

Zdravje, brezposelnost in politika zaposlovanja

V prispevku želim pokazati vlogo in pomen politike zaposlovanja v kontekstu gibanja in politike promocije zdravja, ki sta v razvitem svetu pomembno civilno-družbeno in državno usklajeno prizadevanje za izboljšanje zdravja ljudi. Zdravje je razumljeno kot vrednota, temeljna sestavina vsakdanjega življenja ter kot pomemben družbenorazvojni vir oziroma naložba.

Opredelitev problema

V indijskem jeziku se za označevanje zdravja uporablja beseda »Swasthaya«, ki je sestavljena iz dveh delov: »swa« pomeni self (jaz – okolje), »stha« pomeni stabilnost. Tako pojem zdravja pomeni stabilnost znotraj selfa.

Ker je stabilnost znotraj selfa v današnjih razmerah slovenske družbe opredeljena z veliko stopnjo nestabilnosti posameznikovega individualnega življenja in tudi družbene reprodukcije ter posameznih njenih delov oziroma sistemov, je tak pojem zdravja kot nalašč primeren za razumevanje razmerja med zdravjem, brezposelnostjo in politiko zaposlovanja.

Prehod iz »umetne« v »naravno« skupnost je povzročil, da je realnost (samoupravnega) socializma privrela na dan z vso silo in v vseh njenih razsežnostih. Ukinjajo se nerentabilne delovne organizacije, delavci množično prehajajo na trg delovne sile, *podzaposlenost* se vse bolj kaže v obliki spiskov presežnih delavcev, stanje številnih delovnih organizacij (zastarela in iztrošena oprema, odsotnost ustreznih razvojnih načrtov, nemotiviranost delavcev) pa je takšno, da je povsem zanesljivo mogoče pričakovati naraščanje brezposelnosti še za nadaljnje daljše obdobje. Tako rekoč polovica generacijskega priliva že zdaj ne more najti zaposlitve, struktura iskalcev zaposlitve pa je dokaj neugodna – predvsem nekvalificirana delovna sila, mladi brez delovnih izkušenj, imigranti in invalidi.

Nestabilnost znotraj selfa pa ni motena zgolj z »billiard ball pattern« učinki obstoječe strukturalne družbene krize ter s tem povezano naraščajočo *odkrito brezposelnostjo*, marveč prav tako tudi s součinkovanjem tistega, kar procesi tega prehoda prinašajo novega in na kar večina sploh ni navajena. To pa je v prvi vrsti institucionalizacija konfliktov (s pomočjo tržnih zakonitosti, politične demokracije, profesionalizacije dela, pluralnega sistema blaginje itd.), ki zahteva visoko stopnjo prenašanja negotovosti kot možnosti, dejansko (individualno) odgovornost ter avtonomno-aktivno družbeno samoumeščanje ljudi.

Znotraj takšnega stanja stvari pomeni omenjeni obseg brezposelnosti močan negativni razvojni potencial družbe, ki se, vključujoč v mednarodno delitev dela in integracijske procese Evrope, želi in mora nujno prestrukturirati. To prestrukturiranje pa predpostavlja funkcionalno diferencirano ter državno integrirano, razvojno usmerjeno ekonomsko, socialno in zaposlovalno politiko. Zadnja nas zanima z vidika sokonstituiranje gibanja in politike predstavitve zdravja. Zanima nas s pozicije »advokature zdravja«, s stališča »usposabljanja in usmerjanja ljudi v dvig

* Ciril Klanjšček, samostojni svetovalec, Zavod RS za makroekonomske analize in razvoj.

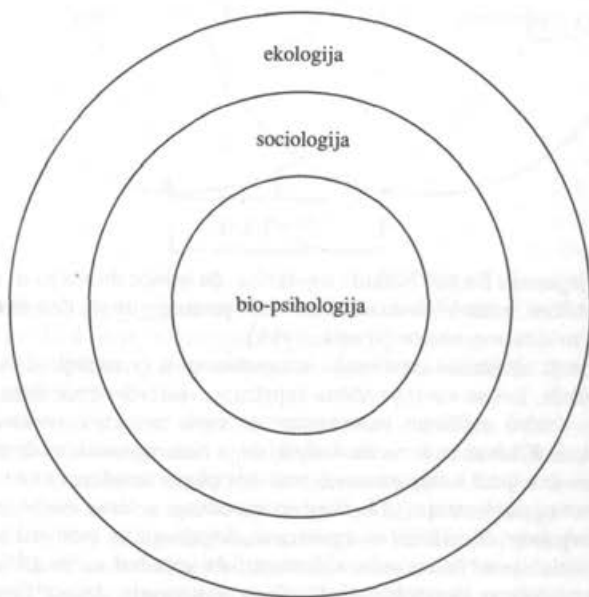
njihovih sposobnosti« ter s stališča »posredovanja v konkretnih akcijah« s pozicije zdravja. Kot taka namreč politika zaposlovanja naj ne bi bila le rezultat nekakšne predhodne penetracije javnegazdravstvenega interesa v službe zaposlovanja, marveč bi morala biti tudi potreba, ki izhaja iz logike družbenostrukturalnih odgovorov na obstoječo krizo in iz vsebine samih programov politike zaposlovanja.

