

RAZVOJ ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V POGOJIH GLOBALIZACIJE: IN KAJ JE Z ZDRAVSTVENO NEGO¹

DEVELOPMENT OF HEALTH CARE SYSTEM IN THE CONDITIONS OF
GLOBALIZATION: AND WHAT ABOUT NURSING

Mirjana Ule

UDK/UDC 614.253.52:301.17

DESKRIPTORJI: zdravstvena nega, službe; svetovno zdravstvo

DESCRIPTORS: nursing services; world health

Izvleček – Ena od posledic globalizacije za sodobno zdravstvo je ta, da medicina izgublja svoj položaj »suverene« vladarice nad procesi zdravljenja. Sprejeti bo morala bolj enakopravno sodelovanje z drugimi zdravstvenimi profesijami znotraj zdravstva, predvsem z zdravstveno nego. Zdravstvena nega je osrediščena okrog etike skrbi in tako predstavlja pomembno alternativo k tehničnemu odnosu do bolnikov, ki prevladuje v sodobnem zdravstvu. Toda ta kvaliteta lahko pride do izraza le ob pogoju, da preseže tradicionalno pomožno vlogo v zdravljenju in dejavno poseže v prostor in trg zdravstvenih uslug. Takšno delovanje seveda zahteva številne spremembe, od bolj enakopravnih odnosov med zdravniki in medicinskimi sestrami, spremenjene samopodobe le teh do bolj partnerskih odnosov med njimi in pacienti oz. iskalcami zdravstvenih uslug.

Abstract – One of the consequences of the globalization for the modern health system is that medicine is losing its role of the »supreme« ruler over the processes of healing. The medical profession has to accept a more equal collaboration with other healing professions among modern health system, especially with the nursing. Nursing is focusing on the »ethic of caring« and thus presents an important alternative to the technical relationship to the patients, which is prevailing in the modern medicine. However, this quality could find its expression on condition that the nursing overcomes its traditional »assistant« role in medical treatment, and it actively intervenes in the space and market of medical services. Sure, such an activity requires many changes, from some more equal relationships between physician and nurses, changed self-image of the nurses to some more partner-like relationships between nurses and patients or the seekers of the health services.

Uvod

Razvoj in spremembe sodobnega zdravstvenega sistema lahko razumemo le, če ga gledamo v kontekstu družbenih sprememb. In ta kontekst je danes v času poznomodernih globaliziranih družb tak, da bo končno tudi zdravstvo moralo priti do ugotovitve, da je popolnoma vpeto v sodobno družbo, da se je zbrisala tista meja med znanstveno medicino in družbo, ki je do sedaj omogočala, da so se reševali problemi zdravstva izključno znotraj številnih strok v zdravstvu.

Nova razmerja v pojmovanju zdravja in bolezni

Za zahodne družbe ob prehodu v tretje tisočletje je značilen ambivalenten odnos do bolezni in zdravja in do institucij, ki se ukvarjajo z ohranjanjem zdravja in preprečevanjem oz. zdravljenjem bolezni. Naj naštejemo nekaj najznačilnejših protislovij:

- Vedno večja odvisnost ljudi od biomedicinskih znanosti, da preskrbijo odgovore na naraščajoče socialne in zdravstvene probleme.
- Zdravje postaja vse večja vrednota za vse kategorije prebivalstva, od otrok do starih. Še več, medicinski diskurz o zdravju, bolezni, telesu dominira tako v javnem kot v zasebnem govoru.
- Tako družba v obliki zdravstvenih politik, trga zdravstvenih storitev, kot bolniki, okrepljeni z novo nastalo ideologijo pravic bolnikov, načenjajo do tedaj tako rekoč nedotakljivi in nevprašljivi ugled in središčnost znanstvene medicine.
- V zdravstvu se širi tržni odnos do zdravstvenih storitev.

Spremljevalni pojav tega razvoja je neke vrste sekularizacija, odčaranje medicine na eni strani in medikalizacija družbe na drugi strani. Te spremembe seveda pretresajo tako odnos ljudi, javnosti do zdravstvenega sistema kot tudi razmerja znotraj zdravstve-

nega sistema; npr. razmerja med strokami, med položaji itd.

Zgodovina zdravstva kaže, da so se pravzaprav pojavljanja o zdravju, bolezni, medicini, vedno spreminjala v skladu z spreminjanjem vodilnih ideologij, vrednotnih sistemov, kulturnih tradicij. Splošne teorije zdravja in bolezni so se organizirale okrog dominantnih ideologij in verovanj določene kulture. Zdravstvene kategorije niso nevtralne glede na te ideologije in verovanja, kajti so mesto delovanja metafor, s katerimi se v določeni družbi hvali ali obtožuje določeno vedenje ali stanje človeka.

