MAJDA PAHOR*

UDK 614:316

Sociološki vidiki razvoja zdravstva

1. SOCIOLOŠKO PROUČEVANJE ZDRAVSTVA

Družbeni pojavi, ki jih v glavnem obravnava sociologija, zanimajo tudi druge družbene in naravoslovne znanosti: ali kot poseben predmet proučevanja, kot izsek iz družbene stvarnosti ali pa kot družbeno ozadje razvoja in značilnosti določene znanstvene panoge. V obeh teh smislih zanimajo družbeni pojavi tudi medicino: najprej kot zveza med družbenimi odnosi, zdravjem in boleznijo, pa tudi kot okolje, v katerem se medicina razvija kot posebna dejavnost.[1] Znanstveni interes je seveda usmerjen tudi v nasprotni smeri – sociologija kot najbolj splošna družbena znanost ne more mimo tako občutljivega in pomembnega področja, kot je medicina. Medsebojni stiki sociologije in medicine so se (v nekaterih državah bolj, drugje, npr. pri nas, pa manj intenzivno) formalizirali v dveh oblikah: *sociologija v medicini*[2] in *sociologija medicine*.[3] Za »sociologijo v medicini« je predvsem značilna uporaba socioloških metod in tehnik za reševanje medicinskih vprašanj: sociologija se pojavlja kot sredstvo v okviru ideološke in teleološke pravlade medicine. Na drugi strani pa »sociologija medicine« ali »sociologija zdravstva« obravnava družbene odnose na tem področju: odnose med institucionaliziranim zdravstvenim sistemom in družbo, dejavnost in odnose znotraj zdravstvenega sistema in vsako dejavnost, povezano z zdravjem in boleznijo v določeni družbi, tudi tisto, ki ni institucionalizirana ali formalizirana. Tako uporaba socioloških metod in teorij v medicini kot sociološka obravnava medicine sta najbolj razširjeni v zahodni Evropi in severni Ameriki.[4] Pri nas to področje ni posebno razvito.[5]

---

* Mag. Majda Pahor, Višja šola za zdravstvene delavce, Ljubljana; članek povzema nekatere ugotovitve magistrske naloge z naslovom Nekateri razvojni procesi (osamosvajanja in povezovanja) v zdravstvu, ki jo je avtorica zagovarjala na FSPN v decembru 1988.

[1] S tem se ukvarja socialna medicina oziroma javno zdravstvo ter epidemiologija.

[2] Nekateri predstavniki: Susser, M. W. Watson, R. K., gl. tudi Krašovec-Ravnik 1986.

[3] Nekateri predstavniki: Mechanic, D.; Tuckett, D.; Levine, S., Coe, R. M.; Siegerist; H. E.; Ehenreich, B.; Navarro, V.; Berliner, A.; Doyal, L.; gl. tudi Krašovec-Ravnik 1986.

[4] Behavioralna sociologija medicine se ukvarja na primer z boleznijo in obnašanjem bolnega, z distribucijo in etiologijo bolezni glede na variable, kot so spol, starost, družbeni sloj, pa tudi družbena mobilnost, družbena izolacija in družbeni stres. Proučuje tudi vpliv kulturnih in socialnih neenakosti na samopercepcijo zdravja in bolezni, pa smrtnost – spremenjeni načini umiranja, socialne vplive na smrtnost ipd. Predmet proučevanja je tudi stres, bolezen in njuno premagavanje, potem duševno zdravje in duševni »nered«, sociokulturni vidiki zdravstvenega varstva, sociologija zdravstvenih poklicev, sociologija bolnic itd. (Kraševec-Ravnik 1986).

[5] Prispevek je delo E. Kraševec: Sociologija medicine v samoupravnem zdravstvu. Empirične raziskave s tega področja so delali na Inštitutu za sociologijo (Repovš, D.; Simoniti, J.; Pogačnik, D.) in na FSPN (Kraševec-Ravnik, E.) Problematike zdravstva pa so se dotikali še npr. Jogan, M. (Odnosi med zdravnikom in bolnikom), Toš, N. (Stališča Slovencev do zdravstva), Mlinar, Z. (Bolnišnica, v Humanizacija mesta).

Za intenzivnejše povezovanje medicine in sociologije so ovire na eni in na drugi strani.

Verjetno je eden od najpomembnejših odporov medicine do upoštevanja socioloških ugotovitev tisti, ki izhaja iz pretežno naravoslovne usmerjenosti medicine. Še prevladujoča naravoslovna usmeritev medicine proučuje bolnika kot posamezno, osamljeno bitje ali še raje bolezen kot biološki pojav, poudarja pomen znanstvenotehnološkega pristopa in zato vidi sociologijo kot »mehko« znanost (Strong 1986).

