

NOVI MODELI PRODUKCIJE ZDRAVJA NA PRESEČIŠČU SISTEMA IN SKUPNOSTI: LOKALNE SKUPINE ZA KREPITEV ZDRAVJA IN CENTRI ZA KREPITEV ZDRAVJA**

Povzetek. Članek obravnava nekatere nove modele pristopa k zdravju v skupnosti. Zanima nas, kako se tu stikata »sistem« (družbeni oziroma njegov zdravstveni podsistem) in »svet življenja« skozi uveljavljanje nekaterih socialnih inovacij s poudarkom na vlogi uporabnikov. Izhajajoč iz opredelitev družbenih determinant zdravja, lahko stik med zdravstvenim sistemom in svetom življenja v skupnosti idealno tipsko umestimo na kontinuum, ki osvetljuje njuno razmerje glede na spremembe prisotnosti bodisi sistemskih bodisi skupnostnih akterjev in njihovega vpliva. Odkrili smo nove vloge vključenih deležnikov v razmerjih med zdravstvenim sistemom in lokalno skupnostjo ter predstavili konceptualni model, ki omogoča razumevanje in v nadaljevanju evalvacijo novo nastajajočih transformativnih praks za razvoj lokalne politike zdravja v Habermasovem pomenu »racionalizacije sveta življenja«.

Ključni pojmi: lokalna skupnost, skupnostni pristop k zdravju, zdravstveni sistem, vključevanje uporabnikov, vloge uporabnikov zdravstvenih storitev, centri za krepitev zdravja, lokalne skupine za krepitev zdravja.

Uvod

Zdravje je posledica mnogih vzrokov in hkrati vzrok mnogih posledic. Je kompleksen pojav s fizičnimi, psihičnimi in socialnimi dimenzijami (World Health Organization, 2006). V tem članku bomo obravnavali nekatere nove modele pristopa k zdravju v skupnosti, ki presegajo pretekle alternative. Naše izhodišče bo zdravje kot družbeni pojav, kar pomeni, da vključuje povezanost in sposobnost delovanja ljudi, ne le odsotnost bolezni ali individualno dobro počutje. Družbeni dejavniki, kot so družbena (ne)enakost

* Dr. Majda Pahor, redna profesorica, Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani, Slovenija; Dr. Matic Kavčič, docent, Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani, Slovenija.

** Pregledni znanstveni članek.

in socialna hierarhija ter položaji v njej, so osrednje determinante zdravja in temeljni razlogi za razlike v zdravju med prebivalstvom (World Health Organization, 2018). Družbeni vplivi na zdravje potekajo na sistemski ravni, skozi distribucijo resursov, ter na mezo- in mikroravni, skozi politike skupnosti in posameznikov. Usmerili se bomo na raven skupnosti, za potrebe tega članka opredeljene kot lokalna skupnost, organizirana kot občina. Zanimalo nas bo, kako se tu stikata »sistem« (družbeni oziroma njegov zdravstveni podsistem) in »svet življenja« (po Habermasu, 1984). Pri tem kot reprezentacijo (zdravstvenega) sistema uporabljamo koncept »zdravstveni dom«, ki je umeščen znotraj lokalne skupnosti ter je akter in hkrati predmet transformativnih praks. Obravnavali bomo vlogo zdravstvenega doma (ZD) kot institucije, locirane na to presečišče ter s pomočjo sheme o vlogi uporabnikov v zdravstvenem varstvu (Dent et al., 2011, Dent in Pahor, 2015) zastavili razvoj ocenjevanja socialnih inovacij in transformativnih praks na področju pristopa k zdravju v skupnosti. Večanje vloge in vpliva uporabnikov in oblikovanje ciljev, postopkov ter izidov »produkcije zdravja« v sodelovanju med njimi in sistemskimi akterji je namreč najbolj izrazita značilnost inovacij na tem področju (South in Phillips, 2014; National Institutes of Health, 2011; Defining healthy communities, 2013).

784

Namen članka je, da z oporo na Habermasov koncept dvojnosti sveta življenja in sistema, že uveljavljenem v obravnavi zdravstvene tematike (gl. na primer Barry et al., 2001; Greenhalgh et al., 2006; Frogatt et al., 2011; Abma et al., 2016), na teoretski ravni premisli področje stikov med sistemom zdravstvenega varstva in življenjskim svetom lokalne skupnosti kot toposom transformativnih praks in socialnih inovacij z različnimi vplivi na zdravje. Pri tem bomo izhajali iz opredelitev zdravja kot družbenega pojava, ki se vzpostavlja tudi skozi presečno delovanje sistema in skupnosti z novimi oblikami povezovanja uporabnikov in izvajalcev v produkciji zdravja. Naša izhodiščna teza je, da na kakovost življenja skozi krepitev zdravja vpliva »racionalizacija sveta življenja«, ki poteka na osnovi »odprte, enakopravne razprave« med (zdravstvenim) »sistemom« in (skupnostnim) »svetom življenja«. To tezo je potrebno preveriti skozi značilnosti vlog trenutno dominantnega partnerja v tem odnosu, to je zdravstvenega sistema, ki ga reprezentira zdravstveni dom kot njegova institucija, in lokalnih skupnosti kot prostorom »sveta življenja«. Zaključili bomo z okvirnim predlogom nabora indikatorjev za spremljanje delovanja in učinkov novih praks na tem področju.

Družbene determinante zdravja med globalnim in lokalnim

Vprašanja o lokusu zdravja iščejo in najdevajo odgovore tako na ravni posameznika in na medosebni ravni kot na mezoravni organizacij in skupnosti ter na makroravni družbenih sistemov (Marmot et al., 2008).

Kako, na kakšen način je zdravje družbeno? Velik del porazdelitve zdravja med ljudmi razloži sociološki koncept enakosti/neenakosti (Lucyk in McLaren, 2017). Enakost in neenakost v zdravju sta družbeno povzročeni posledici sistematičnih družbenih procesov, ki vodijo k distribuciji virov (Whitehead, 1991). Drugi koncept, ki pojasnjuje družbenost zdravja, je socialni gradient, ki pomeni odvisnost zdravja od položaja v družbeni hierarhiji, le-ta pa je odvisna od ekonomskih, političnih in ekonomskih okoliščin (Lucyk in McLaren, 2017).

Enakost v zdravju kot končni cilj politike družbenega zdravja je predvsem posledica enakosti v družbi. Kako jo doseči? V literaturi sta opisana dva pristopa; prvi je bolj usmerjen na posledice družbenih neenakosti, drugi bolj na vzroke. Prvi je bolj razširjen in najbrž v kapitalizmu tudi bolj sprejemljiv. Gre za usmerjene akcije za izboljšanje zdravja deprivilegiranih družbenih skupin. Drugi, odstranjevanje korenin družbenih neenakosti in s tem neenakosti v zdravju, pa zahteva širše družbene in sistemske spremembe za prerazporeditev družbenega bogastva (Lucyk in McLaren, 2017). Mogoča je tudi njuna kombinacija. Whitehead npr. (2007) vidi cilje politik ali intervencij na celotnem kontinuumu, in sicer na naslednje načine: (1) krepitev moči posameznikov, npr. z informacijami o zdravju ali z učenjem življenjskih veščin, (2) krepitev moči skupnosti, npr. izgradnjo prostorov za srečevanje v soseskah, omogočanje socialne vključenosti, (3) izboljševanje razmer življenja in dela, npr. dostop do ustreznih stanovanj, (4) zagotavljanje zdravih makropolitik, npr. zakonodaje s področja trga dela, ki zagotavlja dostojno plačilo za delo in dovolj prostega časa.

Če povzamemo: čeprav je enakost v zdravju kot posledica družbene enakosti povezujoči element razumevanja zdravja kot družbenega pojava, pa je konceptualizirana na zelo različne načine. Nekateri poudarjajo potrebo po temeljnih, strukturnih spremembah, ki bi naslavljal tako razlike v zdravju kot dejavnike in procese distribucije virov v družbi, drugi se osredotočajo na bolj »pritlehni«, skupnostni ali individualni pristop, ki se usmerja k socialnim ali vedenjskim dejavnikom v posameznih skupinah, včasih obravnavanih celo izolirano (Lucyk in McLaren, 2017).

Vprašanje o tem, kakšna je vloga (lokalne) skupnosti pri kakovosti življenja in zdravja, ne more mimo tehtnega sociološkega premisleka o družbenih spremembah, ki so se zgodile od časa idejne zasnove skupnostnega/javnega/družbenega zdravja Andrije Štamparja v začetku 20. stoletja (Albreht, 2006) do danes in mimo trendov, ki nakazujejo prihodnost. Ali je lokalna skupnost (še) dejavnik zdravja njenih pripadnikov? Ali pa na zdravje vplivajo bolj globalni procesi, ki v temeljih spremenijo družbene značilnosti? V kolikšni meri ga lahko nova organiziranost lokalne skupnosti na polju zdravja izboljša ob njihovem napredujočem delovanju?