Z namenom konstituiranja takšne politike zaposlovanja bom v nadaljevanju poskušal koncipirati zdravstvene vidike brezposelnosti in zaposlovanja v kontekstu intersektorskega političnega urejanja. Gre za koncept, ki bi poleg svoje advokatorske-prosvetljevalske vloge lahko služil kot podlaga za morebitno koncipiranje širšega akcijskoraziskovalnega projekta.

Bio-psiho-socio-ekološki koncept zdravlja in bolezni

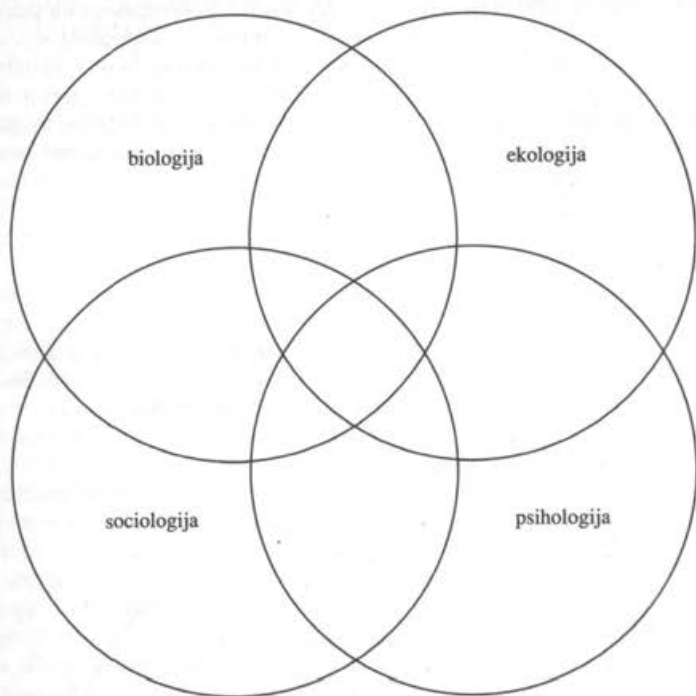
Orientalna medicina je že od nekdaj utemeljena na holističnem razumevanju človeka. Vzrok bolezni so pripisovali motnjam prohomeostatične energije (imeno-vane »KI«), ki ne ureja le somatskih, marveč tudi psihosocialne in ekološke vidike človeka. V skladu s tem so razvili naslednji *medicinski model*:

Slika 1 Orientalni medicinski model



Po drugi strani pa se zahodna tradicionalna, simplicističnokavzalna konceptualizacija bolezni pod vplivom sistemske teorije v novejšem času izraža v naslednjem Engelovem multidimenzionalnem psiho-socio-ekološkem medicinskem modelu:

Vse popularnejša in naraščajoča integrativna uporaba vzhodnih somatopsihičnih in zahodnih psihosomatskih pristopov v holističnem medicinskem tretmaju pa se izraža v bogatejšem razumevanju človeka in njegovega funkcioniranja. Tako na



primer znani japonski filozof Nishida ugotavlja, da odnos duh-telo ni niti monističen, niti dualističen, marveč nedualističen – kar pomeni, da sta duh in telo vzajemno neodvisna in odvisna hkrati (Ikemi, 1986).