Če posežemo malo v zgodovino, vidimo, da se je sodobni zdravstveni sistem začel rojevati nekje v začetkih moderne družbe od 17. stol. dalje, ko se začne uvajati individualna odgovornost za zdravje ter racionalni in eksperimentalni etos medicine. S procesom modernizacije sta se pojma bolezni in zdravja demitologizirala in sekularizirala, vstopila sta v različne znanstvene diskurze (Ule, 2003).

Ker se moderna zdravstvena oskrba naslanja na znanost in objektivno preverjene metode zdravljenja, na raziskovalne dosežke in študije in ker je to znanje po večini nerazumljivo laikom in usmerjeno k terapevtskim ciljem, je zdravstvo pridobilo privilegiran položaj v primerjavi z drugimi avtoritativnimi družbenimi institucijami, kot sta npr. še sodstvo ali cerkev. Obenem pa se je moderni zdravstveni sistem začel vedno bolj distancirati od bolnikov in dialoga z njimi.

Za zdravstveno ekspertizo je postajalo vedno manj pomembno to, kaj zdravniku pove bolnik o svojem počutju, občutkih, čustvih, in vedno bolj to, kar je o njegovem fizičnem stanju ugotovila medicina s pomočjo medicinskih preiskav in naprav. To je bil pomemben odmik proč od kozmologije bolezni, ki se osredišča okrog osebe, k objektno osrediščeni zdravstveni praksi, ki vso odgovornost in skrb za zdravljenje bolezni prelaga na zdravstveno stroko in zdravstvene institucije, katerih osebje je strokovno visoko kvalificirano (Lupton, 1994). To vse je dalo zdravniku in drugemu zdravstvenemu osebju veliko avtoriteto in moč nad bolniki. Bolnik je tako postal »pacient«, ki je zavzel pasivno in nekritično vlogo v odnosu do bolezni in zdravljenja. Njegova glavna naloga je bila, da posluša in upošteva nasvete zdravnikov in zdravstvenega osebja in da se podvrže pravilom in uredbam zdravstvenih institucij.

V zadnjih desetletjih pa so se začele dogajati precejšnje spremembe v zdravstvu, tako pri nas kot po svetu. V temelju se spreminja odnos med družbo, zdravstvenim sistemom in bolniki. Tako družba v obliki zdravstvenih politik, trga zdravstvenih storitev, kot bolniki, okrepljeni z novo nastalo ideologijo pravic bolnikov, načenjajo do tedaj tako rekoč nedotakljiv in nevprašljiv ugled in središčnost znanstvene medicine. Tako zdravstveni sistem kot zdravnik sta postala predmet družbenih razprav in kritike.

Pomemben razlog zato so vsekakor vse večje težave s financiranjem zdravstvenega sistema. Te težave so po eni strani odraz vedno večje tehnične dovršenosti medicine, zaradi česar postaja zdravstvena oskrba vedno dražja 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 vsej Evropi in pri nas pomeni odvisnost vedno večjega števila prebivalstva od zdravstvenega sistema. Staranje pa je prav posledica medikalizacije družbe in zmanjševanja umrljivosti zaradi boljših in na široko dostopnih zdravstvenih storitev v razvitem svetu.

Staranje prebivalstva spreminja tudi zemljevid temeljnih zdravstvenih področij, tem, ideologij. Če je za mlade značilno, da so najbolj vitalen in najbolj zdrav del prebivalstva, ki je najmanj odvisen od zdravstvenih storitev, se nasprotno starost razume kot čas postopne degeneracije, večje bolezenske ogroženosti, bolnosti. Starejši so torej družbena skupina, ki je v domeni zdravstva. Tudi zato z demografskimi spremembami in s staranjem prebivalstva v zahodnih družbah narašča pomen zdravstva in zdravja v vsakdanjem življenju in se povečujejo stroški zdravljenja za državo. Ker pa naša življenja, želje, vrednote še vedno obvladuje kult mladosti, se tudi do mladosti skušamo vedno bolj prebijati s pomočjo medicine, plastične kirurgije, lepotnih operacij, diet, zdravstvenih praks itn. To pa še dodatno razširja polje in področje zdravstvene oskrbe.

