

# Vzpon zdravniške avtoritete

Alan Kelher

Pozaba je sestavni del znanosti. Lahko bi temu rekli tudi razvoj, a med njima je pomembna razlika. Razvoj s seboj nosi rast, refleksijo, zavedanje preteklosti, ki omogoča priznanje in preseganje lastnih zmot in tako kritično distanco do trenutne »objektivnosti«. Pozaba, nasprotno, navedeno prikriva ali vsaj izkrivlja, saj ima v tem korist. Družbeno korist, ki se odraža v odnosih moči in boju za interpretacijo realnosti. Med temi znanostmi še posebej izstopa medicina.

## Anatomija in epistemološki premik

Vektorska oziroma dogodkovna zgodovina, ki izpostavlja izolirana znanstvena odkritja, nam namreč ne pokaže, kako je do različnih epistemoloških sprememb (mejniov) v medicinski znanosti sploh prišlo. Pozablja se na različne družbene prakse, ki so te spremembe pomembno sooblikovale in so njihov kontekst. Korak naprej k dopolnjevanju vektorske zgodovine (s tem pa tudi kolektivnega spomina ali pozabe) predstavlja t. i. nova zgodovina. Ta zapolni vsaj del vrzeli, ki jo poseduje dogodkovna zgodovina. Kot je v svojih delih utemeljil francoski filozof in zgodovinar znanosti Michel Foucault, je za zgodovino medicine pomemben neke vrste »medicinski obrat«, rez v medicinski epistemologiji.

To novo znanje je, kot povzema Simon Sinclair v delu *Making Doctors: An Institutional Apprenticeship*, temeljilo na anatomiji, ki je v temeljih spremenila klasifikacijo bolezni, in patologiji, ki je s posmrtno obdukcijo raziskovala trupla bolnikov. Zahodna tradicija anatomije je počivala na t. i. *anatomski metodi* (kar povzame vse od anatomije do fiziologije), ki temelji na predpostavki, da več kot nekdo ve o strukturi, bolje tudi razume funkcijo. Seciranje je tako predstavljalo metodološko orodje funkcionalnih anatomov.

Od 13. stoletja naprej so v kontinentalni Evropi secirali trupla z namenom, da bi odkrili vzroke epidemčnih bolezni in v primeru osumljenih zastrupitev. V 14. stoletju so izvajali seciranja tudi zato, da bi se učili oziroma potrdili anatomske teorije zgodnejših zdravnikov – in ne zato, da bi jih preizkusili ali iskali nova odkritja. V prvi polovici 16. stoletja pa že zasledimo prve skepticizme, ki dvomijo v zgodnejše teorije, ki so dominirale stoletja. S pomočjo seciranj se je tako začela razvijati anatomi-

ja, z njo pa tudi fiziologija, kirurgija in patologija – neuspehu je namreč sledil posmrten pregled, ki je omogočil identifikacijo napak in posledični popravek; kar so našli pri posmrtni obdukciji so namreč povezovali s simptomi, ki so se izražali pri bolniku za časa življenja.

Takšna osebna dejanja in njihovi rezultati, ki so le delno vidni celo dobro pozicioniranim opazovalcem, so postale del osebnega repertoarja fizičnih tehnik izvajalca, ki se lahko uči iz svoji dejanj in jih izboljša. Samo kirurg je bil tisti, ki je vedel, kaj je naredil, in je poznal posledice svojega dejanja. To je vodilo do nove oblike posebnega osebnega znanja in izkušnje, ki vključuje tudi preiskovalno, ne zgolj terapevtsko dejanje – dejanje, ki je usmerjeno v dosego praktičnega rezultata, spremembo, ki koristi bolniku, prakso odgovornosti.

