

UDK615:316.344.2
615:174
615: 331.543

Izvorni znanstveni rad.
Primljeno: 12. 06. 2014.
Prihvaćeno: 16. 10. 2014.

O PROCESU DE-/RE-PROFESIONALIZACIJE LJEKARNIKA: KRITIČKA ANALIZA TEMELJNIH OBLIKA FUNGIRANJA LJEKARNIKA U SUVREMENOM DRUŠTVU

Živka Juričić i Željka Lukačin

Farmaceutsko-biokemijski fakultet
Sveučilište u Zagrebu
A. Kovačića 1, 10 000 Zagreb
e-mail: zjuricic@pharma.hr

Sažetak

Pristupnu točku i načelne odredbe u ovom radu predstavljaju ideal-tipske, jedinstvene i jednako važne značajke profesije: znanje, autoritet, autonomija, pružanje usluga, monopol i altruistička orijentacija. Pitanja o zbiljskom funkiranju ljekarničke profesije predznačeno je Bourdieuovim pojmovima socijalnog polja i simboličkog kapitala. Ekstrapolacijom navedenih pojmovnih konstrukata zaključuje se sljedeće: profesionalni status neprestano se mijenja pod uplivom cijelog niza objektivnih, povijesno konstruiranih veza između položaja osiguranih određenim oblicima moći / kapitala. Nova usloženost birokratsko-administrativne, poslovno-menadžerske, industrijske, komercijalne i konzumerove logike u polju liječenja ima za posljedicu ništenje profesionalne logike ljekarnika. U krajnje komercijaliziranom društvu, profesije, naime, nisu više u mogućnosti promicati profesionalnu logiku (podređenu općem interesu), već logiku ekonomskog i financijskog kapitala (podređenu pravim donosiocima odluka u društveno-političkom životu). U radu se potanko propituje forma i opseg procesa deprofesionalizacije ljekarnika kao i njegove negativne posljedice: svođenje ljekarnika na pukog trgovca sve manje važnog za naše zdravlje. Na pozadini takvih analiza postavlja se ključno pitanje: Kako je moguće da sama „kičma“ ljekarničke profesije - specijalizirano, sofisticirano znanje i, što je najvažnije, stvarna socijalna potreba za takvim znanjem - ostanu netaknute, a sve druge značajke ljekarničke profesije „odumiru“? Na kraju se razlaže strategija reprofesionalizacije ljekarničke profesije. Ljekarnikovo sve veće nezadovoljstvo vlastitim statusom, zbog sve napetijeg odnosa spram drugih agensa u polju liječenja, te zbiljska socijalna potreba za učinkovitom farmakoterapijom, urodila je konceptom ljekarničke skrbi.

Ključne riječi: projekt profesionalizacije, značajke profesije, deprofesionalizacija ljekarnika, reprofesionalizacija ljekarnika, koncept ljekarničke skrbi

„Više nije šokantno kada političke vođe i izvršna vlast donose odluke za koje izgleda da donose osobnu korist, a istovremeno su štetne i opasne za zajednicu“
(Fromm, 2004).

1. PRELIMINARAN I NEOPHODAN UVOD U RASPRAVU

Pristupnu točku, načelne odredbe te smjer u kojem će se kretati teorijska raščlamba temeljnih oblika funkiranja ljekarničke profesije u društvu, pruža pojam profesije u ideal-



tipskom smislu¹. Naime, unatoč tome što je vidljivost ideal-tipske profesije u zbilji slaba, zbog svoje teorijske oštrote ideal-tipski pojam omogućava ne samo bolje poznavanje i razumijevanje zbiljskog statusa profesije u društvu već i pruža svojevrsno jamstvo da u „svekolikom neredu zbiljskoga“ (Gadamer, 2003) vidimo mogućnost dostizanja ideala. Durkheimova idealizacija profesija kao moralnih i tehničkih vodiča ka uspostavi boljeg društva,² „zatvaranju bezdana između idealnog i zbiljskog“ (Gadamer, 2003) na osobit način doprinosi. To je, po svemu sudeći, i glavni razlog zbog kojeg su se Durkheimove analize dugo smatrale orijentacijskom točkom, odnosno jedinim ispravnim tumačenjem uloge profesija u društvu. Polazeći od oblika profesije koje je tradirao Durkheim, strukturalno-funkcionalistička perspektiva profesija (Goode, 1960; Greenwood, 1966; Parsons, 1968), sve do otprilike 60-ih godina 20. stoljeća, uglavnom je bila usredotočena na identificiranje distinktivnih atributa ili specijalnih odlika profesije i, s tim u vezi, osobitom (moralnom) funkcijom profesija u društvu. Bez pretenzije da pružimo potpuni obuhvat i potanki opis svih atributa, navest ćemo najčešće spominjane attribute: djelovanje profesija temelji se na dugotrajnoj, formalnoj izobrazbi (usvajanju ogromnog korpusa teorijskog znanja i tehničko-manipulativnih vještina); članovi profesije sami određuju standarde obučavanja; profesionalno djelovanje prepoznaje se i legalizira putem licencije; glavnina legislative koja se odnosi na profesiju oblikuje sama profesija; članovi profesije relativno su slobodni od vanjske evaluacije; norme djelovanja koje nameće profesija često su strože od izvanjske zakonske kontrole; među članovima profesije postoji snažna grupna identifikacija; iako je više praktično nego akademsko i teorijsko, djelovanje profesija nije isključivo rutinsko; profesija ima snažnu unutarnju organizaciju; profesija je u pravilu doživotno zanimanje; djelovanje profesije motivirano je altruizmom.