Nekaj teh procesov se ponuja samih po sebi: individualizacija,

globalizacija, staranje populacije, zgoščevanje časovno-prostorske distance, migracije (dnevne, beg možganov, politične in socialno-ekonomske), dvig znanja in avtonomije, informatizacija, digitalizacija. V prvi vrsti moramo odgovoriti na vprašanje, ali ljudje sploh še živimo v lokalnih skupnostih (v okvirih občin) oziroma, ali živimo v skupnostih v enaki meri in na enak način kot v preteklosti. Tu ne mislimo na pravno formalne ureditve (npr. registrirano stalno bivališče), temveč upošteva naš celoten življenjski stil ter družbene in fizične vplive iz bližnje in daljne okolice ter napredka komunikacijske tehnologije. V drugem koraku pa je potrebno odgovoriti na vprašanje, ali je še smiselno organizirano skrbeti za geografsko opredeljeno skupino populacije; torej, ali je še moč dobro skrbeti za zdravje ljudi (skozi kurativo, preventivo in promocijo zdravja) na lokalni ravni ali je to morda bolj smiselno početi na nadlokalni ravni, npr. regionalni ali nacionalni »na daljavo« (centralizirano, in s pomočjo novih tehnologij, npr. telemedicina).

Odgovor terja kompleksnejši premislek. V prvi vrsti vemo, da družbene determinante odločilno vplivajo na zdravje ljudi. Le-te so v prostoru razpršene in izhajajo tako iz lokalnih okvirov (občinskih politik, socialnih omrežij, storitev v lokalnem okolju) kot globalnega sveta (npr. politika EU, globalni finančno-ekonomski trgi in krize, ekološka kriza ipd.). Pomembno se je torej zavedati glocalizacije (Robertson, 1995) – procesa prežemanje lokalnega in globalnega. Dejavniki zdravja posameznikov, ki (formalno) živijo v nekem geografsko zamejenem prostoru (npr. v določeni občini – zlasti v primeru tako majhnih občin, kot jih je večina v Sloveniji), izhajajo tako iz lokalnih kot globalnih kontekstov. V tem smislu bi morali biti tudi nosilci in oblikovalci zdravstvene dejavnosti neke vrste intermediarna struktura, ki prepoznava pozitivne in negativne vplive na svojo populacijo iz lokalnega in globalnega konteksta ter združuje in povezuje ukrepe iz systemske ravni v lokalno delovanje. Pri tem uporablja zdravstvene, tehnološke in organizacijske inovacije (npr. telemedicina). V tem kontekstu se redefiniirajo vloge izvajalcev in uporabnikov zdravstvenih storitev. Povezovanje številnih akterjev iz sistema in lokalne skupnosti ter njihovo sodelovanje je za obvladovanje kompleksnih situacij nujno potrebno (European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012).

Povezave med skupnostjo in zdravstvenim sistemom

Tradicionalno je skrb za bolne in pomoči potrebne potekala v neposrednih stikih med ljudmi v tistem delu družbenega prostora, ki ga Habermas (1984) imenuje svet življenja; svetu življenja stojijo nasproti sistemi (npr. politični, gospodarski, zdravstveni ipd.), zasnovani na denarju in moči. V sistemih se odvija ciljno-racionalno delovanje, v svetu življenja pa komunikativno. Ta dva dela družbenega prostora sta povezana, oba opravljata isto

funkcijo (»ohranjanja družbe«), vendar na različne načine, imata različno notranjo logiko. V obeh potekajo procesi racionalizacije z različnimi učinki. Racionalizacija sistema poveča njegovo diferenciacijo in kompleksnost, racionalizacija sveta življenja pa omogoča povečanje smisla komunikacijske akcije in komunikacijsko racionalizacijo.

Iz tega nasprotja izhaja »paradoks racionalnosti« – racionalizacija »proizvodnje življenja« je v sistemu sredstvo pridobivanja zaslužka in moči, npr. ne zdravimo zato, da bi bili ljudje zdravi, ampak da ustvarjamo dobiček. V ta namen sistem vpreže znanost in tehnologijo ter sčasoma instrumentalizira življenje in ga celo ogroža (npr. nepotrebna uporaba zdravil).

Tako je sodobno, na znanosti in tehnologiji temelječe medicinsko znanje prevladalo nad svetom življenja (zdravja in bolezni) (Scambler, 1987). Povezano je z vzponom racionalno-legalne birokracije moderne države. Še bolj pa je povezano s hitrim vzponom moderne znanosti in uporabo znanstvenih metod za reševanje tehničnih in družbenih problemov (Habermas, 1984). Zavedanje o kompleksnosti sveta je začelo vzbujati nezaupanje v sposobnosti državljanov, da bi se o njem izjasnili in ga usmerjali. Odločitve so se začele naslanjati na eksperte. A kadar odloča o vprašanih, ki niso tehnična ali znanstvena, znanost lahko nastopa kot politično učinkovita legitimacija nedemokratskega odločanja. Politične odločitve zato ne postanejo stvar javne razprave, ker so predstavljene kot »tehnične« odločitve, pri čemer je samo ena rešitev najboljša in jo lahko poiščejo samo strokovnjaki. To je zelo značilno za odločitve na področju zdravstva.

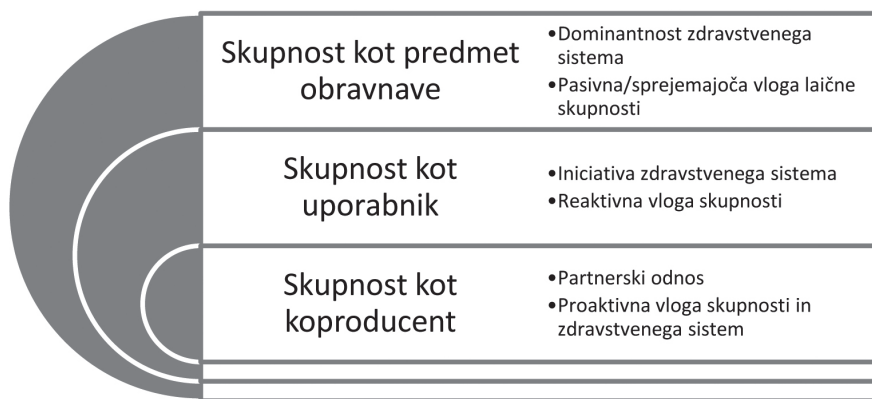
Po drugi strani pa lahko znanost in tehnologija dajeta možnost za racionalizacijo sveta življenja, ki omogoča kritično prisvojitve tega, kar je veljalo za dano, in spodbujata objektivne možnosti pridobitve pravega racionalnega konsenza. Kadar je cilj racionalno uravnavanje življenja, temelji na svobodni in enakopravni razpravi, ne pa na sili. Tu bi lahko nastopila emancipacijska dimenzija znanja. Ta pa zahteva družbene razmere za odprt, demokratičen dialog, ki daje možnosti za razvoj samoreflektiranega kritičnega znanja in zavedanja ter poskuša izpostaviti in kritizirati politične okoliščine, ki deformirajo človekovo komunikacijo in naredijo znanje nezanesljivo in nenaatančno (Habermas, 1975, 1984). Pogoj za spremembo odnosov v zdravstvu ni le prevzgoja zdravnikov in bolnikov, ampak realna družbena sprememba na področju odnosov. Ključni procesi demokratizacije seveda potekajo v širši družbi, sčasoma pa se uveljavijo tudi v zdravstvenem varstvu. Zdravstvo je zaradi racionalizacije in opore na ekspertno znanje doseglo velike uspehe že kot hierarhično organiziran sistem »obrnave bolezni«. Spremenjene družbene okoliščine zdravja in bolezni v pozni moderni pa zahtevajo njegovo prilagoditev. Prihaja do spremembe vloge ljudi od »predmeta dela« zdravstvenih strokovnjakov k (ozaveščenemu, bolj ali manj izbirčnemu, na pobude zdravstvenega sistema reaktivnemu) »uporabniku« zdravstvenih

storitev. A razvoj tu še ni končan, naslednja stopnja je človek kot »koproductent« svojega zdravja, ne le kot posameznik, ampak tudi povezan v skupine in skupnosti, ki proaktivno deluje/jo tako na družbene dejavnike zdravja kot na razvoj in delovanje zdravstvenega sistema.

V predmodernih skupnostih »sistem zdravstvenega varstva« ne obstaja. Za zdravje pripadnikov skupnosti poskrbijo člani sami s tradicionalnimi znanji, pridobljenimi z izkušnjami. Ta faza je zaznamovana z »odsotnostjo sistema« in z vidika članov skupnosti pomeni neke vrste dominacijo uporabnikov, pri čemer je njihova vloga v zdravstveni »obravnavi« odvisna od družbenega položaja, ki ga imajo. Modernizacija prinese formalizacijo zdravstvenega varstva in njegov prenos v sistem.