Anatomija je tako omogočila epistemološki premik. Foucault poudarja, da se je z novim znanjem, ki je izviralo iz anatomije, odnos med bolnikom in zdravnikom radikalno spremenil, in da je takšno novo epistemično znanje *osebno* in pridobljeno posebno z opazovanjem prejšnjih skritih vidikov; predobstoječe akumulirano znanje, ki je prav tako temeljilo na opažanju, pa se je nadalje akumuliralo po enaki poti. A ni le pogled tisti, ki je vpleten v *osebno* pridobitev znanja preko obdukcije mrtvega telesa. Dostopnost medicinskega pogleda v obolelo telo potrebuje precej več; ročno delo kirurgije, rezanje skozi kožo in podkožna tkiva zahtevajo predvsem dotik, pa tudi voh in okus in celo posluš (npr. izoblikovanje Auenbruggerjeve diagnostične metode perkusije prsnega koša, opisane leta 1761, po letu 1819 pa splošno sprejeta avskultacija z uporabo stetoskopa, s katero se je tudi lahko primerjalo zvoke za časa življenja z ugotovitvami, do katerih so prišli kasneje pri obdukciji). Zato epistemično znanje, ki izhaja iz dejanja osebnega seciranja, ni le posledica preprostega gledanja; šele kombinirana čutna izkušnja zdravorazumske percepcije gledanja in dotikanja proizvede osebno prepričanost.

## Elementi zdravniške profesije

Epistemološkega premika, ki se je zgodil v medicini in poglobil njeno strokovno znanje, tako ni mogoče zanikati. V primeru zdravnika sta globina in širina strokovnega znanja po mnenju sociologinje Jane Bezenšek premosorazmerna z njegovo avto-



riteto, ki naj bi bila tudi eden od najpomembnejših elementov profesije nasploh (npr. specialist uživa večjo avtoriteto kot specializant, še večjo pa naj bi imel primarij). Poleg znanja tvori temelj avtoritete tudi avtonomija, ki pa naj bi bila omogočena ravno zaradi znanja, ki uživa v javnosti veliko kredibilnost (v nasprotju z vsiljeno avtoriteto, ki se spoštuje uradno ali celo po dolžnosti, ne pa tudi osebno). A med njima je tanka meja, saj znanje pomeni tudi moč.

Bezenškova namreč definira profesijo kot poklicno skupino, ki ima monopol oziroma ekskluzivo nad nekim kompleksnim področjem znanja, za katerega je potrebno dolgoletno izobraževanje in ki je v skladu z lastno profesionalno agendo oziroma etiko usmerjeno v dobro skupnih (tudi javnih) interesov, s čimer hkrati legitimirajo visoke poklicne nagrade. Profesionalizem tako opredeljuje z 1) zahtevo po celoti in kvaliteti sistematičnega znanja (razvite osnovne teorije, tehnike in praktične veščine) in organiziranosti profesije, 2) altruizmom kot osnovnim vodilom profesionalne skupnosti, 3) etičnim kodeksom, ki mora uravnavati vedenje in delovanje določene profesionalne skupine (člani pa se z njim navadno spoznajo že za časa usposabljanja, npr. Hipokratovo prisego), 4) visokim ugledom in prepoznavnostjo, ki so si ju takšne profesionalne skupine uspele zgraditi, ter posledično visokem zaslužku, ki naj bi hkrati odražal njihov prispevek k blagostanju družbe.

Takšna (samo)regulacija monopolni strokovni skupini omogoča tudi nadziranje in vplivanje na trg delovne sile ter s tem maksimiziranje nagrade za svojo uspešnost. 1) Profesija nadzoruje usposabljanje (bodočih) članov in tako omejuje vstop v poklic oziroma profesijo tako na kvalitativni (le najspodobnejšim se omogoči vstop) kot na kvantitativni ravni (le določeno število je sprejetih v profesijo). Slednje zagotavlja predvsem visoko povpraševanje po storitvah profesije, čemur posledično ustreza tudi vrednost storitev, ta pa hkrati odraža njen visok družbeni ugled. 2) Z nadzorom in zahtevo po pravici do discipliniranja svojih članov (uveljavitev profesionalne etike, s katero lahko izloči tiste člane iz svoje poklicne skupine, ki prekršijo uveljavljen kodeks obnašanja) daje profesija javnosti vedeti, da so njeni člani podvrženi pravilom, to pa gradi v očeh javnosti potreben ugled, avtoriteto in tudi legitimnost (čeprav po drugi strani tako preprečujejo javnosti vpogled v njene zadeve in možnost spreminjanja takih pravil od zunaj). 3) Z (zakonskim) podeljevanjem kvalifikacij svojim članom pa »onesposablja« zunanjo konkurenco ter tako vzdržujejo obseg ponudbe na trgu. Nekvalificirane posledično silijo v polje sive ekonomije, kjer so izpostavljeni zakonskemu preganjanju, ki ga je dosegla profesija, s tem pa tudi kritiki javnosti, ki legitimira takšno zakonodajo.