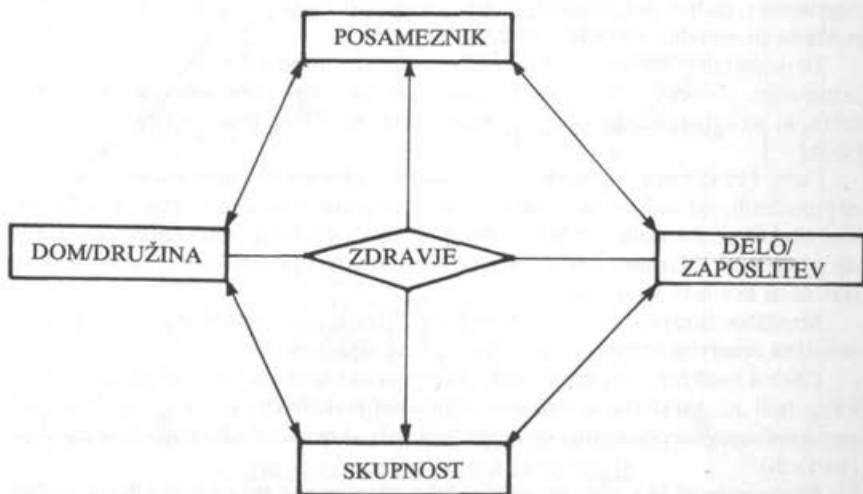
Isto hkratnost vzajemne odvisnosti in neodvisnosti (v novejši sistemski teoriji je zajeta v pojmih, kot so »avtopoetična zaprtost«, »interdependenca« in »interpenetracija«, pa lahko najdemo pravzaprav na vseh ravneh človekovih odnosov z drugimi ljudmi. K temu pa je treba dodati, da je znotraj naraščajoče sociološke in socialnoorganizacijske kompleksnosti sodobnega postmodernega sveta temeljno načelo človekovega delovanja, tj. holistično zavedanje celotne osebe (misli, občutkov, lastnih organov, dogajanja v organizmu, dogajanja na meji stikov z okoljem itd.), znatno oslABLJENO že s samim dejstvom, da sodobni način življenja in dela razvija predvsem levo (intelektualistično) in zanemarja desno (intuitivistično) stran možganov, v skladu s čimer Ikemijeva celo trdita, da patološki koreni sodobne družbe temeljijo na sodobnem razumevanju oz. omalovaževanju harmonije med človekovim naravnim in socialnim življenjem.

Ta uvodna redukcija kompleksnosti razumevanja bolezenskih procesov in zdravja se mi zdi pomembna zato, da bi nas vsaj deloma obvarovala pred takšnim ali drugačnim poenostavljenim redukcionističnim pojmovanjem problema oziroma pred fundamentalizmom katere koli vrste: biologizmom, fizikalizmom, psihologizmom, sociologizmom, medikalizmom itd.

Ob upoštevanju navedene kompleksnosti oz. večdimenzionalnosti bolezenskih procesov in zdravja lahko tole uvodno razmišljanje strnemo v naslednjih nekaj postavk, spoznanj in ugotovitev:

Zdravje kot fizično, psihično in socialno blagostanje vključuje stališča in vede- nje v kontekstu posameznik, družina, delo, skupnost oziroma izhaja iz človekove konkretne vpetosti v bio-psiho-socio-dinamiko konkretnega načina življenja v tem kontekstu.

Slika 3 Zdravje v kontekstu vsakdanjega življenja



V institucionaliziranih razmerah človekove individualne in družbene reprodukcije, v katerih je delo dobilo naravo posla, povezanega z delovnim mestom, je zdravje ljudi opredeljeno s samozaposlitvijo in s kakovostjo (socio tehničnih) delovnih razmer.

Zaposlitvene neenakosti so postale tako vidne in močne, da so problemi demokratizacije in humanizacije dela v podjetjih celo v razvitih državah povsem zasenčeni s problemi trga delovne sile, ki obstaja zunaj njih (Rus).

Raziskave pri nas in v svetu ugotavljajo, da je zdravstveno najbolj ogrožen najnižji družbeni sloj. Nizka izobrazba, nizek kvalifikacijski položaj v DO, slaba zadovoljenost osnovnih življenjskih potreb vedno pozitivno korelirajo z negativnim zdravjem. Na to se navezujeta tudi nizka zdravstvena osveščenost in izobraženost (Kraševc).

Pripadniki različnih poklicev in slojev opravljajo različna dela, imajo različne dohodke in zato različne gnotne materialne, stanovanjske, prehranske in ekološke razmere, vse to pa je posredno ali neposredno povezano z zdravstvenim stanjem človeka in njegovimi možnostmi za zdravljenje.

Analize o zdravstvenem stanju v okviru raziskave o kakovosti življenja Slovencev kažejo, da je poleg običajnih prehladov, revmatičnih in srčnih obolenj najpogostejši psihosomatski sindrom. Nekaj manj od 3/4 anketirancev se je pritoževalo,

da so preutrujeni, živčni, depresivni in anksiozni, pri čemer so ti problemi pogostejši pri nižje izobraženih in ženskah.

Če lahko poklic sociološko opredelimo kot kompozit treh bazičnih elementov (sredstva za preživljanje, participacija v družbi in možnost osebne samorealizacije), potem bi lahko nezaposlenost opredelili kot deprivacijo teh treh elementov (Ishikawa).

