

Novodobni stevardi zdravja

Novo javno zdravstvo

S preimenovanjem slovenskega *Ministrstva za zdravstvo* v *Ministrstvo za zdravje* tudi Slovenija kot ena med mlajšimi državami članicami Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanju SZO) politično in simbolno poudarja, da je bilo v zdravstvu toliko sprememb, da te zahtevajo rekonceptualizacijo zdravstvenega sistema, hkrati pa tudi njegovo preimenovanje, ker novemu konceptu zdravstva staro poimenovanje postaja pretesno. Spremljanje letnih publikacij SZO kaže, da spremembe v pojmovanju in strukturiranju javnega zdravstva v »zahodnih« družbah intenzivno potekajo že od poznih sedemdesetih let 20. stoletja naprej. Na to je vplivalo več dejavnikov, ki so povezani s širšimi družbenimi spremembami, denimo dekonstrukcijo države blaginje, staranjem prebivalstva, čedalje hitrejšimi tehnološkimi in nepredvidljivimi družbenimi spremembami, politično in ekonomsko nestabilnostjo v svetu ipd. Poleg tega v sedemdesetih letih zdravstvene politike, trg zdravstvenih storitev in bolniki, okrepljeni z novo ideologijo pravic bolnikov, načnejo do tedaj zelo trden in nedvomen ugled ter središčnost zdravstva, predvsem pa uradne medicine. Začne se proces rahljanja tradicij, ki so dolgo ohranjale dokaj stabilne odnose moči med zdravstvenim sistemom in bolnikom, in sicer z natančno dodeljenimi vlogami tistim, ki so vedeli in predpisovali, ter tistim, ki naj bi brezkompromisno ubogali. Ta proces Luptova (1994) imenuje sekularizacija oziroma odčaranje biomedicine. Ti utečeni odnosi moči so se zamajali, ko so tako zdravstveni sistem kot zdravstveni delavci postali predmet družbenih razprav in kritike. K temu je pripomoglo tudi naraščanje stroškov javnega zdravstva, posledično pa večja odvisnost zdravstva od sistemov socialnega in zdravstvenega zavarovanja, ki je skozi prizmo diskurza učinkovitosti postopoma zmanjševala strokovno avtonomijo in moč zdravstvenih delavcev.

Koncept javnega zdravstva, ki ga Acheson Report (1988) opredeljuje kot »znanost in umetnost preprečevanja bolezni, podaljševanja življenja in promocije zdravja prek organiziranega delovanja v družbi«, se je spreminjal predvsem glede obsega svojih dejavnosti, značilnih pristopov k opredelitvi in analizi determinant ter kazalnikov zdravja in glede metod za reševanje problemov

¹ Namesto o novem javnem zdravstvu bi, če bi sledili novemu imenovanju Ministrstva za zdravje, lahko govorili tudi o javnem zdravju. Da pa ne bi zaobšli struktur in politik v podstati javnega zdravja, da ne bi dodatno prispevali k nevtralizaciji in naturalizaciji diskurza o javnem zdravju in, med drugim, nevtralizaciji odgovornosti za (javno) zdravje, bova govorili o javnem zdravstvu.

² Navdih za razmislek o preobrazbi javnega zdravstva z vidika značilnosti visokega liberalizma sva dobili v Buntanovem prispevku »Popular Health, Advanced Liberalism and Good Housekeeping magazine«.

javnega zdravja/-stva (WHO, 1998: 3). Zaradi teh sprememb se v strokovni literaturi v zadnjih treh desetletjih o javnem zdravju/-stvu pogosto razpravlja kot o *novem javnem zdravju/-stvu* (*new public health*). Novo javno zdravstvo se zavzema za uveljavitev takšne oblike upravljanja z zdravjem, ki bi ustrezala poznomodernemu, individualiziranemu subjektu in političnim okoliščinam, v katerih prehajajo v ospredje liberalna načela.

Novo javno zdravstvo¹ razširja domeno javnega zdravstva z izrazitim preseganjem prvotnega koncepta varovanja zdravja, ki je zadeval predvsem varovanje pred higienskimi nevarnostmi in bakteriološkimi infekcijami ljudi. Četudi se v 21. stoletju namenja precejšnja pozornost okoljskim dejavnikom zdravja, se med dejavniki zdravja daje izjemno velik poudarek načinu življenja

posameznikov. To je pogojeno z več dejavniki. Med pogostejše navedenimi sta izboljšanje osnovnih (higienskih) pogojev življenja in razvoj medicine, zaradi česar je umrljivost kot eden temeljnih kazalnikov zdravja populacij v zadnjih treh desetletjih 20. stoletja čedalje manj posledica nalezljivih bolezni. Zato so s kazalniki zdravja – umrljivostjo, pričakovano življenjsko dobo, stopnjo hospitalizacij ipd. – epidemiologi začeli povezovati povsem druge probleme. SZO, vključno s svojo slovensko podružnico, za trenutni temeljni problem zdravja razvitih družb navaja rak in srčno-žilne bolezni. Vzrok teh pa naj bi bilo predvsem neustrezno vedenje posameznikov.