Iz navedenega tako postane jasno, da si je zdravniška profesija

skozi zgodovino ustvarila poseben in ekskluziven položaj (še posebno od 19. stoletja dalje) tudi zato, ker se je razvijala kot nekakšna cehovska organizacija – zaprta navzven in navznoter. Navzven zato, ker ni imela zunanje konkurence, saj ji je visoka specialnost znanja ta primat omogočala (npr. z javnega področja skrbi za zdravje je izpodrinila nekatere druge in prej povsem legitimne veje zdravljenja, kot je tradicionalna medicina), navznoter pa zato, ker je specializacija posameznih vej medicine pripeljala do stroge delitve dela znotraj medicine in s tem tudi nekakšen monopol specialistov na svojih področjih medicine (npr. pulmolog tako ne more konkurirati ortopedu). To, kar lahko in znajo člani neke profesije, nekdo drug pač ne zna in *ne sme* delati. Profesije so zato v prvi vrsti odnosi moči.

#### Institucionalni temelji zdravniške avtoritete

Pozablja se, da znanje ni družbeno in zgodovinsko nevtrarno. Socialna zgodovina medicine nam natančneje pokaže, da obstoječa avtoriteta ni posledica naravnih dejavnikov oziroma zgolj posedovanja ekskluzivnega znanja, ki bi bilo družbeno nevtrarno oziroma ne bi bilo vpeto v družbene odnose moči, temveč je ta po eni strani posledica razvoja cehovskih omejitev, ki so obstajale na področju zdravstva in so uspešno regulirale »trg«, po drugi strani pa znanja, ki je prav tako družbeno konstruirano in ki je po zaslugi vpliva cehovskih organizacij in naklonjenosti države dobilo primarno vrednost v družbi. Povedano drugače, zdravniške cehovske organizacije so imele organizacijsko znanje in moč, da so po eni strani opravile s konkurenco, po drugi pa v pravem zgodovinskem trenutku – ko jih je potrebovala država za svoje potrebe – vsilile družbi svojo definicijo realnosti kot edino pravilno in legitimno.

Za vzpostavitev zdravniške avtoritete in uveljavitev zdravniškega znanja kot normativnega in edino veljavnega so bili zato v zgodovini zaslužni vsaj štirje organizacijski oziroma institucionalni dejavniki:

- cehovski nadzor*, ki je opravil tako z notranjo kakor zunanjo konkurenco,
- razvoj bolnic*, ki je množično razširil trg bolnikov in s tem zdravniškega delovanja,
- produkcija koncepta normalnega in patološkega*, s katerim je bila medicini zaupana interpretacija deviantnega (in s čimer se je postavila ob bok pravu in religiji pri diagnosticiranju kaznivega oziroma grešnega),
- državno priznanje* posebnega statusa medicine pri skrbi za zdravje populacije.

#### Cehovsko vajeništvo predmoderne medicine

Pred množičnim pojavom bolnic in z njimi povezanih študijskih klinik so se zdravniki učili svojega poklica preko sistema vajeništva, ki pa je bil namenjen izključno moškimi. Osnovna načela vajeništva so vključevala obvezujoče pisne sporazume, ki so jih sklenili starši, ki so tako »oddali« svojega otroka, da bi služil mojstru. V Angliji, na katero se osredotoča Sinclair, je bila doba vajeništva pri zdravnikih sedem let, kar je bilo običajno za večino poklicev 18. stoletja. Vajenec se je tako od mojstra naučil, kako izvajati prakso in kako le-to bolnikom zaračunati, pa tudi druge skrivnosti zdravniške bratovščine. Na začetku so vajence sicer mnogokrat izkoriščali, toda z leti jim je bila zaupana čedalje večja odgovornost in skrb za bolnike. Za vajenca je bila prednost takšnega sistema ta, da v času vajeništva ni mogel dobiti odpovedi in da je po koncu tega obdobja postal zakonito upravičen za izvajanje zdravniške prakse, z možnostjo tudi sam postati mojster in tako v zameno koristiti prednosti, ki izhajajo iz sistema vajeništva. Socialno je sistem vajeništva zagotavljal nivo usposobljenosti v kvalificiranega odraslega in nadziral vstop novincev, kar je preprečevalo, da bi obrt preplavilo preveč kvalificiranih ljudi; kršitve zahtev vajeništva s strani nekvalificiranih ljudi so nemudoma kaznovali. Starodavni sistem vajeništva v vertikalno mobilnih, toda še vedno ločenih bratovščinah, je dobro ustrezal stabilni ekonomiji in statičnemu družbenemu redu, čeprav ni povsem ustrezalo družbenim spremembam 18. stoletja – velikanskemu porastu populacije in njenemu premiku v nove industrijske centre.