Stik med zdravstvenim sistemom in svetom življenja, ki se odvija v skupnosti, lahko idealno tipsko umestimo na kontinuum, ki osvetljuje njuno razmerje glede na spremembe prisotnosti in vpliva (slika 1).

Slika 1: KONTINUUM ODNOSOV MED ZDRAVSTVENIM SISTEMOM IN SKUPNOSTJO



Vir: avtorjev lastni prikaz.

Sistem zdravstvenega varstva – to je celota vlog, norm in odnosov, ki je državno regulirana – prevzame osrednjo vlogo v zagotavljanju zdravstvenega varstva v drugi polovici 19. in v začetku 20. stoletja. Stike med sistemom in skupnostjo zaznamuje »prevlada sistema«. Ta je večino 20. stoletja in tudi v 21. stoletju prevladujoča oblika delovanja zdravstvenega varstva z nizko močjo uporabnikov (z izjemami tistih z veliko družbeno močjo). Tak tip zdravstvenega varstva ima v zgodnji fazi pozitivne učinke za nižje sloje, ker so vključeni v zdravstveno obravnavo, čeprav pretežno kot »predmeti dela« zdravstvenih strok. Zgodnji model delovanja sistema, v katerem je skupnost »predmet obravnave«, omogoči izkoreninjanje nalezljivih bolezni

in razvoj preventivne obravnave, predvsem otrok. Zlasti po 2. svetovni vojni sčasoma brezplačni in takojšnji dostop do zdravljenja, utemeljenega na znanstvenem in tehnološkem razvoju, zmanjša umrljivost vseh kategorij prebivalstva. Vloga in vpliv posameznikov in skupnosti pa sta tu omejena na pasivno sprejemanje (ali odklanjanje) aktivnosti, ki jih zanje organizira in izvaja zdravstveni sistem.

Na idealno tipskem kontinuumu je naslednji model stikov med zdravstvenim sistemom in skupnostjo zaznamovan z aktivnejšo vlogo članov skupnosti v vlogi »uporabnikov« storitev, kjer ima sistem iniciativo tako glede delovanja in svoje vloge kot vloge uporabnikov. Vloga uporabnikov pa je večinoma reaktivna, torej gre za njihove aktivnosti, ki pa so posledica iniciativ zdravstva in ne vedno njihovih dejanskih potreb.

Tretji tip, v katerem je skupnost »koproducent«, zaznamujejo določene nove oblike stikov in organizacijske inovacije, ki pomenijo usklajevanje ter dogovarjanje med lokalno skupnostjo in zdravstvenim sistemom ter državo glede ocene zdravstvenih potreb prebivalstva in načinov njihovega zadovoljevanja. Elemente tega tipa najdemo že v povojni Jugoslaviji, npr. kot samoupravne interesne skupnosti za področje zdravstva, izrazito pa se začne uveljavljati z vzponom pomena lokalnih skupnosti po osamosvojitvi Slovenije. Te nove oblike koprodukcije predpostavljajo prilagoditve sistema raznolikostim potreb prebivalcev v skupnosti oziroma izgradnjo novih skupnostnih struktur. Razvoj teh novih oblik ima lahko različne značilnosti, ki segajo od radikalne individualizacije do rekomunizacije ter od privatizacije do krepitve javnega zdravstvenega sistema (na primer možnost svobodne izbire zdravnika, potreba po soglasju uporabnikov za vse posege, možnost zasebne zdravstvene prakse ipd.). Ne glede na to pa lahko vsaka od teh kombinacij v večji ali manjši meri omogoča ali ovira vključevanje uporabnikov. Še več, v času in prostoru določene družbe je mogoč soobstoj zelo različnih oblik. Zlasti v urbanih okoljih se uveljavljajo zasebne prakse, v okviru katerih pacient kot kupec individualno izbira med zanj najboljšimi storitvami oz. se lahko o izvedbi le-teh pogaja s ponudniki na trgu. Novejši modeli, ki se razvijajo znotraj javnega sistema zdravstvenega varstva, na primer centri za krepitev zdravja (Nadgradnja ..., 2017, NIJZ, Skupaj za zdravje, 2015) pa na drugi strani vzpostavljajo tudi prostore za sodelovanje skupnosti pri sooblikovanju zdravstvenih storitev.

Ko se sistem zdravstvenega varstva na mezaravni (v Sloveniji so to v glavnem zdravstveni domovi) odpira v skupnost, ko ni omejen le na oskrbo bolnih, ampak hoče delovati tudi na področju življenjskega sloga, preprečevanja bolezni, podpore ljudem v njihovem življenjskem okolju, se transformira na različne načine. Pojavljajo se novi odnosi med zdravstvenimi delavci, nove vloge, procesi in organizacijske oblike; projekti, politike, pa tudi skupnost v to polje vnašajo dejavnosti, ki področje skrbi za zdravje

opredeljujejo na novo. Na tem presečišču se oblikujejo vplivi, ki rezultirajo v značilnostih zdravja ljudi. Primer so referenčne ambulate, v katerih medicinske sestre dobivajo nove vloge (Poplas-Susič et al., 2013). A tu gre le za spremembe na strani organizacije izvajalcev zdravstvenega varstva, ki sicer nedvomno pomenijo izboljšano obravnavo za individualnega uporabnika, ne spreminjajo pa temeljnih razmerij moči.

Z vidika uporabnikov je ena od pomembnejših transformacij povečano vključevanje uporabnikov kot posameznikov in skupnosti v zdravstvene storitve. Vključevanje uporabnikov lahko obravnavamo s pomočjo vrste klasičnih modelov. Med najbolj uporabljanimi je »lestev participacije« (Arnstein, 1969). Lestev sestavlja osem korakov, od manipulacije, površinskega sodelovanja do popolnomočenega odločanja. Prava participacija se lahko razvije le v kontekstu partnerskih odnosov, ob redistribuciji družbene moči in uveljavljanju nadzora državljanov. V kolikor se osredotočimo na paciente kot aktivne potrošnike zdravstvenih storitev, bi lahko uporabili uveljavljen »potrošniški« model »izhod-glas-zvestoba« (Hirschman, 1970), ki nakazuje smernice za ravnanje organizacij s svojimi uporabniki, če naj bi bile dolgoročno uspešne. Poleg teh klasičnih modelov sta bila kasneje razvita še npr. model 12-stopenjske lestve vključevanja uporabnikov (Friedman in Milles, 2006) ter model, ki so ga razvili Dent in sodelavci (2011; Dent in Pahor, 2015) in ki ga bomo natančneje predstavili ter uporabili za kritični premislek o nakazujočih se transformativnih praksah pri nas. Za ta model je značilno, da upošteva različne dimenzije vključevanja (izbira, koprodukcija in vpliv), ki sovpadajo z različnimi vlogami uporabnikov.¹

Posamezniki vstopajo v stik z zdravstvenim sistemom v različnih vlogah: (najprej in vselej) kot ljudje, ki potrebujejo in pričakujejo pomoč, kot potrošniki, ki želijo biti informirani o možnostih izbire, kot aktivni udeleženci zdravljenja in soustvarjalci svojega zdravja ter kot državljanji, ki si želijo imeti glas pri sooblikovanju sistema.

V zdravstvu imajo uporabniki v veliki meri še danes podrejeno vlogo; njihov položaj odseva močan kulturni in politični konservativizem zdravstvenih organizacij (Kirkpatrick et al., 2009; Dent, 2006; Dent et al., 2012). Do obsežnejših reform zdravstvenega sektorja v zadnjih desetletjih 20. stoletja je bila vloga uporabnikov omejena le na vpliv državljanov skozi njihove politične predstavnike ter skozi združenja pacientov (Pavolini in Spina, 2015). Iz preteklosti pa že poznamo poskuse, da bi uporabniki kot skupina dobili glas pri odločanju, npr. v Skandinaviji skozi lokalno in regionalno demokracijo (Vrangbaek, 2015), podobno tudi v Veliki Britaniji (Ham, 2009) ter v bivši Jugoslaviji skozi samoupravne interesne skupnosti (Kavčič et al., 2015).

¹ Pri tem opozarjamo na konceptualne in terminološke težave za opredeljevanje praks in vlog, ki se na novo oblikujejo na presečiščih že konceptualiziranih značilnosti odnosov v zdravstvenem varstvu.

