

Medikalizacija – medikamentalizacija družb poznega kapitalizma

Uvod

Pridete iz službe kdaj našpičeni, grobo zavrnete svoje bližnje, ki vam poskušajo pomagati, nato pa imate slabo vest? Zakaj bi se morali spraševati po vzrokih svoje našpičenosti in se ukvarjati z njenimi posledicami in z občutkom krivde, ko pa za to ni prav nobene potrebe? Kot nam sporoča televizijski oglas, se rešitev nahaja v najbližji lekarni: reče se ji neo-persen.

Vendar lahko vprašanje tudi obrnemo. Zakaj se ne bi smeli počutiti našpičeni, če pa vam šef v službi »hodi po glavi«? Zakaj ne bi smeli grobo zavrniti najbližjih, ko vas skušajo potolažiti? Zakaj ne bi smeli hoteti biti sami in se pomiriti sami? Zakaj se ne bi smeli ukvarjati z vzroki, razlogi in posledicami vaše našpičenosti? Vse to so, konec koncev, čustva in stanja, ki spadajo v normalen obseg razpoloženskega repertoarja ljudi. Zakaj imamo torej občutek, da se ta stanja ter njihovi vzroki in posledice čedalje pogosteje opisujejo z besedami, ki so del tradicionalnega medicinskega besednjaka, kot so simptom, sindrom, motnja, bolezen, preventiva ipd.? Zakaj in čemu naj bi jih poskušali odpraviti z zdravili?

Za težnjo, da bi z medicinskimi opisi in izrazi pojasnili vse vrste razpoloženskih stanj in telesnih stanj, ki sicer veljajo za normalna, se je uveljavilo poimenovanje medikalizacija, medtem ko se za premagovanje težav z zdravili, povezano z medikalizacijo, uporablja izraz medikamentalizacija. Čeprav na splošno lahko sklepamo, da medikalizacija pelje v večjo porabo zdravil in da večja poraba zdravil velja za najpomembnejši kazalec (ne pa vzrok!) tako medikalizacije kot medikamentalizacije, razmerje med njima še zdaleč ni vedno enoznačno. Določena individualna stanja lahko diagnosticiramo in pojasnujemo povsem medicinsko, njihove neposredne vzroke pa socialno. Tako so stanja, kot sta zaskrbljenost in negotovost, lahko opisana z besedami iz besednjaka psihiatrije, na primer depresija, anksiozne motnje ipd. Medikalizacijo okrepi opis stanja z biološko-nevrološkim modelom, ki pripomore k temu, da je stanje diagnosticirano kot psihiatrična bolezen oziroma motnja, čeprav vzroke zanje prepoznajo kot povsem socialne dejavnike, npr. izgubo zaposlitve, izgubo bližnjih, trpinčenje na delovnem mestu ipd. Predlagano zdravljenje se pogosto konča z izdajo recepta za antidepressive ali anksiolitike, vendar ne vedno; pogosto je

kombiniranje psiho-socialnih ukrepov (zamenjava službe, pomoč pri iskanju in navezovanju novih socialnih stikov, različne oblike psihoterapije ipd.) in farmakoloških ukrepov (antidepresivi, anksiolitiki ipd.) oziroma lahko se predlagajo samo psiho-socialni ukrepi. V prvem primeru je prišlo do medikalizacije, ki pelje v povečano porabo zdravil. V drugem medikalizacija prav tako pelje v povečano porabo zdravil, vendar kombinacija ukrepov običajno omogoča jemanje manjših odmerkov in krajši čas jemanja. V zadnjem primeru pa medikalizacija očitno nima neposrednega vpliva na povečano porabo zdravil.

Slovenska statistika jemanja in porabe zdravil

Postajajo sodobne družbe resnično preveč zdravljene družbe? Porabimo preveč zdravil, smo poleg tega še prevečkrat pri zdravniku in prevečkrat deležni zdravstvenih storitev? Ali s tem, paradokсно, ogrožamo svoje zdravje in vzdržnost sistemov zdravstvenega zavarovanja ter silimo zdravstveno politiko v spremembe, s katerimi skrb za dostopnost storitev nadomeščamo s skrbjo za finančno vzdržnost zdravstvenih sistemov?

Vse več strokovnjakov in tudi laične javnosti na ta medsebojno povezana vprašanja odgovarja pritrdilno. Marcia Agnell razmere v ZDA opisuje takole:

Povečanje izdatkov za zdravila je v skoraj enaki meri odsev več dejstev: da ljudje jemljejo dosti več zdravil kot nekaj; da najverjetneje jemljejo draga in nova zdravila, ne pa starih in cenejših; ter da se cene najpogosteje predpisanih zdravil na recept redno višajo, včasih tudi nekajkrat na leto (Agnell, 2008: 28).

Tabela 1: Zdravila, predpisana na recept v letih 2009 in 2010, in indeks 2010/2009.

	2009		2010		Indeks 2010/09	
Št. zdravil za ambulantno predpisovanje (št. učinkovin)	1.948	(610)	2.069	(597)	106	(98)
Št. zdravil na pozitivni listi (št. učinkovin)	1.355	(418)	1.427	(433)	105	(104)
Št. zdravil na vmesni listi (št. učinkovin)	491	(158)	575	(167)	117	(106)
Skupno število receptov, predpisanih v breme OZZ	15.625.750		15.932.177		102	
Št. receptov s pozitivne liste (delež v %)	11.272.453	(72)	11.360.295	(71)	101	(99)
Št. receptov z vmesne liste (delež v %)	4.068.210	(26)	4.293.673	(27)	106	(104)
Število receptov na prebivalca*	7,65		7,77		102	
Št. pakiranj na prebivalca*	17,81		18,30		103	
Poraba zdravil (v definiranih dnevni odmerkih)	864.656.565		900.861.177		104	
Celotni izdatki za zdravila na zeleni in beli recept** (v EUR)	464.713.524		474.325.638		102	
Celotni izdatki za zdravila, izdana na zeleni recept (v EUR; OZZ in PZZ) ***	459.433.228		469.587.254		102	
Izdatki obveznega zavarovanja za zdravila*** (v EUR)	305.651.714		302.831.330		99	
Izdatki za zdravila na zeleni recept na prebivalca (OZZ in PZZ)*	224,95		229,15		102	
Izdatki obveznega zavarovanja za zdravila na prebivalca*	149,66		147,78		99	

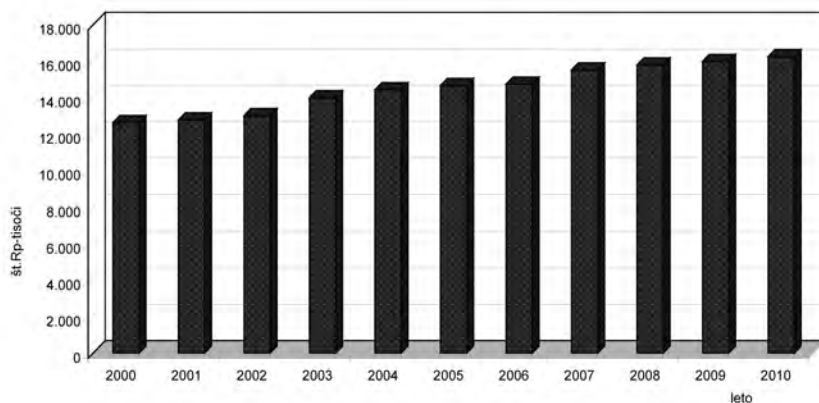
* Stanje prebivalcev na dan 30. 6. 2009 oz. 30. 6. 2010

** Vrednost obveznega in prostovoljnih zavarovanj ter samoplačniških receptov

*** Vrednost zdravil in lekarniške dejavnosti, izdanih v letu 2009 oziroma 2010

Vir: ZZS, podatki iz baze receptov

Graf : Izdani recepti v Sloveniji med letoma 2000 in 2010



So razmere v drugih državah drugačne? So, a le delno. ZDA so namreč država z največjim trgom zdravil na recept na svetu; in na tem trgu oblikovane cene zdravil močno vplivajo na cene zdravil po vsem svetu (Keber, 2008: 10).

Slovenija je uvrščena na t. i. evropski trg zdravil, ki je takoj za ZDA drugi največji. V tabeli na prejšnji strani (ta je zaradi preglednosti nekoliko prirejena) so podatki, vzeti iz vsakoletnih poročil Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) »Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji po ATC-klasifikaciji« in publikacij Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) »Poraba zdravil«. Podatki ZZZS kažejo, da se je poraba zdravil v obdobju med letoma 2005 in 2010 nenehno povečevala (povprečno za 5,7 odstotka na leto). V tabeli 1 so prikazani podatki o zdravilih, izdanih na recept v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja v letu 2011 (ZZZS, 2010: 1–2).

Grafikon iz poročila IVZ za leto 2010 (Pečar-Čad et al., 2011: 6) potrjuje ugotovitve ZZZS o trendu naraščanja števila vseh izdanih receptov v Sloveniji med letoma 2000 in 2010.

Zanimivejša pa je tabela kazalcev porabe zdravil po glavnih skupinah ATC-klasifikacije (zdravila razdeli v skupine glede na anatomsko mesto delovanja – A, terapevtske lastnosti oziroma učinke – T, in kemične značilnosti – C). Najprej navajam celotno tabelo porabe (tabela 2) po vseh glavnih anatomskih ATC-skupinah za leto 2010 (Pečar-Čad et al., 2011: 54); nato osnovne podatke za skupino N – zdravila z delovanjem na živčevje (lokalni anestetiki, analgetiki, antiepileptiki, anti-parkinsoniki, psiholeptiki, psihoanaleptiki in druga zdravila z delovanjem na živčevje) po dveletnih obdobjih, in sicer za leta 2002, 2004, 2006 in 2008 (Pečar-Čad et al, 2003: 23, 2005: 29, 2007: 32, 2009: 19); in nazadnje še podatke po podskupinah glavne anatomske skupine N.

Iz tabele je razvidno, da se je med letoma 2009 in 2010 poraba zdravil, merjena s številom izdanih receptov, povečala v večini glavnih anatomskih skupin. Število vseh izdanih receptov je v tem obdobju naraslo za dva odstotka; prav tako tudi vrednost zdravil. Tudi število izdanih receptov iz skupine N se je v tem obdobju povečala za en odstotek. Zanimiv je podatek, da je bilo iz te skupine izdanih 1,423 recepta na prebivalca.