Odnos vajenec-mojster je začel razpadati s slabljenjem nadzora bratovščine, ki je izrecno prepovedovala mojstrom izobraževanje večih vajencev. Proti koncu 18. stoletja so tako kvalificirani vajenci v čedalje večjem številu začeli iskati dodatno šolanje. Pridružili so se dobrodelnim bolnišnicam ali privatnim šolam, kjer so nove klasifikacije bolezni na osnovi patološke anatomije, uporaba anatomske metode za raziskovanje in uporabnost seciranja za kirurško izobraževanje poudarjale pomembnost anatomije.

Prebivalstvo je iskalo medicinsko zdravljenje skoraj vsepovsod med zagovorniki različnih vrst špekulativnih sistemov klasifikacij. Izven dobrodelnih bolnišnic je imel namreč bolnik široko paleto terapevtskih možnosti. Visok nivo bolezni v 18. stoletju in le delni uspeh predmoderne medicine v lajšanju poglavitnih nevarnih in smrtonosnih bolezni – poleg dejstva, da je bil to čas prostega trga za medicino v razvijajoči se ekonomiji – je vodilo do živahnega in naraščajočega medicinskega pluralizma.

Bolni so pazljivo spremljali svojo bolezen in aktivno izbirali med zdravstvenimi izvajalci ter vneto sodelovali pri zdravljenju. Ne le da so ljudje založili svoje domove z najrazličnejšimi zdravili, temveč so vsepovsod iskali rešitve za svoje težave – tako pri mazačih kot pri zdravnikih in na tem odprtem trgu je bila včasih edina razlika med mazačem in zdravnikom le ta, da je slednji imel licenco za opravljanje prakse. Ekonomska moč bolnikov je pomenila, da je to trg kupcev, kjer sta samopromocija in oglaševanje lahko vodila do bogastva tako licenčne kot nelicenčne zdravstvene izvajalke, in kjer hkrati sama licenca za opravljanje prakse še ni zagotavljala prihodka. To predstavlja tako tranzicijsko obdobje med t. i. »posteljno« (tj. patronažno) in bolnišnično medicino.

#### Pojav bolnic in institucionalizacija medicinskega izobraževanja

Posteljna medicina, ki je bila pred pojavom bolnic prevladujoča oblika medicinske prakse, je temeljila na *konceptu zdravja*, številne fenomenološke klasifikacije bolezni pa so temeljile na dominatnosti posameznega bolnika. To je nato v prvih treh ali štirih desetletjih 18. stoletja zamenjala nova vrsta medicinske prakse, bolnišnična medicina. Bolnišnična medicina je temeljila na *konceptu normalnosti* in na sistematičnih statističnih asociacijah, ki so povezovale zunanje simptome in notranje poškodbe, ki so jih našli pri anatomski obdukciji po smrti. S povečano pomembnostjo anatomije se je zato redefiniralo tudi samo zdravljenje oziroma obravnava bolnikov; tako se je temeljito spremenila funkcija bolnice od kraja počitka do kraja zdravljenja. Pozabljamo namreč, da so prvotno bolnike sprejemali v bolnice za določeno obdobje počitka in nege (kar je tudi bistvo posteljne medicine) in ne toliko zaradi zdravljenja, s čimer se prikriva dinamika družbenih dejstev, ki so pomagali na novo vzpostavljati in utrditi odnose moči. Odnosi v posteljni medicini se lahko povzamejo kot tisti med bolnim kot patronom in praktikantom kot klientom; v bolnišnični medicini pa so bolniki postali »primeri«, ki so prevzeli vlogo pasivnega in nekritičnega pacienta vpričo neizpodbitnega medicinskega znanja. Tako se je razvilo neke vrste lastništva, saj so imeli sedaj zdravniki »svoje« bolnike v »svojih« posteljah. Hkrati ti premiki pomenijo zametke zdravniške avtoritete v današnjem pomenu, saj sta bila poklicna vloga in družbeni status zdravnikov javno zagotovilo za varnost in učinkovitost teorij in terapij, ne pa bolnikova odobritev njihove vsebine.