Tabela 1: VKLJUČENOST UPORABNIKOV V ZDRAVSTVENO VARSTVO

Visoka opolnomočenost uporabnikov	Izbira Vloga potrošnika		Koprodukcija Vloga sodelavca		Glas (vpliv) Vloga državljana	
		Zagotovljena visoka kakovost in dostopnost zdravstvenih storitev.	Uporabniki imajo dostop do ustreznih informacij za informirano izbiro.	Zdravstveni strokovnjaki pomagajo uporabnikom, da sami obvladajo svoje težave.	Uporabniki samostojno ali v sodelovanju z zdravstvenimi strokovnjaki obvladujejo svoje težave.	Zdravstveni strokovnjaki skupaj z državljani oblikujejo zdravstvene službe, ki ustrezajo lokalnim skupnostim.
	Izolirani posamezni kazalniki kakovosti.	Uporabniki so prisiljeni v odločitve in zanje odgovorni.	Zdravstveni strokovnjaki so pokroviteljski in spodbujajo uporabnike le k sledenju navodilom.	Uporabniki s poenostavljenim medicinskim znanjem ohranjajo pokroviteljski položaj strokovnjakov.	Predpostavlja se, da državljani potrebujejo vzgojo, ne pa vpliva.	Uporabniki so vključeni v posvetovalna telesa, a brez možnosti dejanskega vpliva.
Nizka opolnomočenost uporabnikov	Vsiljena odgovornost		Pokroviteljski protoprofesionalizem		Manipulacija	

Vir: prirejeno po Dent in Pahor, 2015, Dent et al., 2011.

Nekateri avtorji (Fotaki, 2010; Tonkens, 2016) vključenost uporabnikov v zdravstveni sistem prepoznavajo skozi vlogo potrošnika, posvetovalno vlogo in participativno vlogo. V modelu, ki ga uporabljamo (Dent et al., 2011, Dent in Pahor, 2015), so te vloge poimenovane kot izbira, koprodukcija in vpliv (glas). Najbolj znana in razširjena je vloga potrošnika (izbira) (Coulter in Magee, 2003). Vpliv (glas) se nanaša na aktivno vključenost uporabnikov v telesa, ki odločajo o zadevah, povezanih z zdravjem (Davies et al., 2006). Ti dve obliki vpliva potekata zunaj samega procesa izvajanja zdravstvenega varstva.

Koprodukcija pa opisuje individualno ali kolektivno vključenost uporabnikov v svojo zdravstveno oskrbo v zavezništvu z zdravstvenimi strokovnjaki (Dunston et al., 2009). Opišemo jo kot dejavnost, kjer »uporabnik so-izvaja strokovno načrtovane storitve« (Bovaird, 2007). Zdravstveni strokovnjaki so

povezani z uporabniki (in njihovimi skrbniki) kot sodelavci, sonačrtovalci in soizvajalci v procesu izvajanja zdravstvenih storitev (Dunston et al., 2009).

Tako izbira kot koprodukcija in vpliv (glas) potrebujejo določeno mero opolnomočenja vsakega uporabnika za aktivno angažiranje. Sicer so lahko neopolnomočeni zgolj »prisiljeno respozibilizirani«, celo manipulirani oziroma skozi »protoprofesionalizem« podpirajo pokroviteljski odnos zdravstvenih strokovnjakov. Prisiljena izbira namreč ni svobodna izbira, »protoprofesionalizem« uporabnikov se zaustavi pri uporabi izrazov in poznavanju procesov, nima pa dejanskega vpliva na obravnavo. Tretja negativna kategorija je »manipulacija«, ki nakazuje izrabo vključenosti uporabnikov za legitimiranje obstoječih praks namesto za dejansko participacijo v odločanju. Zdravstveni strokovnjaki v teh primerih delujejo bolj v smeri vzgajanja in socializacije uporabnikov za vodljivost v smislu sprejemanja obstoječih načinov menedžerskega, finančnega in političnega upravljanja zdravstva, tudi na osnovi predpostavke, da oni vedo več o tematiki kot laični uporabniki.

Primer Slovenije: Zdravstveni dom na presečišču sistemskih pristopov in lokalnih potreb

792

Če je naša izhodiščna teza, da na kakovost življenja skozi krepitev zdravja vpliva »racionalizacija sveta življenja«, ki poteka na osnovi »odprte, enakopravne razprave« med (zdravstvenim) »sistemom« in (skupnostnim) »svetom življenja«, jo je treba preveriti skozi značilnosti trenutno prevladujočega partnerja v tem odnosu. Na ravni lokalne skupnosti je to zdravstveni dom.

Zdravstveni dom je oblika delovanja na ravni, ki jo zdravstvene vede imenujejo primarna ali osnovna. V Sloveniji imajo te oblike dolgo tradicijo in segajo v 20. leta 20. stoletja (Albreht, 2006). Obsegale so predvsem splošno medicino in skrb za zdravje mater in otrok ter preventivo nalezljivih bolezni, sčasoma pa tudi druge zdravstvene dejavnosti. Po drugi svetovni vojni je nadzor in financiranje osnovnega zdravstvenega varstva prevzela država ter v 50. in 60. letih vzpostavila mrežo zdravstvenih domov, ki je zajela vse prebivalstvo, ter jo v 70. in 80. letih okreplila v materialnem in kadrovskem smislu, tudi z denarjem, zbranim na podlagi referendumskih odločitev lokalnega prebivalstva. Spremembe v začetku 90. let so pomenile spremenjeno financiranje, ki je bilo preneseno za Zavod za zdravstveno zavarovanje, ustanoviteljstvo je bilo preneseno na občine, ki so tudi dobile možnosti podeljevanja koncesij za zasebne prakse. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pa je ohranil pravico imenovati predstavnike uporabnikov v svet zdravstvenega doma. Njihova vloga in dejavnost v svetih pa ni bila sistematično proučevana.

Raziskava, ki je kot enega od ciljev opredelila, kako direktorji zdravstvenih domov (ZD) vidijo svoj odnos do ustanovitelja (občine ali več občin),

je pokazala, da jih ima le manjšina za urejene. Najbolj pogoste probleme so videli na področju investicij, pa tudi v pomanjkanju zanimanja za vodenje in upravljanje ZD ter preslabi koordinaciji med ZD in lokalno skupnostjo. Problemi so se kazali bodisi kot preveč vmešavanja lokalne skupnosti v zadeve ZD bodisi kot, zlasti v manjših občinah, pomanjkanje ustrezno usposobljenega osebja za sodelovanje v načrtovanju zdravstvenega varstva. Občine so v dvoumnem položaju tudi zato, ker so po eni strani ustanovitelji ZD, ki je javni zavod, po drugi pa podeljujejo koncesije zasebnim izvajalcem. Vendar zaenkrat ostajajo vsi ZD javne ustanove, kar je politična odločitev, se pa soočajo s pomembno spremenjenimi družbenimi okoliščinami. Preživeli so več političnih sistemov kot nedvomno uspešna oblika organiziranosti zdravstvenega varstva, zdaj pa se soočajo s številnimi deležniki in novim ravnovesjem med njimi (Albreht, 2006).

Na novo se je oblikovalo tudi razmerje med ZD in ustanoviteljico – občino. Kot so poudarjali direktorji ZD, prenos ustanoviteljstva ni bil podprt z ustrezno pripravo lokalnih skupnosti, kar je pripeljalo do uveljavljanja zelo različnih interesov, ne nujno povezanih z zdravstvenimi potrebami prebivalstva. Kuhar (2012) je zelo kritična do občin kot ustanoviteljic ZD. Opozarja na dejstvo, da še vedno ni pokrito vse prebivalstvo in da večina ZD ne izvaja vseh programov OZV. Tako so občine tudi kot financerke kurativnih in zlasti preventivnih programov malo pomembne, kljub temu pa pomembno vplivajo na njihovo delovanje. Zato predlaga večjo centralizacijo in nadzor države nad osnovnim zdravstvenim varstvom, ki bi potekalo v regijskih centrih pod nadzorom ministrstva za zdravje. Koncesij ne bi podeljevala občina, ampak ministrstvo oziroma regije. Sedanje zdravstvene domove bi povezali v osem regijskih centrov, ki bi bili last države.

Klančar, Švab in Kersnik (2010) opozarjajo, da je zlasti po letu 1992 ZD začel izgubljeni svojo populacijsko/skupnostno usmerjenost na zdravstvene probleme določene skupnosti in se je osredotočil predvsem na posameznike in njihove težave. Ta pristop podpira tudi način financiranja, ker ne predvideva aktivnega iskanja problemov, ampak predvsem opravljanje vnaprej predvidenih storitev. Nepripravljenost občin na soočanje z zdravstveno problematiko še dodano oteži situacijo. Je ZD samo streha nad atomiziranimi izvajalci zdravstvenega varstva (ZV), ki se ukvarjajo z atomiziranimi uporabniki ZV? Odsotnost timskega dela, ki ga nihče ne spodbuja in zanj zaposlenih ne usposablja, in nejasni profil kompetenc in delokroga direktorjev ZD povzročata velike razlike med njimi, ki jih še povečujejo različno dobro urejeni odnosi z lokalno skupnostjo – ustanoviteljico. ZD tudi ni predmet raziskav v smislu njegovega javnozdravstvenega funkcioniranja. Avtorji predlagajo novo vlogo ZD na naslednjih izhodiščih: usmerjenost v zdravje (poudarek na preprečevanju bolezni in krepitvi zdravja, ne le na zdravljenju bolezni), populacijski pristop (ukrepi za krepitev zdravja celotne lokalne

populacije), izvajanje nacionalne strategije (usklajene aktivnosti na nacionalni in lokalni ravni ter spremljanje njihovih učinkov), sodelovanje populacije v določanju prednostnih dejavnosti (z omogočanjem aktivne vloge lokalne skupnosti in civilne družbe) in razvojno delo (za načrtovanje ukrepov in spremljanje njihovega izvajanja ter s tem povezano pedagoško delo). Za to so potrebni naslednji pogoji: sodelovanje z zdravstveno politiko in izvajanje politike na lokalni ravni (ne samo pogajanj za denar in programe, ampak tudi dialog in sooblikovanje politike), zakonodaja (zlasti glede financiranja), spremembe v financiranju (ki bi omogočilo populacijski preventivni in celovit pristop), informatizacija (z možnostjo analize podatkov na lokalni in nacionalni ravni) in organizacijska struktura (fleksibilna in prilagojena značilnostim okolja).