Podatki za anatomsko skupino N iz obdobja med letoma 2001 in 2008 kažejo, da je bilo v letu 2002 izdanih 2.157.527 receptov (1,083 recepta na prebivalca). Glede na leto prej to pomeni štiriodstotno povečanje števila izdanih receptov. Delež v celotnem številu receptov je bil 17,1 odstotka. V letu 2004 je izdanih receptov 2.406.838 (1,205 na prebivalca). Indeks rasti na pred-

Tabela 2: Kazalci za glavne skupine ATC-klasifikacije, Slovenija, 2010.

	Število RP	Odstotni delež v številu RP	Indeks 2010 /2009	Vrednost zdravil v EUR	Odstotni delež v vrednosti RP	Indeks 2010 /2009	Povprečna vrednost na 1 RP	Število RP na 1000 prebivalcev
ATC skupine								
Skupaj	15.944.321	100%	102	468.034.641	100%	102	29,35	7.781
A	1.848.008	11,6	105	55.442.772	11,8	102	30,00	902
B	847.597	5,3	104	25.436.482	5,4	103	30,01	414
C	4.325.463	27,1	103	122.400.603	26,2	102	28,30	2.111
D	562.095	3,5	99	7.802.436	1,7	102	13,88	274
G	956.042	6,0	98	26.292.703	5,6	101	27,50	467
H	273.668	1,7	109	8.977.010	1,9	110	32,80	134
J	1.185.438	7,4	98	19.014.731	4,1	101	16,04	578
L	88.915	0,6	106	59.976.242	12,8	108	674,53	43
M	1.265.376	7,9	98	20.979.923	4,5	94	16,58	617
N	2.917.023	18,3	101	80.431.407	17,2	101	27,57	1.423
P	41.782	0,3	101	280.471	0,1	96	6,71	20
R	996.486	6,2	100	29.219.126	6,2	101	29,32	486
S	620.601	3,9	102	7.945.270	1,7	104	12,80	303
V	15.827	0,1	154	3.835.465	0,8	111	242,34	8

Pomen oznak za ATC-skupine:

- A zdravila za bolezni prebavil in presnove
- B zdravila za bolezni krvi in krvotvornih organov
- C zdravila za bolezni srca in ožilja
- D zdravila za bolezni kože in podkožnega tkiva
- G zdravila za bolezni sečil in spolovil ter spolni hormoni
- H hormonska zdravila za sistemsko zdravljenje – razen spolnih hormonov
- J zdravila za sistemsko zdravljenje infekcij
- L zdravila z delovanjem na novotvorbe in imunomodulatorji
- M zdravila za bolezni mišično-skeletnega sistema
- N zdravila z delovanjem na živčevje
- P antiparazitiki, insekticidi in repelenti
- R zdravila za bolezni dihal
- S zdravila za bolezni čutil
- V razna zdravila

hodno leto je enak: štiri odstotke. Delež v številu izdanih receptov pa je ostal enak 17,1 odstotka. Številke za leto 2006 so: 2.562.058 izdanih receptov (1,276 na prebivalca); 17,8-odstotni delež v številu izdanih receptov in dvoodstotna rast glede na predhodno leto. Za leto 2008 pa: 2.800.705 izdanih receptov (1,373 na prebivalca); 18,1-odstotni delež med recepti in zopet dvoodstotna rast. Število izdanih receptov se je med letoma 2002 in 2010 povečalo z 2.157.527 na 2.917.023 – kar za 35,2 odstotka.

Na desni so prikazani kazalci za skupino N za leto 2010 (Pečar-Čad et al., 2011: 80).

Pozornost bom namenil samo psiholeptikom (antipsihotiki, anksiolitiki, hipnotiki in sedativi) in psihoanaleptikom (antidepresivi, psihostimulansi in zdravila za zdravljenje demence). Za lažje sledenje spremembam jih bom občasno združil pod enotno oznako »psihiatrična zdravila«. Njihov skupni delež med vsemi izdanimi recepti za zdravila, ki delujejo na živčevje, je bil leta 2010 51,6-odstoten. Medtem ko se poraba psiholeptikov med letoma 2009 in 2010

Tabela 3: Kazalci za skupino N za leto 2010

	Število RP	Odstotni deležv številu RP	Indeks 2010/2009	Vrednost zdravil v EUR	Odstotni delež vrednosti RP	Indeks 2010/2009	Povprečna vrednost na 1 RP	Število RP na 1000 prebivalcev
Podskupine								
N	2.917.023	100%	101	80.431.407	100%	101	27,57	1.423
01	6.871	0,2	104	204.818	0,3	113	29,81	3
02	1.116.496	38,3	100	13.864.972	17,2	94	12,42	545
03	167.157	5,7	105	9.367.171	11,6	110	56,04	82
04	68.630	2,4	102	6.189.537	7,7	112	90,19	33
05	994.038	34,1	100	26.201.171	32,6	100	26,36	485
06	511.252	17,5	106	23.203.439	28,8	101	45,39	249
07	51.733	1,8	99	1.334.365	1,7	83	25,79	25

Oznake za podskupine pomenijo:

- 01 anestetiki
- 02 analgetiki
- 03 antiepileptiki
- 04 antiparkinsoniki
- 05 psiholeptiki
- 06 psihoanaleptiki
- 07 druga zdravila z delovanjem na živčevje

ni povečala, je poraba psihoanaleptikov (največ receptov za psihoanaleptike je bilo izdanih za antidepresive – 89,9 odstotka; Ibid.: 82) zrasla kar za 6 odstotkov.

Podatki za časovno obdobje med letoma 2001 in 2008, zbrani po dveletnih obdobjih, in sicer za leta 2002, 2004, 2006 in 2008 (Pečar-Čad in Rupnik-Ravnika 2003: 54; Pečar-Čad et. al., 2005: 72; 2007: 91; 2009: 69), kažejo zanimivo sliko. Skupni delež psihiatričnih zdravil med vsemi izdanimi recepti anatomske skupine N je s 56,3 odstotka leta 2002 padel na 51,6 odstotka za leto 2010. Zmanjšanje gre na račun padca deleža psiholeptikov in povečanja deleža analgetikov. Naravnost presenetljivo, čeprav povsem v skladu s trendi v drugih razvitih državah, pa je povečanje števila izdanih receptov za psihoanaleptike (delež antidepresivov je v vseh letih daleč največji in se giblje okoli 90 odstotkov): z 225.285 v letu 2002 na 511.252 v letu 2010! Njihov delež med vsemi izdanimi recepti skupine N se je z 10,4 odstotka v letu 2002 povečal na 17,5 odstotka leta 2010.

Na podlagi kazalca o splošni porabi zdravil lahko torej sklepamo, da prihaja do medikalizacije in medikamentalizacije tudi v Sloveniji. Toda podatki o splošni rasti porabe zdravil lahko več podatkov zakrijejo, kot jih razkrijejo. Obstaja namreč nekaj resnih ugovorov tezi o medikalizaciji in medikamentalizaciji oziroma o pretirani porabi zdravil v sodobni družbi, ki jih s sklicevanjem samo na splošno rast porabe zdravil ne moremo ovreči (ali potrditi). Za kaj takega bi bila potrebna natančnejša analiza, ki bi upoštevala vse ATC-skupine, jih navzkrižno primerjala drugo z drugo ter s podatki porabe po starostni strukturi, spolu, regijah in socialno-ekonomskem položaju, vse skupaj pa dopolnila z analizo (kvantitativno in kvalitativno) oglaševanja zdravil, poročanja medijev, statusa medicine in zdravnikov v družbi ipd. Takšna raziskava bi verjetno pokazala, da sta medikalizacija in medikamentalizacija resnična družbena pojava, da pa nista enako močno

¹ V nadaljevanju besedila bom uporabljal moški spol za oba spola. Razen če je drugače navedeno.

² Morda je tu potrebno dodatno pojasnilo. Nikakor ne dvomim o sposobnosti nevroznanosti, da prikaže in razloži delovanje možganov, celotnega nevrološkega sistema in konec koncev odzivanje celotnega telesa na ta delovanja. Ravno tako ne dvomim o pravilnosti evolijskega pristopa k razlagi »človeškega fenomena«. Vendar imajo te vrste razlag, na kar njihovi avtorji velikokrat pozabljajo, epistemološke omejitve. Rečeno na kratko: prepričan sem, da je odgovore treba iskati v trikotniku bioloških (evolijskih), psiholoških in družbenih dejstev, ne pa v bolj ali manj prikritih redukcionizmih te ali one vrste (Guille-Escuret, 1994). Kako to množico dejstev misliti skupaj, pa je drugo vprašanje. Ali, kot je trditve nevrologov in nevroznanstvenikov, da »smo naše sinapse« – potem, ko je zatrdila, da med možgani in zgodovino obstaja tako globoka strukturalna povezava, da jo lahko definiramo »kot nekakšno identiteto« – komentirala Catharine Malabou: smo naše sinapse, vendar ne vemo, kako smo naše sinapse (Malabou, 2004).

našpičenost/razdražljivost. Čeprav vzrok zanjo ni toliko telesen, kot je socialen, lahko z biološko-nevrološkim modelom pojasnimo biokemično delovanje nevrološkega sistema in telesa v razpoloženjskem stanju razdraženosti. Razdraženost razložimo s spremembami v sinaptičnem delovanju, aktivaciji oziroma močnejšem delovanju določenih predelov možganov; pojasnimo, da spremembe povzročajo določene kemične snovi, ki omogočajo delovanje sinaptičnih povezav, sprožijo izločanje določenih hormonov itn. Na spremenjeno delovanje nevrološkega sistema pa lahko vplivamo z vnašanjem določenih kemijskih snovi, z zdravili, ki zopet vzpostavijo porušeno ravnotežje.