Navedene značajke profesije mogu se svesti na ono što se jednodušno smatra ideal-tipskom potpunošću - jedinstvenim, neizostavnim, zajedničkim, te jednako važnim značajkama profesije: „veliki korpus znanja, autoritet, autonomija, pružanje usluga, monopol, zakonska kontrola, etički kod i altruistička orijentacija“ (Greenwood, 1984:13-14).³ Spram profesija se, dakle, podiže i izričito ističe ispunjenje jednoznačno utvrđenog i dogovorenog, zahtjeva da djeluje u ime višeg interesa.

Da bi se, međutim, pitanje profesija konstituiralo kao zbiljski empirijski predmet sociološke analize, potrebno je razdvojiti preskriptivne (normativne) od analitičko-deskrip-

1 Ideal-tipski pojam profesije sadržan je u etimologiji samog termina: „profess“, naime, znači „polaganje zavjeta“, „javno izjavljivanje vjere / uvjerenja (jednako kao i engl. riječ „confess“). Tijekom 16. stoljeća, termin počinje označavati onoga tko je ovladao velikim korpusom znanja. Posjedovanje znanja sugerira hijerarhijsku organizaciju i identifikaciju te djelatnost koju određena osoba obavlja ali i status i nagrade koje se, s tim u vezi očekuju (Parker, 2002:138).

2 Durkheim smatra da vrijednosti, na kojima počiva djelovanje profesija, mogu riješiti problem društvene *anomije*.

3 Liječnička profesija već je sredinom 20. stoljeća dosegla besprimjerno visoki nivo profesionalne kontrole, autonomije, autoriteta i monopola, zbog čega je mnogi, s pravom, smatraju arhetipom profesije. To se vrijeme, ne bez razloga, smatra „zlatnim dobom“ liječničke profesije (McKinlay, 1999).



tivnih konfiguracija koncepta profesije, a potom teorijski jače izoštriti važnu razliku koja među njima postoji. Cilj nam je, drugim riječima, bolje upoznati i razumjeti objektivne realnosti, odnosno konkretni, socijalno-povijesni položaj unutar kojeg sve profesije, pa tako i ljekarnička, djeluju. I provizorno promišljanje statusa, svrhe i funkcije profesija, odnosno „socijalne prepoznatljivosti“ (Wilensky, 1964) profesije u društvu treba, stoga, postaviti pitanje, koje je u tradicionalnim sociološkim analizama uglavnom bilo izostavljeno: Pod kojim uvjetima, odnosno kako, na koji način i s kojim konzekvencama zanimanja stječu, zadržavaju i gube „socijalnu prepoznatljivost“? Promjenljivost profesionalnog statusa, stoji, dakle, kao preduvjet kritičko-teorijskih raščlambi od samog početka. Cilj je ovog rada pružiti sustavni uvid u faktičku formu i opseg procesa de- / re- profesionalizacije ljekarničke profesije. Nakon diferencirajućih analiza i kritičkog razmatranja tih procesa, u završnom dijelu rada, u vidu zaključka, ukratko ćemo razložiti, onedavno sve jasnije određenu strategiju reprofesionalizacije ljekarničke profesije - *ljekarničku skrb*.

2. PROJEKT PROFESIONALIZACIJE - BORBA ZA „SIMBOLIČKI KAPITAL“

Poslije ovih prethodnih napomena, daljnji prilaz problemu statusa profesija u društvu omogućava Bourdieuov koncept socijalnog polja i koncept simboličkog kapitala. Kako nam je cilj pružiti što dosljedniju ekstrapolaciju, najvažnije odrednice spomenutih pojmovnih konstrukta potrebno je istančanije prikazati. „U visokodiferenciranim društvima, društveni prostor sastavljen je od relativno autonomnih društvenih mikroprostora, odnosno od prostora objektivnih odnosa kao mjesta posebne i nesvodljive logike i nužnosti u odnosu na druga polja“ (Bourdieu i Wacquant, 1992:97). Polje se sastoji od cijelog niza objektivnih, povijesno konstruiranih veza između položaja osiguranih određenim oblicima moći (ili kapitala). Polje je prostor „igre“ u kojem „igrači“ (agensi) koji ulaze u njega vjeruju u njega i aktivno zahtijevaju nagrade koje ono pruža. Resursi koji se koriste u borbi za mjesto u polju definirani su kao četiri tipa kapitala: ekonomski, kulturni, socijalni i simbolički. Ekonomski kapital odnosi se na materijalna dobra i moć, kulturni kapital sadrži socijalno znanje, edukaciju i kulturna dobra, dok se socijalni kapital odnosi na socijalne mreže i članstvo u grupi. Simbolički kapital uključuje sve navedene oblike kapitala, ukoliko se njihovo posjedovanje priznaje legitimnim. Simbolički kapital je, naime, „priznata moć“ (Bourdieu, 1992:59). Mjesto u polju definirano je upravo s obzirom na „količinu kapitala, strukturu kapitala i njihovu evoluciju u vremenu koja se manifestira preko prošle i potencijalne putanje u društvenom prostoru“ (Bourdieu, 2011:107). Značajnost svakog agensa u socijalnom polju „ovisi o njihovu simboličkom kapitalu, to jest o - institucionaliziranom ili ne - priznanju što im ga daje grupa“ (Bourdieu, 1992:59). Poljima „upravljaju različite logike i prema tome sposobna su nametnuti različite oblike realizacije...“ (Bourdieu, 2011:95). Svaki agens pritom slijedi vlastitu specifičnu logiku. U „borbama za identitet - tu samosvijest koja suštinski počiva na priznatosti od drugih - ulog je nametanje percepcija i kategorija percepcija“ (Bourdieu, 1992:120). Nametanje percepcije (priznata moć) služi kao