Klančar, Švab in Kersnik (2010) zaključujejo, da je zdravstveni dom v nezavidljivem položaju, saj njegova vloga ni jasno opredeljena in je odvisna od specifik vplivov lokalne skupnosti in menedžerskih sposobnosti ali interesov direktorja. Poudarjajo, da bi moral ZD prevzeti svojo prvotno vlogo s pokrivanjem celotnega spektra varovanja zdravja, od zdravljenja bolezni prek njihovega preprečevanja do krepitev zdravja v skupnosti, in to na osnovi poglobljenega razvojno-raziskovalnega poznavanja fizičnih, psihičnih in socialnih dejavnikov zdravja lokalnega prebivalstva ter na osnovi medpoklicnega sodelovanja za zagotavljanje celovitega skupnostnega pristopa. To pa zahteva nova znanja o ljudeh in njihovih odnosih. Zdravstveni dom bi lahko postal javni forum za zdravstvene probleme na lokalni ravni. Vendar pa, opozarjamo, da je to mogoče le z vzpostavljanjem novih oblik sodelovanja med ZD in lokalno skupnostjo.

Nekatere inovativne prakse na področju povezovanja med zdravstvenim sistemom in lokalno skupnostjo

Področje stikov med ZD kot sistemsko institucijo in lokalno skupnostjo kot kolektivnim uporabnikom oziroma koproducentom zdravja je v slovenskih znanstvenih raziskavah zelo malo tematizirano (deloma so tematiko obravnavali Albreht, 2006; Klančar et al., 2010; Kuhar, 2012, za področje duševnega zdravja Zupančič et al., 2014). Zato se za predstavitev nekaterih novih dejavnosti lahko opremo le na razvojne in projektne dokumente zdravstvene politike in opozorimo na nujnost sistematičnega raziskovanja pojava (Nadgradnja ..., 2017; NIJZ, Skupaj za zdravje, 2015). Tu je potrebno opozoriti na osrednjo vlogo Nacionalnega inštituta za javno zdravje pri uvažanju sprememb. Njihove dejavnosti odpirajo sklop vprašanj, ki jih v okviru tega članka ne naslavljamo, so pa pomembne za transformacijo zdravstvenih institucij nasploh, na primer o sestopu sistema z dominantnega položaja v zagotavljanju zdravstvenega varstva, o preoblikovanju pokroviteljskih

odnosov (tako medsebojnih kot do uporabnikov) zdravstvenih strokovnjakov v sodelovalne ipd. Na drugi strani obstajajo indici o intenzivnem delovanju nekaterih lokalnih skupnosti tudi na področju produkcije zdravja, nimamo pa sistematičnih raziskav o teh procesih in njihovih izidih.

Kljub temu da so občine formalne ustanoviteljice zdravstvenih domov, pa v slovenskem javnem zdravstvu še prevladuje tip odnosa med zdravstvom in lokalno skupnostjo, za katerega je značilna prevladujoča in/ali iniciativna vloga zdravstvenega sistema, ki se kaže v tem, da »zdravstvo pristopa k skupnosti«, da torej deluje na terenu, v okoljih, kjer ljudje živijo in delajo. Po navadi gre za vključevanje ljudi v različne programe preventive in promocije zdravja, ki jih zasnujejo in vodijo zdravstveni strokovnjaki. Te dejavnosti imajo sicer predvidoma pozitiven vpliv na zdravje prebivalstva, žal pa v Sloveniji ni sistematičnih evalvacijskih študij njihovih učinkov. Če je cilj pristopa k zdravju zagotoviti razmere, ki zdravje krepijo, potem intervencija zdravstvenih institucij v skupnost ne zadostuje, kar kažejo tudi izkušnje po svetu (Medeiros et al., 2007) in na kar opozarja s poudarjanjem vloge družbenih determinant zdravja tudi Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization, 2006).

Na življenjske razmere, ki v največji meri pogojujejo zdravje prebivalcev, je mogoče vplivati le z večsektorskim pristopom, znotraj katerega je lokalna skupnost pomemben akter, ko začne voditi svojo politiko zdravja (McQueen et al., 2012). Z drugimi besedami, skupnost začne »pristopati k zdravju« ter načrtovati svoje dejavnosti z upoštevanjem njihovih vplivov na zdravje.

Skupnostni pristop k zdravju pomeni, da »skupnost pristopa k zdravju pripadnikov«. Torej skupnost identificira, zagotavlja in usklajuje dejavnosti za krepitev zdravja svojih pripadnikov in vodi take politike, ki zdravje ohranjajo, krepijo in vračajo ter zmanjšujejo neenakosti, ki so posledica različnih življenjskih razmer. Glavni dejavniki zdravja so avtonomija, opolnomočenost, sposobnost usmerjanja svoje lastne usode (tako posameznika kot skupin in skupnosti). To pa je mogoče z razvojem sodelovalne kulture, medsebojne podpore in partnerstva (Popay, 2010). Ne gre namreč za ukinitje »sistema«, ampak za vzpostavitev partnerskega odnosa med njim in skupnostjo (Wildridge, 2004; Pahor, 2018; Krek et al., 2018).

Te procese v Sloveniji spodbuja v zadnjih letih več projektov, najbolj izrazito v okviru operacije »model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih« (Nadgradnja ..., 2017). Ta operacija, začeta 2017, ki vključuje področja delovanja 25 zdravstvenih domov (približno polovico Slovenije), predvideva vzpostavitev struktur za sodelovanje med zdravstvenim sistemom (zdravstveni domovi in Nacionalni inštitut za javno zdravje - NIJZ) na eni strani ter deležniki lokalne skupnosti s ciljem razvoja lokalne politike zdravja. Ta sega od ocene

potreb prebivalstva do načrtovanja dejavnosti za krepitev zdravja, njihovega izvajanja in usklajevanja ter spremljanja in evalvacije. Osrednjo vlogo v tako zastavljenem sodelovalnem pristopu pridobiva telo, imenovano Lokalna skupina za krepitev zdravja, ustanovljeno na preseku zdravstvenega sistema (ZD in OE NIJZ) in deležnikov lokalne skupnosti (Peternel et al., 2018).

Zasnova Lokalne skupine za krepitev zdravja izhaja iz *Ottavske deklaracije* (World Health Organization, 1986), ki je kot eno od petih ključnih komponent pri promociji zdravja prvič vpeljala samostojni pojem – zdravju naklonjena javna politika ali t.i. politika zdravja. Natančneje pojem zdravju naklonjene javne politike opredeljuje *Adelajdska deklaracija* (World Health Organization, 2010), ki poudarja pomen in odgovornost različnih sektor-skih politik, da se pri svojem delovanju skupno zavzemajo za varovanje zdravja celotne populacije.

Problem javnih politik zdravja je namreč dejstvo, da odgovornost za zdravstvene izide ostaja na nacionalni, regionalni in lokalni ravni, politike, ki ključno vplivajo na determinante zdravja, pa nastajajo na ravni Evropske unije ali na globalni ravni (Center za zdravje in razvoj, 2012). Zaradi tega je bistvenega pomena, da postane skrb za zdravje tudi del nacionalnih, regionalnih in lokalnih razvojnih politik ter da te temeljijo na sodelovanju vseh partnerjev, ki imajo voljo in moč za sodelovanje in doseganje pozitivnih sprememb v skupnosti.

Takšno partnerstvo omogoča ustanovitev mreže v skupnosti, ki skrbi za »univerzalno vključenost« (United Nations Research Institute for Social Development – UNRISD, 2016) v okviru trajnostnega razvoja na globalni ravni. Ustanovitev mreže partnerskih institucij med drugim omogoča vzpostavitev organizacijske strukture, ki se v najkrajšem možnem času odziva na potrebe skupnosti in njenih članov, obenem pa deluje preventivno glede na zaznane trende v prihodnosti. Omogoča usposabljanje in pridobivanje novih veščin ter izmenjavo izkušenj med partnerji. Hkrati skrbi za udejanjanje pristopa, »usmerjenega na ljudi«, v praksi, kar je možno samo s sodelovanjem institucij, ki obravnavajo ljudi in njihove potrebe in/ali težave.