Primer razdražljivosti razkrije najpomembnejšo značilnost medikalizacije, to je uporaba medicinskega modela pojasnjevanja in reševanja pri stanjih, ki spadajo v normalen nabor človeških čustev in stanj telesa pri odzivanju na zunanje okoliščine. Medikalizacija pomeni pripisovanje medicinske diagnoze in medicinske obravnave običajnim živlenskimi psihičnim in telesnim problemom (nihanjem razpoloženja, staranju, nosečnosti in porodu) (Conrad, 2007: 3, 5). Razdražljivosti sicer nihče ne jemlje za bolezen, vendar jo lahko obravnavamo kot neželjeno motnjo, ki odstopa od predpostavljene normalnosti vedenja v določeni situaciji; lahko jo pojasnimo biološko in kontroliramo, odpravimo, normaliziramo na bio-kemičen način. Potemtakem je medikalizirana in medikamentalizirana, čeprav ni bolezen.²

Koncept medikalizacije predvideva, da neki življenjski problem ni medicinski problem že sam po sebi, temveč ga je kot takega treba šele definirati. Vendar vsak proces medikalizacije posameznega problema, ki je do takrat veljal za »normalnega« ali pa je bil definiran z drugačnimi diskurzi (na primer religioznimi), ni vedno tudi napačen in neželen. Prav narobe, lahko je povsem upravičen in tudi osvobajajoč z etičnega, kulturnega in socialnega vidika. Primer za to je epilepsija: medikaliza-

prisotna na vseh področjih, ki jih določa ATC-klasifikacija, niti na vseh omenjenih demografskih in socialno-ekonomskih področjih. Analiza te vrste bi potrdila medikalizacijo in medikamentalizacijo razpoloženjskih stanj, ki jih psihiatrija, splošna medicina, mediji in javnost čedalje pogosteje združujejo pod oznako »depresija« (ki ji včasih dodajo še diagnozo tesnobe, tako da dobimo oznako, ki ji pravijo »tesnobno-depresivne motnje«).

Medikalizacija

Z medikalizacijo najpogosteje poimenujemo uporabo medicinskega modela na način, ki za vse neprijetnosti vsakdanjega življenja išče vzroke v posamezniku ali posameznici.¹ Medicinski oziroma biomedicinski model nima natančne in enotne definicije. Za namen pričujočega besedila uporabljamo splošno opredelitev, ki pod medicinskim modelom razume omejitev pozornosti na fizične in biološke vidike nekega psiho-fizičnega stanja in težave ter neprijetnosti pojasnjuje kot posledice fizioloških vzrokov in kot notranje lastnosti posameznikov. Seveda je odpravljanje takih težav lahko le medicinsko (New View Campaign, 2010; Conrad, 2007). Tudi kadar medicinskega modela ni mogoče neposredno uporabiti za pojasnjevanje in definiranje posamezne neprijetnosti, jo z njim še vedno lahko odpravimo. Dober primer tega je že omenjena

cija jo je osvobodila ujetosti v religiozni diskurz in jo normalizirala. Vendar je pot, ki jo opravi neki življenjski problem v razmerju do medikalizacije, lahko bolj vijugasta. Vzemimo za primer masturbacijo. Najprej je bila greh, v 19. stoletju so jo redefinirali kot medicinski problem in jo nato v času vse večje liberalizacije seksualnosti po 2. svetovni vojni postopno demedikalizirali (Ibid.: 6–7).

Redefiniranje čedalje večjega števila psihičnih in telesnih stanj v bolezni, sindrome, motnje in dejavnike tveganja ima pomembne in obsežne posledice, ki zadevajo tako posameznike kot tudi družbo v celoti. Najočitnejše so:

- nekateri vidiki vsakdanjega življenja so spremenjeni v bolezni, zožen je razpon normalnega in razširjen razpon patološkega in nesprijemljivega;
- vzrok in odprava težav je locirana v posameznika, v njegovo »telo in psiho«;
- pričakovane in zahtevane so hitre medicinske rešitve težav, medtem ko so družbene – kolektivne – skrbstvene rešitve podcenjevane, podcenjene, zanemarjene ali celo odsvetovane;
- pacienti se spreminjajo v porabnike medicinskih izdelkov in storitev;
- povečujeta se obseg in moč medicinske kontrole na področjih življenja, ki so bila prej neopazna za medicinski pogled. (Conrad, 2007: 7–8).

Proces medikalizacije je bil najmočnejši in najobsežnejši pri obravnavi vseh oblik odklonskega (deviantnega) vedenja in običajnih življenjskih dogodkov:

Med kategorijami odklonskosti, ki jih je doletela medikalizacija, so alkoholizem³, duševne motnje, zasvojenost z opiaty, motnje prehranjevanja, seksualne in spolne razlike, seksualne disfunkcije, motnje učenja, spolne zlorabe in zlorabe otrok. Spodbudila je nastanek številnih novih kategorij, od ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder* – primanjkljaj pozornosti in motnja hiperaktivnosti; op. p.), prek PMS (*premenstrual syndrom* – predmenstrualni sindrom; op.p.) in PTSD (*post-traumatic stress disorder* – posttravmatski stresni sindrom; op.p.) do CFS (*chronic fatigue syndrom* – sindrom kronične utrujenosti; op.p.) [...] Ravno tako so bili medikalizirani tudi nekateri vsakdanji življenjski procesi, kot so tesnoba in potrnost (*mood*), menstruacija, nadzorovanje rojstev, neplodnost, rojstvo, menopavza, staranje in smrt. (Conrad, 2007: 6)

Aktivni akterji medikalizacije niso samo zdravniki, medicinsko osebje in medicinska znanost. Pravzaprav imajo tako zdravniki kot medicina danes sorazmerno manj moči kot v 60. in 70. letih 20. stoletja, ko so raziskovalci začeli opažati povečan trend medikalizacije. Zdravniki in medicina so v marsičem postali nekakšni ujetniki farmacevtske industrije, čeprav je treba dodati, da je ujetništvo velikokrat prostovoljno (Angell, 2008: 138). Prav farmacevtska industrija je v zadnjih treh desetletjih postala najmočnejši dejavnik medikalizacije. Vendar ima dobre, močne in tudi presežne zaveznike. O njenih močnih zaveznikih v politiki in strokovnih krogih, ki jih pridobiva z bolj ali manj prikritim lobiranjem in podkupovanjem, tu ne bom govoril. Stanje je odlično opisala Marcia Angell (2008). Tukaj bi raje omenil vse močnejšo dejavnost različnih združenj bolnikov, ki poskušajo doseči določeno medicinsko diagnozo njihovega telesnega in/ali psihičnega stanja.

³ Alkoholizem je zanimiv primer zaradi dveh razlogov. Prvič, ravno civilnodružbene skupine (A.A., Anonumni alkoholiki) so tiste, ki so verjetno največ prispevale k njegovi medikalizaciji. Zdravniki (in medicina) pa so temu v začetku nasprotovali ali pa so bili vsaj zadržani (Conrad, 2007: 9). In drugič, farmacevtska industrija je le postopoma prevzela vlogo medikalizatorja alkoholizma. Danes pa se zdi, da že lahko da polni prispevek. Se pravi, tudi zdravila! Od tablet, ki povzročajo slabost ob pitju alkohola, pa do razvijanja čisto novih vrst zdravil. Kot je poročal časnik Dnevnik, eno od farmacevtskih podjetij že klinično preizkuša zdravilo, ki naj bi »blokiral mehanizem v možganih, ki alkoholikom sicer sporoča o užitku ob pitju alkohola. Tako naj bi zdravilo pomagalo v boju proti odvisnosti od alkohola. Zdi se preprosto in le korak stran od rešitve. Čudežna tableta, ki jo vzamete pred večernim druženjem ali odhodom na zabavo, naj bi tako preprečila morebitno skušnjava pred uživanjem alkoholnih pijač. Druženje naj bi tako olajšala tistim, ki so jim zaradi odvisnosti alkohol odsvetovali.« (Dnevnik, 2012)

Njihovi interesi so lahko zelo različni in ne vedno neupravičeni. Lahko so, na primer, zavarovalniški (povrnitev stroškov zdravljenja) ali socialni (družbeno priznanje njihovega stanja; priznanje upravičenosti odsotnosti z dela ipd.). Močen vpliv imajo zaradi treh razlogov:

- velikokrat so povezani s širšimi družbenimi gibanji (v ZDA so se združenja bolnišnic s PMS povezala z ženskimi gibanji; združenja za priznanje postravmatskega stresnega sindroma z vietnamskimi veterani);
- sorazmerno hitro in lahko dobijo podporo določenega dela zdravnikov in drugih medicinskih strokovnjakov;
- pogosto imajo finančno, organizacijsko in strokovno podporo farmacevtske industrije (Conrad, 2007: 9).

Pomembni in opazni dejavniki so še mediji oziroma novinarji, ki obravnavajo zdravstvene teme, pogodbene raziskovalne ustanove na medicinskem in oglaševalskem področju in zdravstvene zavarovalnice. Na nekatere druge dejavnike medikalizacije pa se velikokrat pozablja ali se jih celo obravnava kot mesta demedikalizacije. Mednje lahko, na primer, uvrstimo zahteve po povečanju samozdravljenja, ki pravzaprav spodbujajo ljudi k samodiagnosticiranju ter izbiri zdravil in zdravstvenih obravnav (AESGP, 2004). Posebno mesto ima tudi tako imenovana »alternativna medicina«, ki se v javnosti pogosto predstavlja kot jez pred medikalizacijo. Res je sicer, da ne uporablja standardnih medicinskih postopkov, vendar probleme, ki jih obravnava, kljub temu definira v medicinskih terminih (Conrad, 2007: 12). Najočitnejši primer je sprejemanje uradne medicinske diagnoze, za katero potem ponuja drugačen – alternativen, »naraven« – način zdravljenja. Bolj zakrite so diagnoze, ki so sicer preoblikovane glede na predpostavke, iz katerih izhaja določena smer »alternativne medicine«, vendar kljub temu vzpostavljajo meje med normalnim in patološkim, jih nenehno spreminjajo in širijo na vmesna stanja in vzroke za težave ter njihovo zdravljenje locirajo v posameznika. Model, ki ga uporabljajo, je v resnici torej homologen uradnemu medicinskemu modelu. Največja razlika je v tem, da so »alternativne medicine« ponavadi deprofesionalizirane. Vendar je vprašanje, ali je to njihovo notranje, strukturno organizacijsko načelo ali pa le posledica njihovega uradno nepriznanega družbenega položaja. Prizadevanje homeopatov, da bi postali del uradne medicine z lastno poklicno hierarhično strukturo, kaže, da je druga možnost verjetnejša (Faure, 2002).