glavni resurs agensima u borbi za identitet, to jest u borbi za privilegirano mjesto u socijalnom polju. Pripadanje polju znači da je agens sposoban djelovati unutar polja ali i na polje u cjelini, to jest na sve druge igrače koji u njemu sudjeluju. Polje je, sve u svemu, dinamičan socijalni prostor - ono je istovremeno prostor socijalnog i političkog sukoba i kompeticije. Distribucija količine i vrste kapitala mijenja samu strukturu polja. Socijalno se polje temelji na konkurenciji različitih agensa koji se bore kako bi zadobili, zadržali i učvrstili vlastite pozicije. Najvažniji ulog u socijalnom polju tiče se uspostavljanja prikladne ili legitimne forme socijalnog autoriteta. Mjesto agensa u socijalnom polju uvijek se definira „objektivno i ponekad subjektivno u svojim međusobnim relacijama i kroz te relacije“ (Bourdieu, 2011:95). U praksi, „što će reći u posebnom polju, sva inkorporirana svojstva (dispozicije) ili objektivirana (ekonomska ili kulturna dobra) koja su vezana uz agense nisu uvijek istovremeno djelotvorna; specifična logika svakog polja određuje ona koja su priznata na tom tržištu, koja su pertinentna i djelotvorna u razmatranoj igri, koja je u relaciji s poljem funkcioniranja kao specifičan kapital i time kao eksplikativni faktor u praksi. To konkretno znači da društveni rang i specifična moć koja se agensima dodjeljuje u nekom posebnom polju ovise ponajprije o specifičnom kapitalu koji mogu mobilizirati ma kako bilo inače njihovo bogatstvo u ovoj ili onoj drugoj vrsti kapitala“ (Bourdieu, 2011:106).

Sustavne konzekvence dosadašnjeg tijeka analiza - ekstrapolacije izvornog pojmovnog sadržaja spomenutih Bourdieuovih koncepata na naš problemski sklop, sažeto ćemo iznijeti: polje liječenja predstavlja relativno autonoman društveni mikro-prostor. Sve do otprilike 60-ih godina 20. stoljeća, glavne agense u tom polju činili su: korisnici lijekova, liječnici, ljekarnici i državna regulatorna tijela. Među navedenim agensima postojao je cijeli niz objektivnih, povijesno konstruiranih veza osiguranih određenim oblicima moći (ili kapitala). Nesumnjivo je da su liječnici kao *gatekeepers* receptnih lijekova (koji su u to vrijeme činili glavninu lijekova) osigurali najviše moći (kapitala), to jest privilegirano mjesto (priznatu moć). Tako veliku količinu simboličkog kapitala, liječnici su stekli kroz proces ili „projekt profesionalizacije“ (Macdonald, 1995): „... usvajanje specijalnog korpusa znanja koje se temelji na formalnim kvalifikacijama; uspostavljanje kontrole nad tržištem (klijentima) te isključivanje konkurentskih grupa; umjesto vanjske, menadžersko-birokratske kontrole, uspostavljanje samokontrole te preuzimanje odgovornosti za ishod vlastitog djelovanja“ (Turner, 1987).

Objektivno, a još više subjektivno, ljekarnici su u svojim međusobnim relacijama s liječnicima bili u subordiniranom položaju. Iako je ljekarnikovo mjesto u polju liječenja u dobroj mjeri bilo ograničeno liječnikovom dominantnom pozicijom, količina i struktura kapitala kojim su ljekarnici raspolagali bila je nedvojbeno. Posve opravdano, imamo li na umu da su ljekarnici u to vrijeme glavninu lijekova sami proizvodili i izdavali. Priznanje ljekarnikove moći, to jest priznanje da ljekarnici više i bolje od bilo kojeg drugog agensa u socijalnom polju poznaju zakučaste načine na koji lijekovi djeluju pružala je, a pruža i danas, formalna izobrazba i institucija licencije. Proizvodnja velikog broja lijekova i njihovo izdavanje (receptnih a onda sve više i bezreceptnih) u mnogim je zemljama, dakle, sve donedavno bilo ekskluzivno pravo ljekarnika.