Za doseganje teh učinkov je potrebna formalna ustanovitev partnerstva oziroma, kot to strukturo poimenujejo nosilci projekta, Lokalne skupine za krepitev zdravja. Ker se v Sloveniji mreža zdravstvenih domov in mreža občin ne pokrivata, je zaenkrat skupnost, ki bo nosilka skupnostnega pristopa k zdravju, opredeljena kot lokalna skupnost, ki ima vzpostavljeno lokalno samoupravo (občina, četrtna skupnost, krajevna skupnost) ter podporo centra za krepitev zdravja (CKZ) v zdravstvenem domu (ZD) in območne enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje (OE NIJZ). »Skupnost« je torej opredeljena kot območje delovanja vsakega CKZ (občina ali več občin). V tem projektu so iniciatorji ustanovitve Lokalnih skupin za krepitev zdravja (LSKZ) zdravstveni strokovnjaki, zaposleni v ZD in na NIJZ. Koraki, ki jih

opravijo, so torej: poiskati partnerje, se srečati z njimi in jih povabiti k sodelovanju, poiskati skupno vizijo in skupne cilje ter jih s sodelovanjem v partnerstvu uresničiti (Wildridge et al., 2004).

V LSKZ so predvidoma vključene vse institucije in organizacije, ki lahko vplivajo na pogoje za zdravo življenje prebivalcev skupnosti. Članstvo v LSKZ se od skupnosti do skupnosti lahko razlikuje, praviloma pa bodo vanjo vključeni predstavniki zdravstvenega doma, Zavoda za zdravstveno zavarovanje, Nacionalnega inštituta za javno zdravje, občine oziroma občin, kjer zdravstveni dom pokriva več občin, vrtca oziroma vrtcev, šole oziroma šol, centra za socialno delo, Zavoda RS za zaposlovanje, drugih javnih zavodov, gospodarstva, nevladnih organizacij ter – v čim večji meri – vsi člani skupnosti (Peternel et al., 2018).

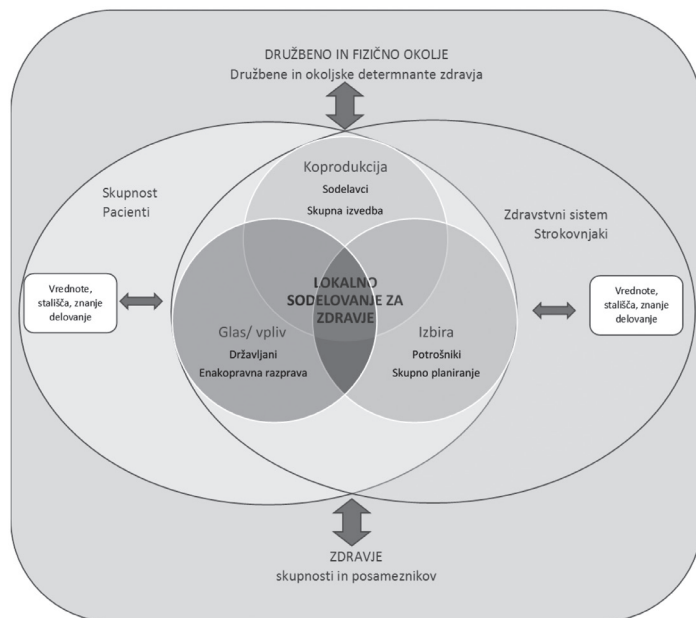
Za vzpostavitev trajnega sodelovanja med deležniki je potrebna sprememba v načinu razmišljanja in delovanja. Sodelovanje med različnimi organizacijami in posamezniki v skupnosti se že zdaj deklarativno spodbuja, po navadi pa organizacije sodelujejo le, če je to formalno zahtevano. Ravno skupnostni pristop uvaja spremembe v ustaljeno delovanje organizacij (UNRISD Flagship report, 2016). Gre za prehod od odpravljanja posledic problemov k odstranjevanju njihovih vzrokov. To je lahko zelo zahteven proces in ga morata podpirati nacionalna in regionalna raven. Če želi LSKZ dosegati dolgoročne rezultate izboljšanja zdravja v skupnosti, je potrebno poiskati vzroke slabega zdravja in jih odpraviti, ne le odpravljati posledice. Zavedanje o odgovornosti vseh sektorjev za zdravstveno stanje prebivalstva ni široko prisotno ali pa je sistematično spregledano zaradi prevlade drugih interesov. Vsekakor pa je dobro zdravje prebivalstva v dolgoročnem interesu vseh sektorjev, zlasti pa je to človekova pravica, ki jo varujejo najvišji pravni akti (Peternel et al., 2018).

Sinteza razprave s premislekom o možnih nadaljnjih smereh razvoja

Presečišče med skupnostno in sistemsko skrbjo za zdravje lahko ponazorimo v konceptualnem modelu (gl. slika 2). Z modelom sledimo ideji idealno tipske zasnove skrbi za zdravje, ki bi najbolje odgovarjala trenutnim trendom in potrebam ljudi. Družbene in okoljske determinante zdravja odločilno zaznamujejo zdravje posameznikov v skupnosti. Pri le-teh prihaja do prepletanja lokalnih in globalnih vplivov, ki se realizirajo v določeni prostorsko omejeni skupnosti, za katero organizacijsko skrbi določen ZD kot del nacionalnega zdravstvenega sistema. Skupnosti se med seboj tudi močno razlikujejo, tako glede zanje odločilnih determinant zdravja, kakor tudi glede kulture, vrednot in z zdravjem in zdravljenjem povezanih vedenj njihovih pripadnikov. Na drugi strani so zdravstveni sistemi zaznamovani s specifično kulturo (npr. bodisi tradicionalno hierarhično in pokroviteljsko do svojih

uporabnikov bodisi bolj vključujočo in demokratično) ter različnimi strokovnimi znanji, ki poleg kliničnega dela v različni meri omogočajo sodelovanje s skupnostjo. Ne nazadnje lahko poteka sistemsko zdravstveno delovanje v različnih organizacijskih oblikah. Tu je posebej pomembna zgodovinska in ambivalentna vloga ZD, ki smo jo predstavili zgoraj. Na stiku teh dveh sfer, skupnosti in zdravstvenega sistema, je pomembno konceptualizirati različne oblike sodelovanja za doseganje najboljših zdravstvenih rezultatov. Dobro lokalno sodelovanje za zdravje po naši oceni zaznamujejo tri pomembne dimenzije, povezane z različnimi vlogami uporabnikov. Izbira je povezana s potrošniškim principom, ki omogoča skupnosti npr. odločitve o javni ali zasebni ponudbi določenih storitev. V sodelovanju s zdravstvenim sistemom le-to predpostavlja skupno planiranje storitev. Vpliv na storitve je mogoč le v enakopravni razpravi, v kateri se na demokratičen in deliberativen način sprejmejo skupne odločitve v največjo korist prebivalcev skupnosti. Koprodukcijo pa zaznamuje prežemanje aktivnosti skupnosti ter zdravstvenega sistema za doseganje skupnih ciljev na področju zdravja skupnosti. Ti kompleksni in med seboj povezani procesi, ki potekajo na stiku življenjskega sveta in sistema, povratno vplivajo tako na značilnosti skupnosti in zdravstvenega sistema kakor tudi na obvladovanje tveganja družbenih in okoljskih determinant zdravja ter tako na samo zdravje skupnosti in posameznikov.

Slika 2: KONCEPTUALNI MODEL SODELOVANJA ZD IN SKUPNOSTI



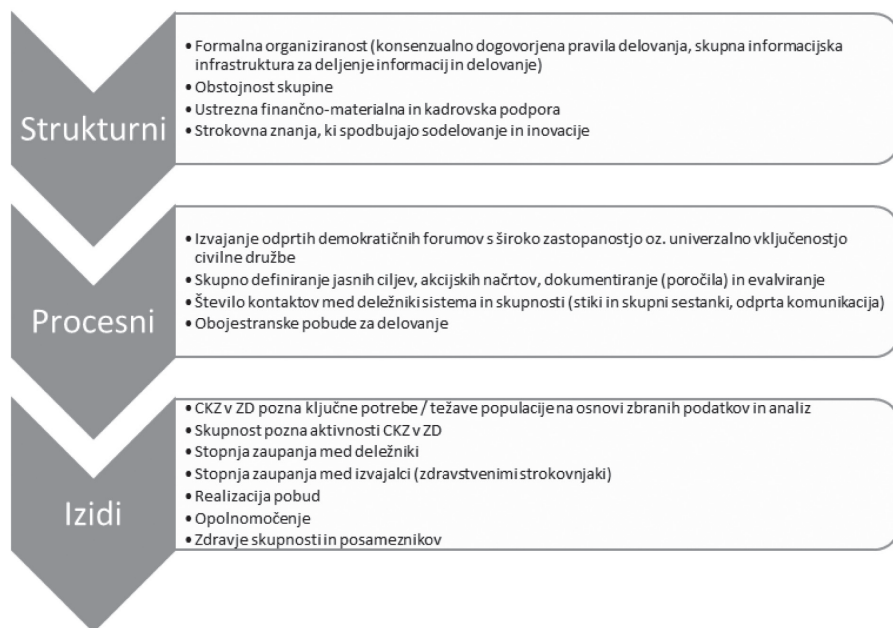
Vir: avtorjev lastni prikaz.