Vse večje zanimanje za zdravje, skrbi za telesno in duševno počutje pa je končno tudi rezultat *globalnih sprememb sodobnih družb, ki jih je moderna sociološka znanost že definirala kot družbe novih tveganj in negotovosti* (Beck, 2001). Za družbe pozne moderne je značilno, da so sicer izjemno povečale število različnih življenjskih alternativ, možnosti, priložnosti, število izbir, smeri delovanja itn.; obenem pa ne dajejo pravih orientacij, podpore in varnosti pri teh izbirah. Poleg tega negotovost sledi izgubi zaupanja v to, da lahko vodilne institucije industrijskega sveta; gospodarstvo, pravo in politika ukrotijo in nadzirajo ogrožujoče posledice, ki so jih izzvale v svetu. Sedanja tveganja so posledica dogajanj, ki jih danes (tudi modno) označujemo s pojmom globalizacija. *Globalizacija se ne nanaša na to, kaj želimo ali lahko storimo, ampak predvsem na to, kaj se nam vsem dogaja.*

Proces globalizacije in individualizacije je vse prej kot homogen in enoznačen proces. Gospodarski in družbeni razvoj vsepovsod po svetu beži iz okvirov državnih politik in se organizira na globalni naddržavni ravni. Pri tem pa socialne posledice tega procesa vse bolj padajo na pleča posameznih držav (Beck, 1998). Države analogno zopet »redelegirajo« socialne posledice globalizacije na še nižje lokalne ravni. Končno se velikanska teža socialnih stroškov globalizacije in mo-

dernizacije znajde na plečih posameznikov, njihovih družin in drugih ad hoc vzpostavljenih socialnih mrež. Tudi zato je posameznik/posameznica postal/a »strateško mesto« novih družbenih delitev. Prevzema čedalje večji del družbenih stroškov in bremen nove modernizacije in globalizacije (Ule, 2000). Nove oblike družbenih neenakosti so manj strukturirane v terminih razrednih ali slojnih razlik in jih zaznavamo bolj v osebnostnih, psiholoških pojmi. Če je bila revščina prej »usoda razreda«, je sedaj postala individualizirana, osebna usoda (Beck, 1998).

Poleg tega nova informacijska modernizacija terjaja od ljudi sorodno fleksibilnost in kreativnost, kot jo uvaja v proizvodni proces oz. v druge družbene procese. Posameznik se mora nenehno potrjevati kot »izvirna, kreativna oseba«, kot »fleksibilen« človek itn. Če tega ne more prenesti, slej ko prej pade iz konkurenčnega boja za kreativna delovna mesta, za doseganje dobrega standarda in pristane v množici tistih, ki živijo od slabo plačanih, predvsem pa neperspektivnih služb ali pa ostanejo brez dela. Značilnost teh družbenih pogojev je, da morajo posamezniki vse bolj zgodaj začeti vzpostavljati te pogoje, jih s svojim početjem vključiti v svojo biografijo (Ule, 2000). V tradicionalnih družbah je bil posameznik enostavno »vrojen« v družbene danosti svojega življenja (npr. v socialni sloj ali v večinsko religijo). V individualizirani družbi pa mora posameznik storiti nekaj sam, mora se dejavno truditi za to, da pride do nekega družbenega položaja. Mora ga osvojiti, in to v boju s konkurenco drugih ljudi, ki se trudijo doseči omejene resurse in se z njimi uveljavljati. Tega ne počne le enkrat v življenju, temveč dan za dnem.

Posledica ali reakcija ljudi na sodobna tveganja in negotovosti je tudi preobrat v vrednotnih orientacijah ljudi v sodobnih družbah, kot ga zaznavajo vse mnenjske raziskave in raziskave vrednotnih in življenjskih orientacij pri nas in v nam podobnih kulturah sodobnega sveta. Ikone sodobnega človeka so nenadoma postale varnost, telo in predvsem zdravje. Politične teme je zamenjala skrb za zdravo prehrano, treniranje telesa, skrb za ohranjanje mladosti, vitalnosti, vitkosti, strah pred starostjo in staranjem. »Sodobna klima je terapevtska, ne religiozna«, je zapisal znani analitik sodobne kulture Christopher Lasch (1979: 7). Pogovor o zdravju je postal sredstvo, s katerim sodelujemo v posvetnem ritualu, kot smo včasih sodelovali v religioznih ritualih, s takimi ključnimi mislimi kot: »Samo, da smo zdravi«, »Ostanite zdravi«.

Nadzorovalna vloga nove ideologije zdravja

Visok pomen zdravja je torej povezan s splošnim večanjem potrebe po samonadzoru, samodiscipliniranju, samozanikanju in samoobvladovanju. Gre za odgovor na težje ekonomske in življenjske pogoje, ki terjajo od ljudi več vsakdanjih naporov, discipline, samonadnadora itd. Naša telesa so »končna metafo-

ra« teh potreb. Odstranjujemo odvečne kilograme, zožujemo pasove, krepimo telesno odpornost in povečujemo svojo vzdržljivost. Čeprav ne moremo nadzorovati sil, ki so zunaj naših moči, skušamo toliko bolj nadzorovati to, kar je v našem dosegu. Sodobni individualizem še povečuje zavest ljudi o tem, da so predvsem sami odgovorni za svoje zdravje (Radley, 1995). To med drugim pomeni tudi postopno odcepljanje ljudi od avtoritete zdravstva v stvareh varovanja zdravja in zdravljenja in približevanje potrošniškemu oz. klientskemu pristopu do zdravstvenih storitev.