Druga ovira je visoka stopnja delitve dela v medicini (zdravstvena statistika v Sloveniji npr. poroča o 47 različnih specializacijah zdravnikov) in enačenje specialnosti s strokovnostjo. V primerjavi z drugimi znanostmi, kjer procesi interdisciplinarnih povezav ali vsaj multidisciplinarnih pristopov nakazujejo intenzivnejše procese povezovanja, je v medicini poglabljanje specialnega znanja pogoj za kakovostnejše zdravljenje (Mlinar 1984, Friedson 1973, Starr 1982).

Tretja ovira izhaja iz prvih dveh: zdravstveni delavci, vzgojeni v prepričanju o primarnem pomenu naravoslovnih znanosti pri obravnavi človeka in o učinkovitosti specializacije, ne razvijajo potrebe po družboslovnem znanju. Tako nastaja paradoks, da se zdravstveni delavci pripravljajo za delo z ljudmi, da pa se za to zelo malo usposabljajo.

Omenila bi toleriranje »sociologije v medicini«, ki jo kot pripomoček sprejemajo profesionalna združenja in tudi mednarodna zdravstvena birokracija (WHO), in bolj napet odnos do »sociologije medicine«, ki pri nekaterih zdravstvenih delavcih vzbuja občutek ogroženosti in odpora do »vmešavanja v zadeve medicine«, kot nekateri imenujejo sociološko obravnavo tega področja (Strong 1986). Tudi ko si Šeparović zastavlja vprašanje o upravičenosti raziskovanja družbenega konteksta medicine, ugotavlja, da največji odpori prihajajo iz vrst medicinske vede same, iz »tisočletne izolacije narcisoidne bele halje z magično močjo odločanja[6] o vprašanjih življenja in trpljenja. Vendar ne gre (pri sociološkem proučevanju medicine, op. M. P.) za spraševanje o medicini kot znanosti in praksi, ampak o medicini v družbi, o položaju človeka v medicini, o načinih reševanja vprašanj, ki nastopijo v zvezi s problematiko zdravja. Spraševanje, raziskovanje odnosa medicina–družba je danes postavljeno v luči krize, globalnih pretresov, ki že danes, jutri pa še bolj, postavljajo pod vprašaj človekovo socialno in zdravstveno varnost. Medicina izstopa iz svoje stoletne izolacije, družba čedalje bolj raziskuje, spremlja, se vmešava v medicinske procese, kar povzroča spopade interesov med izključnostjo medicine (težnjo k avtonomiji in monopolu) in interesov družbe po nadzoru in kontroli (tendenca socialnega paternalizma)« (Šeparović 1986:113).[7]

Ovire za intenzivnejše povezovanje medicine in sociologije so tudi na strani zadnje. Predvsem gre za teoretično in metodološko šibkost sociologije. Relativna nerazvitost sociologije kot znanosti se kaže v tem, da je spoznavni proces, ki naj bi povezoval najbolj splošno z najbolj konkretnim, na mnogih točkah prekinjen. To povzroča nemoč sociologije, da bi razložila družbene pojave, pa tudi dala izhodišča za njihovo spreminjanje (Mlinar 1984).

---

[6] »Magična moč odločanja« zdravnikov je v zvezi s prevlado znanstvene medicine in z marginalizacijo laične: proces se je začel v poznem srednjem veku in zmagal z uveljavitvijo znanosti in kapitalizma.

[7] Šeparović tukaj predpostavlja nasprotujoče si interese med medicino in družbo, kje več avtonomije ene pomeni manj samostojnosti druge. Dosedanja razmerja med medicino in družbo so se bolj ali manj gibala v teh okvirih.

2. RAZVOJ ZDRAVSTVA

Pojem razvoja zdravstva se uporablja v različnih pomenih, ki se med seboj povezujejo, se dopolnjujejo ali si celo nasprotujejo. V vsakem primeru pa gre za določeno dinamiko, za spremembe, ki jih lahko sistematiziramo kot npr.:

1. spremembe v kadrovski in materialni opremljenosti zdravstvene službe: gre za povečevanje števila zdravstvenih delavcev in izboljševanje njihove izobrazbene strukture ter investiranje v materialno osnovo zdravstva, kar je povezano s povečevanjem deleža ND, namenjenega za zdravstvo;
2. spremembe v organizaciji zdravstvenega varstva: ob marginalizaciji laičnega zdravstva in prevladi profesionalnega potekajo spremembe na relaciji npr. prevlade privatnega ali javnega zdravstva, bolnišničnega ali osnovnega zdravstvenega varstva, centralizacije ali decentralizacije zdravstvene dejavnosti ipd.;
3. spremembe v načinu financiranja zdravstvenega varstva: od »fee for service« preko raznih oblik prostovoljnega in obveznega zavarovanja;
4. spremembe v zdravstvenem stanju prebivalstva: razvoj na tem področju naj bi pomenil zmanjšanje morbiditete in podaljšanje pričakovane življenjske dobe;
5. spremembe v družbeih odnosih v zdravstvu (položaj bolnika, odnosi med zdravstvenimi delavci) v smislu večje humanizacije.