Toda ali je povečana poraba zdravil na recept (vprašanje je tudi, kako je s porabo zdravil v prosti prodaji in porabo »alternativnih zdravil in zdravstvenih tehnik«) res kazalec vse večje medikalizacije družbe? Je torej medikalizacija vzrok rasti porabe zdravil (ta pa nato krepi trend medikalizacije)? Obstaja nekaj ugovorov, ki teze o medikalizaciji in z njo povezane medikamentalizacije ne morejo spodbiti, lahko pa ji postavljajo določene omejitve in opozarjajo na kompleksnost problema. Ob razpravah o medikalizaciji jih moramo imeti pred očmi, da nas preveliko posploševanje ne zapelje v neupravičene teoretske sklepe in neželene praktične posledice.

Na kratko si pogledajmo najpomembnejše ugovore. Najbolj znan ugovor je demografski: večja poraba zdravil in z njo povezan občutek medikalizacije je posledica staranja prebivalstva. To nesporno drži. Res je večina receptov izdanih starejšim ljudem (Pečar-Čar in Rupnik-Ravnikar 2003; Pečar-Čad et al., 2005; 2007; 2009; 2011). Drugi ugovor poudarja napredek medicine kot znanosti in zdravstvene prakse ter napredek njene tehnične podprtosti. Znanstveni napredek medicine omogoča čedalje boljše poznavanje ustroja in delovanja človeškega telesa in duha. Na tej podlagi so mogoče natančnejše in pravilnejše prepoznave stanj, ki so bila do zdaj obravnavana kot normalna oziroma zdrava ali pa le za manjše in razmeroma nepomembne variacije le-teh, za patološka ali vsaj mejna. Praktične vidike tega ugovora lahko opazimo vsak dan pri preventivnih

⁴ Vprašanja zaželenosti te vrste obravnave in kako se dejansko udejanja v praksi bom pustil ob strani.

⁵ Pri tem vzvodu gre za neposreden interes farmacevtske industrije, da bi povezala oba fenomena.

kampanjah in opozorilih. Tudi pri sami zdravstveni obravnavi pacientov je bil dosežen napredek. Močno se je izboljšalo tudi diagnostično znanje zdravnikov. S tem je neposredno povezan napredek v tehnični opremljenosti medicine. Novejše tehnološko visoko sofisticirane naprave omogočajo na primer diagnosticiranje bolezni že v najzgodnejših fazah in v razsežnostih, ki jih dosedanje tehnike in tehnologije niso omogočale. Rezultat vsega tega je boljše teoretično in praktično znanje zdravnikov in zdravstvenih delavcev o vseh vidikih obravnave pacientov in njihovih bolezni. Eden od rezultatov je t. i. celostna obravnava, ki vključuje tudi družbeni kontekst pacientov.⁴ Pri pacientih in površnih opazovalcih to lahko zbudi občutek, da se medikalizira njihovo celotno življenje. Poraba zdravil se poveča, ker zdravljenje bolezni poteka v vseh njenih razsežnostih.

Staranje prebivalstva in napredek na omenjenih področjih, ki prispevata svoj delež k povečani rabi zdravil, nista sporna. Vprašanje pa je, ali lahko s temi dejstvi v celoti pojasnimo povečano porabo zdravil in predvsem pospešeno rast določene vrste zdravil. Ali res lahko s staranjem prebivalstva in napredkom diagnostičnih tehnik in tehnik obravnave pacientov pojasnimo zgoraj omenjen več kot dvakratni dvig števila izdanih receptov za psihoanaleptike v samo osmih letih; velike razlike v številu izdanih receptov ATC-skupine N med moškimi in ženskami – indeks je 1,8 v škodo žensk (Pečar-Čad et al, 2011: 20); razlike v izdanih receptih za skupino N po spolu in regijah – največ receptov je bilo izdanih v Pomurski regiji, sledijo Zasavska, Podravska in Spodnjekraška regija, najmanj pa v Osrednjeslovenski, Goriški, Gorenjski in Obalno-kraški (Ibid: 21)?

Neposredni vzroki in načini medikalizacije in medikamentalizacije

Neposrednih vzrokov (o posrednih več v sklepu) in načinov medikalizacije je veliko, se pogosto prekrivajo in jih je težko, če ne nemogoče, ločevati. Tukaj predstavljam samo vse pogostejše trženje zdravil in napihovanje bolezni.

Trženje zdravil in potrošniki

Pomemben vzvod medikalizacije in medikamentalizacije⁵ je vzdrževanje in širjenje trga zdravil. Tako v glavnem farmacevtska industrija, pa tudi zavarovalnice, mediji in organizacije civilne družbe iz vseh ljudi, predvsem pa iz bolnikov in zdravnikov, ustvarjajo »medicinskega potrošnika«. Trend ni nov in sega v 19. stoletje. Največja nevarnost vse večjega (po številu potrošnikov in dobičku) trga zdravil je v predpostavki, da so zdravila in zdravstvene storitve blago kot vsako drugo in da zanje veljajo enake tržne zakonitosti kot za obleko, avtomobile ipd. Farmacevtska industrija predstavlja in predpostavlja prosti zdravstveni trg kot najboljši mehanizem za najboljšo zadovoljitev zdravstvenih potreb največjega števila posameznikov, kamor vstopajo svobodni potrošniki, ki na podlagi osebne in svobodne izbire izbirajo izdelke, ki naj zadovoljijo njihove potrebe in želje. Toda ljudje zdravil in zdravstvenih storitev preprosto ne dojemamo kot blago, ki bi ga bilo mogoče prodajati na iste načine kot vse druge vrste blaga. Ravno nasprotno! Z besedami zdravstvenega ekonomista Roberta Evansa: »Ko pride do vprašanja zdravja ali bolezni, življenja ali smrti, so vsi ljudje enaki.« (Evans v Keber, 2008: 10).

Trženje zdravil in zdravstvenih storitev, podobno kot trženje drugih vrst blaga, poudarja pomen svobodne izbire za vsakega posameznika: dejanje tržne izbire je ustvarjalno dejanje, s katerim

potrošniki ustvarjajo lastno individualno identiteto. Ko tako dobimo »medicinskega potrošnika«, zdravila postanejo dejavniki in orodja za ustvarjanje identitete in dela življenjskega sloga posameznika. Večina zdravil to postane posredno, se pravi, da vskočijo na mesta, kjer je drugim vrstam blaga spodletelo. Nekatere vrste zdravil imajo neposreden učinek in dejansko postajajo ali so že postala pomemben element določanja življenjskega sloga pomembnega števila ljudi (Kalman, 2006: 445). Znana so kot zdravila za življenjski slog (*lifestyle drugs*), mednje spadajo na primer zdravila za povečevanje fizičnih ali/in duševnih moči pri zdravih ljudeh (npr. viagra za spolno moč). Splošno sprejete opredelitve zdravil za življenjski slog ni. Po definiciji, ki poudari njihovo »mejnost«, gre pri zdravilih za življenjski slog za zdravila, ki bi »lahko modificirala ali spremenila z medicino in zdravjem nepovezane cilje ali stanja« na nedoločljivi in nedoločeni meji zdravja, dobrobiti in bolezni (Rahman et al., 2010).

Eden od vzrokov za velik vpliv trga in trženja zdravil na medikamentalizacijo sodobnih družb leži v t. i. informacijski asimetriji na trgu zdravil, to pomeni, da sta ponudba in povpraševanje nesorazmerno porazdeljena med ponudnika in potrošnika. Potrošnik na trgu zdravil je slabo informiran o ponudbi ali pa ne more ustrezno oceniti razlike med ponujenimi izdelki. To pomeni, da tako ponudbo kot povpraševanje določajo ponudniki, zato je njihova moč izjemno velika (Keber, 2008: 12). V družbi, ki poudarja zdravje kot nujen ideal in medikalizira tako vsečnosti kot nevšečnosti, so učinki te asimetrije oziroma nesorazmerja moči lahko z vidika (večje) porabe (ne le višje cene) zdravil pogubni (Ibid.).

Povezava bo jasnejša, če se spomnimo na že omenjeno ustvarjanje medicinskega potrošnika. Najočitnejša in najbolj kontroverzna strategija ustvarjanja medicinskega potrošnika je neposredno oglaševanje zdravil na recept. Gre za trženje zdravil, ki so sicer dostopna le na podlagi ustreznega izdanega recepta, neposredno pri pacientih. Pacient postane potrošnik, ki na podlagi simptomov in učinkov zdravila, na hitro in ohlapno navedenih v oglasih, sam odloča o tem, katero zdravilo na recept potrebuje. Pri ljudeh so pogoste tudi samodiagnoze, s katero potem obiščejo zdravnika in od njega zahtevajo samo še njeno potrditev in zdravila iz oglasa. Pričakovan in načrtovan rezultat je obsežnejši trg z zdravili, večje število novih »bolnikov« in več simptomov ali močnejših simptomov pri že diagnosticiranih bolnikih in večja prevalenca določenih bolezni, ki prinašajo dobiček.

Nekoliko presenetljiva posledica razvoja in širjenja trga z zdravili je temeljito spreminjanje razmerja med zdravniki in pacienti. Pogost zaključek oglasov, to je navodilo: »Vprašajte svojega zdravnika po tem zdravilu«, pacienta napoti v ordinacijo, kjer od zdravnika zahteva novo »čudežno« zdravilo. Tako se zmanjšuje zdravnikova vloga strokovnjaka, ki odloča o diagnozi, potrebnosti in vrsti zdravila za pacienta. Potrošniki sami so tisti svobodni agenti, ki čedalje bolj odločajo o boleznih, ki jih imajo, in o zdravilih, ki jih potrebujejo. Raziskave kažejo, da to še posebej velja za ljudi v 20. in 30. letih in za zdravila, ki spadajo med poživila, antidepresante in druga psihiatrična zdravila. Poudariti velja, da pri tem ne gre predvsem za zmanjševanje porabe teh zdravil zaradi čedalje boljšega poznavanja njihovih stranskih učinkov in obljub o učinkovitosti, ki so marsikdaj prenapihnjene, ampak za povečevanje njihove uporabe na zahteve samih pacientov – potrošnikov (Applebaum, 2006: 446).