Novo znanje, naraščajoča skrb bolnic za trg medicinskega izo-

braževanja in povečano število zdravnikov je vodila do velikih sprememb tudi v njeni organizaciji. *Bolnišnična medicina* namreč ni le temeljito spremenila odnose med bolniki in zdravniki, temveč je ustvarila tudi nove odnose med študenti in bolnišničnimi zdravniki. Z nastankom večjega števila bolnic se je začel namreč rušiti tradicionalni odnos med vajencem in mojstrom, in to v obeh smereh: mojstri so lahko vzeli v uk številne učence, učenci pa so sledili številnim mojstrom. V tem precej trdnem sistemu bolnišničnega učenja so bili zdravniki dobro plačani, plačevali pa so jih neposredno študenti.

Nove bolnišnične medicinske šole so prinesle študentom tudi socialne spremembe. Pred tem so vajenci živeli s svojim mojstrom in nekateri pogodbeni bolniški vajenci so s tem nadaljevali. Čedalje več študentov pa je našlo nastanitev, sami ali s prijatelji, blizu bolnice. Kmalu so bolnice same ustanovile akademska oziroma univerzitetna študentska bivališča, kjer so svoje študente lahko bolj skrbno nadzirali. V okviru takšne organiziranosti in skupnega življenja so se razvili tudi razni klubi in društva vseh vrst, preko katerih se je v medicinske šole preneslo sodelovanje, z njim pa tudi tekmovalnost – akademska tekmovalnost, ki so jo stimulirali izpiti, nagrade in štipendije, in socialna tekmovalnost, ki je v posamezniku hkrati vzpostavila temelje kasnejše poklicne notranje hierarhije.

Bolnišnična medicina pa ni ustvarila le delitev med bolnišničnimi zdravniki samimi, temveč tudi med starejšimi in mlajšimi bolnišničnimi zdravniki. Tretja oblika medicine, ki naj bi se pojavila do leta 1870, tj. je laboratorijska medicina, pa je navedene delitve in hierarhije le še poglobila in vanje vpletla nove kadre zdravstvenega osebja.

#### Normalno in patološko v medicinskem diskurzu

Pomemben dejavnik, ki je nastal kot produkt množičnih anatomske opazovanj in seciranj in ki je zdravniški stroki pomagal »obvladati« realnost in s tem utrditi družbeno avtoriteto, sta, kot omenjeno, tudi pojma *normalnega* in *patološkega* kot produkta medicinske vednosti, ki naj bi bila objektivno pridobljena na osnovi opazovanj narave.

Socialno konstruktivistični pristop sicer problematizira trditev, da razumemo naravo skozi objektivno naravoslovno znanost. Kot je izjavil Foucault, je medicina diskurz, ki producira lastne objekte. Tako lahko razumemo, da medicina zato tako dobro obvlada t. i. »naravne pojave človeškega telesa«, ker jih v resnici sama producira – torej niso nekaj danega v naravi sami, ki samo čakajo, da jih medicina odkrije. Konstruktivistični pristop tako

## **Odgovor na vprašanje, zakaj uradna zgodovina medicine pri samoreprezentaciji »pozablja« na kontekst lastnega razvoja in zakaj nam država kot njen patron raje izpostavlja zgodovino institucij in dogodkov, se, kot kaže, skriva v utilitarnih ciljih države.**

zavrača biološki determinizem in metodologijo naravoslovnih znanosti, s katero naj bi se prepoznale bolezni in njene manifestacije, saj ta metodologija temelji na *konceptu normalnosti*, ki pa je konstrukt pozitivistične medicinske teorije.