Če razvoj zdravstva na omenjenih (in tudi drugih) področjih proučujejo različne vede (socialna medicina, epidemiologija, organizacija dela, ekonomika zdravstva ipd.), pa lahko tudi sociologija pomembno prispeva. Kakovost dela, tudi v zdravstvu, namreč ni odvisna samo od materialnih, finančnih in kadrovskih možnosti, ampak tudi od medčloveških odnosov. Razvoj zdravstva v sociološkem smislu bi torej pomenilo prestrukturiranje neprožnega in formaliziranega sistema v bolj odprt, fleksibilen sistem, ki bi omogočal izrabo (ali vsaj ne blokiral) vseh človeških zmogljivosti znotraj in zunaj institucionaliziranega zdravstva.

Vendar pa se tako pojmovanje zdravja kot tudi aktivnosti na tem področju navezujejo in izhajajo iz zelo različnih zasnov zdravja in bolezni. Najbolj razširjeni so: *tradicionalni medicinski model, epidemiološki model in socialnopolitični* model (Hexel & Wintersberger 1986).

Za tradicionalni medicinski model je značilno, da vidi bolezen kot odsotnost zdravja v posameznem primeru. Pozornost je usmerjena na individualne kurativne posege. Uspeh zdravljenja je odvisen od materialnih in nematerialnih vidikov odnosa med bolnikom in zdravnikom, to se pravi, če bolnik zdravnika lahko plača in je dovolj izobražen, da lahko komunicira z njim. Tak sistem vzdržuje obstoječe družbene neenakosti.

Epidemiološki model obravnava zdravje in bolezen kot množična pojava na podlagi statistične analize. Največji poudarek je dan prevenciji in regionalnemu planiranju potreb po zdravstvenem varstvu. Vendar pa izkušnje kažejo, da planiranje zelo težko zagotovi enakomeren razvoj.

Socialnopolitični model razlaga zdravje in bolezen kot produkt določene družbene formacije in njenih notranjih razmerij moči. Določene bolezni so torej znak določene dobe, kot je npr. TBC značilna za zgodnji kapitalizem in degenerativne bolezni za razvite družbe. Pomanjkanje zdravstvenega varstva za delavce je bilo znak moči kapitalistov, razvoj socialne varnosti pa je posledica naraščajoče participacije organiziranih delavcev v zrelem kapitalizmu. Neenakosti v zdravju so posledica družbenoekonomskih neenakosti. Bolj kot medicinska preventiva so torej pomembne družbene spremembe: od reform v okviru obstoječega sistema do revolucionarnih transformacij družbe (Hexel & Wintersberger 1986). Socialnopo-

litični model zdravja in bolezni je pogost pri kritikih konvencionalne medicine, znotraj zdravstva pa prevladujeta nekoliko modificirana prva dva pristopa, ki bi ju lahko poimenovali tudi klinično kurativna in socialno preventivna zasnova (Barath 1981).

Klinično kurativna usmeritev prevladuje, tudi po zaslugi reklame, ki si jo je sama ustvarila. Pri tem imajo verjetno pomembno vlogo sredstva množičnega obveščanja, ki pišejo o različnih posameznih spektakularnih uspehih in posegih kurativne medicine. Učinki popularnosti kurativne medicine se kažejo v tem, da ljudje preveč pričakujejo od zdravstva in da so sami pasivni v odnosu do lastnega zdravja. V skladu s to zasnovo je kot edini problem viden denar: dovolj denarja naj bi pomenilo dovolj zdravja. Navezanost ljudi na zdravstveno varstvo pa povzroča nepotrebne stroške za obiske pri zdravniku, za drago opremo in zdravila.

Socialno preventivna usmeritev v pojmovanju zdravja in bolezni pa poudarja pomen osnovnega zdravstvenega varstva in njegovega aktivnega sodelovanja s prebivalstvom. Ta usmeritev še ni intenzivno prisotna v vrednostnem sistemu zdravstvenih delavcev in prebivalstva. Izobraževanje in vzgoja zdravstvenih delavcev sta usmerjeni predvsem v kurativo, programi za socialno preventivne vidike so pomanjkljivi, zato je razumljiva nezainteresiranost npr. zdravnikov za ukvarjanje s splošno medicino. Razlog za praktično neuveljavljenost socialno preventivne usmeritve pa je tudi pomanjkanje tesnejših povezav in sprejemanje znanstvenih spoznanj iz mejnih ved, npr. sociologije in psihologije.