V veliki večini držav je neposredno oglaševanje zdravil na recept prepovedano. Pravzaprav je dovoljeno samo v ZDA in na Novi Zelandiji, vendar svetovni splet tudi na tem področju spreminja ustaljene vzorce in meje. Nove spletne aplikacije (*Web 2.0*) so omogočile širitev spletnega neposrednega oglaševanja, ki ne pozna in se ne ozira na geopolitične meje in nacionalne zakonodaje. Spletno oglaševanje zdravil na recept poteka tudi na prikrite načine, ki jih ljudje težko prepoznajo. Najočitnejša oblika so seveda uradne spletne strani farmacevtskih podjetij, ki postajajo izhodiščna

mesta za dostop do množice dodatnih spletnih (in tradicionalnih) platform neposrednega oglaševanja. Podjetja za oglaševanje svojih izdelkov uporabljajo vse možnosti, ki jim jih ponujajo nove spletne aplikacije in razvoj spletnih družabnih omrežij. Tehnike in strategije neposrednega oglaševanja in njegovega prikrivanja so na spletu izdelane do najmanjših podrobnosti. Vključujejo informacije o izdelkih, pričevanja pacientov, povezave do ugodnih raziskovalnih podatkov, plačane blogerje in mnenjske voditelje, moderirane forume, ki so le navidezno interaktivni, in spletne strani, kjer njihova znamka ni omenjena⁶ (*un-branded Web sites*) (Liang et al., 2011: 824–825). Načeloma bi lahko farmacevtska podjetja omejila dostop do svojih strani, kjer oglašujejo zdravila, le na potrošnike iz držav, ki te vrste oglaševanje dovoljujejo. Vendar se dogaja ravno nasprotno (Ibid: 845)!

Zagovorniki neposrednega oglaševanja trdijo, da farmacevtska podjetja tako ljudem posredujejo informacije, ki jim omogočajo boljše poznavanje svoje bolezni in načinov zdravljenja. Pacientom naj bi omogočili tako imenovano vzajemno utemeljeno izbiro zdravljenja.⁷ Vendar raziskave kažejo, da to ne drži. Potencialni stranski učinki so v oglasih bodisi pomanjklivo opisani oziroma so v jeziku, ki je za večino ljudi težko razumljiv, bodisi so njihovi učinki opisani v nejasnih, čustvenih izrazih in se sklicujejo na doseganje stanj, kot so sreča, nadzor nad lastnim življenjem in podobno (Mintzes et al., 2009: 6).

K medikalizaciji in medikamentalizaciji družbe pripomore tudi trženje zdravil v prosti prodaji, pri katerem ljudi spodbujajo k interpretaciji njihovih normalnih nihanj razpoloženja in življenjskih stanj v medicinskih terminih in k temu, da naj jih rešijo z zdravili. Morda ne tvegam, če rečem, da oglaševanje zdravil v prosti prodaji z vidika sprejemanja medikalizacije in medikamentalizacije v javnosti kot nekaj povsem običajnega, znanstveno in družbeno utemeljenega in neizogibnega, nima nič manjših učinkov kot neposredno trženje zdravil na recept. Vendar ima zadnje veliko večji vpliv na stroške javnih zdravstvenih blagajn, individualne stroške za zdravila, na zdravstveno tveganje za pacienta potrošnika in na spreminjanje odnosa zdravnik–pacient. Svoje prispeva tudi vse agresivnejše trženje prehrabnih izdelkov, ki naj bi imeli pomembne učinke na zdravje (margarine zmanjšujejo holesterol, jogurti krepijo imunski sistem ipd.). Okus, se pravi užitek, sam po sebi očitno ne zadostuje več. Zdaj mora biti še koristen.

Napihovanje bolezni [*disease mongering*]

Med več opredelitvami koncepta napihovanja bolezni se nekatere povsem približajo definicijam medikalizacije na splošno, zato se včasih zdi, da gre za medsebojno zamenljiva koncepta. Vendar to ne drži. Napihovanje bolezni je treba ustrezneje obravnavati kot eno izmed strategij, ki poskuša povečati trg zdravil. Pristopi, ki jih pri tem uporablja (predvsem gre za procesa ustvarjanja novih

⁶ Wendy W. Blackburn, izvršna podpredsednica podjetja *Intouch Solutions*, ki se na spletnih straneh opisuje kot edina agencija digitalnega marketinga, ki se posveča samo oglaševanju farmacevtskih znamk, je 23. septembra 2008 na svojem blogu, ki izraža stališča agencije, navedla nekaj prednosti spletnih strani brez navedbe znamke:

- doseganje vodilnega položaja na trgu in registracija pacientov in skrbnikov (*caregivers*) v CRM datoteke (CRM - Customer Relationship Management);
- boljša ozaveščenost o bolezni in povečevanje diagnoz (ne deluje za vse izdelke);
- izobraževanje pacientov in skrbnikov;
- paciente žene k predpisovalcem zdravil;
- povezave do strani, na katerih so znamke izdelkov omenjene;
- podpiranje javnih politik/kampanj;
- trženje v državah, kjer je neposredno oglaševanje prepovedano;
- so manj regulirane s patentnim pravom (Blackburn, 2008).

⁷ Ameriško združenje onkoloških bolnikov (American Cancer Society, 2012) »vzajemno utemeljeno izbiro zdravljenja« (*shared informed treatment choice*) opisuje kot odločitev o zdravljenju, do katere v medsebojni razpravi prideta skupaj zdravnik in pacient. Končna odločitev je posledica odločanja, ki poteka takole: zdravnik pacienta seznanji z vsemi mogočimi načini zdravljenja in argumenti za in proti vsakemu od njih. Pacient se nato sam dodatno pouči o svojem stanju. Naslednji korak je skupno odločanje, v katerem pacient najprej zdravniku razloži svoje želje, preference, svoje psiho-socialno stanje in okolje, probleme ipd. Temu sledi pretehtavanje mogočih načinov zdravljenja glede na vse te informacije in sprejetje odločitve.

⁸ Gre za proces, ki ga v strokovni literaturi imenujejo definatorno širjenje meja bolezni. Verjetno je največ kritik in očitkov, da z vsako novo izdajo širi meje obstoječih bolezni in ustvarja nove, deležen *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* (Angell, 2011a, 2011b; Oldham et al., 2011)

⁹ Dober primer tega je zniževanje meje normalnega oziroma zdravega krvnega pritiska. Še v začetku stoletja je bila meja postavljena na 140/90. Nato pa so leta 2003 najprej v ZDA mejo znižali na 120/80 in vpeljali novo stanje – predhipertonijo. Vsi, ki imajo krvni pritisk med 120/80 in 140/90, »boleajo« za tem stanjem. Za njegovo zdravljenje sta sicer priporočeni dieta in telesna aktivnost, vendar obstajajo tudi zdravila. In, kot pripominja Marcia Angell, bo marsikdo ugotovil, da so zdravila lažja in hitrejša alternativa (Angell, 2008: 103-104). Podobno nižanje meje normalnega se dogaja tudi pri krvnem holesterolu. Posledice so lahko presenetljive. Leta 2003 je Evropsko združenje kardiologov izdalo smernice za preventivo in klinično prakso na področju preventive kardiovaskularnih bolezni. V smernicah je določilo meje za krvni holesterol in krvni pritisk. V norveški raziskavi so ugotovili, da upoštevanje meja, podanih v novih smernicah, pomeni, da ima »76 % posameznikov povečano tveganje za razvoj kardiovaskularne bolezni« (Getz et al., 2004: 202). Z novimi smernicami stanje, ki je prej veljalo za normalno in zdravo, postane izjema (Ibid.: 207).

zdravljenje že najzgodnejših stanj bolezni in predvsem preventivno »zdravljenje« dejavnikov tveganja naj bi imelo pozitivne dolgoročne učinke na zdravje ljudi in na opazno zmanjšanje stroškov za zdravstvo.

Zdravljenje najzgodnejših stanj bolezni seveda ni sporno in ima dejansko lahko obljubljeni učinke. Toda namen akterjev, vpletenih v napihovanje bolezni, ni zmanjševanje porabe zdravil in zmanjševanje stroškov. Ravno nasprotno! S tem ko namesto resnih in odgovornih poskusov definiranja meja med »patološkim in normalnim« pri posamezni bolezni namenoma brišejo meje med boleznijo, zgodnjimi stanji bolezni in dejavniki tveganja, spodbujajo patologizacijo dejavnikov tveganja. Dejavniki tveganja, kot so povišan krvni tlak, povišana stopnja holesterola v krvi ali celo tako nejasne kategorije, kot je genetska predeterminiranost (npr. če so v ožji ali širši družini primeri depresije ali tesnobe, je to morda znak za prisotnost genov, ki spodbujajo nastanek teh bolezni), postajajo bolezni, ki zahtevajo farmakološko obravnavo. Število bolnih v populaciji se kar na lepem enormno poveča.⁹ In več bolnih pomeni več pacientov. Zdravila torej jemlje vse več

bolezni in širjenje meja bolezni),⁸ opravičujejo zoženje koncepta na enega od dejavnikov medikalizacije.

Kljub morebitnemu ponavljanju opredelitev, ki spominjajo na že podane definicije medikalizacije, si moramo ogledati še nekaj definicij napihovanja bolezni. Najbolj znana in zelo splošna je, da gre za poskus prepričati zdrave, da so bolni, da so veliko bolj bolni, kot so v resnici (Tiefer, 2006: 436). Nekatere izmed ožjih definicij se zelo približajo definiciji medikalizacije v tem, ko pravijo, da gre pri napihovanju bolezni za »proces, ki spodbuja spreminjanje družbeno ustvarjene tesnobe v medicinske diagnoze, ki so primerne za farmakološko obravnavo« (Ibid.). Se pravi, da ustvarja okolje, v katerem se občutki tesnobe, nelagodja in skrbi, ki jih ljudje občutijo in doživijo v situacijah, v katerih ne zmorejo doseči predpisane ravni nedosegljivega ideala modernega, seksualno potentnega, uspešnega, inovativnega, podjetnega, samouresničenega, prilagodljivega in fleksibilnega subjekta, ali pa jim – čisto preprosto – ideal uhaja iz dosega zaradi njihovega družbeno-ekonomskega položaja, spola, regije v kateri živijo, ipd., ne poskušajo interpretirati in razumeti kot rezultat nerealnih in nemogočih družbeno-ekonomskih in psihosocialnih pričakovanj in zahtev, ampak kot osebne nezmožnosti, ki so posledica telesnih vzrokov (geni, poškodbe, virusi, bakterije ...) in napačnih odločitev oziroma pomanjkljive skrbi za svoje zdravje.