Zato je obdobje novega javnega zdravstva obdobje preprečevanja nenalezljivih kroničnih bolezni. Področja, na katerih je predvideno posredovanje, ki naj bi pripomoglo k izboljšanju zdravstvenega stanja, pa tudi izkušnje zdravja so določena zelo vseobsegajoče. Opredeljena so kar z okoljem in načinom življenja (Davison in Smith, 1995: 96), in sicer tako, da javno zdravstvo v imenu preprečevanja tveganj za zdravje kar naprej širi svoja intervencijska pooblastila. Pojem okolja, ki nastopa v programih javnega zdravstva, se namreč ne nanaša le na fizični prostor in njegovo materialno realnost, na primer kemične primesi v pitni vodi in v ozračju, bakterije v javnih prostorih ipd. Okolje je tu mišljeno precej širše. Vključuje tudi politično raven, raven družbenih odnosov, na primer odnose na delovnem mestu, odnose v družini, sega pa tudi na raven posameznikovega psihološkega stanja. Okolje je v kontekstu novega javnega zdravstva, četudi v političnih programih širše družbeno opredeljeno, na ravni intervencij pogosto individualizirano in omejeno kar na zasebno življenje posameznika oziroma njegov ali njen življenjski stil. Tako postajajo nekateri družbeni problemi obravnavani kar kot problemi posameznika. Odgovornost politike in družbenih struktur za zdravstveno stanje populacije pa se prenaša na ljudi. Čas, v katerem se povečuje vloga proste tržne ekonomije in ekonomskega kapitala, postavlja idealne pogoje za razcvet privatizacije in individualizacije na področju zdravstva.

V novo konceptualizacijo javnega zdravstva se je ujel tudi slovenski sistem. Spremembe v sistemu javnega zdravstva v Sloveniji so vezane na eni strani na svetovne smernice, na drugi pa tudi na lokalne dogodke, ki so zaznamovani z ustanovitvijo nove države in s spremembo njene politične in ekonomske ureditve. Te spremembe, ki so se v zahodnih, v tržno ekonomijo usmerjenih družbah odvijale nekaj desetletij, so se v Sloveniji odvile na hitro. Zato nanje ni bil nihče zares pripravljen: ne politika, ne sistem zdravstva, ne biomedicina in ne državljani.

V tem prispevku bova opozorili na temeljne spremembe v novem javnem zdravstvu, in sicer vzdolž Rosove² sheme treh temeljnih značilnosti visokega liberalizma (ang. *advanced liberalism*). Te značilnosti so:

(1) nov odnos med strokovnjaki in politiko, pri čemer kalkulatívne režime pozitivističnih vednosti o človeškem delovanju zamenjujejo kalkulatívni režimi bilance in finančnega menedžmenta;

Z aplikacijo teh značilnosti na zdravstveni sistem bova poudarili čedalje večjo prepletenost zdravstvenega sistema z drugimi strokami/slужbami, ki si prizadevajo za večjo optimizacijo in učinkovitost zdravstvenega sistema ter uvajanje tržnih načel za organiziranje in distribucijo storitev ter reguliranje stroke pri izvajanju zdravstvene oskrbe; zaupanje strokovnjakom spodjedajo nenehne zahteve po reviziji in po delovanju, ki je dokazljivo z merljivimi učinki.

(2) nova pluralizacija »družbenih« tehnologij nadzorovanja, pri čemer so državljani agenti svojega lastnega upravljanja;

Tu bova izpostavili spremembe na področju zdravstvenega posredovanja in v zdravstveni oskrbi. Ena od tehnologij nadzorovanja zdravja je tudi oblagovljenje zdravja in vstopanje ideologije zdravja v vsakodnevne potrošne prakse.

(3) nova opredelitev subjekta vladanja, pri čemer je ključna možnost reverzibilnosti odnosov moči: kar se začne kot norma, ki je vcepljena državljanom, se lahko spremeni v zahtevo, ki jo državljani usmerijo k oblasti (Rose, 1993: 294–296).

Vzdolž te značilnosti, ki jo Rose navaja kot eno temeljnih vrednot visokega liberalizma, bova mislili o dvojem: o tem, da uradna medicina in zdravstvo oziroma nadzorniki nad življenjem sami postajajo objekt nadzora in da ideologija promocije zdravja prelaga odgovornost za zdravje na posameznike, na komercialni sektor in na skupnosti. Reverzibilnost odnosov moči med zdravstvenim sistemom in posameznikom se med drugim lahko pokaže v krepitvi potrošniške vloge posameznika, ki postaja manj poslušen, bolj izbiren, zahteven in kritičen do storitev javnega zdravstva.

Kolonizacija zdravstva z menedžerskim diskurzom optimizacije in drobljenje zdravstvenih praks

V Nacionalnem programu varovanja zdravja Republike Slovenije – Zdravje za vse do leta 2004 – je uvodoma predstavljen razmislek, da so nezdravi posamezniki za državo v razmerah nenehnih in negotovih sprememb ne le predragi, temveč pomenijo tudi nevarnost, da bodo ovirali njen družbeni, kulturni in ekonomski razvoj (NPVZ, 2000: 1–3). Zato si mora država prizadevati za tak zdravstveni sistem, ki bo učinkovit tako z vidika delovanja kot z vidika rezultatov upravljanja zdravja populacije. Ti naj bi se med drugim odražali v zmanjševanju umrljivosti, zmanjšanju obiskov v zunajbolnišničnem varstvu in v nižji stopnji hospitalizacij. Še več, dobri rezultati naj ne bi bili vidni zgolj v odsotnosti bolezni, temveč tudi v boljšem zdravju in boljšem počutju državljanov, kar naj bi vodilo v njihovo večjo storilnost. S tega vidika predpostavke učinkovitosti novega javnega zdravstva niso vezane zgolj na smotrno porabo sredstev v strukturah zdravstvenega sistema. V veliki meri zadevajo tudi optimizacijo posameznikovega delovanja. Ta naj bi se z maksimizacijo svojega zdravja lažje in hitreje odzival na čedalje hitrejša družbene spremembe, vlagal več energije v delo in dolgoročno pripomogel k večji konkurenčni prednosti države. Hkrati pa bi bil manjša obremenitev za zdravstveni sistem, ki se spopada z naraščajočimi stroški delovanja.