Zdravje je postalo tudi pomembna potrošniška dobrina. To je posledica splošne usmeritve potrošniške družbe k telesu in telesnim potrebam ljudi. Vedno več časopisov, revij, TV oddaj itn. je posvečenih skrbi za zdravje, ohranjanju zdravja in preprečevanju bolezni. Potrošniška družba je družba, kjer morajo ljudje stalno čuvati svoje zdravje. Starejši ljudje nimajo več zagotovljenega statusa »modrih« ali »avtoritet«, morajo se prilagoditi »mladostniški« kulturi odraslih. Zato posameznik zelo malo pridobi z vlogo bolnika in se mora varovati ocen tipa: »Ne pazi nase« ali »Ne briga jo, kako izgleda«.

V teh razmerah splošne obremenjenosti z zunanjim izgledom, zdravjem, dobrim počutjem, pa dobiva tudi zdravstvo vse bolj pomembno vlogo kot sodobna institucija družbenega nadzora. Pojem zdravstvenega standarda se je razvil v devetnajstem stoletju. Od tedaj dalje je zdravstveni sistem med drugim zadolžen tudi za določanje zdravstvenih norm in odklonov od norm, ki so določale ta standard, pa tudi zato, da poskrbi, da se posameznike, ki so se odklonili od tega standarda, povrne v normalni položaj (Foucault, 1975). Zdravstvo je s tem postalo glavna institucija družbenega nadzora in je potisnilo na rob tradicionalne institucije družbenega nadzora, kot sta religija in pravo. Proces medicinskega nadzora družbe in posameznikov se dogaja skozi tri vrste medicinskih posegov in procesov:

- s širjenjem zdravstvenih praks v vsakdanje življenje oz. s širjenjem tega, kar imamo za pomembno v dobri zdravstveni praksi, s propagiranjem zdravega načina življenja, zdrave prehrane, zdravih odnosov;
- s popolnim nadzorom in ekskluzivnim dostopom do večine medicinsko tehničnih postopkov, raziskav in podatkov;
- z ekskluzivnim dostopom do tabuiziranih področij vsakdanjega življenja; tabuiziranih delov telesa, tabuiziranih življenjskih praks (spolnost, smrt).

Zdravstvo je na široko in vedno bolj vmešano v to, kako bolje razumeti stvari, presojeti, delovati, živeti. Vedno več je pojavov, ki nam pomenijo klinični (zdravstveni) problem in nered. Tudi zato se vedno več ljudi čuti zdravstveno ogroženih in obteženih z zdravstvenimi problemi.

Čeprav ima zdravstvo tako ključno deskriptivno in normativno vlogo v družbenem življenju sodobnih

družb, pa konec 20. stoletja prihaja do še ene velike spremembe; do hudih nesoglasij med zdravstvom in prevladujočim, kapitalističnim sistemom. Zdravniško delo postaja bolj in bolj nadzorovano od kapitala in trga. Vedno več je javnih in zasebnih pritiskov in oblik nadzora nad zdravnikovim delom. Sodobna težnja po ekonomski racionalizaciji zdravstvene oskrbe v zahodnih državah spodjeda avtoriteto medicine. Farmacevtska industrija, menedžerji, ekonomisti in tržniki se zdijo danes večji eksperti za zdravstveni sistem kot zdravniki. Predpisujejo npr., kaj so optimalni kriteriji za medicinsko prakso. Meje medicinskega znanja vse bolj postavlja politika, kapital in vse manj notranja logika stroke in znanosti. Ta premik Coburn in Willis (2000) imenujeta premik od »posedovanja znanja« k »trditvam o znanju«. S tem se povečuje tehničnost medicine, s tem pa tudi rutinskost. Bolj kot se razmerje med strokovno medicinskimi in medicinsko tehničnimi deli prakse nagiba v prid slednjih, bolj rutinska postaja medicina, s tem se zmanjšuje njena ekskluzivnost in prestižnost.

Poleg tega je zdravstveni sistem vse bolj odvisen od pravnih regulativov in norm. Pod pritiskom pravno podprtih groženj se v zahodnem svetu naglo uveljavlja tako imenovana defenzivna medicina, to je težnja k pretirani uporabi diagnostike in terapije samo zato, da bi se zdravnik zavaroval pred možnostmi tožb zaradi napak ali nepredvidenih posledic zdravljenja. Lahko rečemo, da je danes marsikje pravo inkorporiralo medicinsko etiko oz. da na mesto medicinske etike vstopa medicinsko pravo.