Jezik, značilen za napihovanje bolezni, je poln izrazov in pove-zav, ki javnost poskušajo prepričati, da gre pravzaprav za izobraževanje in spodbujanje ljudi k večji skrbi za lastno zdravje, za promocijo pomena zdravja v družbi in obveščanje ter izobraževanje o nujnih ukrepih za doseganje čim boljšega zdravja posameznikov in populacije v celoti. Splošno javnost, vse vrste zdravstvenih delavcev in politike prepričuje o pomenu prepoznavanja najzgodnejših stanj bolezni in dejavnikov tveganja (npr. povišan krvni tlak, povišan holesterol ipd.) in njihovega takojšnjega zdravljenja. Takojšnje

ljudi, ki zdravljenja sploh ne potrebujejo. Ena od posledic je, da je čedalje več ljudi izpostavljenih stranskim učinkom zdravil, ki jih jemljejo. Ker jih začnejo jemati preventivno in ker pravzaprav nikoli ni mogoče biti gotov ali učinkujejo ali ne, je »zdravljenje« v veliki večini primerov dolgotrajno. To pa lahko pomeni akumulacijo stranskih učinkov in morebitne posledice, ki sploh še niso raziskane. Vse skupaj seveda povečuje stroške javnega zdravstva in zdravstvene stroške posameznikov. Domnevamo lahko, da če se povečuje poraba zdravil na recept za »zdravljenje« dejavnikov tveganja, se povečuje tudi prodaja zdravil v prosti prodaji, ki obljublja iste ali podobne učinke; to pomeni, da se zdravstveni stroški ljudi povečujejo tudi v državah z razvitim sistemom javnega zdravstva (Heath, 2006: 448–449).

Sklep

Opozoriti želimo na implicitne vrednotne predpostavke, ki se prikrađejo v razpravo vsakič, ko omenimo medikalizacijo ali medikamentalizacijo; šlo naj bi za nezaželena in družbeno škodljiva procesa. Kot smo videli, to ne drži vedno: v nekaterih primerih so procesi medikalizacije in medikamentalizacije osvobajajoči. Res pa je, da tedaj, ko je govor o družbi kot celoti, večina avtorjev navaja negativne vidike. Kljub temu ne bi smeli pozabiti njune pozitivne vloge pri vzdrževanju nekaterih pomembnih preventivnih dejavnosti (npr. cepljenja). Tudi pri navajanju negativnih posledic je med avtorji veliko razlik v poudarkih, čeprav se zdi, da se strinjajo glede bistvenih negativnih učinkov. Površinsko lahko poudarke razdelimo na tiste, ki se nanašajo na finančne posledice, in na tiste, ki jih zanimajo predvsem družbeno-kulturne posledice.

Večina kritikov (npr. Angell, Conrad, Keber, Donohou idr.) se strinja, da gre za procesa, ki pripomoreta k vse hitrejšemu naraščanju stroškov za zdravstvo v t. i. razvitih družbah. Poraba zdravil se resnično povečuje. To je še zlasti opazno na določenih področjih ATC-klasifikacije. Tega povečanja oziroma hitrosti, s katero se poraba zdravil povečuje, ni mogoče povsem pojasniti z znanstveno-tehnološkim razvojem medicine in z demografskimi trendi. Medikalizacija povečuje delež izdatkov, ki jih za zdravila namenjajo javne zdravstvene blagajne, in tudi delež, ki ga za zdravila namenjajo zasebna gospodinjstva. To nedvomno drži za zdravila na recept. Mislim pa, da se premalo poudarja pomen porabe zdravil v prosti prodaji: če medikalizacija vpliva na rast porabe zdravil na recept, potem je upravičeno domnevati, da isto velja tudi za zdravila v prosti prodaji. Temu je treba dodati še stroške, ki si jih gospodinjstva ustvarjajo s kupovanjem prehranskih izdelkov z domnevno preventivnimi ali celo zdravilnimi učinki ter kozmetične preparate in posege, ki naj bi imeli podobne učinke. Ne bi smeli pozabiti niti na stroške za t. i. »alternativno medicino«.

Še večja previdnost je potrebna pri analizi in vrednotenju družbeno-kulturnih posledic medikalizacije in medikamentalizacije. Dejansko je tu strinjanja že manj. Pravzaprav so velika razhajanja že pri opredelitvah vzrokov. Marsikdaj so kot vzroki obeh procesov navedeni kar procesi sekularizacije in racionalizacije družb. Te naj bi na mesto, ki ga je v tradicionalnih družbah zavzemala religija in čudežno, postavili znanost – vključno z medicino. Racionalizirane in sekularizirane družbe so se spremenile v družbe prepričanja o nenehni rasti in nenehnem napredku in razvoju na vseh področjih. Ker omogočajo in usmerjajo napredek in razvoj, so znanstveniki, tehniki in strokovnjaki, se pravi tudi zdravniki, pridobili na ugledu in pomenu (Conrad, 2007). Zdravniki in medicina naj bi bili v tem procesu posebej poudarjeni. Prej ali slej se z njimi sreča vsakdo. Njihove uspehe in neuspehe ljudje občutijo neposredno. Nedvoumen napredek medi-

¹⁰ Gre za napredek, za katerega se velikokrat zdi, da psihološkemu in družbenemu ne pušča nikakršnega prostora več. Na področju »duševnih bolezni«, na primer, je psihološke teorije najprej nadomestila genetika, najnovejša hipoteza, ki ima čedalje več privržencev pa trdi, da so vzroki za shizofrenijo, depresijo, parkinsonovo bolezen, avtizem idr. okužbe z različnimi virusi in bakterijami (Abdoun et al., 2012).

cinske znanosti in sposobnosti zdravnikov za zdravljenje vodi v povečanje zaupanja v njune sposobnosti ter intenzivnejšo in pogostejšo prisotnost v našem vsakdanjem življenju. Medicina ni več nekaj, s čimer se srečamo le, ko zbolimo. V obliki nasvetov in opozoril je vsak dan je prisotna v vseh medijih. Enako velja za preventivne kampanje in kampanje ozaveščanja (npr. mednarodni/evropski/nacionalni dnevi določenih bolezni), ki jih poleg tega podpira politika oziroma so del zdravstvene in demografske politike držav.

Opozorila na povečevanje prisotnosti medicine v vsakdanjem življenju ljudi, poudarjanje njene politične in ekonomske vloge ter obsega in moči medicinske kontrole nas spomnijo na Foucaultove zgodovinske analize medikalizacije v 19. stoletju. V njih dokazuje, da se je okoli porajajočega se trenda medikalizacije čedalje bolj artikularilo specifično mesto moči-vednosti (*power-knowledge*). Foucault je pravzaprav medikalizacijo postavil na križišče, kjer med »disciplinarnim in urejevalnim« (*disciplinary and regulatory*) krožita in se ustvarjata norma in normalizirana družba. Glavni dejavnik te vrste medikalizacije je medicina, katere vednost je moč uporabiti tako na telesu kot na populaciji. Če je telo mesto discipliniranja in populacija mesto urejanja, ima medicina hkrati disciplinarne in urejevalne učinke (Foucault, 2003: 252–253).

Danes bi tem analizam nemara morali dodati opozorilo, da so se spremenila privilegirana mesta, kjer se artikularajo spoji moči in biomedicinske vednosti in ustvarja normalizirana družba. To niso več mesta, kjer prihaja do srečevanja države oziroma njenih administrativnih vlog z medicino kot znanostjo. Skupaj s politično-ekonomskimi spremembami, ki jih označujemo z imenom neoliberalizem in napredkom v biomedicinskih znanostih,¹⁰ so spremembe v razvoju zdravil (ki je, kot pravi Angell (2008), posredno ali neposredno v rokah farmacevtske industrije), industrializaciji in ekonomizaciji proizvodnje zdravil (prevlada dobičkonosnega motiva), njihovemu trženju in prodaji (pojav medicinskega potrošnika) ter predpisovanju zdravil (zdravnik ni več izurjeni mojster, ki ve, ampak soodločevalec pri diagnosticiranju) privilegirane spoje moči prenesla v ekonomsko sfero. Natančneje, na t. i. trg dela. Vendar pogled, ki kroži po vseprisotnem trgu človeških virov ter ustvarja in ohranja normo fleksibilnega, podjetniškega, adaptabilnega, neodvisnega in samouresničujočega se svobodnega subjekta, ni toliko medicinski pogled, kot je medikaliziran pogled. Medikamentalizacija pa je njegova tehnika. Njuni subjekti (v obeh pomenih) smo vsi: od zdravnikov, ki predpisujejo antidepresive za stanja, ki spadajo v normalen človeški razpoloženski razpon; pacientov-potrošnikov, ki od zdravnikov zahtevajo novo in čudežno zdravilo, za katero so ravnokar izvedeli iz časopisa; nakupovalcev »zdravilnih« jogurtov; ... ; do prepričanih v skrivnostne moči takšnih ali drugačnih »alternativnih« terapij.

Literatura

- ABDOUN, E., CHAMBON, P. in NOVAK, M. (2012): Maladies du cerveau, Elles pourraient être dues à des microbes. *Science et Vie, Février* 1133: 46–63.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. Dostopno prek: www.cancer.org (19. marec 2012).
- ANGELL, M. (2008): *Resnica o farmacevtskih podjetjih. Kako nas zavajajo in kaj lahko ob tem storimo*. Ljubljana, Krtina.
- ANGELL, M. (2011a): The Epidemic of mental illness: Why? *The New York Review of Books*, June 23. Dostopno prek: <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why/> (19. marec 2012).