Značilnosti in faze razvoja zdravstva

Tako kot družbeni razvoj nasploh se tudi razvoj zdravstva odvija znotraj protislovij. Capra npr. (v Aakster 1986) vidi razvoj v zahodni kulturi kot valovanje obdobij racionalizma in misticizma. Za sedanje obdobje je značilna prevlada racionalizma in »moških« vrednot: v zdravljenju to pomeni močno, prevladujočo, »agresivno« medicinsko tehnologijo, v energiji atom, v medčloveških odnosih odtujitev in v odnosih z naravo antropocentričnost, ki se kaže v onesnaževanju in uničevanju narave. Po Caprovem mnenju je mogoče tak enodimenzionalen razvoj popraviti s spremembami vrednot, načina mišljenja in glavnih institucij v smer vzpostavitve ravnotežja med moškimi in ženskimi vrednotami, med racionalnim in intuitivnim razlaganjem stvarnosti, med kulturo in naravo. Na tak način bi lahko ublažili tudi sedaj prevladujoče značilnosti in težnje v zdravstvu.

Kot glavne strukturalne težnje namreč lahko identificiramo naslednje (Hexel & Wintersberger 1986): profesionalizacijo, birokratizacijo ter medikalizacijo in uporabo medicinskih tehnologij. Profesionalizacija je povezana z dvigom kvalifikacijske strukture zdravstvenih delavcev in povečano specializacijo, birokratizacija pa je neizogibna ob množičnem zdravstvenem varstvu. Če so glavni atributi profesije sistematična teorija, avtonomnost, poklicna etika, organizacija ipd., potem so seveda procesi profesionalizacije povezani z razvojem znanosti na določenem področju in povečanjem števila strokovnjakov s tega področja in njihove družbene moči. Profesionalizacija v smislu avtonomnosti določene družbene skupine je tako v nasprotju s socializacijo, razumljeno kot nadzor družbe nad poklicno dejavnostjo. Oblika tega nadzora je npr. birokratizacija zdravstvenega varstva.

Zdravniški poklic se znotraj birokratskih ustanov začenja deprofesionalizirati, to je izgubljati atribute profesije in pridobiva lastnosti uslužbencev. Profesionalizacija in birokratizacija sta torej protislovna procesa, a oba prisotna v sedanjem

zdravstvu. Medikalizacija in uporaba medicinskih tehnologij pa sta rezultat medicinskega in tehnološkega razvoja, ki ima svoje pozitivne in negativne strani.

Te tri strukturalne težnje zdravstva vplivajo na njegovo funkcioniranje, ki ga lahko razložimo s shemo cikličnega feedback sistema (Aakster 1986): znotraj družbe potekajo različni procesi, katerih učinki so tudi problemi – revščina, kriminal, nepismenost, bolezni, onesnaževanje okolja in podobno. Vzporedno s tem se v družbi razvijejo družbene institucije, ki premagujejo nastale probleme in jih držijo v mejah družbeno še sprejemljivega. Če pa so te inštitucije neučinkovite pri premagovanju problemov (če naraščajo kriminal, revščina, bolezni ipd.), pride najprej do uvajanja »več istega« – več denarja, zdravnikov, zdravil itd. Če se to izkaže za neučinkovito, se razvijejo alternativni krogi za premagovanje problemov izven institucij, ki so pogosto uspešni. Alternativni pristopi (v zdravstvu, npr. akupunktura, zdrava prehrana) se sčasoma vključijo v institucionalni sistem ali pa ga lahko nadomestijo.

Če opazujemo razvoj zdravstvenega varstva z vidika procesov osamosvajanja (samozaščite, avtonomije) in povezovanja (socializacije, družbenega nadzora), lahko identificiramo tri glavna obdobja: (Šošić et al. 1981).

1. Do 19. stoletja prevladuje v Evropi kmečko prebivalstvo, malo je starejših ljudi. Med zdravstvenimi problemi prevladujejo nalezljive bolezni, zdravstvenega zavarovanja ni. V takih razmerah zdravstvena služba deluje po načelih t. i. »aristokratske medicine« (A. Štampar, v Šošić et al. 1981) in se ukvarja samo s privilegiranimi družbenimi sloji. Na širšem področju se ponuja določena zaščita samo ob pojavu epidemij. Ljudje si zagotavljajo zdravstveno varstvo sami oz. v lokalnih skupnostih z raznimi oblikami laične medicine.

2. Z razvojem kapitalizma pride do industrializacije in urbanizacije, oblikujejo se delavski razred in interesi kapitala. Sodobna proizvodnja in vojna ne morejo več potekati brez nadzora nalezljivih bolezni. V določenem smislu se poistovetijo interesi delavcev in kapitalistov: delavec želi biti zdrav, kapital pa želi, da se realizira proizvodnja in ustvarja profit. S tem namenom se sanira bivalno okolje in uvaja zdravstveno zavarovanje. Delavci in ljudje postanejo predmet zdravstvenega varstva. Samozaščita ni več potrebna, ker ni potreben subjekt delavca. Drugi so poklicani, da izvajajo zdravstveno varstvo delavcev. Ali, kot pravi Gorz: »Delavec je prepustil kontrolo nad svojim delom inženirjem in kontrolo nad svojim telesom zdravnikom« (Gorz 1982). Medicina zdaj ni več predvsem veščina, praksa, ampak se čedalje pogosteje interpretira kot »objektivna znanost«.