Iako je razvoj mnogih profesija, pa tako i liječničke i ljekarničke, u nekim zemljama bio „spontan“, u smislu da je profesionalizacija u dobroj mjeri bila rezultat dobrovoljnih udruživanja“, sredinom 20. stoljeća u većini zemalja, država je imala „aktivnu ulogu u utemeljenju, strukturiranju, upravljanju i školovanju profesija“ (Macdonald, 1995). Država, drugim riječima, s liječnicima, kao i s ljekarnicima, sklopa posebni društveni ugovor kojim zakonski, politički, institucionalno, i na svaki drugi način galvanizira njihov status u društvu. U zamjenu za privilegirani status u društvu, obje su profesije svoje djelovanje trebale podrediti općem interesu. Profesionalizam, dakle, „nije dar društva nego normativna vizija koju podržava posebna institucionalna struktura“ (Antunes, 2012:121).

U povijesno-socijalnom kontekstu razvijenih zemalja sredinom 20. stoljeća projekt profesionalizacije (priznata moć) dosegnuo je svoju kulminaciju. Neprikosnoveni status koji je u polju liječenja u to vrijeme imala liječnička profesija naveo je neke autore na zaključak da će njezina moć sve više ekspanzirati (Freidson, 1970). Suprotno predviđanjima, moć svih profesija (pa i liječničke, koja slovi kao arhetip profesije) od druge polovine 20. stoljeća sve više slabi. Proces deprofesionalizacije profesija - dokrajčivanja tradicionalnog statusa profesija, odnosno dotadašnjeg smisla, svrhe i osobite funkcije profesija u društvu, nesmiljeno se nastavlja. U narednim analizama pokušavamo odgovoriti na pitanje: Kako, i zašto, dolazi do procesa deprofesionalizacije, te koji su razmjeri ali i, a to nam se čini najvažnijim, koje su posljedice tog procesa? Odgovoriti na sva navedena pitanja iziskuje proširenje horizonta analize na pitanje aktualnog stanja društva u kojem se gubitak simboličkog kapitala svih profesija, pa tako i ljekarničke, zbiljski i događa.

3. DEREGULIRANI KAPITALIZAM I DEPROFESIONALIZACIJA - „RAZILAŽENJE“ I „IZUMIRANJE ZNAČAJKI“ PROFESIJA

Temeljni uvid do kojeg smo dospjeli nakon ovih kratkih izvoda moguće je formulirati uz pomoć sljedeće sažete konstatacije: status profesija ne uspostavlja se jednostrano; naprotiv, profesionalni status predmet je stalne borbe i treba se nanovo stjecati. Profesionalni status nijednoj profesiji, pa tako ni ljekarničkoj, ne može, dakle, biti zajamčen u bezvremeno stabilnom obliku (profesije nisu statički, dovršeni entiteti); točka u kojoj se profesionalni status kondenzira neprestano se mijenja pod uplivom cijelog niza objektivnih, povijesno konstruiranih veza između položaja osiguranih određenim oblicima moći (ili kapitala). Temeljna i dalekosežna analitička postavka, stoga, glasi: nijedna se profesija, pa tako ni ljekarnička⁴, koja je izričit predmet naših analiza, ne može proučavati mimo njezine uklopljenosti u društvenu cjelovitost. Društvena se cjelovitost -

⁴ Medicinska se sociologija pretežno bavi istraživanjem profesionalnog statusa liječnika, dok pitanju socijalnog statusa ljekarnika posvećuje vrlo malo pozornosti. Ovakav izbor sociološkog istraživanja upućuje na zaključak da se „medicinska sociologija u potpunosti stavila u funkciju reprodukcije dominantne pozicije koju liječnička profesija ima u odnosu na druge zdravstveno-zaštitne profesije“ (Dingwall i Wilson, 1995:112).

„istodobno stanje svih velikih društvenih činjenica ili fenomena“ (Mill, prema Popper, 1996:80) - koja se od druge polovine 20. stoljeća sve intenzivnije uspostavlja, naziva neoliberalizam. Temeljnu postavku, programska i strategijska načela neoliberalizma na najbolji način sažima tvrdnja: „zakonima tržišta treba podvrgnuti baš sve, pa čak i sustav zdravstvene zaštite“ (Bunton, 1998:210).

Središnje pitanje bilo kojeg oblika društvene organizacije, pa tako i neoliberalnog oblika koji je danas na snazi, „uvijek je bilo i uvijek će biti pitanje moći, a teorijski i praktični problem s kojim se pritom suočavamo je u tome tko se nalazi na tom položaju moći, kako ga je stekao te kako se i u koju svrhu koristi s moći koju posjeduje“ (Saramago, 2010:30). Budući da je neosporno da je „danas, više nego ikada, tržište postalo instrumentom istinske vlasti“ (Saramago, 2010), reći da je neka (nevažna koja) vlada na vlasti „znači pokušati imenovati nešto što u stvarnosti nije ondje gdje bi trebalo biti, već na nekom drugom, nedostupnom mjestu - poput ekonomske i financijske vlasti čije obrise možemo tek nazreti, ali koja nam neizbježno izmiče izvan dosega čim joj se pokušavamo približiti i smjesta prelazi u protunapad pokazemo li drskost da poželimo smanjiti ili regulirati njezino djelovanje podvrgavajući je općem interesu“ (Saramago, 2010:31). Saramago, dakle, ističe ono što, bilo zbog istinske bilo zbog hinjene naivnosti, malo tko otvoreno priznaje: „... ne izabire narod vladu zato da bi je ‘odvela’ na tržište, već je tržište ono koje na sve moguće načine utječe na vladu da bi ga ‘dovela’ do naroda“ (Saramago, 2010:31). Nedvojbeno je, drugim riječima, da uloga države slabi; moć koju je država koristila u svrhu zaštite općeg interesa ustuknula je pred onima koji imaju stvarnu vlast-moć: ekonomski i financijski kapital. Neminovna posljedica takvog stanja jest posvemašnje je rastakanje ili ništenje svih glavnih institucija socijalnog sustava. Urušavanjem institucija socijalnog sistema, urušava se i status profesija - količina i struktura kapitala ili priznata moć koje su profesije stekle u specifičnom mikro-prostoru. Podrivanjem institucija socijalnog sistema, podiže se spram profesija novi i izričit zahtjev; profesije se, naime, više ne trebaju legitimirati društvenim skupinama čija je primarna zadaća viši, opći društveni interes (jer opći društveni interes *de facto* više ne postoji), već se trebaju legitimirati društvenim skupinama čija je primarna zadaća ostvarenje različitih partikularnih interesa. U radikalnijoj zaoštrenosti, potonju tvrdnju mogli bismo i ovako formulirati: u društvu koje je do kraja komercijalizirano, profesije svoje djelovanje podređuju pravim donosiocima odluka u društveno-političkom životu; profesije, jednom riječju, više nisu u mogućnosti promicati profesionalnu logiku (podređenu općem interesu), već logiku ekonomskog i financijskog kapitala.