Vsi nezaposleni pa ne razvijejo nujno zdravstvenih problemov. Za ene je to bolj stresna situacija, za druge manj, najbolj pa so nagnjeni k razvijanju problemov tisti, katerih vedenje je bilo že prej zdravstveno neustrezno: kadiłci, predebeli, ljudje z visokim pritiskom, z družinskimi problemi itd. (Ferman).

Nezaposlenost s stališča individua ne pomeni le izgube sredstev za preživljanje, marveč tudi prekinitve socialnih stikov, s katerimi je človek vključen v družbo, ter deprivacijo psihološke stabilnosti in samospoštovanja, povezanega z izgubo poklicne in socialne identitete (Ishikawa).

Po podatkih je možno sklepati, da bolezenska simptomatika kolerira s socialno integracijo. Zdravstveno stanje je slabše pri ljudeh s slabšo integracijo kot pri tistih, ki so čvrsto integrirani v primarne skupine. To še posebej velja za ženske (Boh).

Gove (1973) npr. ugotavlja, da je stopnja smrtnosti poročenih nižja kot pri neporočenih, vdovah in razvezanih in da so razlike v stopnji smrtnosti večje pri moških kot pri ženskah. Ali kot ugotavlja Fitzpatrick, imajo npr. religiozne skupine z močnim socialnim omrežjem, kot so mormoni in adventisti, nižjo stopnjo smrtnosti kot tiste s slabšim.

Množično brezposelni so v sodobni družbi izvor iracionalnih impulzov oziroma politična rezervna armada iracionalnih gibanj (Ishikawa).

Osební bankroti, ki z naraščajočo brezposelnostjo naraščajo, učinkujejo negativno tudi na zdravstvene delovne organizacije (bolnice, klinike), ki so zaradi nepravočasnega izplačevanja opravljenega dela »brezposelnih« pogosto v izgubah (Ferman).

Brezposelnost in z njim povezano slabo zdravstveno stanje nasploh sta močan negativni potencial za prihodnji razvoj – tako v smislu izgubljenih delovnih dni kot v obliki okrnjenosti osnovnih zmožnosti človekovega (samore)produktivnega delovanja.

Raziskave v ZDA kažejo neposredno povezanost med stopnjo nezaposlenosti in stopnjo splošne smrtnosti, stopnjo smrtnosti dojenčkov, stopnjo smrtnosti zaradi ciroze jeter, stopnjo smrtnosti zaradi kardiovaskularnih bolezni, stopnjo samomorov ter stopnjo napotitev v zapore in psihiatrične bolnice (Letica).

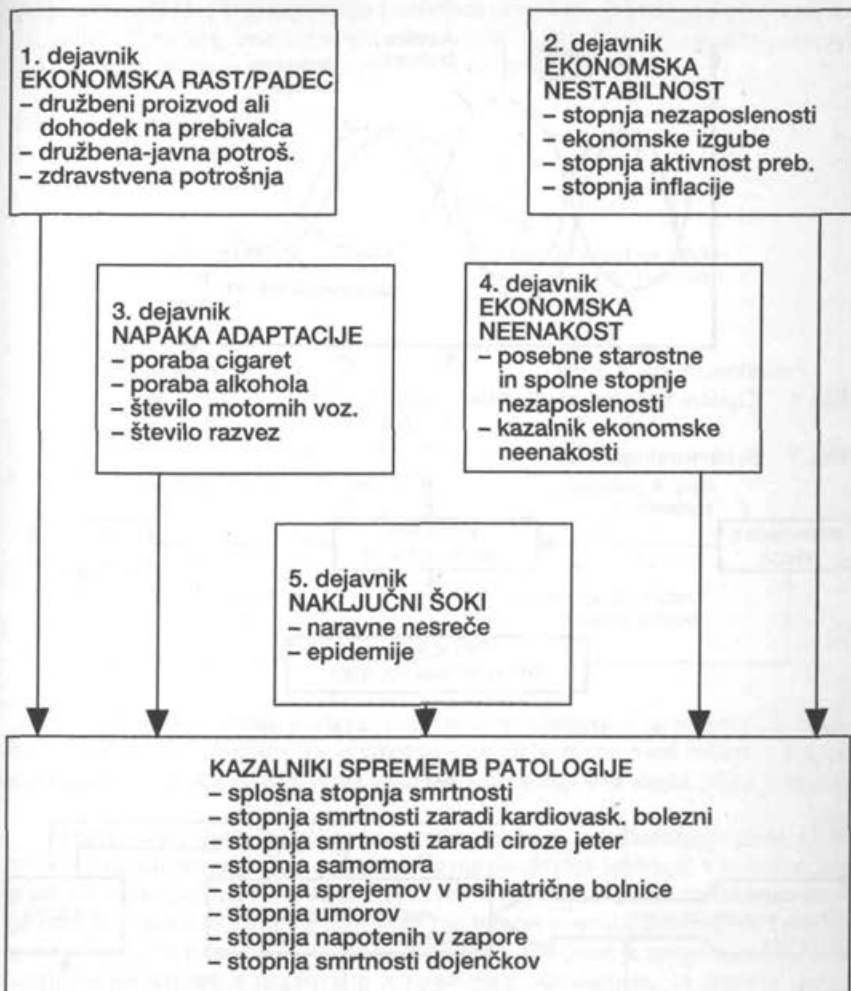
Najvplivnejši in najbolj znan raziskovalec odnosov med ekonomsko krizo/recesijo in patološkimi spremembami Harwey M. Brenner je izdelal in empirično preveril naslednji konceptualno-teoretični model sprememb patologije:

Iz Brennerjevih empiričnih analiz izhaja naslednji grafični prikaz povezave med nezaposelnostjo in umrljivostjo zaradi kardiovaskularnih bolezni in duševnih motenj:

Le v Jugoslaviji opravljeno empirično raziskovanje (opravili so ga Kunitz in sodelavci) na temo razmerja med krizo in zdravjem kaže, da je ekonomska kriza, ki se je pričela 1979. leta, vplivala na upočasnitev padanja stopnje smrtnosti dojenčkov.

Slaven Letica na podlagi statističnih podatkov ugotavlja rahlo rast splošne stopnje smrtnosti, pomembno rast stopnje smrti zaradi bolezni cirkulacijskega sistema, ustavljanje polstoletne tendence povečevanja razlik v življenjski dobi

Slika 4 Brennerjev model sprememb patologije:

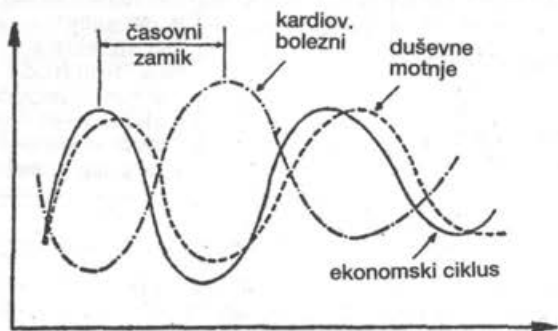


žensk v odnosu do moških, trend tako rekoč vseh oblik agresivnega, konfliktnega in kriminalnega obnašanja.

Pri proučevanju medsebojnega odnosa krize in patologije imamo po Letici na razpolago tri skupine raziskovalnih pristopov: prvi se nanaša na individualno raven (koleriranje sprememb v finančnem statusu, zaposlenosti in kakovosti življenja s spremembami v zdravstvenem statusu in vedenju posameznika), drugi na agregatno raven (primerjava agregatnih pokazateljev ekonomskih sprememb in agregatnih pokazateljev zdravstvenega stanja) in tretji na medsebojno križanje individualne in agregatne ravni.

Isti avtor pravi, da imamo pri razpravi o zdravstvenih (in socialnih) posledicah ekonomske krize (recesije, distresa) na razpolago dva teoretično-konceptualna modela: prvi je tradicionalni socialno-medicinski, drugi pa behavioralni model.

Slika 5 Povezava med brezposelnostjo in obolevnostjo za kardiovaskularnimi boleznimi in duševnimi motnjami



Slika 6 Klasični socialno-medicinski model

Slika 7 Behavioralni model



Odgovor na vprašanje, kateri izmed navedenih modelov bolje pojasnjuje posledice krize (brezposelnosti), pa je odvisen od narave, trajnosti in socialnih posledic krize. Če ima kriza kratkotrajno akutno naravo in če družba razpolaga z institucionaliziranim sistemom socialne varnosti, ki prebivalstvo varuje pred tveganji nezaposlenosti in revščine, potem zadostuje behavioralni oz. stres model. Če pa ima kriza dolgotrajno naravo in če družba ne more zavarovati posameznikov in družbenih skupin (npr. nezaposlenega prebivalstva) pred osiromašenjem, potem je nujna uporaba obeh modelov.

Ob tem pa statistični podatki kakor tudi podatki različnih terenskih razisko-

vaj prepričljivo kažejo na pojav procesa naraščajoče revščine, ki običajno služi kot sinonim terminu pomanjkanje življenjskih sredstev in življenjskih privilegijev glede na standarde, ki prevladujejo v določeni skupnosti. Pri tem je pomembno to, da ljudje, ki so dalj časa prizadeti s kroničnim pomanjkanjem, pogosto stopajo v dolgotrajni začarani krog revščine (Kosa in Zola).