Koncept normalnosti pomeni namreč običajnost v statističnem smislu. Nenormalno je vse, kar se nahaja na robovih Gaussove krivulje. Srednja mera z določenim odklonom je tako opredeljena kot normalnost. Da koncept normalnosti temelji na trilih temeljih, pokaže aplikacija koncepta na pojav epidemije (ali pandemije), kjer je lahko večina ljudi okuženih ali bolnih in se torej zdravi posamezniki nahajajo izven meja normalnosti Gaussove krivulje in ne obratno, kakor veleva postavka običajnosti.

Pojem normalnega in patološkega se je sicer konec 19. stoletja razširil z območja medicine na skoraj vsa območja življenja in znanja (neke vrste protomedikalizacija in metamedikalizacija). Takšna samoumevna in naravna racionalizacija pomaga vzpostaviti, zagotavljati in podaljševati hegemonije v družbenih (kolektivnih) zavestih – pomaga pa tudi pozabiti na preskok, ki je to paradigmo hegemonije omogočila. Zdraviti namreč praviloma pomeni kakšno funkcijo ali organizem privedi do norme, od katere se je oddaljila. Norma pa izhaja iz poznavanja fiziologije – znanosti o normalnih bioloških situacijah in pogojih v telesu (Georges Canguilhem). Tako se v pojmu normalnosti združujeta pojem povprečja in pojem idealnega stanja, h kateremu moramo stremeti. In tudi v sodobni medicini prevladuje predstava o tem, da je bolezen neko odstopanje od normalnega stanja organizma, ki zahteva vsaj opredelitev in razvrstitev, če ne celo zdravljenje. Po mnenju Marka Kolška so se tovrstnega nazora navzeli tudi bolniki, ki to zdaj od medicine pričakujejo, kar pa ljudi nekako bolj sili v porabništvo in jih dela odvisne od medicine. Normalno se namreč razume kot tisto, kar je prav in primerno. Tako je beseda »normalen« postala eno od najmočnejših ideoloških orodij 20. stoletja. V tem se vidi domet medicine.

Sociologi zdravja (Philippe Adam, Claudine Herzlich) so kritični do takšnega pojmovanja in problematizirajo domnevno nevtoralnost biomedicinskih ugotovitev, saj poudarjajo, da ni nači-

na, da bi definirali biološko normo ali biološko deviacijo od te norme, ker je ta norma vselej družbeno in kulturno definirana; tako so pogosto razprave o telesnih znakih dejansko prikrite razprave o mejah med normalnim in patološkim. Normalno ne pomeni več povprečno, temveč nekaj, kar je družbena norma, to pa lahko oblikujejo ekonomski interesi. Po mnenju političnih ekonomistov zdravja (Lesley Doyal) v tej klimi ni mogoče videti »zunanjih« dejavnikov bolezni in različnih »odklonov«, npr. okoljskih, socialnih, ekonomskih in političnih dejavnikov, ki bolj kot geni povzročajo širjenje različnih bolezni: izkoriščanje, represija, diskriminacija, revščina, seksizem in rasizem. Medicina tako s svojim pogostim ugotavljanjem in zdravljenjem motenj in bolezni (nehote) prikriva, da je nekaj narobe z našim načinom življenja in z organizacijo družbe.

Zadovoljitev s primerjavo z normo, ki izhaja iz povprečja, zavrača tudi Canguilhem, ki zato predlaga primerjavo z razmerami proučevanega posameznika, saj zgolj na osnovi statističnega povprečja ne moremo soditi o normalnosti ali nenormalnosti posameznika.

### **Povezava z državo in ustoličenje medicinskega statusa**

S tem, ko se je medicina uspela konstituirati kot abstraktna (kozmoloska) entiteta, niz kategorij, ki filtrirajo in konstruirajo izkušnjo (Mary Douglas), medicinske koncepte (v prvi vrsti normalnega in patološkega) pa je prenašala v družbeno polje, kjer so začeli uravnavati družbene odnose, se še ni dokončno ustoličila zdravniška avtoriteta. Za to je manjkal blagoslov države.