S pomočjo tega konceptualnega modela lahko sedaj kritično premislimo vlogo LSKZ, ki je bila zasnovana kot operativna oblika integracije med skupnostnim in sistemskim pristopom k zdravju na lokalni ravni. Ne gre za klasično dezinstucionalizacijo in ukinitve sistema in prevlado skupnosti nad sistemom. Ločenost med uporabniki in izvajalci, ki se lahko reducira na vprašanje, kdo bo koga prevladal v smislu »zero-sum-game«, presega koncept koprodukcije z možnostjo, da vsi vključeni v proces pridobijo (situacija »win-win«). Opozoriti pa je treba, da se ideja LSKZ kot prostora enakopravnega srečevanja, posvetovanja in odločanja odvija v konkretnih okoliščinah slovenskega družbenega prostora v zgodnjem 21. stoletju, ki je zaznamovan s kompleksnim prepletom tradicionalnih, modernih in postmodernih značilnosti.

Glede na značilnost delovanja CKZ in LSKZ, kot je predstavljena, iniciativa prihaja s strani zdravstvenega sistema na nacionalni ravni. Vzpostavitev LSKZ neposredno odpira prostor enakopravne razprave, kjer dobijo glas in možnost vpliva različni deležniki v skupnosti. Ti nimajo enako moči in možnosti vplivanja, zato mora LSKZ za svoje delovanje zagotoviti strukture in voditi procese na način, ki bo omogočil enakopravno argumentirano razpravo. Vsekakor je to pomemben prvi pogoj za vzpostavitev koprodukcije (glej o zagotavljanju pogojev za timsko delo v: Pahor, 2014). Manj jasno je, kako bi lahko predpostavljeno sodelovanje povečalo možnosti izbire. Verjetno bi bilo potrebno v ta namen zagotoviti objektivne podatke o možnih vplivih na zdravje različnih političnih ukrepov. Kar smo v članku obravnavali le v manjši meri in ostaja za prihodnje raziskovanje, je vprašanje, kako lokalne skupnosti (občine) skupaj z zdravstvenimi strokovnjaki, zdravstvenim sistemom in drugimi deležniki iz lokalnega okolja načrtujejo in izvajajo ukrepe, ki spreminjajo determinante zdravja v njihovem okolju. Lokalna politika v povezavi z gospodarskimi subjekti ter civilno družbo (v smislu blaginjskega trikotnika gl. npr. Esping-Andersen, 1999; Evers, 1995; Pestoff, 1992) v vsakem primeru vpliva (verjetno pogosto celo brez potrebnega zavedanja in refleksije o tem) na življenjske razmere ter tako tudi na zdravje lokalnega prebivalstva.

Na osnovi konceptualnih modelov, ki smo jih predstavili zgoraj, smatramo, da je potrebno novo nastajajoče transformativne prakse v povezavi z vključevanjem skupnosti spremljati na način, da evalviramo tako strukturne kot procesne dejavnike ter izide tovrstnega delovanja (slika 3).

Slika 3: KATEGORIJE KAZALNIKOV SODELOVANJA SKUPNOSTI IN ZD



Vir: avtorjev lastni prikaz.

Glas oz. vpliv državljanov je npr. moč evalvirati skozi analizo izvajanja odprtih demokratičnih forumov. Izziv, ki ga poznamo iz tujine, npr. tudi iz Velike Britanije, je, da kljub formalno uveljavljeni participaciji (gl. Lichon et al., 2015) še vedno odprto vprašanje, kako doseči široko, reprezentativno zastopanost in univerzalno vključenost civilne družbe ter resnično enakopravno razpravo vseh deležnikov. Možnosti izbir so v pretežni meri pogojene z nacionalnimi programi in sistemskimi političnimi odločitvami, vendar je mogoče skupno planiranje in vlogo različnih deležnikov pri izbiranju ukrepov evalvirati skozi analize akcijskih načrtov na lokalni ravni. Na področju koprodukcije bi evalvirali skupne pobude in njihovo izvedbo. Dolgoročni končni izidi bi morali odražati povečano stopnjo opolnomočenosti in zdravja skupnosti ter njenih posameznikov. To je le nekaj izmed možnih dejavnikov, ki bi jim bilo v prihodnje potrebno posvetiti več sistematičnega preučevanja ter jih ustrezno operacionalizirati.

Sklep

Izhodiščno predpostavko o povezavi med kakovostjo življenja in krepitvijo zdravja skozi »racionalizacijo sveta življenja«, na osnovi »odprte, enakopravne razprave« med (zdravstvenim) »sistemom« in (skupnostnim)

»svetom življenja«, smo preverjali z razmislekom o značilnostih tega razmerja. V tem kontekstu smo pregledali novo nastajajoče modele odnosov med na področju zdravstva dominantnim partnerjem v tem odnosu (to je zdravstveni sistem, na nacionalni ravni Ministrstvo za zdravje in NIJZ, na lokalni pa zdravstveni dom) in lokalno skupnostjo.

Ugotovili smo, da prihaja do spremembe vloge ljudi od »predmeta dela« zdravstvenih strokovnjakov k (ozaveščenemu, bolj ali manj izbirčnemu) »uporabniku« zdravstvenih storitev in od tega h »koproducentstvu« osebnega in skupnostnega zdravja. Skupnost postaja koproducent zdravja na različne načine, v članku smo se osredotočili na ustanavljanje medsektorskih in medpoklicnih *Lokalnih skupin za krepitev zdravja*, ki imajo potencial preseganja dihotomije uporabnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev in nakazujejo možnosti koprodukcije zdravja.

S tem se transformira tudi vloga zdravstvenega sistema, ki ga na lokalni ravni predstavlja zdravstveni dom, in sicer v smeri od pretežno kurativne in deloma preventivne dejavnosti k zagotavljanju celotnega spektra varovanja zdravja, kar je mogoče le na osnovi novih oblik sodelovanja z lokalno skupnostjo, ko skupnost iz »prejemnika« storitev postane njihov pobudnik in koproducent.

V članku je predstavljen konceptualni model sodelovanja med zdravstvenim sistemom in lokalno skupnostjo, ki omogoča razumevanje in v nadaljevanju evalvacijo novo nastajajočih transformativnih praks z zajemanjem tako strukturnih kot procesnih dejavnikov ter izidov tovrstnega delovanja. Na osnovi tega modela bo mogoče načrtovanje sistematičnih empiričnih raziskav o značilnostih, procesih in učinkih novih (lokalnih) politik na zdravje ljudi.

LITERATURA

- Abma, Tineke A., Hannah Leyerzapf and Elleke Landeweer (2016): Responsive Evaluation in the Interference Zone Between System and Lifeworld. *American Journal of Evaluation* 38 (4): 507-520.
- Albreht, Tit, Diana M. J Delnoij and Niek Klazinga (2006): Changes in Primary Health Care Centres Over the Transition Period in Slovenia. *European Journal of Public Health* 16 (3): 237-242.
- Arnstein, Sherry R. (1969): A ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners* 35 (4): 216-224.
- Barry Christine A., Fiona A. Stevenson, Nicky Britten, Nick Barber and Colin P. Bradley (2001): Giving Voice to the Lifeworld. More Humane, More Effective Medical Care? A Qualitative Study of Doctor-Patient Communication in General Practice. *Social Science & Medicine* 53 (4): 487-505.
- Bovaird, Tony (2007): Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction in Public Services. *Public Administration Review* 67 (5): 846-860.