Slika 8 Začarani krog revščine



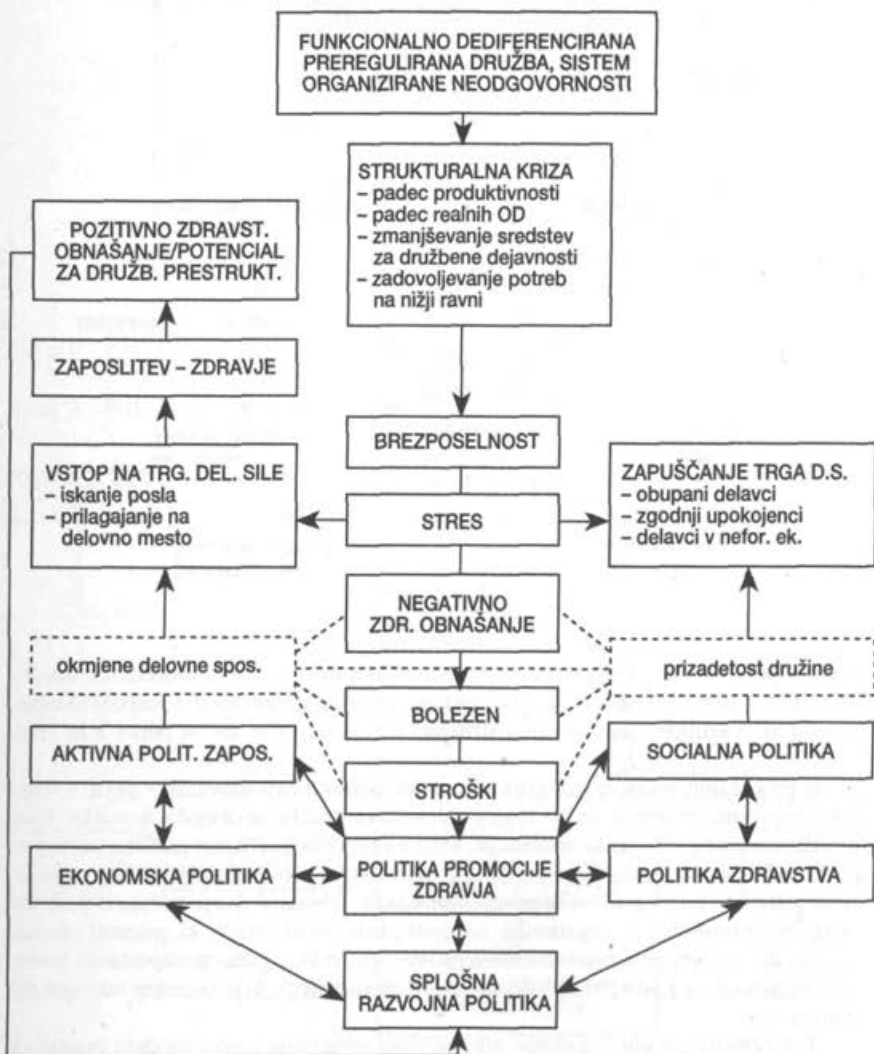
Izhajajoč iz navedenih postavk, raziskovalnih ugotovitev in teoretičnih modelov, lahko naše izhodišče za oblikovanje modela zveze med brezposelnostjo, zdravjem in politiko zaposlovanja strnemo v naslednji dve shemi (slika 9 in 10):

Iz prikazanih shem je razvidna usmeritev politike zaposlovanja – prvič v kontekst razvojnih procesov in problemov slovenske družbe in drugič v kontekst tiste multisektorske politične koordinacije, ki se v svetu uveljavlja kot politika promocije zdravja. Shemi povzemata navedene ugotovitve o multidimenzionalni povezanosti zdravja oziroma zdravstvenega obnašanja. Izhajajoč iz spoznanja o povezanosti brezposelnosti z negativnim zdravstvenim obnašanjem, ki pomeni močan negativni razvojni potencial družbenega razvoja, smo logično predpostavili povezanost zaposlitve s pozitivnim zdravstvenim obnašanjem, ki je temeljni razvojni vir družbe.

Tako pozitivno kot negativno zdravstveno obnašanje smo v modelu poskušali prikazati procesualno, multideterministično in multikavzalno. Ker predpostavljamo, da je to mogoče iz shem razbrati na podlagi predhodno prebranega teksta, dodajmo ob koncu še nekaj besed o politiki zaposlovanja v teh procesih.