Zdi se, da je torej ob koncu stoletja porast vpliva in moči zdravstva, posebej medicine, dobro uravnovešen z različnimi oblikami družbene odvisnosti medicine. »Veliki nadzornik« nad zdravstvenim vedenjem ljudi sam postaja vse bolj nadzorovan. Zlasti v drugi polovici dvajsetega stoletja so se pričele vlade in sistemi zdravstvenega ter socialnega zavarovanja vedno bolj vmešavati v financiranje zdravstvene oskrbe, zato so začele tudi bolj natanko nadzorovati zdravniško delo. Zdi se, da globalizacija nujno prinaša s seboj upadanje družbene moči medicine in zdravstvenega sistema.

Nova politika javnega zdravja terja od posameznika več osebne skrbi in odgovornosti. Vsakdo mora opazovati svoje telo dejavno, mora skrbeti zanj. Meje med zdravo in bolno osebo (bolnikom) so se zrahljale. Prišlo je do splošnega uvida v dejstvo, da ima vsakdo zdravstvene probleme, vsakdo proizvaja zdravstvena tveganja. Zato se je pozornost zdravnikov in javnosti pomaknila od opazovanja bolezenskih znakov in poteka bolezni k »bolezenskemu vedenju« posameznika, ki zajema obdobje pred akutno boleznijo, med njo in po njej oz. še natančneje k življenjskemu slogu, ki zmanjšuje ali povečuje zdravstvena tveganja.

V sodobnem zdravstvu se danes dogaja svojska revolucija, ki v nekaterih potezah spominja na začetke

industrijske revolucije. Industrijska revolucija je tako rekoč na mah odpravila tradicionalne načine dela klasičnih obrtnikov, ki so opravljali vse korake proizvodnje od nabave materiala, do izdelave proizvodov in prodaje le-teh. Z racionalizacijo proizvodnje in specializacijo ter delitvijo dela je povsem spremenila zemljevid razmerij in odnosov v produkciji. Nekaj podobnega se dogaja s sodobnim zdravstvenim sistemom. Sodobna zdravstvena tehnologija, močno podprta z informatiko, izpodriva tradicionalno »medicinsko obrt«, se pravi zdravnika, ki sam obvlada vso paleto medicinskega znanja, dobro pozna vse medicinske postopke na svojem področju, pozna zdravila in njihove učinke, pozna pravila upravnega delovanja zdravstva ter prav tako potrebna pravna in medicinskoetična pravila.

Takšnega zdravnika vse hitreje izpodrivajo različni specialisti, zdravstveno osebje, predvsem pa računalniška podpora in banke podatkov, ki mu pomagajo pri postavljanju diagnoz, terapij in predpisovanju zdravil. Že pri postavljanju diagnoze in pri predpisovanju zdravil so sodobni računalniki vse večji konkurenti tradicionalnim zdravnikom, saj so po raziskavah sodeč veliko bolj natančni in učinkoviti. Hughes poroča o tem, da so npr. s pomočjo računalniško vodenege predpisovanja zdravil v Abbott – Northwestern bolnišnici v Minneapolisu, v dveh mesecih ugotovili, da je 1.500 zdravniško predpisanih zdravil napačnih. Povsod, kjer so uvedli računalniško vodeno predpisovanje zdravil, pa je prišlo do velikega zmanjšanja stroškov za zdravila in znižanje negativnih stranskih učinkov zaradi napačnega doziranja zdravil (Hughes, 1995: 1). Spremembam in revoluciji v zdravstvenem sistemu se reče »vodeno zdravljenje«, namreč računalniško podprto in vodeno zdravljenje. Rezultat vodenege zdravljenja bodo cenejše in bolj kakovostne storitve, podobno kot so bili rezultat industrijske revolucije cenejši in bolj kakovostni izdelki. To spreminja tudi razmerja znotraj zdravstva in daje paradoksalno večje možnosti tudi drugim strokam in profesijam znotraj zdravstvene stroke, predvsem zdravstveni negi.

Kaj pa profesija zdravstvene nege?

Tudi medicinske sestre, tehniki in drugo zdravstveno osebje doživljajo spremembe v zdravstvu. Njihov glavni problem pa ni samo ta, kako se prilagoditi novim razmeram v zdravstvu. Glavni problem je že sedaj njihov vmesni oziroma nejasen status v odnosu med zdravnikom in bolnikom. Čeprav je medicinskim sestram naložena primarna skrb za bolnike, so podvržene mnogim birokratskim pravilom in moči zdravniških avtoritet, ki pogosto zatirajo njihove težnje po poklicni avtonomiji (May, 1992). Pogosto jih tako zdravniki kot bolniki vrednotijo kot manj pomembne in manj vredne dejavnike v zdravstvenem sistemu, čeprav morajo ravno medicinske sestre pogosto posredovati med zdravnikom in bolnikom. Pogosto pre-

vzamejo večji delež pri reševanju profesionalnih konfliktov glede odgovornosti do bolnikov. Pogajati se morajo v bojih za moč in vpliv v zdravstvenem sistemu z zdravniki, srečujejo se z izrazi seksizma in paternalizma, tako s strani zdravnikov kot bolnikov.