Sa svim potrebnim rezervama koje opterećuju svaku opću karakterizaciju, zaključujemo: gubitak profesionalnih subinstitucija (specifičnih oblika kapitala) neposredni je rezultat „primjene kapitalističke logike“ (McKinlay i Arches, 1985) i, s tim u vezi, „financijske krize države blagostanja“ (Harrison i Pollitt, 1994). Riječ je o stanju društva u kojem tržište „pronalaži nove izvore rentabilnosti u djelatnostima što ih danas obavljaju javne službe: obrazovanju, zdravstvu, okolišu, suverenitetu“, to jest stanja u kojem privatna poduzeća nastoje „komercijalizirati te funkcije, a zatim ih zamijeniti potrošačkim proizvodima serijske proizvodnje“ (Attali, 2008:179-180).

Deregulirani kapitalizam uzrokuje, dakle, tektonske promjene uloge i značenja brojnih, donedavno vitalnih i funkcionalno važnih (sub)institucija (ili simboličkog kapitala) profesija. Neoliberalizam, kao političko-ekonomska paradigma, dovodi do „smanjivanja stupnjeva konstelacije profesionalnih karakteristika“ (Ritzer i Walczak, 1988). Mogli bismo općenito reći da je, u nekom sasvim dovršenom smislu, deregulirani kapitalizam u negativnoj korelaciji s tradicionalnim značajkama ili (sub)institucijama profesionalnog djelovanja. Bilo kako bilo, potkopavanje (sub)institucija (simboličkog kapitala) profesionalnog djelovanja nije tek kontingencija ili popratni učinak (kolateralna šteta) dereguliranog kapitalizma; naprotiv, riječ je o stanju društva koji rastakanje simboličkog kapitala ili tradicionalnih (sub)institucija, na bitan način, pretpostavlja. Sve u svemu, nastaje jedno novo stanje društva u kojem je profesije sve teže razabrati.⁵ Intenzitet pretvorbi kojima su u neoliberalnom društvu profesije izložene najbolje se može opisati uz pomoć Darwinovih pojmovnih sintagmi „razilaženje značajki“ i „odumiranje značajki“ (Darwin, 2000). Delegitimiranjem socijalnih institucija, neoliberalizam, naime, stvara socijalni „okoliš“ u kojem se atributi ili značajke profesije, koje su sve donedavno bile proporcionalno razvijene i zastupljene, naočigled „razilaze“, a neke od njih i posve „odumiru“. Suprotno očekivanjima (i temeljnim Bourdieuovim postavkama), profesije (agensi) se ne suprotstavljaju novim (do)nosiocima odluka / moći, barem ne na politički artikulirani način. Proizlazi da polje liječenja (više) ne predstavlja dinamičan socijalni prostor; naprotiv, svaka iole jača socijalna i politička borba agensa da zadrže otprije objektivno osiguran položaj izostaje. Unatoč, dakle, tome što su profesije dovedene u situaciju da ih „razilaze“ i(li) „izumiranje značajki“ neposredno pogađa (djelovanje moći na drugoga pokazuje se uvijek u obliku determinacije), profesije se, s manjim izuzetkom liječničke, novim nosiocima moći gotovo uopće ne opiru - upravo suprotno; nove odnose moći i donosiocima odluka prihvaćaju kao da se radi o nepromjenjivoj, nezaustavljivoj prirodnoj sili, neumitnom, prirodnom zakonu, a ne, tek i samo, o društvenom zakonu. Napadni izostanak socijalne i političke borbe profesija nameće, stoga, pitanje: Hoće li gubitak ključnih značajki (simboličkog kapitala) profesija postati ireverzibilno stanje?!