3. Tretje obdobje je povezano s prevlado ideje o zdravju kot osnovni človekovi pravici. V drugi polovici 20. stoletja so v razvitem svetu predvsem obvladane nalezljive in nekatere druge akutne bolezni. Življenjska doba se podaljša in pride do staranja prebivalstva. V strukturi morbiditete prevladajo kronične bolezni. Ta razvoj ponovno »ločuje« interese delavcev in kapitalistov. Kapital ni več zainteresiran za nadzor kroničnih bolezni med delavci, kajti nobena kronična bolezen ne ustavi poteka proizvodnje. Tudi kapitalu lastna potreba po rezervni industrijski armadi brezposelnih delavcev zavira razvoj delavskih pravic. Delavci pa po drugi strani zahtevajo zdravstveno varstvo ne le na podlagi potreb proizvodnje po zdravi delovni sili, ampak na podlagi zahtev po dvigu kakovosti življenja. Tako obe kritiki – leva in desna – obstoječega sistema zdravstvenega varstva predlagata samozaščito, vendar iz diametralno nasprotnih interesov: kapital ponuja vračanje na preživele oblike zdravstvenega varstva (tržni model), s tem želi prenesti odgovornost za zdravstveno varstvo z družbe na posameznika in ukiniti solidarnost. Gibanja za samozaščito med ljudmi pa zahtevajo krepitev lastnega družbenega

subjekta v zdravstvenem varstvu. Splošni trendi demokratizacije spreminjajo odnos javnosti do zdravstva. Pojavljajo se zahteve po pluralizmu v izboru zdravljenja, po obveščenosti in nadzoru nad lastnim telesom in zdravljenjem, kajti birokratizirano zdravstvo omejuje človekove pravice in ne uspe zagotoviti mehanizmov za participacijo uporabnikov (Dean 1986).

Protislovja razvoja zdravstva

V sodobnih industrijskih družbah institucionalizirani sistem zdravstvenega varstva ni več dejavnik racionalnega ravnotežja in čedalje manj uspešno blaži posledice egoizma in tekmovalnosti. Nekatere njegove pomanjkljivosti se kažejo kot (Škrbić 1984):

1. protislovje med naglo naraščajočimi stroški zdravstvenega varstva in sočasnega zmanjševanja njegovih vidnih učinkov. Draga medicinska tehnologija je usmerjena predvsem na bolnike, ki bodo ostali od nje doživljenjsko odvisni in večinoma ne bodo obnovili svoje delovne sposobnosti. Stroški medicinske tehnologije vplivajo na porast deleža narodnega dohodka, namenjenega za zdravstveno varstvo, ki je v razvitih državah okoli 7–10%;

2. protislovje med čedalje večjo specializacijo medicine in čedalje širšim spektrom dejavnikov, ki na zdravje lahko vplivajo. Na primer, nesreča v jedrski elektrarni Černobil bo še desetletja vplivala na povečevanje nekaterih bolezni na tisoče kilometrov daleč. Sodobna medicina pa je usmerjena predvsem na bolezen in manj na bolnika, še manj pa na okolje, ki (lahko) generira bolezen. Tako postaja medicina vse bolj nemočna, saj obvladuje le manjši del prostora, v katerem se gibljeta zdravje in bolezen;

3. protislovje med čedalje večjo medikalizacijo življenja in višanjem splošne izobrazbe in razgledanosti. Ljudje postajajo v oceni svojega zdravja čedalje bolj negotovi in odvisni od medicine čeprav so čedalje bolj razgledani. Celota družbenih odnosov jih sili v pasivnost. Povečuje se potreba po jemanju zdravil, po pregledih in medicinski obravnavi;

4. protislovje med čedaljo večjo dostopnostjo do zdravstvenega varstva in njegovo čedalje bolj dehumanizirajočo, odtujujočo dejavnostjo. Zdravstvena obravnava temelji na znanstveni zasnovi medicine po zaporedju: anamneza – diagnoza – terapija, pri čemer je bolnik zgolj predmet obravnave. Z večino bolnikov se ne posvetujejo o načinu zdravljenja, pogosto izostanejo celo osnovne informacije o tveganju določene terapije.

Zdravstvo socialne države naj bi pomagalo ustvariti predstavo o tem, da je pri razdelitvi mogoče uresničiti ideale buržuaznega (in tudi socialističnega) idealizma: enakost, pravica, svoboda. Zagotovitev socialnih in zdravstvenih pravic delavcem naj bi umirila razredni boj, kajti koristila bi obojim – delavci bi bili bolj zdravi in se bolje počutili, in kapitalistom – bolj zdravi delavci bi bili bolj produktivni. Ker se ti nameni niso uresničili, so se pojavile različne kritike in predlogi za izhod iz krize. Lahko jih razdelimo v dve skupini: eni vidijo rešitev v spremenjenem položaju, obnašanju in odgovornosti posameznika, drugi pa v spremembi globalnih družbenih odnosov (Škrbić 1984, Carlson 1975, Illich 1975, Navarro 1976, Gorz 1982 Krašovec-Ravnik 1986, Doyal 1985).