Čedalje večje težave s financiranjem zdravstvenega sistema so po eni strani odraz večje tehnološke razvitosti zdravstva. Hiter tehnološki napredek v medicinskih pripomočkih sicer razširja polje vidnega in omogoča boljšo diagnostiko ter zdravljenje. A hkrati zahteva večje finančne

vložke v najsodobnejše diagnostične aparate, zato je zdravstvo čedalje dražje tako za državo kot za državljane. Po drugi strani pa so finančni problemi zdravstvenega sistema tudi odraz postopnega staranja prebivalstva v razvitem svetu. Demografska tranzicija od prevlade mlajših generacij v prejšnjem stoletju k postopni večinski prevladi starejših generacij v prihodnosti v zahodnem svetu in tudi pri nas pomeni odvisnost vedno večjega števila prebivalstva od zdravstva. Staranje pa je prav posledica zmanjševanja umrljivosti zaradi boljših in na široko dostopnih zdravstvenih storitev v razvitem svetu v zadnjih desetletjih. Medtem ko je za mlade značilno, da so najmanj odvisni od zdravstvenih storitev, se nasprotno starost razume kot čas postopne degeneracije, večje bolezenske ogroženosti in obolenosti. S tega vidika so starejši družbena skupina, ki je v domeni zdravstva, zlasti njenega kurativnega dela. Tudi zato z demografskimi spremembami in s staranjem prebivalstva v zahodnih družbah narašča pomen zdravstva v vsakdanjem življenju in se povečujejo stroški zdravljenja za državo.

Potreba po večji učinkovitosti v zdravstvu je povezana z vrsto racionalizacijskih procesov, ki med drugim spreminjajo tudi njegovo ureditev. Ta se s specializacijami in operativnimi delitvami dela drobi na posamezne prakse. Zato, kot opozarjajo različni avtorji, danes ni več enovite zdravstvene prakse. Čedalje bolj se deli na tri ločene segmente:

- *splošno zdravstveno prakso*, ki deluje tudi svetovalno, terapevtsko, vse posebne zdravstvene posege pa prepušča specialistom;
- *prakso zdravstvenih specialistov*, ki s pomočjo tehnike samostojno ali v strokovnih skupinah rešujejo visoko zahtevne zdravstvene probleme;
- *prakso zdravstvenih menedžerjev*, ki se ukvarjajo z organizacijo in vodenjem zdravstvenih ustanov in raziskav.

Tem trem praksam v grobem ustrezajo tudi tri glavne vrste medicinskih in zdravstvenih poklicev: splošni zdravniki in sestre/bolničarji, specialisti in zdravstveni menedžerji. Zdravniki bodo v prihodnje lahko uporabljali zgolj eno od praks, če bodo hoteli ohraniti visoke standarde vsake od teh biomedicinskih praks. Vendar pa zgornja delitev ne pomeni, da bi se morali zdravniki deliti na domače oziroma družinske zdravnike, ki so blizu bolnikom, so »prijazni«, »terapevtski«, »komunikativni«, in na visoke specialiste, ki so »brezosebni«, »hladno profesionalni«, in na tretje, ki so »bleščeči« vodje, menedžerji itd. V vse tri zdravstvene prakse posega čedalje več »nezdravstvenih« institucij: državne službe, ministrstva, parlament, pravne službe, socialno varstvo, zavarovalnice, varuhi pravic, etične komisije, znanstveno-raziskovalne ustanove itd. To pomeni, da zdravstvo, predvsem pa biomedicina sama, ni več »suverena« vladarica nad področjem zdravja, mora se obnašati parlamentarno in ne »rojalistično«. Sprejeti mora enakopravno sodelovanje z drugimi institucijami, službami, socialnimi vlogami, znanji in praksami.

Njeno povezovanje z drugimi institucijami, sektorji in znanstvenimi disciplinami postane posebej pomembno tudi zato, ker se v kontekstu novega javnega zdravstva zdravstvo čedalje bolj širi na območje varovanja in promocije zdravja. Že dolgo ni njen primat zgolj zdravljenje bolezni. Nič ni narobe, če se biomedicinska ambicija, ki je zdravstvenemu sistemu še vedno osrednja, širi od zdravljenja bolezni k ohranjanju zdravja. Problematično je, če se tu vsiljuje kot hegemon, kot »subjekt, ki najbolje ve«. Področje preventive in varovanja zdravja je zelo interdisciplinarno področje, zato z zavzemanjem za preventivo uradna medicina stopa na mejna področja drugih znanosti in vednosti. Zdravje in kakovost življenja sta izrecno družbena fenomena, ki ne prenašata mehanicističnih vzorcev razmišljanja in delovanja, ki jih pogosto srečamo v sodobni znanstveni medicini. Kdor bi tu poskušal vsiljevati svojo vednost kot univerzalno modrost, lahko tvega le velik odpor.