Iz slike 9 je razvidno, da z brezposelnostjo povezano negativno zdravstveno obnašanje obremenjuje tako ekonomsko, socialno kot zdravstveno politiko. Toda med tem ko se zdravstvena politika ukvarja predvsem s pravno ureditvijo zdravstva, ekonomska z delovanjem ekonomskega sistema in socialna z zagotavljanjem socialne varnosti in kakovosti življenja (standarda) prebivalstva – se politika zaposlovanja ukvarja z odpravljanjem brezposelnosti bolj neposredno in s svojimi učin-

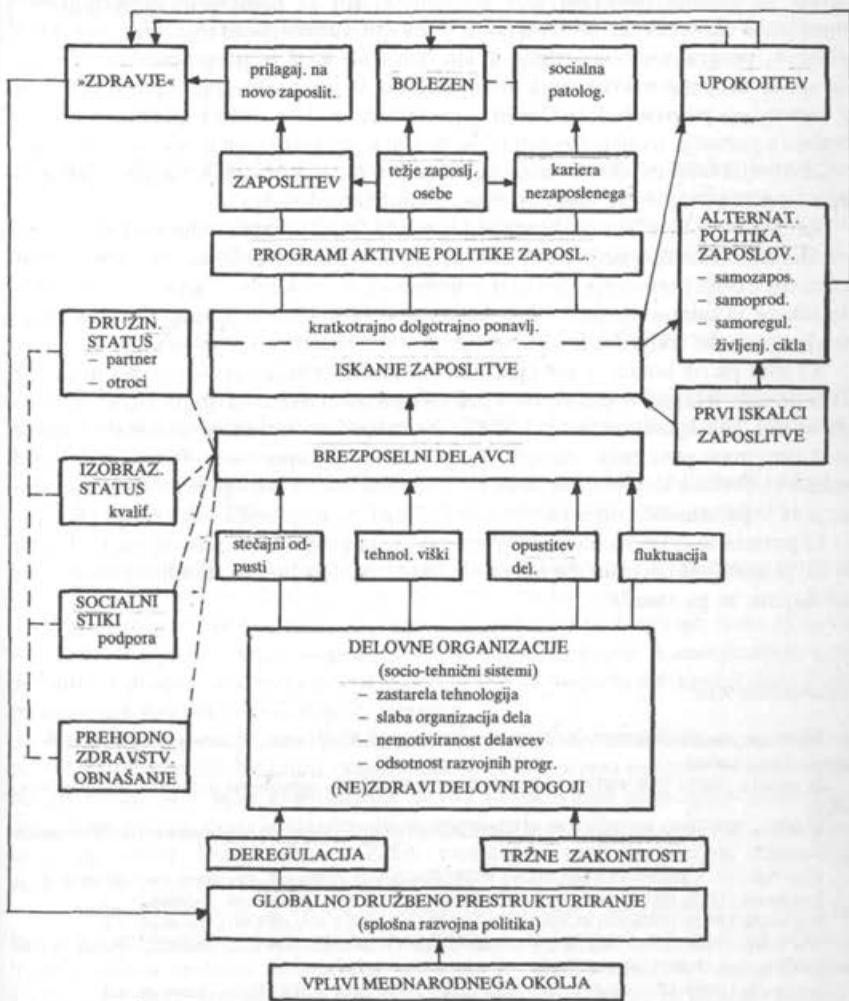
Slika 9 Brezposelnost in zdravje v kontekstu medsektorske politične koordinacije



ki posredno opredeljuje pozitivno zdravstveno obnašanje. Integralno jo tvorita aktivna in alternativna politika zaposlovanja.

Aktivna politika zaposlovanja je nastala kot dopolnilo makroekonomski in socialni politiki. Zanj je značilno selektivno in neposredno (bolj ali manj socialno inženirstvo) vmešavanje v trg delovne sile z namenom omejevanja brezposelnosti. Selektivno je usmerjena na različne dele trga delovne sile, kot so ponudba, pov-

Slika 10 Zdravje in brezposelnost v kontekstu aktivne politike zaposlovanja



praševanje in usklajevanje med njima, na posameznike, različne socialne skupine, različne organizacije in regije.

Načini pravnega urejanja trga delovne sile so: pozitivne spodbude (podpore, premije, subvencije), negativne spodbude (takse, davki, prispevki), zakonska ureditev (npr. omejevanje nočnega in nadurnega dela), kompenzacije za trg delovne sile (vzdrževalnine, javne službe) in pravna ureditev postopkov s spreminjanjem organizacij oziroma institucij.