Zanimivo je razmišljanje A. Gorza: zavzema se za prevajanje koristnega medicinskega znanja v higieno kot način življenja. Ne gre za boj proti znanosti, ampak proti monopolu elite. Ne zavrača zdravil in medicinske obravnave nasploh, ampak

se zavzema za to, da bi ljudje prevzeli oblast nad svojo boleznijo in nad vsem, kar jih dela bolne, od šole do tovarne. Tudi medicina ne more ponuditi zdravja, ki ga življenjski način in okolje uničujeta. Najpogostejša je bolezen »od družbe« in medicina samo pomaga ljudem, da živijo s svojim nezdravim življenjem. Taka usmeritev medicine izhaja iz še prevladujočega prepričanja, da je telo mehanizem, katerega deli se kvarijo in jih je mogoče in treba posamično popravljati. Zato medicina ne vidi družbenih, ekonomskih in ekoloških vzrokov bolezni in je torej neučinkovita. Ne bori se proti patogenim značilnostim družbe in mirno sprejema vzroke bolezni, saj medicina pravzaprav živi od bolezni, ne od zdravja in je zanjo koristnejša družba, ki producira bolezen. Omejen dostop do medicinskega znanja zagotavlja privilegiran položaj zdravstvenih delavcev. Če pa bi bilo medicinsko znanje splošno dostopno, razširjeno kot način življenja, ne bi omogočalo družbene moči profesionalcem (Gorz 1982).

Zdravstveni delavci se dostikrat poudarjeno imenujejo vzgojitelji, češ da je v njihovem interesu, da si ljudje pridobijo znanje o zdravju in bolezni in da si sami pomagajo. Po drugi strani pa se zdravstveni delavci zapirajo (npr. z uporabo strokovnega jezika) in se počutijo ogroženi. Bolniki se namreč zelo hitro spreminjajo. Zahtevajo sodelovanje pri zdravljenju, dvigujeta se splošna in tudi zdravstvena razgledanost. V sredstvih javnega obveščanja se veliko piše o zdravstvu, v prodaji pa so tudi različni priročniki, ki naj bi služili za zdravstveno samozaščito. Načeloma bi te spremembe lahko omogočile zbližanje zdravstvenih delavcev in laikov kot obojestransko aktivnih partnerjev pri prepoznavanju in premagovanju zdravstvenih problemov. Vendar pa zdravstvene delavce ti »novi bolniki« pogosto motijo, ker vstopajo v njihovo monopolno področje – produkcijo zdravja. Ta monopol je zaščiten tudi s posebnim jezikom, ki je večini nerazumljiv. Zdravstveni delavci niso usposobljeni za to, da bi znanje ali »znanje« bolnikov in njihovo motivacijo izrabili v procesu zdravljenja, pa tudi sistem zdravstvenega varstva jih v to ne usmerja. Tako prihaja do konfliktov, ko se zdravstveni delavci pritožujejo nad bolniki in bolniki nad zdravstvenimi delavci.

Zdravstveni delavci omenjajo npr. ravnodušen odnos do onemoglih ali invalidnih svojcev, ki jih poskušajo »odložiti« v zdravstvenih ustanovah. Druga pripomba se nanaša na neenakomerno obremenjevanje ambulant. Večina bolnikov prihaja dopoldne in popoldanske ambulante so skoraj neizkoriščene (Konstantinović 1986).

Bolniki pa tudi niso posebno zadovoljni z zdravstvenimi delavci. Po podatkih raziskav ZIT-a (Letica 1986) 60% anketiranih meni, da zdravstveno osebje ne opravlja svojega dela, kot bi bilo treba. Samo 30% jih je bilo (leta 1981) z zdravstvom zelo zadovoljnih, 44% srednje in 26% nezadovoljnih. Podobne rezultate je dalo enako vprašanje v raziskavi Slovensko javno mnenje 1981/82 (Toš 1982). Samo polovica (49,5%) anketiranih v tej raziskavi je bila prepričana, da bi pri njihovi bolezni zdravstvena služba zanje naredila vse, kar zna in zmore, 19,8% ni vedelo, 30,5% pa o tem ni bilo prepričanih (Toš 1982).

Ali so torej zdravstveni delavci in bolniki zavezniki ali nasprotniki? V kakšno smer se bo gibalo zdravstvo kot sistem odnosov med bolniki in zdravstvenimi delavci ter med zdravstvenimi delavci samimi?[8]

---

[8] Vprašanje meri samo na eno od razsežnosti razvoja zdravstva, kar seveda ne pomeni, da so druge manj pomembne.