Nekateri avtorji opozarjajo tudi na smernice problematičnega razvoja sodobnega zdravstva na področju etike. Menijo, da zdravniki in drugi zdravstveni delavci opuščajo etično refleksijo in presojo v vsakdanjem delu in to prepuščajo posebnim strokovnjakom ali ustanovam, npr. poklicnim medicinskim etikom, pravnim svetovalcem ali posebnim etično-pravnim komisijam (Satel in Stolba, 2001). Tudi to se zdi eden problematičnih odzivov na izjemno kompleksnost sodobnega javnega zdravstva. Zaradi strahu pred pritožbami bolnikov, pred preveč informiranimi in zahtevnimi bolniki, pred pritiski zavarovalnic ipd. nekateri bežijo od odgovornosti za lastno etično refleksijo preprosto tako, da jo opustijo. Etične presoje in odnose z bolnikom prepuščajo drugim, npr. poklicnim etičnim svetovalcem, pa tudi medicinskim sestram in bolničarjem. S tem dodatno drobijo zdravstveno prakso, tisti del, ki ga opravlja medicinska stroka, pa zožujejo na medicinsko tehniko in klinične preglede (Satel in Stolba, 2001). Seveda tako, da sta biomedicinska dejavnost in klinična resnica usklajeni z ekonomsko racionalnostjo, kot ugotavlja Osborne (v Bunton, 1997: 227).

Pomembna lastnost novega javnega zdravstva je torej čedalje večja odvisnost zdravstvenega sistema tudi od pravnih regulativ in norm. Pod pritiskom pravno podprtih groženj se v zahodnem svetu naglo uveljavlja tako imenovana defenzivna biomedicina. Njena značilnost je, da teži k pretirani uporabi diagnostike in terapije samo zato, da bi se zdravnik zavaroval pred morebitnimi tožbami zaradi napak ali nepredvidenih posledic zdravljenja. Lahko rečemo, da je danes marsikje pravo inkorporiralo medicinsko etiko oz. da namesto medicinske etike vstopa medicinsko pravo.

S povečanimi težavami javnega zdravstva zaradi naraščajočih stroškov zdravljenja dobiva ekonomski vidik skrbi za zdravje čedalje večji pomen. Vlade blažijo stisko javnega zdravstva s kombiniranimi sistemi preventivne dejavnosti, dodatnimi prostovoljnimi zavarovanji, komercializacijo zdravstvenih storitev s vzpodbujanjem samonadzorovanja in zdravstvene samoodgovornosti ljudi ipd. Novo javno zdravstvo tako tvorijo ekipe, ki svoje delovanje čedalje bolj oblikujejo po zgledu komercialnega sektorja: zdravstveni delavci se delno preoblikujejo v poslovne menedžerje in uradnike. Tudi zdravniki se kot del zdravstvenega tima delno spreminjajo v uradnike. Večja komercializacija in navidežno večja avtonomija zdravstvenih delavcev, denimo s podeljevanjem koncesij zasebnikom za izvajanje zdravstvene oskrbe, prinaša tudi potrebo po upravljalnem nadzoru. Zdravstveni delavci se tako beležijo glede na način predpisovanja zdravil (denimo, koliko generičnih in originalnih zdravil zdravnik nekomu predpiše), število opravljenih pregledov ipd. Vse to ne toliko zaradi nadzora strokovne medicinske presoje, temveč zaradi potrebe po nadzoru stroškov.

Medikalizacija družbe in samoupravljanje z zdravjem

Rojstvo »javnega zdravja« in »promocije zdravja« ima Foucault (1975) za izraz širjenja panoptičnega medicinskega pogleda v življenjski slog ter v intimne navade večine prebivalstva. Medicinska stroka je del sistemov nadzorovanja civilne družbe, in sicer na neviden in zaradi visoke vrednote zdravja na družbeno sprejemljiv način. David Coburn in Evan Willis ugotavljata, da ima uradna medicina prvo besedo v presoji o bolezni in o vsem, kar se navezuje na bolezen, ne glede na to, ali ima medicina na voljo sredstva za uspešno soočenje z boleznijo (Coburn in Willis, 2000). Mnenje medicine je družbeno pomembno in ima veliko družbeno avtoriteto. V Sloveniji se je to denimo videlo ob neuspešnem referendumu ob predlogu Zakona

o umetni oploditvi samskih žensk v Sloveniji, spomladi 2001. Čeprav so zdravniki v javnih razpravah nastopali z argumenti, ki presegajo njihovo strokovno usposobljenost, z razlogi, ki so domena predvsem družboslovnih strok, sociologije, psihologije – npr. o vlogi biološkega in socialnega starševstva, ali o posledicah pluralizacije družinskih oblik –, so jim ljudje verjeli in so brez zadržkov sprejeli njihove argumente.

Po Zolaju (1972: 492) se proces medicinskega nadzorovanja družbe in posameznikov dogaja skozi štiri vrste medicinskih posegov in procesov:

- s širjenjem medicinskih praks v vsakdanje življenje oziroma razširjenjem tega, kar imamo za pomembno v dobri medicinski praksi;
- s popolnim nadzorom in ekskluzivnim dostopom do večine medicinskotehničnih postopkov, raziskav in podatkov;
- z ekskluzivnim dostopom do tabuiziranih področij vsakdanjega življenja; tabuiziranih delov telesa, tabuiziranih življenjskih praks (spolnost, smrt);
- in končno s širjenjem in medikalizacijo tega, kar imamo v biomedicini za dobro življenjsko prakso; medikalizacijo zdravega načina življenja, zdrave prehrane, zdravih odnosov, vzgoje itd.

Novi režim javnega zdravstva ne poudarja zgolj zdravnika in njegove naloge, temveč široko mrežo, ki zajema vse, od integriranega in celostnega sistema formalnega zdravstvenega varstva do neformalnih mrež skrbi za zdravje. Posameznik, ki je nenehno vsaj potencialni bolnik, je le eden od članov te mreže nadzorovanj, ki s svojim zdravim vedenjem »proizvaja« zdravje. Obenem pa je (potencialni) bolnik dobil še druge vloge. Postal je tudi potrošnik in objekt medicinskega podjetništva. Ni več le objekt zdravstvene obravnave v strogo anatomskih mejah, temveč je obravnavan tudi v okviru njegove biografije in socialnih odnosov. S tega vidika se spremenjajo tudi tehnologije za zdravstveno posredovanje.