- Coulter, Angela and Helen Magee (2003). *The European Patient of the Future*. Maidenhead: Open University Press.
- Davies, Celia, Margie Wetherell and Elizabeth Barnett (2006): *Citizens at the Centre: Deliberative Participation in Healthcare Decisions*. Bristol, UK: Policy Press
- Defining Healthy Communities (2013). Dostopno prek <https://hria.org/wp-content/uploads/2016/10/defininghealthycommunities.original.pdf>, 20. 11. 2017.
- Dent, Mike (2006): Disciplining the Medical Profession? Implications of Patient Choice for Medical Dominance. *Health Sociology Review* 15 (5): 458–468.
- Dent, Mike, and Majda Pahor (2015): Patient Involvement in Europe – a Comparative Framework. *Journal of Health Organization and Management* 29 (5): 546–555.
- Dent, Mike, Catherine Fallon, Claus Wendt, Jari Vuori, Majda Pahor, Carlo De Pietro, Susana Silva (2011): Medicine and User Involvement Within European Healthcare: a Typology for European Comparative Research. *International Journal of Clinical Practice* 65 (12): 1218–1220.
- Dent, Mike, Ian Kirkpatrick and Indareth Neogy (2012): Medical Leadership and Management Reforms in Hospitals: a Comparative Study. In Teelken, C., Ferlie, E. and Dent, M. (Eds), *Leadership in the Public Sector*, 105–125. London, Routledge.
- Dunston, Roger, Alison Lee, David Boud, Pat Brodie and Mary Chiarella (2009): Co-Production and Health System Reform – From Re-Imagining To Re-Making. *Australian Journal of Public Administration* 68 (1): 39–52.
- Esping-Andersen, Gosta (1999): *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Evers, Adalbert (1995): Part of the Welfare Mix: The Third Sector as an Intermediate Area. *Voluntas* 6 (2): 119–139.
- Fotaki, Marianna (2010): Towards Developing New Partnerships in Public Services: Users as Consumers, Citizens and/or Co-producers in Health and Social Care in England and Sweden. *Public Administration* 89 (3): 933–955.
- Friedman, Andrew, and Samantha Miles (2006): *Stakeholders: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press.
- Froggatt Katherine, Jo Hockley, Deborah Parker and Kevin Brazil (2011): A System Lifeworld Perspective on Dying in Long Term Care Settings for Older People: Contested States in Contested Places. *Health & Place* 17 (1): 263–268.
- Greenhalgh, Trisha, Nadia Robb and Graham Scambler (2006): Communicative and Strategic Action in Interpreted Consultations in Primary Health Care: A Habermasian Perspective. *Social Science & Medicine* 63 (5): 1170–1187.
- Habermas, Jürgen (1975): *Saznanje i interes*. Beograd: Nolit.
- Habermas, Jürgen (1984): *The Theory of Communicative Action vol. 1: Reason and the Rationalization of Society*. Boston: Beacon Press.
- Ham Christopher (2009): *Health Policy in Britain*, 6th edition. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hirschman, Albert O. (1970): *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Kavčič, Matic, Majda Pahor, Barbara Domajnko (2015): User Involvement in Slovenian Healthcare. *Journal of Health Organization and Management* 29 (5): 595–610.
- Kirkpatrick, Ian, Peter K. Jespersen, Mike Dent and Indareth Neogy (2009): Medicine and Management in a Comparative Perspective: the Case of Denmark and England. *Sociology of Health & Illness* 31 (5): 642–658.
- Klančar, Darinka, Igor Švab in Janko Kersnik (2010): Vizija prihodnosti zdravstvenih domov v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo* 49 (1): 37–43.
- Krek, Milan, Majda Pahor, Martin Ranfl in Ivanka Huber (2018): Skupnostni pristop k zdravju: izhodišča, načela, procesi. V: Pahor, Majda (ur.) *Zdrava skupnost: priročnik za razvoj skupnostnega pristopa k zdravju*, 40–58. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Kuhar, Marjeta (2012): Analiza izvajanja zdravstvenega varstva na primarni ravni v Republiki Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana: FDV.
- Lichon, Mateusz, Matic Kavčič and Daniel Masterson (2015): A Comparative Study of Contemporary User Involvement Within Healthcare Systems Across England, Poland and Slovenia. *Journal of Health Organization and Management* 29 (5): 625–636.
- Lucyk, Kelsey, Lindsay McLaren (2017): Taking Stock of the Social Determinants of Health: A Scoping Review. *PLoS ONE* 12 (5): e0177306.
- Marmot, Michael, Sharon Friel, Ruth Bell, Tanja AJ Houweling and Sebastian Taylor (2008): Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. *The Lancet* 372 (9650): 1661–1669.
- McQueen, David V., Matthias Wismar, Vivian Lin, Catherine M. Jones and Maggie Davies (2012): *Intersectoral Governance for Health in All Policies*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Medeiros, Helena, David McDaid, Martin Knapp (2007): *Shifting Care From Hospital to the Community in Europe: Economic Challenges and Opportunities*. London: Personal Social Services Research Unit London School of Economics and Political Science. Street.
- Pahor, Majda (ur.) (2014): *Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Pahor, Majda (ur.) (2018): *Zdrava skupnost: priročnik za razvoj skupnostnega pristopa k zdravju*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Pavolini, Emmanuele, and Elena Spina (2015): Users' Involvement in the Italian NHS: the Role of Associations and Self-help Groups. *Journal of Health Organization and Management* 29 (5): 570–581.
- Pestoff, Victor (1992): Third Sector and Cooperative Social Services—An Alternative to Privatization. *Journal of Consumer Policy* 15 (1): 27–45.
- Peternel, Leopoldina, Peter Beznec, Silva Nemeš, Rok Poličnik, Nika Berlic, Juš Škraban in Denis Oprešnik (2018): Uvajanje skupnostnega pristopa k zdravju na lokalni ravni: praktični vidiki. V: Pahor, Majda (ur.), *Zdrava skupnost: priročnik za razvoj skupnostnega pristopa k zdravju*, 82–111. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.
- Popay, Jennie (2010): *Community Empowerment and Health Improvement: the*

- English Experience. In A. Morgan, M. Davies, & E. Ziglio (Eds.), *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*, 183–197. New York: Springer.
- Poplas-Susič, Tonka, Igor Švab in Janko Kersnik (2013): Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji, *Zdravniški vestnik: glasilo slovenskega zdravniškega društva* 82 (10): 635–647.
- Robertson, Roland (1995): »Glocalization: Time-Space and Homogeneity-Heterogeneity«. In Featherstone Mike, Scott Lash and Roland Robertson (eds.), *Global Modernities*, 25–44. London: Sage.
- Scambler, Graham (1987): *Habermas and the Power of Medical Expertise*. V: Scambler, G. (ed), *Sociological Theory and Medical Sociology*. London and New York: Tavistock Publications.
- South, Jane, and Gemma Phillips (2014): Evaluating Community Engagement as Part of the Public Health System. *Journal of Epidemiology and Community Health* 68 (7): 692–696.
- Tonkens, Evelien (2016): Professions, Service Users and Citizenship: Deliberation, Choice and Responsibility. In Dent, Mike, I. Bourgeault, J.-L. Denis and E. Kuhlman (eds.). *The Routledge Companion on the Professions and Professionalism*. London: Routledge.
- Vrangbaek, Karsten (2015): Patient Involvement in Danish Health Care. *Journal of Health Organization and Management* 29 (5): 611–624.
- Whitehead, Margaret (1991): The Concepts and Principles of Equity and Health. *Health Promotion International* 6 (3): 217–228.
- Whitehead, Margaret (2007): A Typology of Actions to Tackle Social Inequalities in Health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61 (6): 473–478.
- Wildridge, Valerie, Sue Childs, Lynette Cawthra and Bruce Madge (2004): How to Create Successful Partnerships—a Review of the Literature. *Health Information & Libraries Journal* 21: 3–19.
- Zupančič, Vesna, Doroteja Kuhar in Majda Pahor (2014): Lokalne skupnosti in skupnostna skrb na področju duševnega zdravja: perspektiva upravnih subjektov, izvajalcev in uporabnikov. *Družboslovne razprave* 30 (77): 27–48.

VIRI

- Center za zdravje in razvoj (2012). *Organizacijska struktura RAS Mura*. Murska Sobota.
- European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012): *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care* Brussels. Dostopno prek <http://deinstitutionalisationguide.eu/wpcontent/uploads/Common-European-Guidelines-on-the-Transition-from-Institutional-to-Communitybased-Care-English.pdf>, 14. 9. 2017.
- Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih. Vsebinska izhodišča za izvajanje projektnih aktivnosti (2017): Dostopno prek http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/vsebinska_izhodisca_za_izvajanje_op_nadgradnja_in_razvoj_preventivnih_programov.pdf, 5. 6. 2018.

- Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ (2015): Skupaj za zdravje. Dostopno prek <http://www.nijz.si/sl/skupaj-za-zdravje>, 12. 5. 2018.
- National Institutes of Health (2011): Principles of Community Engagement (2nd ed.). Dostopno prek https://www.ucdmc.ucdavis.edu/crhd/images/pdf/PCE2_En.pdf, 12. 5. 2018.
- United Nations Research Institute for Social Development – UNRISD (2016): Policy Innovations for Transformative Change: Implementing the 2030 Agenda for Sustainable Development. Dostopno prek [http://www.unrisd.org/UNRISD/website/document.nsf/\(httpPublications\)/92AF5072673F924DC125804C0044F396?OpenDocument](http://www.unrisd.org/UNRISD/website/document.nsf/(httpPublications)/92AF5072673F924DC125804C0044F396?OpenDocument), 12. 8. 2017.
- World Health Organisation (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, dostopno prek <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, 5. 6. 2018.
- World Health Organization (2006): Constitution of the World Health Organization – Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October.
- World Health Organization (2010): Adelaide Statement on Health in All Policies. Adelaide: Government of South Australia. Dostopno prek: http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf, 15. 10. 2017.
- World Health Organization (2018): Social determinants of health. Dostopno prek http://www.who.int/social_determinants/en/, 20. 6. 2018.