3. *Nekatere strategije in trendi razvoja*

Kriza v zdravstvu spodbuja nastajanje različnih strategij in scenarijev za prihodnost. Najbolj znana je strategija Svetovne zdravstvene organizacije, opredeljena v različnih dokumentih (npr. deklaracija Zdravje za vse do leta 2000, Alma Ata 1978). Za to strategijo je značilen obrat od biomedicinskega k bolj biosocialnemu pristopu. Kljub določenim pomanjkljivostim (Strong 1986) so ti dokumenti napredek, saj vsebujejo poziv k interdisciplinarnemu, intersektorskemu in interprofesionalnemu sodelovanju. Vendar še mnogokrat spregledujejo ovire, ki so bolj ali manj v vseh družbah napoti takemu sodelovanju. Nekatere so prav gotovo (Hexels & Wintersberger 1986): visoka delitev dela in specializacija; sistem izobraževanja, ki ni usmerjen v interprofesionalno sodelovanje in skupinsko delo; institucije so toge, avroritarne in hierarhično organizirane; profesionalni monopoli in skupinski interesi, ti so rezultat zgodovinskega razvoja. Če pa predvidevamo tesno sodelovanje, se ozka podoba profesije ne more obdržati. Ne gre seveda za deprofesionalizacijo kot prevlado šarlatanstva ali za izgubo identifikacije s področjem, ampak za demonopolizacijo znanja, ukinitev hierarhije med sodelujočimi skupinami in povečanje osebne odgovornosti.

Na podlagi sedanjih protislovij se prihodnost zdravstva kaže v različnih perspektivah. Naj omenim npr. tradicionalni, tehnološki in ekološki scenarij zdravja (H. Educ. Unit, 1986).

1. Tradicionalni scenarij ne predvideva bistvenih sprememb: po njem bo zdravje tudi v prihodnosti nizko vrednoteno. Zdravstveni sistem bo usmerjen k bolezni. Ustvarjanje zdrave družbe in uživanje zdravega življenja ne bosta prednostni cilji družbe.

2. Po tehnološkem scenariju bo medicinska tehnologija premagovala zdravstvene probleme.

3. Tretji, ekološki scenarij pa predvideva samorazumevanje, samopomoč in medsebojno pomoč. Poudarek bo na pomoči in negi in ne na intervencijah. Vzpostavilo se bo ravnovesje med naravo in družbo in med moškimi in ženskimi vrednotami.

Nekateri trendi, ki jih v razvitem svetu že lahko zasledimo (gl. pregled literature v Pahor 1988), nakazujejo močno prisotne procese osamosvajanja pri prej podrejenih poklicnih skupinah – predvsem v smislu pridobivanja večje funkcionalne avtonomije, pa tudi zmanjševanju hierarhije in povečevanju kolegialnosti. Posledica avtonomije pri delu sta tudi večja motiviranost in angažiranost. Po drugi strani pa se pričenjajo tudi procesi emancipacije bolnika od položaja »objekta« zdravljenja z različnimi oblikami vplivanja na zdravstveni sistem, pa tudi samopomoči. Razvoj na tem področju se kaže predvsem kot prežemanje dveh do sedaj ostro ločenih in celo nasprotujočih si sistemov zdravstvenega varstva – profesionalnega, institucionaliziranega, »uradnega« zdravstva in neformalnega, laičnega zdravljenja, ki eksistirata ločeno. Prvo kot rezultat delitve in formalizacije dela, značilne za industrijsko družbo, drugo pa kot preživeli element predindustrijske družbe, ki je očitno tako inherenten ljudem, da ga tudi močni procesi industrializacije, urbanizacije itd. niso mogli uničiti. Zdaj, ko industrijska družba kaže že svoje negativne strani (tudi s krizo zdravstva), se te neformalne in alternativne oblike zdravljenja še toliko bolj uveljavljajo.

Menim, da nadaljnji razvoj ne pomeni enostavno negacije specializirane, »tehnološke« medicine, ampak povezovanje profesionalnih zdravstvenih delavcev in ustanov z ljudmi (klienti, bolniki, uporabniki zdravstvenega varstva) na podlagi

recipročne avtonomnosti, ne pa le avtonomnosti profesionalcev ali avtonomnosti posrednikov (države, SIS-ov) med uporabniki in izvajalci.

Značilen primer za procese razvojnega osamosvajanja in povezovanja v zdravstvu so skupine za samozdravljenje, ki so čedalje pogostejši pojav povezovanja zdravstvenih delavcev in bolnikov (Dean 1986, Pahor, 1988).