To je nazorno prikazal Castel (1991) v svojem članku z naslovom »*From dangerousness to risk*«. ³ V njem piše o tem, kako ločnica v pojmovanju tveganj in dejanskih nevarnosti za zdravje vzpostavlja tudi razliko med terapevtsko potencialnim subjektom in dejansko terapijo. To je po njegovem mnenju temeljnega pomena za vseprisotno, a subtilno moč sodobnega nadzorovanja družbe. Za Castla namreč »tveganje ne izvira iz dejanske prisotnosti določene nevarnosti pri posamezniku ali v skupnosti«, temveč gre pri tveganju za »učinek kombinacije abstraktnih dejavnikov, ki lahko bolj ali manj verjetno spodbudijo pojav nezaželenih oblik vedenja« (Castel, 1991: 287, poudarek v originalu). Iz koncepta tveganja je po njegovem mnenju subjekt izločen. To pa zato, ker ni več neposredno, fizično opazovan. Namesto človeka so v središču opazovanja o njem zbrane informacije glede številnih heterogenih dejavnikov, ki s pomočjo skupinjenja in statističnih izračunov postanejo vir predvidevanj o njegovih (ali populacijskih) potencialnih fizičnih in/ali psihosocialnih nepravilnostih. Te informacije so vir za identificiranje čim več oblik nevarnosti (prav tam: 288). Gre torej za sistem sistematičnega »znanstvenega predodkrivanja« potencialnih nevarnosti, ki se skrivajo bodisi v človeku bodisi v njegovem okolju. Na podlagi tega je mogoče ljudi opazovati posredno, z opazovanjem informacij o njih in na podlagi poznavanja katerih lahko strokovnjaki ustrezno in pravočasno posredujejo, da bi potencialno nevarnost preprečili.

Te spremembe, na katerih temelji ideologija preventive in promocije zdravja, so privedle do pomembne posledice v dojemljanju zdravja in bolezni, pa tudi v načinu razmišljanja o njegovem upravljanju. Obseg področja zdravstvenih intervencij, ki niso več neposredno v domeni zdravstva, se širi. Človek lahko izboljša svoje zdravje s pravilnim zdravstvenim vedenjem, s preventivno dejavnostjo, z zdravim načinom življenja in zdravim življenjskim slogom. Govoriva

o tem, da smo ljudje pod okriljem zdravstvenih priporočil nenehno opominjani na potrebo po upravljanju zdravstvenih tveganj v vsakdanjem življenju. S tega vidika lahko govorimo celo o posebnih oblikah samoupravljanja zdravja. Armstrong nekoliko ironično pripominja, da je novo zdravstvo s pomočjo množičnega vpliva na ljudi, manipuliranja, spreminjanja vedenjskih navad ljudi doseglo stalen nadzor populacije. Ljudje dosegajo osvoboditev od bolezni v totalitarnem režimu zdravja (Armstrong, 1993: 66).

Zdravje in bolezen nista več polarni nasprotji, temveč sta le dva pola v kontinuumu razlik. Bolezen v svoji elementarni obliki je dogodek, ki se ne manifestira samo v bioloških znakih, ki prizadenejo telo. Njen pomembni del so družbene manifestacije bolezni, ki prizadenejo družbene odnose, družbene vloge in družbene dejavnosti slehernega človeka. S tega vidika je bolezen oziroma njen simptom kulturni znak. Tega dejstva se je prva zavedla socialna higiena, veja biomedicine, ki je že v 19. stoletju s precejšnjo mero uspeha odkrivala družbene vzroke najbolj razširjenih in nevarnih bolezni tedanjega časa, denimo tuberkuloze in sifilisa. Zanimivo je, da je ravno odkrivanje družbenih virov bolezni dajalo izgovor za vladne intervencije in družbeni nadzor nad določenimi skupinami, predvsem revnejšega in bolj ogroženega prebivalstva, in sprožanje moralnih kampanj in moralnih panik. Sprejetje zakonov o javnem zdravju na začetku 20. stoletja je bilo po mnenju Claudine Herzlich odločilno za to, kar danes poimenujemo »medikalizacija družbe« (Herzlich, 1995: 158).

Po mnenju kritikov je nezadržno razširjanje biomedicine problematično predvsem zato, ker posega v vsa področja družbenega življenja, ne le v vsakdanji svet bolnikov. Tudi zdrave se namreč nenehno prepričuje, naj sledijo različnim nasvetom zdravnikov, izdelovalcev zdravil in zdravstvenih pripomočkov. Nova politika javnega zdravja zahteva od ljudi več osebne skrbi in odgovornosti. Vsakdo mora opazovati svoje telo in duha ter dejavno skrbeti zanj. Meje med zdravim in bolnim osebo (bolnikom) so se zrahljale. Prišlo je do splošnega uvida, da ima vsakdo zdravstvene probleme, vsakdo v vsakdanjem življenju proizvaja tveganja za zdravje. Zato se je pozornost zdravnikov in javnosti pomaknila od opazovanja bolezenskih znakov in poteka bolezni k »*bolezenskemu vedenju*« posameznika oziroma tveganemu vedenju, ki zajema obdobje pred akutno boleznijo, med njo in po njej. Skupni učinek teh posegov je medikalizacija vsakdanjega življenja, predvsem medikalizacija drugačnih življenjskih slogov in odklonskosti.