4. DEPROFESIONALIZACIJA LJEKARNIKA; ILI: ZAŠTO, I KAKO, JE LJEKARNIČKA PROFESIJA POSTALA JEDNA KRAJNJE SPORNA PROFESIJA?

Ekstrapolacija Bourdieuovih koncepata otvara, dakako, prostor i za daljnje analize i bitne uvide o faktučnoj situaciji (statusu, svrsi i funkciji) ljekarničke profesije u društvu; navodimo najvažniji: od kada je tržište postalo „instrumentom istinske vlasti“ uz tradicionalne agense u polju liječenja uglavio se novi agens - sam proizvođač lijekova, farmaceutska industrija. Besprimjerno velika količina „ekonomskog kapitala“ kojim novi

⁵ Hibridizacija, općenito, karakterizira postmoderno društvo; sve više blijede granice između „javnog / privatnog, vlade / korporacija, eksperata / laika, čovjeka / životinje i čovjeka / stroja“ (Clarke et al., 2003).

agens raspoložbe, osigurao mu je, i to u rekordno kratkom vremenu, dominantan položaj u polju liječenja. Najbolji dokaz da je farmaceutska industrija postala značajan, ako ne i najznačajniji „politički igrač“ (Abraham, 2002:1498) sadržan je u činjenici što on s lakoćom ruši postojeće i uspostavlja posve nove konstelacije snaga. Sve u svemu, novi agens u polju liječenja vrši utjecaj ne samo na istraživanja⁶, kliničku praksu već i na sve ostale „igračke“ (agense) u polju liječenja: „regulatorna tijela“ (Doran et al., 2006), korisnike lijekova⁷, liječnike i, naposljetku, iako ne najmanje važno, na same ljekarnike. Pod utjecajem farmaceutske industrije, veze između agensa i njihovog cijelog niza objektivnih, povijesno konstruiranih položaja ranije osiguranih određenim oblicima moći (ili kapitala), drastično i dramatično se mijenjaju. Ekonomski kapital farmaceutske industrije, i logika koja je njime gonjena (a koja se uvijek ukazuje kao, manje-više, jasna struktura), nameće različite oblike vlastite realizacije koji su u oštroj koliziji s realizacijom simboličkog kapitala ili povijesno konstruiranih položaja svih drugih agensa u polju liječenja. Elementarna je, stoga, evidencija: količina kapitala novog „igrača“ obrnuto je proporcionalna količini kapitala (priznatoj moći) drugih „igrača“ u polju liječenja.

U usporedbi, međutim, s gubitkom liječnikovog simboličkog kapitala, gubitak ljekarnikovog simboličkog kapitala neusporedivo je veći. Osim po količini izgubljenog simboličkog kapitala, ljekarnikova pozicija u polju liječenja još se po nečemu razlikuje od liječnikove pozicije: iako je, naime, općenito uzevši, „otpor čovjeka koji se bori za mogućnost istinskog ispunjenja svog zvanja još sporadičan i bez snage“ (Jaspers, 1998:65),⁸ socijalna i politička borba liječnika za očuvanjem profesionalnih (sub)institucija ipak se, s vremena na vrijeme, pokušava zapodjenuti.⁹ Osobitost deprofesionalizacije ljekarnika je, međutim, u tome što se ljekarnici „ne samo ne odupiru tim procesima, već, na razne načine, sami potpomažu dokrajčivanje svog statusa“ (Morgall i Almarsdóttir, 1999). Dodatno zabrinjava činjenica da se, unatoč sve očitijem gubitku profesionalnih subinstitucija ljekarnika, i unatoč tome što je ljekarnikov odnos prema novim donosiocima stvarnih odluka prepun prijepora, „zabrinutost za budućnost ljekarničke profesije samo rijetko otvoreno iskazuje“ (McDonald et al., 2010:451).

Budući da ljekarnikova politička i socijalna borba za očuvanjem profesionalnog statusa nikad nije bila slabija, opravdano je pitati: Hoće li ljekarnička profesija „šaptom pasti“? Imamo li u vidu ljekarnikov mlaki otpor sve intenzivnijem procesu deprofesionalizacije, ta se mogućnost, nažalost, čini posve izglednom.

6 „Poznato je da se radi o industriji koja praktički inicira sva istraživanja novih lijekova i velikim dijelom utire putove bazičnom istraživanju. Samo u Ujedinjenom Kraljevstvu ona financira 60% medicinskih istraživanja“ (Antunes, 2012:120).

7 U porastu je moć i utjecaj farmaceutske industrije na naše živote i kao pacijenata i kao konzumera (Williams et al., 2008).

8 Ključno pitanje današnjeg društva nije samo zašto se profesije već, što je još važnije, zašto se i mnoge druge, na ovaj ili onaj način, pogođene društvene grupe, tako spremno „pokoravaju zakonima vremena“ (Shakespeare, 2004).

9 Nedavni dugotrajni štrajk liječnika u nas dokaz je njihovog otpora sve intenzivnijem procesu gubitka simboličkog kapitala - privilegiranog mjesta u polju liječenja a time i privilegiranog mjesta u društvu.