Znotraj zdravstva se zdi, da obstaja dokaj ambivalenten odnos do modela delovanja zdravstvene nege, čeprav medicina stalno opozarja na etos skrbi, sočutja in pozornosti kot sredstva za povečevanje pozornosti do zanemarjenih vprašanj medicinske etike. Zdi se, da je ambivalentnost položena že v začetke profesionalizacije poklica medicinske sestre. Znano je, da so bile do devetnajstega stoletja negovalke tradicionalno nune ali ženske brez možnosti v življenju. Florence Nightingale, kot ustanoviteljica stroke zdravstvene nege, je tu poskušala narediti obrat. Za svojo šolo je izbirala ugledne ženske iz srednjih in višjih slojev. Prav Florence Nightingale je uspela nadgraditi in profesionalizirati negovalno terapijo v kurikulumu s kombinacijo bazične medicinske znanosti s higieno in negovanjem. Vse, kar delajo medicinske sestre, naj bi bilo v službi zdravstvene terapije. Obenem je pa v temelje formiranja zdravstvene nege položila pravilo, s katerim je zaznamovala profesijo zdravstvene nege tako rekoč do danes. Medicinske sestre je doktrinarno naredila za pomočnice moškimi zdravnikom s prepovedjo, da bi delale karkoli brez dovoljenja zdravnikov. Po njeni doktrini ne sme sestra samovoljno »dati bolniku niti kozarec vode brez dovoljenja zdravnika« (Lorber, 1997: 38).

K obnovljenemu zanimanju za profesijo zdravstvene nege in položaja medicinskih sester so veliko prispevale prav ženske študije in feministične študije v drugi polovici 20. stol. Prav te študije so pokazale, da medicinske sestre oz. profesija zdravstvene nege *drugače postavljajo etične dileme v zdravstvu*, da se drugače odzivajo na etične probleme zdravstvene oskrbe kot zdravniki. Zdravstvena nega je *osrediščena okrog »etike skrbi«*, kar predstavlja danes pravo alternativo prevladujočemu tehničnemu odnosu do bolnikov. Medtem ko se zdravniki veliko, včasih skoraj povsem ukvarjajo z medicinsko-tehničnimi vprašanji zdravljenja in diagnosticiranja in etične dileme izvajajo iz teh vprašanj, medicinske sestre bolj poudarjajo udeležbo v interakciji z bolniki v kontekstu trajnejših in kontinuiranih odnosov.

Medtem ko je komuniciranje zdravnika z bolniki pogosto usmerjeno na posredovanje informacij ali na sprejemanje specifičnih odločitev, medicinske sestre razvijajo komunikacijski stil, ki je usmerjen bolj v vzpodbujajoče razumevanje. Medtem ko so zdravniki preveč zavzeti s procesi zdravstvene oskrbe in so pogosto neobčutljivi za bolnikovo doživljanje teh procesov, medicinske sestre skrbijo za počutje bolnikov, skrbijo za lajšanje telesnih in duševnih bolečin. *Modeli dela medicinskih sester torej predstavljajo alternativo k pogodbenemu modelu, ki je prevladujoč v sodobni medicinski etiki.*

Ko se je sredi dvajsetega stoletja odkrilo, kakšno veliko vlogo imajo v procesu zdravljenja bolnikove emocije in socialna situacija, se je h kurikulumu in praksi medicinskih sester dodala še »ljubeča nega« (angl. tender loving care) in so se s tem postavili novi temelji zdravstvene nege. Res pa je, da so medicinske sestre ravno v tem času prevzele skrb nad administriranjem in nadzor nad potekom zdravljenja, urniki, dajanjem zdravil, nadzorovanjem aparatov itn. To jih je po drugi strani zopet zelo obremenilo in odtegnilo od bolnikov.

Nedefiniranost notranjih razmerij in odnosov kot zaviralni dejavnik v poklicih zdravstvene nege

Pa ni samo nejasen in podrejen odnos profesije zdravstvene nege v primerjavi z medicinskimi strokami problem poklicnega dela in oblikovanja stroke zdravstvene nege. Drugi problem negovalskih poklicev v zdravstvu je nedodelanost notranjih razmerij znotraj profesije. Delo medicinskih sester in tehnikov ni umeščeno samo v medicinsko hierarhijo, ampak tudi samo razvija svojo hierarhijo. Problem te hierarhije pa je, da je manj jasna, manj določena s pravili in standardi kot zdravniška hierarhija, kar zmanjšuje povezanost in homogenost profesije in slabi profesionalno moč zdravstvene nege v primerjavi s klasično močjo zdravnikov.