Razvoj zdravstva torej pomeni spremembe znotraj obstoječega sistema zdravstvenega varstva, npr. (de)hierarhizacijo kot tudi reintegracijo zdravstva v celovito življenjsko okolje. Gre za reintegracijo, saj šele industrijski način proizvodnje iztrga »proizvodnjo zdravja«, jo osamosvoji glede na druge oblike življenja in dela in jo s tem poglobi in pospeši, a hkrati tudi omeji. Mnogo možnosti za samopomoč in medsebojno pomoč pa ostaja neizkoriščenih. Zato torej vidim razvojno perspektivo v zdravstvu, ki sledi razvojnim trendom v družbi nasploh, npr. trendu družbene samoprodukcije, samopomoči ipd. (Offe 1985, Svetlik 1988), v večji samostojnosti bolnika ob večji pomoči sistema zdravstvenega varstva. Aktiven odnos do zdravja pa bo posameznik razvil le, če bodo v družbi zanj določeni pogoji: poleg obveščenosti tudi odprtost zdravstvenega sistema in sprejemanje drugačnega položaja bolnika. Institucionalizirano in profesionalizirano zdravstvo ima visoko stopnjo odpora do takih sprememb (domnevam, da ne toliko na ravni stališč kot na ravni konkretnega ravnanja, prim. analizo intervjujev z zdravstvenimi delavci v Pahor 1988), kriza, v kateri se je znašlo, pa je ravno točka, kjer so kakovostne spremembe nujne.

LITERATURA

Aakster, C. W. (1986): Concepts in alternative medicine. Soc Sci Med Vol 22, No 2, pp. 265–273.

Barath, A. (1981): Popularizacija medicine i (dez)orijentacija medija. Naše teme, No 4, str. 552–61.

Carlson, R. (1975): The End of Medicine, NY, Willey Inter-Science.

Cvahte, S. (1973): Kvantifikacija in pomen parametrov pozitivnega zdravja. Zavod za zdravstveno varstvo, Ljubljana.

Dean, K. (1986): Lay care in illness. Soc Sci Med, Vol. 22, No 2, pp. 275–284.

Doyal, L. (1985): Politična ekonomija zdravja, KRT, Ljubljana.

Friedson, E. (1973): Profession of medicine. Dodd, Mead & Co. New York.

Gorz, A. (1982): Ekologija i politika. Prosveta, Beograd.

Hexel P. C. & Wintersberger, H. (1986): Inequalities in health care: strategies. Soc Sci Med, Vol. 22, No 2, pp. 151–160.

Ilić, I. (1975): Medicinska nemezis. Kultura, Zagreb.

Jogan, M. (1981): Nekateri sociološki vidiki odnosa med bolnikom in zdravnikom. Zdravstveni vestnik 50/3.

Konstantinović, M. (1986): Natuknice o ponašanju korisnika zdravstvenih usluga. Pogledi 86/1.

Kraševec, E. (1984): Nekateri vidiki zdravstvenega varstva in invalidnosti v velenjski občini. Projekt Velenje 2000: FSPN, CL SDO, Ljubljana.

Kraševec-Ravnik, E. (1986): Sociologija medicine v samoupravnem zdravstvu. Magistrsko delo. Medicinski fakultet, Zagreb.

Letica, S. (1986): Socijalna struktura, zdravlje i zdravstvena zaštita u uvjetima suvremene ekonomske krize. Pogledi 16 (1); 13–30.

Lifestyles and Health. Prepared by the Health Education Unit, Denmark. Soc. Sci Med Vol 22, No 2, pp. 117–124.

Mlinar, Z. (1983): Humanizacija mesta, Delavska enotnost, Ljubljana.

Mlinar, Z. (1984): Spoznavni proces in razvojna protislovja družbenih znanosti v SR Sloveniji. Prispevek na posvetovanju Stanje in razvoj družbenih znanosti na Slovenskem.

Mlinar, Z. (1986): Protislovja družbenega razvoja. Delavska enotnost, Ljubljana.

Navarro, V. (1976): Medicine Under Capitalism, Prodist.

Offe, C. (1985): Nekatera protislovja sodobne socialne države. V: Družbena moč in politična oblast, Delavska enotnost, Ljubljana.

Pahor, M. (1988): Nekateri razvojni procesi (osamosvajanja in povezovanja) v zdravstvu. Magistrska naloga FSPN Ljubljana.

Starr, P. (1982): The social transformation of American medicine. Basic Books, New York.

Strong, P. M. (1986): A new modelled medicine? Comments on the Who's regional strategy for Europe. Soc Sci Med Vol 22, No 2, pp. 193–199.

Svetlik, I. (1988): Ponovno odkrivanje neformalnega dela. Prihodnost neformalnega dela: V: Svetlik, I. et al.: Neformalno delo, Delavska enotnost, Ljubljana.

Šeparović, Z. (1986): Etičko-pravni problemi odnosa medicine kao znanosti i struke i društvene prakse. Pogledi 16 (1): 113–123.

Škrbić, M. (1984): Medicina i socijalne znanosti. Stvarnost, Zagreb.

Šošić, Z. et. al. (1981): Samozaštita i preventivna zaštita. Naše teme št. 6, str. 918–25.

Toš, N. (1983): Stališča Slovencev do zdravstva. Interpretacijska skica, FSPN Ljubljana.