Četudi se v novem javnem zdravstvu javno zdravje kot stanje meri s kazalniki zdravja na populacijski ravni in se o ukrepih javnega zdravstva odloča na podlagi populacijskih normativnih odstopanj, je preventiva pravzaprav prepuščena posameznikovi odgovornosti, ki je čedalje bolj zamaskirana v individualizirane pravice potrošnika (Kamin, 2006). To pa je ena od značilnosti oblagovljanja zdravja, ki se kaže tako na ravni vsakdanjih potrošnih praks, v katerih se čedalje več izdelkov in storitev opremlja z znakom zdravja, kot na ravni zdravstvenega sistema, ki posameznika spodbuja, da se do ponudbe zdravstvenih storitev, od zdravstvenih zavarovanj do storitev zdravstvene oskrbe, vede kot potrošnik (Kamin, 2006). Proces oblagovljanja zdravja namreč govori o tem, da zdravje in z zdravjem povezane dejavnosti (pacienti, medicinske prakse, zdravila, hrana ipd.) postajajo enaki objektom, ki so lahko vključeni v proces menjave na trgu. To velja tudi za javno zdravstvo, v katerem se posameznikova vloga bolnika postopoma spreminja v vlogo potrošnika (Hugman, 1994; White, 2002; Lupton, 1997). Taka idejna preobrazba temelji na predpostavki racionalnih, preračunljivih avtonomnih subjektov in zanemara dinamično naravo, intrasubjektivni in sociokulturni vidik procesa potrošnje zdravstvenih storitev (Lupton, 1997: 374). Omejitev, ki preprečujejo, da bi »potrošniški model« zdravstvenih storitev lahko zares deloval, je več. Med pomembnejšimi sta asimetrija vednosti med bolniki

in zdravniki ter odvisnost posameznika v izkušnji bolezni od drugih in od zdravstvene oskrbe (Lupton, 1997: 379). Ker so doživljanje bolezni, bolečine in nemoči na eni strani ter proces zdravljenja na drugi izrazito emocionalna stanja, je lahko, kot pravi Luptonova (1997: 380), prevzemanje potrošniškega pristopa v delovanju zdravstvenega sistema celo kontraproduktivno, saj spodbuja zaupanje in vero v zdravstveno oskrbo, ki sta bistvena v procesu zdravljenja.

Privatizacija zdravstvene oskrbe in individualizirano upravljanje tveganj

Po eni strani so uradna medicina, konkretneje zdravniki, veliko pridobili od sistema zdravstvenega zavarovanja in drugih institucij socialne države ter od nastanka množičnega trga zdravstvenih storitev, po drugi strani pa zdravniško delo bolj in bolj nadzorujeta kapital in trg. Ideali zasebne prakse, odvisne od trga zdravstvenih storitev, niso avtomatično v soglasju s težnjami kapitala. Čedalje več je javnih in zasebnih pritiskov in oblik nadzora nad zdravnikovim delom. Zanimivo je, da nekateri kritiki ugotavljajo, da je v ZDA, kjer je zasebno zdravstvo najmočnejše razvito, občutiti med zdravniki velik strah pred nadzornimi mehanizmi zasebnih organizacij zdravstvenih ponudb in storitev, ki skrbijo za to, da bo delo zdravnikov prinašalo čim več dobička. Kritiki celo menijo, da so bili zdravniki bolj avtonomni v državah s centralno vodenim zdravstvenim sistemom kot v državah, ki jih poganjajo podjetniški interesi (Coburn in Willis, 2000). V državah s centralno vodenim zdravstvenim sistemom država sicer »od zgoraj« postavlja cene in stroške medicinskega dela, zdravil, organizira medicinsko delo ipd., vendar se ne vtika v klinično prakso zdravnikov. V ZDA, denimo, pa se kapital krepko vtika tudi v klinično prakso.

V tezi, da je medicinsko znanje zdravnikov podlaga medicinske moči, se skriva podmena, da je mogoče nekatere dele medicinske prakse rutinizirati in reproducirati. Reproduciramo lahko le tako imenovani medicinsko-tehnični del prakse, ne pa npr. znanj, spretnosti in izkušenj zdravnikov. Razmerje med tistimi deli prakse, ki jih ne moremo zlahka ali sploh ne reproducirati, in onimi, ki jih lahko reproduciramo, kaže, koliko je biomedicina odprta rutini in koliko ekskluzivne moči ima. Vendar v zadnjem času strokovnjaki in vsakdanje prakse kažejo, da gre razvoj uradne medicine bolj v smeri tehniziranja, torej možnosti reproduciranja. Biomedicina se tako »proletarizira«, kot menijo nekateri raziskovalci. Coburn in Willis (2000) razmišljata, da bolj kot se razmerje med strokovnomedicinskimi in medicinskotehničnimi deli prakse nagiba v prid zadnjih, bolj je biomedicina odprta rutinskosti, s tem pa se zmanjšujeta njeni ekskluzivnost in prestižnost.