Ukrepi za pravno urejanje ponudbe delovne sile so namenjeni pospeševanju poklicne in prostorske mobilnosti. Sem sodijo različni programi informiranja o prostih delovnih mestih, dodeljevanje pomoči za preselitev ter razni programi izobraževanja, usposabljanja in specializacij zunaj rednega sistema izobraževanja. Ukrepi za pravno povpraševanje po delovni sili so namenjeni destimuliranju odpuščanja delavcev in se izvajajo s pomočjo subvencioniranja plač odvečnih delavcev, programov oblikovanja novih delovnih mest in programov javnih del. Ukrepi za urejanje usklajevanja med ponudbo in povpraševanjem po delovni sili so namenjeni predvsem izboljšanju organizacije in dela služb zaposlovanja in se izvajajo s pomočjo uvajanja novih oblik poklicnega svetovanja in načrtovanja kariere, z izboljševanjem informacijskega sistema o prostih delovnih mestih in iskalcih zaposlitve ter uvajanjem intenzivnejših metod zaposlovanja.

Za odpravo tiste oblike brezposelnosti, ki je ni mogoče odpraviti z aktivno politiko zaposlovanja, pa je treba uporabljati alternativne politike zaposlovanja, ki se kažejo v obliki samozaposlovanja posameznikov in skupin (kooperative), samoprodukcije in samourejanja življenjskega cikla. Oba pristopa k zmanjševanju brezposelnosti se ne izključujeta, marveč ju je treba smotrno kombinirati.

Vendar pa ob koncu še povejmo, da integralna politika zaposlovanja ni že kar sama po sebi integralni sestavni del politike predstavitve zdravja. Njen (so)konstitutivni del lahko postane le v procesih zavestnega konstituiranja nacionalne politike in programa promocije zdravja. Ti procesi pa obstajajo samo tam in takrat, ko imamo opravka s konkretnim družbenim projektom, katerega legitimnost je utemeljena v parlamentu, operativno učinkovitost pa zagotavlja odgovorna vlada.

O potrebi in dosedanjem neobstoju takšnega projekta pri nas ter razlogih zanj pa naj presodi vsakdo sam. Seveda v skladu s svojo (za)vestjo, znanjem, interesi in položajem, ki ga zaseda.

UPORABLJENI VIRI:

- Ray M. Fitzpatrick (1986): SOCIAL CONCEPT OF DISEASE AND ILLNESS, v *Sociology as applied to medicine*, Bailliere Tindal, London
- G. Schaefer (1987): THE TOTAL HUMAN HEALTH SYSTEM, v *Aducatiation and health*, Pergamon press, Oxford
- S. Nayar (1987): HEALTH EDUCATION AND EDUCATION FOR HEALTH, v *Education and health*, Pergamon press, Oxford
- Katja Boh (1987): PRIMARNA SOCIALNA INTEGRACIJA IN ZDRAVJE, *Družbenoslovne razprave št. 4*
- Ivan Svetlik (1985): BREZPOSELNOST IN ZAPOSLOVANJE, *Delavska enotnost*, Ljubljana
- Ivan Svetlik (1985): SEGMENTACIJA TRŽIŠČA DELOVNE SILE V SLOVENIJI, *Sociologija št. 3*
- Ivan Svetlik (1985): STRATEGIJE ZA IZHOD IZ KRIZE DRUŽBENIH DEJAVNOSTI, v *Razvoj in kriza družbenih dejavnosti*, FSPN Ljubljana
- Ivan Svetlik (1985): SEGMENTACIJA TRŽIŠČA DELOVNE SILE V SLOVENIJI, *Sociologija št. 3*
- Jožica Puhar (1990): SOCIALNI PROGRAMI IN ZAPOSLOVANJE, *Revija za planiranje št. 5*
- Max A. Heirich etc. (1989): ESTABLISHING COMMUNICATION NETWORK FOR HEALTH PROMOTION IN INDUSTRIAL SETTINGS, *American Journal of Health promotion*, Vol. 4 No. 2
- Louis A. Ferman (1982): SOME HEALTH ASPECTS OF UNEEMPLOYMENT, referat, svet. soc. kongres
- Louis A. Ferman (1982): THE SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF JOB DISPLACEMENT, isto tam
- Akihiro Ishikawa (1982): UNEEMPLOYMENT AS A SOCIOLOGICAL PROBLEM, isto tam
- Yujiro Ikemi, Akira Ikemi (1986): AN ORIENTAL POINT OF WIEV IN PSYCHOSOMATIC MEDICINE, *Psychotherapy No. 45*
- Ray M. Fitzpatrick (1986): SOCIAL CONCEPT OF DISEASE AND ILLNESS, v *Sociology as applied to medicine*, Bailliere Tindal, London
- S. Drobnič, V. Rus, I. Svetlik, V. Antončič (1984): TOKOVI ZAPOSLOVANJA, *Moderna organizacija*, Kranj
- Erna Kraševc (1985): RAZVOJ IN KRIZA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA ALI KRIZA DRUŽBENEGA RAZVOJA, v *Razvoj in kriza družbenih dejavnosti*