Bolj otipljivo vez z državo je sicer zahteval že intenzivni konkurenčni trg zdravstva, kjer je univerzalna, a neorganizirana potreba prebivalstva po medicinskih storitvah spodbujala zdravniško profesijo, da izoblikuje monopol in tako vnese red v »zdravstveni sistem«. Z monopoliziranjem ter učenjem anatomije študentov v bolnišničnih teatralnih učilnicah se je razvilo standardizirano izobraževanje pod profesionalnim nadzorom, ki ga je država uzakonila kot pogoj za pristop k izpitom za pridobitev licence za opravljanje prakse, prebivalstvu pa zagotovil, da so novi izvajalci medicinske stroke dosegli zahte-

van standard strokovnosti. Izoblikovala so se nova združenja medicinskega osebja, da bi dosegli profesionalne in ekonomske cilje ter da bi preprečili konkurenco lekarnarjev, šarlatanov in drugih nekvalificiranih medicinskih izvajalcev. Z novim zakonom je bil tako osnovan profesionalni medicinski status in z njim sodelovanje znotraj zdravniške profesije. S tem zakonom se je vzpostavil tudi neoseben in tipično birokratski odnos med novo profesijo in državo. Z uzakonitvijo profesije je ta pridobila avtonomijo, v nekem smislu pa tudi poenotila medicinske izvedence. Na ta način je zdravniška stroka dobila nadzor in družbeno moč.

A še bolj pomemben korak naprej h dokončni uveljavitvi uradne medicine se je dogodil v 19. stoletju, ko je ta uspela prevzeti skrb za zdravstveno oskrbo in je spretno vzpostavila in politično utemeljila svojo poklicno zaprtost. Po mnenju Mirjane Ule je namreč v času ekspanzionističnega kolonializma družba potrebovala zdravo populacijo, zato je medicini prepustila skrb za javno zdravje in higieno.

Dober dokaz za nujnost državne legitimacije podata Dussault in Sheiham (v Kevin White: *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*) v svoji študiji zobozdravstva oziroma njegove profesionalizacije na začetku 20. stoletja, preko katere pokažeta, da znanost ne pride do večjega družbenega priznanja zaradi svojega poznavanja »narave«, temveč to priznanje temelji na ciljih družbene skupine, ki mobilizira to znanje. Temu v prid postrežeta s Hunterjevo teorijo dentalne oziroma oralne seapse (pomanjkljiva ustna higiena je vir vseh ostalih bolezni v telesu) s preloma stoletja, katere privlačnost ni ležala v nje-

ni znanstvenosti (saj je bila v veliki meri zavrnjena v ZDA), temveč ker je zadovoljila potrebe vpletenih akterjev. To je bil namreč čas, ko zobozdravstvo ni bilo javno priznано oziroma ugledno, politični kontekst naraščajočega zavedanja po potrebi po zdravi populaciji (za doseg nacionalne učinkovitosti) pa je omenjeni teoriji omogočil izboljšanje samopodobe stroke, saj je ta zdravje nacije povezala z zobozdravstvom, s tem pa hkrati zagotovila pogoje za zakonodajno dejanje, da se stomatološka praksa omeji na kvalificirane in registrirane izvajalce. To kaže, da tehnično znanje medicinske prakse ni nevtrarno glede na družbene procese, kajti ne narava, ne znanost, temveč družbeni in politični kontekst je zagotovil njen uspeh.

Odgovor na vprašanje, zakaj uradna zgodovina medicine pri samoreprezentaciji »pozablja« na kontekst lastnega razvoja in zakaj nam država kot njen patron raje izpostavlja zgodovino institucij in dogodkov, se, kot kaže, skriva v utilitarističnih ciljih države. Zgodovina šeg, ki je predhodnica današnje zgodovinske antropologije in je pomenila zgodovino tistega, kar samo na sebi ni nikoli pomenilo dogodka – tj. gibov, obredov, neskončno ponavljanih in samoumevni misli, stališč, vedenj, skratka, družbenih praks – je namreč obstajala že od 16. do 19. stoletja (referenci na Slovenskem sta na primer Valvasor in Linhart) in bila v tem času nasprotje in dopolnilo narativne oziroma dogodkovne zgodovine, ki je prevzela primat šele konec 19. stoletja. A v 19. stoletju se zgodovina oblikuje kot nacionalna veda, ki pa ni samo vektorska, temveč tudi teleološka, in katere temeljna značilnost je bila zato povečevanje odvisnosti intelektualcev od državne oblasti (Drago Rotar). ●

**TUKAJ**  
bi lahko bil  
**VAŠ OGLAS.**

Za informacije pišite na  
**urednistvo@razpotja.si.**