- ANGELL, M. (2011b): The Illusions of Psychiatry. *The New York Review of Books*, July 24. Dostopno prek: <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jul/14/illusions-of-psychiatry/> (19. marec 2012).
- APPLBAUM, K. (2006): Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer. *PLoS Medicine* 3(4), 189. Dostopno prek: <http://www.plosmedicine.org/home.action> (19. marec 2012).
- ASSOCIATION EUROPÉENNE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES GRAND PUBLIC – AESGP (2004): *The Economic and Public Health Value of Self-medication*. Brussels, AESGP. Dostopno prek: http://www.aesgp.eu/media/cms_page_media/68/2004study.pdf (23. november 2012).
- BLACKBUM, W. W. (2008): Unbranded Websites: What's Your Strategy. *Blog podjetja Intouch Solutions*. Dostopno prek: http://www.intouchsol.com/insights/blog/09-23-08/Unbranded_Websites_What_s_Your_Strategy.aspx (19. marec 2012).
- CONRAD, P. (2007): *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimor, The John Hopkins University Press.
- DNEVNIK(2012): Zdravilo, ki bo zmanjšalo potrebo po alkoholu. *Dnevnik*, 6. marec. Dostopno prek: <http://www.dnevnik.si/zdravje/1042514586> (23. november 2012).
- DONOHUE, J. M., CEVASCO, M. in ROSENTHAL, M. B. (2007): A Decade of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs. *The New England Journal of Medicine* 357: 673–681. Dostopno prek: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa070502> (19. marec 2012).
- FAURE, O. (2002): L'homéopathie entre contestation et intégration. *Actes de la recherche en science sociales* 143: 88–96. Dostopno prek: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/arss_0335-5322_2002_num_143_1_2858 (19. marec 2012).
- FOUCAULT, M. (2003): *Society Must be Defended. Lectures at the Collège de France 1975–1976*. New York, Picador.
- GETZ, L., KIRKENGEN, A. L., HETLEVIK, I., ROMUNDSTAD, S. in SIGURDSSON, J. A. (2004): Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: A descriptive epidemiological study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 22(4): 202–208. Dostopno prek: <http://informahealthcare.com/toc/pri/22/4> (19. marec 2012).
- GUILLE-ESCURET, G. (1994): *Le decalage humaine, Le fait social dans l'evolution*. Paris, Kimé.
- HEATH, I. (2006): Combating Disease Mongering, Daunting but Nonetheless Essential. *PLoS Medicine* 3(4), 146): 448–451. Dostopno prek: <http://www.plosmedicine.org/article/browseIssue.action?issue=info%3Adoi%2F10.1371%2Fissue.pmed.v03.i04> (19. marec 2012).
- KEBER, D. (2008): Zakaj? Zato, ker lahko! V *Resnica o farmacevtskih podjetjih, Kako nas zavajajo in kaj lahko ob tem storimo*, M. Angell, 7–20. Ljubljana, Krtina.
- LIANG, B. A. in MACKLEY, T. (2011): Direct-to-Consumer Advertising With Interactive Internet media. Global Regulation and Public health Issues, *The Journal of the American Medical Association* 305(8): 824–825. Dostopno prek: jama.ama-assn.org (19. marec 2012).
- MALABOU, C. (2004): *Que faire de notre cerveau?* Paris, Bayard.
- MINTZES, B., MORGAN, S. in WRIGHT, J. M. (2009): Twelve Years' Experience with Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs in Canada: A Cautionary Tale. *PLoS ONE* 4(5, 5699): doi:10.1371/journal.pone.0005699. Dostopno prek: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0005699> (19. marec 2012).
- NEW VIEW CAMPAING (2000): *Challenging the Medicalization of Sex. The New View Manifesto*. Dostopno prek: <http://www.fsd-alert.org/manifesto.asp> (19. marec 2012).
- OLDHAM, J., CARLAT, D., FRIEDMAN, R. in NIERENBERG, A. (2011): The Illusions of Psychiatry: An Exchange, *The New York Review of Books*. Dostopno prek: <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/aug/18/illusions-psychiatry-exchange/> (19. marec 2012).

- PEČAR-ČAD, S. in RUPNIK-RAVNIKAR, I. (2003): *Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji po ATC klasifikaciji v letu 2002*. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Dostopno prek: http://www.ivz.si/zdravila_druge_publikacije (19. marec 2012).
- PEČAR-ČAD, S., KOSESNIK, K. in HRIBOVŠEK, T. (2005): *Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji po ATC klasifikaciji v letu 2004*. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Dostopno prek: http://www.ivz.si/zdravila_druge_publikacije (19. marec 2012).
- PEČAR-ČAD, S., KOSESNIK, K. HRIBOVŠEK, T. in KOŠIR, P. (2007): *Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji po ATC klasifikaciji v letu 2006*. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Dostopno prek: http://www.ivz.si/zdravila_druge_publikacije (19. marec 2012).
- PEČAR-ČAD, S., HRIBOVŠEK, T. in KOŠIR, P. (2009): *Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji po ATC klasifikaciji v letu 2008*. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Dostopno prek: http://www.ivz.si/zdravila_druge_publikacije (19. marec 2012).
- PEČAR-ČAD, S. in HRIBOVŠEK, T. (2011): *Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji po ATC klasifikaciji v letu 2010*. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Dostopno prek: http://www.ivz.si/zdravila_druge_publikacije (19. marec 2012).
- RAHMAN, S. Z., GUPTA, V., SUKHLECHA, A. in KHUNTE, Y. (2010): Lifestyle drugs: Concept and impact on society. *Indian Journal of Pharmaceutical Society* 72: 409–413. Dostopno prek: <http://www.ijpsonline.com/text.asp?2010/72/4/409/73902> (19. marec 2012).
- TIEFER, L. (2006): Female sexual dysfunction: A case study of disease mongering and activist resistance. *PLoS Med* 3(4, 178): 436–440. Dostopno prek: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030178> (19. marec 2012).
- ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE (2011): *Poraba zdravil 2010*. Ljubljana, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dostopno prek: <http://www.zzs.si/zzs/internet/zzs.nsf/o/CEECE65B19F25E4FC1257552002BEC54> (19. marec 2012).

IZ-HOD IZ TOTALNIH USTANOV MED LJUDI

13–30 Vito Flaker

Kratka zgodovina dezinstytucionalizacije v Sloveniji

Dezinstytucionalizacijo je treba definirati širše kot zgolj preseljevanje ljudi iz zaprtih ustanov v skupnost. Ker prinaša tudi temeljni zasuk v odnosih moči med strokovnjaki in uporabniki, gre za epistemološki prelom od apriornega ezoteričnega znanja nadzorovanja v znanje vsakdanjega življenja. Dezinstytucionalizacija v Sloveniji se je začela konec šestdesetih let z eksperimentom v Logatcu, ki je pokazal, da je ustanove mogoče spremeniti, hkrati pa je uvedel nove metode dela z ljudmi, ki so temeljile na demokratičnih odnosih, akcijskem raziskovanju in eksperimentu. Proces je v naslednjem desetletju zorel v številnih akcijskih projektih: najbolj v kolonijah na Rakitni in Pohorju, taborih Črnega mrava, pa tudi v skupnostnih akcijah za Bežigradom in v Mostah. Značilnost teh projektov je bilo antiavtoritarna naravnost, vključevanje stigmatiziranih in demokratizacija skupnosti s skupnostnim in skupinskim delom. Cilji in tarče dezinstytucionalizacije so se jasno oblikovali v osemdesetih na taborih v Hrastovcu in z delovanjem Odbora za družbeno zaščito norosti, ki se je zavzemal za odpravo totalnih ustanov in izgradnjo mreže skupnostnih služb, ki naj bi jih nadomestila. Prvi zagon skupnostnih služb – stanovanjskih skupin, dnevnihih centrov in klubov, skupin in združenj uporabnikov in svojcev, pa tudi individualnega načrtovanja in neposrednega financiranja – se je začel v devetdesetih letih, ko so se uveljavile nekatere metodične in organizacijske novosti. Resnična dezinstytucionalizacija pa se je začela s preseljevanjem stanovalcev socialnih zavodov najprej iz Hrastovca, pozneje še od drugod. Ko bi se morala dezinstytucionalizacija uveljaviti kot načelo delovanja sistema, je proces zastal. Deloma zaradi pomanjkanja

politične volje, deloma zaradi drobnjakarstva različnih sektorjev in strok. Dezinstytucionalizacijo je treba razumeti kot proces osvobajanja, kot gibanje, ki briše meje med strokovnjaki in ljudmi, kot možnost, kako delati drugače – v dobro ljudi.

Ključne besede: dezinstytucionalizacija, skupnostna oskrba, gibanja, zgodovina socialnega dela.

Vito Flaker je izredni profesor na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani. Njegovo področje raziskovanja in pedagoškega dela so metode in teorije socialnega dela, duševno zdravje v skupnosti, teorije totalnih ustanov, dezinstytucionalizacija, dolgotrajna oskrba, krepitev moči, individualno načrtovanje, analiza tveganja, akcijsko in kvalitativno raziskovanje, zmanjševanje škode na področju drog. Bil je član in soustanovitelj gibanj na področju duševnega zdravja (Odbor za zaščito norosti, Iz-hod) in Direktnega socialnega dela (vito.flaker@fsd.uni-lj.si).

