravega mesta*, na osnovi katerih se bo ugotavljalo, koliko je mesto zdravo.

5. Mesta, ki se promovirajo kot zdrava, se morajo truditi, da razširijo krog zdravih mest.

Zdravo mesto mora težiti k doseganju naslednjih ciljev:

- čisti, zdravi in kvalitetni naravni sredini ter stanovanju,
- stabilnemu eko-sistemu,
- razvijanju in uveljavljanju javnega sektorja,
- zadovoljevanju bazičnih človeških potreb za vse prebivalce mesta,
- možnosti številnih kontaktov in demokratičnega komuniciranja,
- razvijanju raznolikih in inovativnih gospodarskih aktivnosti v mestu,
- povezovanju z zgodovinsko in kulturno zapuščino mesta,
- ustvarjanju takega sistema zdravstvenega varstva, ki bo dostopen vsem prebivalcem in k
- visoko rangiranemu zdravstvenemu stanju prebivalstva.

Gibanje zdravih mest je v času svojih »zagonskih« let kot metode dela izpostavljalo predvsem akcijske in medijsko-informacijske projekte. Sedaj pa se izpostavlja močna potreba po analitično-raziskovalnih projektih, ki naj bi konceptualno definirali indikatorje zdravega mesta, analizirali vzročne dejavnike za negativne trende v zdravju prebivalstva, definirali najbolj rizične dejavnike za zdravje v mestu in predlagali konkretne alternativne rešitve za boljše zdravje mesta.

Uspeh projekta zdravega mesta je odvisen predvsem od pripravljenosti političnega vodstva mesta, da sprejme daljnovidne pristope v politiki razvoja mesta, ki bodo usmerjeni k ohranjanju in razvijanju zdravja kot družbenega resursa in kot resursa posameznika. Naj zaključim optimistično. Zgodovinski spomin nas uči, da je tudi higiensko gibanje v začetku 19. stoletja v nastajajočih evropskih industrijskih centrih delovalo medsektorsko, v tesni povezavi socialne politike, higiene okolja, prosvetljevanja in izobraževanja. In bilo je uspešno!

LITERATURA:

1. The Adelaide Recommendations for Healthy Public Policy, April 5–9, 1988, Adelaide, South Australia.
2. Conclusions on International Conference Research for Healthy Cities, June 21–23, 1989, Hague.

3. Eyer, J., Sterling, P.: Stress Relate Mortality and Social Organisation. Review of Radical Political Economics, vol. 9, št. 1, 1977.
4. Informacija o prihvaćanju i priključivanju projekta Zdravi grad Zagreb. Zavod za organizaciju i ekonomiku zdravstva, Zagreb, 1987.
5. Kraševac-Ravnik, Erna: Nekateri vidiki zdravstvenega varstva in invalidnosti v velenjski občini. Projekt Velenje 2000; RI FSPN, CLSDO, Ljubljana, 1984.
6. Ottawa Charter for Health Promotion. Nov. 17-21, 1986, Ottawa.
7. Protokol projekta – studije »Zagreb – zdravi grad«. Program aktivnosti. Zavod za organizaciju i ekonomiku zdravstva, Zagreb, 1987.
8. Townsend, P., Davidson, N.: (ed.): Inequalities in Health. Middlesex, Penguin Books, 1982