Razlika v moči med zdravniki in medicinskimi sestrami je očitna. Izhaja že iz statusnih razlik v času šolanja in se nadaljuje v profesionalni karieri, čeprav nima jasne podlage. Gre za dve v temelju različni profesionalni vlogi, ki se pravzaprav morata dopolnjevati. Posegom zdravnikov, ki so visoko profesionalni, običajno kratkotrajni (npr. diagnostika, operativni posegi, pregledi, vizite), sledi časovno, pa tudi čustveno pogosto bolj obremenjujoča negovalna in svetovalna ter administrativna vloga medicinskih sester.

Odnos med medicinskimi sestrami in bolniki je kompleksnejši kot odnos med zdravniki in bolniki, čeprav je tudi potencial moči medicinskih sester v odnosu do bolnikov precejšen. Za medicinske sestre se medicinski pogled na bolnike razširja od sklopa fizičnih simptomov bolezni na občutke, čustva bolnikov in na njihovo vsakdanje življenje. Medicinske sestre morajo pogosto opravljati »umazano delo«, ki se tradicionalno pojmuje kot »žensko delo«. Pri tem jih zdravniki tradicionalno uvrščajo med podredljive »pomožne moči« in jih ne obravnavajo kot samostojne agente v medicinskem delu. Pogosto jih obravnavajo dobesedno kot pomočnice zdravnikom in izvajalke njihovih ukazov, kot tiste, ki morajo takoj ustreči tako zahtevam zdravnikov kot prošnjam in zahtevam bolnikov.

Medicinska sestra v operacijski dvorani se mora pogosto vesti kot »socialno neopazna«, vendar vedno pripravljena na to, da izvaja kopico opravil po naročilu zdravnikov (Lupton, 1994). Tesne povezave in podobnosti med skrbjo za bolnike, oskrbovanjem, svetovanjem, altruizmom, sočutjem itd., ki so značilnost

dela medicinskih sester, in »ženskim delom« še poglabljajo stereotipne predstave o delu medicinskih sester kot pretežno »ženskim delom«, to je statusno manj vrednim delom.

Prav s tem pa je ogroženo profesionalno delo medicinskih sester in drugega negovalnega osebja in njihovo uveljavljanje v profesiji. Zaradi pritiskov, ki jih doživljajo tako s strani zdravnikov kot bolnikov, so medicinske sestre prisiljene močno zoževati svoje empatične odnose z bolniki, čeprav se po drugi strani prav od njih pričakuje, da »bolje razumejo in čutijo« človeško plat bolnikovih težav kot zdravniki, ker so negovalke in ženske. Tudi to razumevanje je del seksističnega razmerja v zdravstvu. Medicinske sestre so usposabljanje za nego in skrb, kjer je zabrisana razlika med medicinskim in socialnim, fiziološkim in psihološkim. To se sicer danes že kaže kot prednost v primerjavi z zamejitvijo edukacije in prakse zdravnikov na fiziološko, medicinsko prakso. Pa vendar se medicinskim sestram to ne šteje v prednost. Njihov vpliv je omejen z njihovo podrejeno strukturalno pozicijo znotraj zdravstva.

Podrejen položaj pa vpliva in nehote ustvarja nadaljne pritiske in delitve in hierarhije znotraj poklica medicinskih sester. Za razliko od zdravnikov in zdravnic, ki so kot nosilci naslova »doktor ali doktorica medicine« v načelu enakopravni, pa se znotraj vrst medicinskih sester ustvarjajo hierarhije glede na dolžino študija (srednje, višje medicinske sestre), hierarhija pa se ustvarja tudi po drugih socialnih kriterijih.

Ameriške raziskave poročajo o veliki etnični in rasni segregaciji in hierarhiji znotraj poklicnega položaja medicinskih sester, kjer so statusno na najnižjem mestu Afroameričanke in Američanke špansko portugalskega porekla. Ta segregacija med zdravniki in zdravnicami ni prisotna (Lorber, 1997). *Očitno pritisk k podrejanju ustvarja potrebo po nadaljnem podrejanju in ta pritisk lomi profesionalno integracijo, profesionalno samozavest medicinskih sester, da bi lahko izgradile svojo profesijo kot enakovredno zdravniški profesiji.*

Sklep

Globalizacija, predvsem v povezavi z individualizacijo, prinaša veliko bolj odprt in dinamičen prostor interakcij med uporabniki zdravstvenih uslug in zdravstvenimi delavci. To pomeni, da medicina ni več in ne bo več absolutna in »suverena« vladarica nad lastnim območjem, in da se bo morala naučiti vesti se bolj parlamentarno in ne »rojalistično«. Medicinska stroka bo morala sprejeti bolj enakopravno sodelovanje z drugimi zdravstvenimi strokami in profesijami znotraj zdravstva. Celoten zdravstveni sistem pa bo moral sprejeti sodelovanje z institucijami, službami, socialnimi vlogami, znanji in praksami zunaj zdravstva, posebej zato, ker se zdravstvo širi na območje varovanja zdravja in ne zgolj zdravljenja bolezni. Nič

ni narobe, če se ambicija zdravstvenega sistema širi od zdravljenja bolezni k ohranjanju zdravja. Problematično je, če se tu vsiljuje kot hegemon, kot »subjekt, ki ve«. Tu namreč zdravstvo stopa na mejna področja drugih znanosti in vednosti.