K temu pripomore tudi ideologija preventive in promocije zdravja, ki po eni strani širi domeno zdravstva in biomedicine, po drugi pa odpira področje zdravstva za številne druge stroke, pa tudi alternativne oblike zdravljenja in skrbi za zdravje. Te se lahko na področju zdravstvene preventive celo bolje znajdejo kot znanstvena medicina. Medicinsko vedenje prehaja v popularni diskurz; v navezavi z življenjskim slogom ga poustvarjajo in soustvarjajo mediji, kozmetična, živilska in športna industrija, številne skupine za samopomoč, ki so z razcvetom interneta zaživele povsem novo obliko druženja, diskusije in podpore. Vsakdo od naštetih vsak dan deli nasvete za zdravstveno samoupravljanje na področju prehranjevanja, osebne higiene in nege, duševnega zdravja ipd. V ta namen se organizirajo tečaji, izdajajo knjige, pišejo blogi in prodajajo tehnični pripomočki, ki bi ljudem pomagali krepiti svoje zdravje. Ljudje so o zdravstvenih temah bolje obveščeni, informacij o zdravju in bolezni je na pretek, prav tako pa tudi sogovornikov, ki so se

pripravljeni pogovarjati o zdravju in boleznih. Med drugim tudi lekarnarji, ki ob lažjih zdravstvenih težavah nemalokrat prevzamejo svetovalno vlogo splošnih zdravnikov.

Na področju zdravja čedalje več akterjev vidi tudi možnost za velik zaslužek; od industrije, zdravstvenih zavarovalnic, pa tudi ponudnikov storitev zdravstvene oskrbe. V takih razmerah oblagovljanja zdravja se ljudi uči o zdravju razmišljati tudi v luči kapitala in trga. Če priporočila, ki jih zdravstvene avtoritete vsak dan posredujejo ljudem, skrbijo za prevzgojo s poudarjanjem individualne odgovornosti za lastno zdravstveno stanje (Kamin, 2006), potem je vzgoja, ki jo ponuja trg zdravja, ta, da posameznike opremi s potrošniško-zdravstveno pismenostjo. Potrošnik pa ima v razmerah tržne ekonomije tudi svoj formalnopравни status. Zato se ni treba čuditi, če vlogo enega pomembnejših zastopnikov za pravice do zdravja v sodobni družbi prevzemajo potrošniške organizacije. V Sloveniji se tako z vprašanjem zdravja in zdravstvenega varstva aktivno ukvarja tudi Zveza za varstvo potrošnikov. Lahko bi rekli, da to na simbolni ravni pomeni preobrazbo temeljne človekove pravice do zdravja v pravico potrošnika do zdravstvenih produktov. Obseg potrošniških pravic pa je, seveda, vedno odvisen od finančnih zmogljivosti. Tako ponudnikov kot povpraševalcev.

Erozija načel solidarnosti in subsidiarnosti

Ker je bilo 20. stoletje v znamenju mladih, je bil temeljni ideološki aparat države šola in izobraževanje. Ko pa prehajamo v obdobje prevlade starostnikov, prevzema zdravstvo vodilno vlogo v ideologijah sodobnih družb. Tudi zato, ker naše življenje, želje in vrednote še vedno obvladuje kult mladosti. Odlaganje starosti s pomočjo medicine, plastične kirurgije, lepotnih operacij, diet, medicinskih praks itd. še dodatno širi področje zdravstva in zdravstvenih praks. Pozornost javnosti in zdravstvene stroke je sicer čedalje bolj usmerjena k novim socialno-zdravstvenim temam, ki jih med drugim prinaša staranje prebivalstva. A motili bi se, če bi menili, da je zdravstvo s tem postalo kaj bolj avtonomno, neodvisno od drugih družbenih moči. Zdi se, da je rast njenega vpliva dobro uravnotežena z različnimi oblikami družbene odvisnosti zdravstva. »Veliki nadzornik« nad zdravstvenim vedenjem ljudi sam postaja čedalje bolj nadzorovan. Zlasti v zadnjem desetletju so se začele vlade in sistemi zdravstvenega ter socialnega zavarovanja vedno bolj vmešavati v financiranje zdravstvene oskrbe, zato so začeli tudi natančneje nadzorovati zdravniško delo.

Delovanje sodobnih zdravstvenih sistemov temelji na dveh stebrih: na *načelu solidarnosti* in na *načelu subsidiarnosti*. Načelo solidarnosti se danes kaže predvsem v tem, da sprejememo pomoč, ko je to nujno potrebno in če je potrebno, in da država ali zavarovalnice prevzemajo del stroškov za premagovanje zdravstvenih težav posameznika. Bistvo načela subsidiarnosti pa je, da smo kot bolniki odgovorni pri uporabi zdravstvenih storitev (Ule, 2003). Z eksplozivnim naraščanjem stroškov sta ogroženi obe ti dve načeli. Zastavljajo se vprašanja, katera področja zdravstva/zdravljenja naj se podpirajo, koliko sredstev naj se jim dodeli, katerim bolnikom naj zdravstveni sistem ali država predvsem pomaga in do katere mere. Ta vprašanja so stopila v žarišče družbenih interesov. Zlasti zato, ker je bil državljanom, navajenim, da za njihovo zdravje skrbi država, odtegnjen občutek neomejene pravice do zdravja, s tem pa tudi občutek ontološke varnosti.

Iz sprememb v zdravstvu je razvidna težnja po individualizaciji odgovornosti za zdravje. Na ravni komuniciranja se to kaže v kreptitvi prepričevanja posameznikov v »prostovoljno« prevzemanje priporočil za zdrav način življenja. Medtem ko v ospredje zdravstvenih nagovorov s

sistematičnim poudarjanjem samoaktualizacije skozi zdravje in v zdravju prihaja posameznik, pa interesi sistema, ki so vendarle temelj javnega zdravja/-stva, v družbeni praksi javnega zdravstva sestopajo v ozadje vidnega. Diskurz zdravja postaja naturaliziran, v njem pa pojem zdravja, karkoli že zajema, kot da je naravno dan, vsesplošno usklajen in enako vrednoten. V tej zvezi zdravje postaja ena močnejših ideologij sodobnih zahodnih družb in idealno sredstvo za upravljanje družbe skladno z dominantnimi neoliberalnimi interesi. V ideologiji zdravja posameznik s skrbjo za zdravje dela zase in za svoje interese, hkrati pa izpolnjuje družbena pričakovanja dobrega (zdravega) državljanstva.