Pretjerano pomirljiv ljekarnikov stav spram sve očiglednijeg gubitka profesionalnih subinstitucija nalaže stoga pitanje: Zašto su ljekarnici tako nevoljni¹⁰ u obrani svojih profesionalnih prerogativa? Većina autora ne dvoji: to je zato jer se impetus deprofesionalizacije ljekarnika dogodio ranije - od kada su ljekarnici prestali izrađivati lijekove,¹¹ to jest od kada se prešlo na masovnu, industrijsku proizvodnju lijekova¹² (u većini razvijenih zemalja završna faza industrijske proizvodnje lijekova dogodila se krajem 60-ih godina 20. stoljeća). Spomenuta je tehnološka promjena, naime, rezultirala gubitkom čak tri od četiri ključne funkcije koje su predstavljale glavno uporište ljekarnikovog rada još od 8. stoljeća: nabava supstancija za lijekove, pripremanje, skladištenje / čuvanje i proizvodnja lijekova; preostala joj je samo četvrta funkcija - izdavanje lijekova. Kako je mjesto u polju definirano s obzirom na „količinu kapitala, strukturu kapitala i njihovu evoluciju u vremenu (koja se manifestira preko prošle i potencijalne putanje u društvenom prostoru; Bourdieu, 2011), ova-ko vidni gubitak većine ključnih funkcija ljekarnikovog djelovanja nemalom broju autora služi kao krunski dokaz da je ljekarnik nepovratno izgubio simbolički kapital, to jest da je sveden na status „poluprofesije“, „paraprofesije“, „kvaziprofesije“, „marginalne“, „nekompletne“, „nejasne“ (Wilensky, 1964), „nevidljive“ (Adamcik et al., 1986), „ograničene“ u terminima profesionalnog statusa (Denzin i Mettlin, 1968). Zbog tako oslabljene pozicije ljekarnici se nisu mogli (sve da su i htjeli) othrvati najnovijem „tsunamijskom valu“ deprofesionalizacije. S ovakvim odgovorom-argumentacijom mi se, međutim, ne slažemo. Istina je, dakako, da su prelaskom na industrijsku proizvodnju lijekova, ljekarnici izgubili značajnu „količinu i strukturu kapitala“, to jest važan i jasno određen sadržaj svog djelovanja: proizvodnju lijekova. Po našem mišljenju, međutim, ono što su zadržali - izdavanje lijekova, ne bi trebao biti ništa manje sigurno definiran, a pogotovo ne ništa manje važan sadržaj ljekarnikovog djelovanja. Naprotiv, čin izdavanja lijekova uključuje „nadgledanje, snabdijevanje, izdavanje, prodaju i korištenje lijekova kako bi bili sigurni da je pravi lijek izdan pravom pacijentu, u pravoj dozi, u pravo vrijeme, na ispravan način i zbog pravog razloga“ (Manasse, 2003:2486). Ljekarnikova je obveza i odgovornost, drugim riječima, da „koristeći se svojim znanjem, osigura da nitko ne bude izložen riziku od pogrešno izdanih lijekova“ (Wingfield i Badcott, 2007:207). Ne radi se, dakle, o tome da je ljekarnikov simbolički kapital izgubljen; riječ je, naime, o tome da je, pod pritiskom velike tehnološke promjene, ljekarnikov simbolički kapital „evoluirao“. U svakom slučaju, držimo da razlozi

10 U mnogim slučajevima bjelodano je dokazano da je volja pojedinca, a posebno ujedinjena volja većine ljudi, od presudne važnosti u postizanju velikih ciljeva. U romanu „Sjećanje na samostan“ Saramago tu, tako jednostavnu, ali, nažalost, mnogo puta zaboravljenu, spoznaju opisuje s osobitim literarnom imaginacijom.

11 Čuvenom ljekarniku iz Shakespearove drame „Romeo i Julija“ čak je i „branje bilja“ predstavljalo sastavni, uobičajeni dio svakodnevnog djelovanja. I bez ikakvih prethodnih komparativno-povijesnih analiza zamjetno je da između suvremenog ljekarnika, čiju sliku možemo s lakoćom dozvati u vidno polje, i njegovog predšasnika ne postoji ni najmanja sličnost.

12 Uostalom, pripremanje lijekova, kao jasno navodljiv sadržaj ljekarnikovog djelovanja, dugo se zadržalo; u Nizozemskoj je tako, na primjer, 1996. godine 6,3% izdanih lijekova bilo još uvijek pripremljeno u ljekarni (Foppe van Mil et al., 2011:395).

zbog kojih se ljekarnici danas energičnije ne odupiru procesu dokrajčivanja vlastitog profesionalnog statusa leže negdje drugdje; evo i gdje: u činjenici da je zakon o deregulaciji ili liberalizaciji tržišta (izravna prodaja sve većeg broja lijekova) i samim ljekarnicima (a ne samo farmaceutskoj industriji) otvorio neslućene mogućnosti za velikom ekonomskom zaradom. Krajnje oštro i s indignacijom Pepler prokazuje to činjenično stanje (koje se inače rijetko eksplicitno iskazuje a još rjeđe posebno istražuje): „razlozi zbog kojeg ljekarnici žele izdavati lijekove su profit, profit, profit...“ (Pepler, prema Gilbert, 1998:90).