31–46 Boštjan Slatnar

Medikalizacija – medikamentalizacija družb poznega kapitalizma

Besedilo pokaže nekaj osnovnih značilnosti procesov medikalizacije in medikamentalizacije sodobnih družb. Gre za zelo kompleksna procesa z mnogoterimi negativnimi in pozitivnimi posledicami za življenje posameznikov in tudi za vzdržnost sistemov javnega zdravstvenega varstva. Problem dodatno zapletajo široke definicije obeh procesov na eni strani in pozornost, namenjena analizam posameznih primerov medikalizacije, na drugi. Opozarjamo na najpomembnejšo značilnost medikalizacije, ki jo uporablja biomedicinski model za pojasnjevanje in reševanje stanj, ki spadajo v normalen razpon človeških čustev in stanj telesa. V tem smislu je medikalizacija pripisovanje medicinske diagnoze in medicinske obravnave običajnim življenjskim psihičnim in telesnim problemom. Medikamentalizacija je s procesom medikalizacije tesno povezana, čeprav ni nujna posledica medikalizacije posameznega psihičnega ali telesnega stanja. Akterjev medikalizacije in medikamentalizacije je veliko. Najpomembnejši so

farmacevtska industrija, mediji in združenja pacientov. Neposredna vzroka z največjim vplivom na medikalizacijo in medikamentalizacijo sodobnih družb sta trženje zdravil na recept in zdravil v prosti prodaji ter napihovanje bolezni. Ena zanimivejših posledic medikalizacije je ustvarjanje medicinskega potrošnika, ki vnaša spremembe v razmerje med zdravnikom in pacientom. Pomembne družbeno-kulturne posledice pa se nanašajo na spreminjanje privilegiranih mest, kjer se tvorijo medikalizirani spoji »moči-vednosti«.

Ključne besede: medikalizacija, medikamentalizacija, medicinski potrošnik, biomedicinski model, trženje zdravil, napihovanje bolezni, normalizirana družba.

Boštjan Slatnar, sociolog. Področja raziskovalnega zanimanja: status družbenega dejstva v evoluciji človeka in naturalizacija družbenih ved (slatnar@yahoo.co.uk).

47–61 Andreja Rafaelič, Mateja Nagode

Uvajanje dolgotrajne oskrbe

Dolgotrajna oskrba je novo področje socialne varnosti, ki temelji na potrebah uporabnika in njegovega razumevanja kakovosti življenja. Pomembna novost, ki je del večine ureditev dolgotrajne oskrbe, je neposredno financiranje. V prispevku povzemamo razvoj neposrednega financiranja v tujini in pri nas. Predstavimo različne ureditve dolgotrajne oskrbe in neposrednega financiranja v različnih evropskih državah ter slovensko ureditev. Ta sistemsko ni urejena, pač pa se odvija nekoordinirano v okviru različnih zakonodaj. V zadnjem delu besedila predstavimo izkušnje eksperimenta neposrednega financiranja s preselitvami v skupnost. Neposredno financiranje je zaradi fleksibilnosti porabe sredstev zelo učinkovito orodje za preseljevanje dolgotrajnih stanovalcev zavodov v domače okolje. Predlagamo tudi rešitve, ki bi v okviru nove zakonodaje na področju dolgotrajne oskrbe spodbujale dezinstucionalizacijo in razvoj skupnostnih služb.

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, neposredno financiranje, oskrba po meri človeka, eksperiment, dezinstucionalizacija.

Andreja Rafaelič je mlada raziskovalka na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani. Njeno področje raziskovanja je duševno zdravje v skupnosti, dezinstucionalizacija, individualno načrtovanje, dolgotrajna oskrba (andreja.rafaelic@fsd.uni-lj.si).

Mateja Nagode je univerzitetna diplomirana sociologinja, višja raziskovalka Inštituta RS za socialno varstvo. Ukvarja se s socialno politiko, s poudarkom na socialnovarstvenih storitvah in programih, ter s področjem dolgotrajne oskrbe (mateja.nagode@guest.arnes.si).

62–73 Romana Zidar

Delo ni blago

Plačano delo v času stalne gospodarske krize in povečane negotovosti postaja privilegij, blago, ki ima svojo vrednost in katerega si zaslužijo le »zaslužni«. Organizacije socialnega varstva in država blaginje v veliki meri soustvarjajo in ohranjajo ta diskurz, ki obrobne skupine potiska še bolj na rob. V prispevku skušamo identificirati razvoj prakse neplačanega dela uporabnikov v nekaterih organizacijah socialnega varstva. Sprašujemo se, kaj je v ozadju takšnih praks in kakšne diskurze ustvarjajo. V sklepnem delu prispevka ponudimo alternativo v obliki »socialnega dela priznavanja« do obstoječega »socialnega dela personalizacije«, temelječega na diskurzu primanjkljaja.

Ključne besede: plačano delo, politika zaposlovanja, nezaposljivost, delovna rehabilitacija, programi socialne vključenosti, neplačano delo, diskurzi primanjkljaja, alternativne možnosti, socialno delo personalizacije, socialno delo priznavanja.

Romana Zidar je socialna delavka, supervizorka in asistentka na Katedri za raziskovanje in organizacijo na Fakulteti za socialno delo, Univerze v Ljubljani. Dela na področjih organizacijske in menedžerske prakse v neprofitnih organizacijah, socialnega dela v delovnem okolju, socialne ekonomije in socialnega marketinga v socialnem delu (romana.zidar@fsd.uni-lj.si).

SUMMARIES

WALKING OUT OF INSTITUTIONS (TO BE) WITH THE PEOPLE

13–30 Vito Flaker

A Short History of Deinstitutionalisation in Slovenia

The definition of deinstitutionalisation needs to be broader than just resettlement of the people from closed institutions into the community; it also presents a fundamental shift in the power relations of users and professionals as well as an epistemological rupture away from aprioristic and esoteric knowledge of control towards wisdom of everyday live. The process in Slovenia began in the sixties with the experiment in Logatec demonstrating that an institution can be transformed, introducing new methods of working with people based on democratic relationships, action research and experiment. An incubation period ensued in the seventies in various action research projects, most legendary being the kids summer camp in Rakitna and Črni mrav (Black Ant scouts) camps, providing holidays and including children and youth with various labels in the community leisure organisations. These projects featured anti-authoritarianism, inclusion of the stigmatised, democratisation of the community by the community and group work. The goals of deinstitutionalisation – closure of the institutions and alternative provision of community services – was clearly articulated in the eighties in youth work camps in the long-stay institution of Hrastovec and in the activities of the Committee for Social Protection of Madness. First, community services – group homes, day centres and clubs, self-help and users and carers associations,

but also individual planning and direct funding were introduced in the nineties in the nongovernmental sector. The real deinstitutionalisation process commenced in the first decade of this century by resettlement of the long stay inmates in Hrastovec, followed also by other long stay institutions. When deinstitutionalisation had to become a principle guiding the whole system, the process came to a halt, partly because of the lack of political will and partly because of the segmentation of the sectors and professions. Deinstitutionalisation has to be understood as a process of liberation and emancipation, as a movement that transcends the divisions between professionals and people – as an opportunity to work differently – for the good of the people.

Keywords: deinstitutionalisation, community care, movements, social work history.

Vito Flaker is a professor at the Faculty for Social Work at the University of Ljubljana. His main areas of interest are: social work methods and theories, community mental health, theory of total institution, process of deinstitutionalisation, long-term care, empowerment, individual planning, risk analysis, residential community services, action and qualitative research, styles and careers of drug use and harm reduction. He was an important and co-founding member of mental health movements (Committee for Social Protection of Madness, Walkout) and Direct Social Work (vito.flaker@fsd.uni-lj.si).

31–46 Boštjan Slatnar

Medicamentation – Medicamentation in the Societies of Late Capitalism

The aim is to present some basic characteristics of the processes of medicalisation and medicamentation. Both processes are very complex with various negative and positive effects on the lives of individuals and on the sustainability of public health care systems. The problem is further complicated by the broadness of definitions of both processes on one hand and by foregrounding the analysis of individual cases of medicalization on the other. The most important feature of medicalisation will

be emphasized: application of the bio-medical model for explanations and for the treatment of conditions which belong to the normal range of human physical and emotional states. According to this, medicalization is the process by which medical diagnosis and treatment are attributed to normal physical and psychological problems. Medicamentation is closely connected with the process of medicalisation, but it is not a necessary consequence of the medicalisation of an individual psychological or physical state. The actors of both processes are numerous. The most important are: the pharmaceutical industry, mass media and different kind of patients associations. The most important direct causes of the medicalisation and medicamentation of modern societies are direct to consumer marketing of prescription and nonprescription medications and disease mongering. One of the most interesting consequences of medicalisation is the emergence of the medical consumer, that still further brings changes to the relation between the physician and the patient. Modifications in the privileged places of medicalized joints of »power – knowledge« are significant socio-cultural effects of medicalization.

Keywords: medicamentation, medicamentation, medical consumer, biomedical model, drug marketing, disease mongering, normalised society.

Boštjan Slatnar: sociologist. His main field of research interest is the status of fact in human evolution and the naturalisation of social sciences (slatnar@yahoo.co.uk).

47–61 Andreja Rafaelič, Mateja Nagode

The Implementation of Long-Term Care

Long-term care is a new area of social protection that is based on the users needs and their understanding of the quality of life. In other countries direct payments are an important part of the long-term care systems. Discussed in the article are the development of direct payments in Slovenia and other countries. Different systems of long term care and direct payment schemes are presented. The slovene long term care system is provided through different laws and social security pillars and has yet to be established. Experiences of the

pilot project in direct funding with the resettlements to the community are presented in the last part of the article. Direct payments are very effective in terms of resettlement of people from institutions into the community. New solutions for the new long term care law that will promote deinstitutionalisation and the development of community services are suggested.

Keywords: long-term care, direct payments, personalized care, experiment, deinstitutionalization.

Andreja Rafaelič is an assistant lecture at the Faculty for social work at University of Ljubljana. Her main areas of interest are: community mental health, deinstitutionalisation, personal planning, long-term care (andreja.rafaelic@fds.uni-lj.si).

Mateja Nagode, BA in Sociology, is a senior researcher at the Social Protection Institute of the Republic of Slovenia. Her work focuses on social policy, especially on social care and long-term care (mateja.nagode@guest.arnes.si).

62–73 Romana Zidar

Labour is not a Commodity

During the persistent financial crisis and increased economic uncertainty, paid work is becoming a privilege, a commodity with a value, deserved only by the »deserving«. This discourse is largely co-created and maintained by the social care services and the welfare state, which is pushing already marginalized groups further to the edge. We try to identify the development and growth of unpaid users labour in some social care organizations. In the article we question what the background is in such practices and what discourses they are producing. At the end we offer an alternative in form of the »social work of recognition«, opposing existing practices of »social work of personalisation«, based on discourse of deficit.

Keywords: paid labour, employment policy, unemployable, labour rehabilitation, social inclusion programs, unpaid labour, discourses of deficit, alternatives, social work of personalisation, social work of recognition.