Skoraj ironično se zdi spoznanje, da so danes prav zdravniki v ZDA na eni zadnjih obrambnih črt obrambe države pred širjenjem neoliberalizma, ki ogroža socialno državo. Zdravniki skupaj z nekaterimi demokratskimi centri politične moči zahtevajo javni dostop do zdravstvene oskrbe in boljši, za vse odprt sistem zdravstvenega zavarovanja (Coburn in Willis, 2000).

Vsekakor je pomenljivo spoznanje, da je obdobje splošne medikalizacije družbe zopet potisnila biomedicino v bolj odvisen, neavtonomen položaj, in to celo v njeni klinični praksi. Politika in ekonomija določata meje zahtev uradne medicine po samonadzoru medicinskega dela. Ni čudno, da se kljub napredku medicinskih znanosti srečujemo s skepto o medicinskem znanju. Res je, da sodobna težnja po ekonomski racionalizaciji zdravstvene oskrbe v zahodnih državah spodjeda avtoriteto uradne medicine. Menedžerji, ekonomisti in tržniki se zdijo danes večji strokovnjaki za zdravstveni sistem kot zdravniki; predpisujejo denimo, kaj so optimalna merila za medicinsko prakso. S tem se povečuje tehničnost biomedicine, posledično pa tudi rutinskost in reproduksijska moč. Meje medicinskega znanja čedalje bolj postavlja politika, kapital in vse manj notranja logika stroke in znanosti. To naj bi spodjedlo tudi samo medicinsko znanje. Ta premik Coburn in Willis (2000) imenujeta premik od »posedovanja znanja« k »trditvam o znanju«. Nekateri celo trdijo, da uradna medicina preprosto nima več moči, da bi definirala zdravje in bolezen v svojih lastnih terminih. To pa seveda ne pomeni, da je neuspešna ali da si za takšne definicije ne prizadeva močno.

Literatura

- ARMSTRONG, D. (1993): From Clinical Gaze to Regime of Total Health. V: BEATTIE, A., GOTT, M., JONES, L., SIDELL, M. (ur.): *Health and Wellbeing: A Reader*. London, Macmillan.
- BUNTON, R. (1997): Popular Health, Advanced Liberalism and Good Housekeeping magazine. V: PETERSEN, A., BUNTON R. (ur.): *Foucault. Health and Medicine*. London, New York, Routledge, 223–248.
- CASTEL, R. (1991): From Dangerousness to Risk. V: BURCHELL, G., GORDON C., MILLER P. (ur.): *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. Chicago, The University Press, 281–298.
- COBURN, D., WILLIS, E. (2000): The Medical Profession: Knowledge, Power, and Autonomy. V: ALBRECHT, G. L., FITZPATRICK, R., SCRIMSHAW, S. C. (ur.): *Social Studies in Health and Medicine*. London, Sage.
- DAVISON, C., SMITH, G. D. (1996): The Baby and the Bath Water: Examining Socio-cultural and Free-market Critiques of Health Promotion. V: BUNTON, R., NETTLETON, S., BURROWS, R. (ur.): *The Sociology of Health Promotion. Critical Analysis of Consumption, Lifestyle and Risk*. London, New York, Routledge, 91–102.
- FOUCAULT, M. (1975): *The Birth of Clinic: an Archeology of Medical Perception*. New York, Vintage Books.
- HERZLICH, C. (1995): Modern Medicine and the Quest for Meaning. Illness as a Social Signifier. V: AUGÉ, M., HERZLICH, C. (ur.): *The Meaning of Illness*. Luxemburg, Harwood academic pbl.

- HUGMAN, R. (1994): Consuming Health and Welfare. V: KEAT, R., WHITELEY, N., ABERCROMBIE, N. (ur.): *The Authority of the Consumer*. London, New York, Routledge, 207–222.
- KAMIN, T. (2006): *Zdravje na barikadah. Dileme promocije zdravja*. Ljubljana, FDV.
- LUPTON, D. (1994): *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London, Sage.
- LUPTON, D. (1997): *Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter*. *Social Science and Medicine*. Vol. 45, No 3, 373–381.
- Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije (2000): Zdravje za vse do leta 2004. Na <http://www2.gov.si/zak>
- ROSE, N. (1993): Government, Authority and Expertise in Advanced Liberalism. *Economy and Society*, vol 22, št. 3, 283–299.
- SATEL, S., STOLBA, C. (2001): Who needs medical ethic. Commentary. February na www.sallysatelmd.com/html/a-comm1.html.
- TURNER, B. S. (2000): The History of Changing Concepts of Health and Illness: Outline of General Model of Illness Categories. V: ALBRECHT, G. L., FITZPATRICK, R., SCRIMSHAW, S. C. (ur.): *Social Studies in Health and Medicine*. London, Sage.
- ULE, M. (2003): *Spre gledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor, Aristej.
- WHITE, K. (2002): *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London, Thousand Oaks, New Delhy, Sage Publications.
- WHO (1998): *The World Health Report: Executive Summary: Life in the 21st century: A vision for all*. Na <http://www.who.int/whr/2001/archives/1998/exum98e.htm>.
- ZOLA, I. K. (1972): *Medicine as an Institution of Social Control*. *American Sociological Review*, vol 20, št. 4, 487–504.