Zavedati se moramo tudi, da vstop medicine oz. institucij in subjektov zdravstvenega sistema na območje varovanja zdravja pomeni vstop na pravo minsko polje, kjer lahko raznese vsako ambicijo, ki bi skušala svojo strokovno paradigmo predstavljati za edino pravo, edino primerno ipd. Zdravje in kvaliteta življenja sta namreč izrecno socialnozgodovinsko konstruirana fenomena, ki enostavno ne prenašata mehanicističnih vzorcev razmišljanja in delovanja, ki jih pogosto srečamo v sodobni znanstveni medicini. Kdor bi tu poskušal enostransko vsiljevati svojo vednost kot univerzalno modrost, lahko tvega le velik odpor in še večje zatekanje ljudi k paramedicinskim, alternativnim praksam in vzorcem razmišljanja, kot ga sicer poznamo v sodobnih družbah.

Pričakujemo lahko, da bomo imeli vedno bolj opravka z aktivnimi oblikami varovanja zdravja, kjer se bodo zdravstveni delavci srečevali s pacienti, ki bodo imeli bolj ali manj izdelane predstave o varovanju svojega zdravja kot ključni sestavini svojega socialnega kapitala. Pacienti bodo pri zdravstvenih delavcih iskali predvsem metode, sredstva ter znanje, ki bi jim pomagali ohranjati oz. izboljševati njihovo psihosocialno kondicijo, medtem ko bo v populaciji iskalcev zdravstvenih uslug verjetno upadal delež klasični »pacientov«, ki so pasivno prepuščeni v zdravstveno oskrbo oz. se bodo ti pomikali na socialno in generacijsko margino.

Ta premik pomeni že danes, še bolj pa bo v prihodnosti, močan izziv zdravstvenemu osebju, da se angažira zunaj tradicionalnih institucij zdravstvenega sistema in ustaljenih poti zdravstvene oskrbe in nege, da torej aktivno stopi nasproti potencialnim iskalcem strokovne pomoči v varovanju in izboljševanju svojega zdravja. *Mislim, da bo v tem procesu profesija zdravstvene nege igrala zelo pomembno vlogo, toda le ob pogoju, da bo presegla tradicionalno »obzdravniško« vlogo in dejavno posegla v prostor in trg zdravstvenih uslug.*

Zato pa se bo potrebno verjetno dodatno strokovno izpopolniti, tako da bo zdravstvena nega lahko igrala tudi svetovalno vlogo za zdrave in bolne, in ne le pomoč zdravnikom v delu z bolniki oz. pacienti. To seveda prinaša s seboj številne neznanke, od spremenjenih, bolj enakopravnih odnosov med zdravniki in medicinskimi sestrami, spremenjene samopodobe letih do bolj partnerskih odnosov med njimi in pacienti oz. iskanci zdravstvenih uslug. Probleme, pred katerimi je zdravstvo danes, ne bo moglo rešiti brez navezave na druge vednosti, predvsem na družbene znanosti. In v tem ima stroka zdravstvene nege prav gotovo prednost pred drugimi medicinskimi strokami, tudi zato, ker je najštevilčnejši poklic v zdravstvu in ker je ob bolniku ali pomoči potrebnemu tudi najdlje.

Literatura

1. Beck U. Was ist Globalisierung? Suhrkamp, Frankfurt/M, 1998.
2. Beck, Ulrich: Družba tveganja. Na poti v neko drugo moderno. Krtina. Ljubljana, 2001.
3. Coburn D, Willis E. The Medical Profession: Knowledge, Power, and Autonomy. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC. (Izd.): Social Studies in Health and Medicine. Sage, London, 2000.
4. Foucault M. The Birth of Clinic: an Archeology of Medical Perception. Vintage Books, New York, 1975.
5. Hughes J. The Doctor-Patient Relationship: A Review. 1995. <http://w.w.w.changesurfer.com/Hlth/DPRReview.htm>
6. Lupton D. Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies. Sage, London, 1994.
7. Lorber J. Gender and the Social Construction of Illness. Sage, London, 1997.
8. May C. Nursing Work, Nurse Knowledge, and the Subjectification of the Patient. Sociology of Health and Illness, 14, 1992.
9. Radley A. Making Sense of Illness. Sage, London, 1995.
10. Ule M. Sodobne identitete. V vrtincu diskurzov. Ljubljana: ZPS. 2000.
11. Ule M. Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor, Aristej. 2003.