Po svemu sudeći „prijateljskom“ učinku takvog zakona ljekarnici nisu mogli odoliti; olako ga prigrlivši smetnuli su, nažalost, s uma notornu činjenicu: kad god se prijateljstvo shvaća kao prilika za lakom i brzom zaradom takvo prijateljstvo, prije ili kasnije, ubire svoj danak; danak, u vidu gubitka simboličkog kapitala, ljekarnici, već sada, skupo plaćaju. Pogodnost koju su ljekarnici stekli slobodnom prodajom lijekova pokazala je, naime, svoje janusovo lice. Iako su se, naime, ljekarnicima otvorile neslućene mogućnosti stjecanje *ekonomskog kapitala* (zbog direktne prodaje / zarade od sve većeg broja proizvoda od kojih mnogi i nisu farmakoterapijski u pravom smislu), ljekarnici sve više počinju gubiti neusporedivo važniji - *simbolički kapital*. Vidni gubitak simboličkog kapitala, unatoč znatnog uvećavanja ekonomskog kapitala, dovodi, paradoksalno, do „proleterinizacije“ („*proletarianization*“) (Parker, 2002; Freidson, 2004) ljekarnikovog profesionalnog statusa. Onim ljekarnicima koji su naopako postavili ciljeve, odnosno onima koji još uvijek ne shvaćaju da bi konačni *score* - razlika između onoga što su dobili (ekonomski kapital) i onoga što naočigled gube (simbolički kapital) - po njihov ukupni profesionalni status, to jest „socijalnu prepoznatljivost“ mogao biti poguban, Whyte poručuje (a mi se toj poruci bezrezervno pridružujemo): u globalnoj perspektivi, uloga ljekarnika mogla bi biti krajnje „problematična“ i „elastična“ (Whyte, 2002:91).

Bilo bi, međutim, pogrešno reći da ljekarnici gube baš sve tipove kapitala. Hoćemo reći: nisu svi resursi ljekarnikovog profesionalnog djelovanja u jednakoj mjeri došli pod udar de-profesionalizacije; zapravo, neki, kao dugotrajna edukacija i profesionalna socijalizacija, to jest visoki standardi licenciranja („kulturalni i socijalni kapital“), nisu ni najmanje dovedeni u pitanje; naprotiv. U okolnostima u kojima ljekarnici počinju raspolagati besprimjerno količinom znanja, ne samo o brojnim ljekovitim supstancijama već i o bezbrojnim stvarnim opasnostima koje te iste supstancije, ako se ne koriste na primjeren način, mogu imati¹³, ljekarnici, kakve li ironije, ostaju bez svih drugih profesionalnih (sub)institucija. Dakle, dok se jedna (sub)institucija ljekarnikovog profesionalnog djelovanja sve više razvija i jača (stjecanje ogromnog korpusa znanja o lijekovima i, s tim povezano, postavljanje sve rigoroznijih uvjeta dobivanja i produljenja licencije), druge, ne manje važne, profesionalne (sub)institucije ljekarnikovog djelovanja, sve se više derogiraju. Ogromna disproporcija koja nastaje među različitim tipovima kapitala postaje, međutim, ključna prepreka

13 Nijedna tehnologija nije „u potpunosti oslobođena zagađenosti“; čovjek, dakle, svoju namjeru nikada ne može „ostvariti u čistom stanju“; unatoč tome, „razmimoilaženje ciljeva, pa čak i zamenjivanje onih koje smo želeli drugima, tako često neželjenima - jeste tipična pojava“ (Lem, 1977:36). Razmimoilaženje poželjnih i neželjenih ciljeva, tipična je pojava, dakako, i u proizvodnji suvremenih lijekova.

da ljekarnici svoje sofisticirano znanje na najbolji način primijene u praksi. Iako, dakle, ljekarnici, i *de iure* i *de facto*, raspolažu iznimno vrijednim znanjem o zakučastim mehanizmima djelovanja lijekova (koje osim znanja o njihovim terapijskim učincima uključuje i znanje o njihovim nuspojavama i štetnim interakcijama), takvo znanje, bez potporna drugih važnih profesionalnih (sub)institucija, ne može biti zbiljski primijenjeno, odnosno praktično iskoristivo. Stanje „razilaženja značajki“ ljekarničke profesije dovodi, drugim riječima, do toga da ljekarnici postaju sve manje važni za zdravlje ljudi, odnosno sve manje iskorišten resurs zdravstvene zaštite. Unatoč, dakle, tome što je, u mnogim slučajevima, ljekarnikovo zbiljsko znanje od presudne važnosti za naše zdravlje, ljekarnikovo znanje malo kome služi. *Osim što je takva situacija apsolutno neodrživa iz aspekta korisnika lijekova, ona je apsolutno neodrživa i iz aspekta samih ljekarnika i dakako, države koja, barem deklarativno, osim zdravlja svakog čovjeka ponaosob, treba štiti i nad-individualno zdravlje.*

U uvjetima, dakle, u kojima sve ostale ljekarnikove profesionalne subinstitucije derogiraju ili, bolje rečeno, „odumiru“, ljekarnici ne uspijevaju mobilizirati specifični kapital (ogromni korpus znanja čije usvajanje nalaže dugotrajna izobrazba). Zbog svega navedenog, u doglednoj budućnosti ljekarnik bi mogao (p)ostati socijalno nevidljiva profesija. I sami ljekarnici, uostalom, sve više shvaćaju da su „previše obučeni za ono što rade, odnosno nedovoljno iskorišteni u odnosu na ono što znaju“ (Gilbert, 2001:98); jednom riječju: da su previše „kvalificirani i preeducirani za ulogu na koju su danas neopravdano reducirani - pukog distributera lijekova“ (Mesler, 1991).

Na pozadini ovih analiza postavlja se pitanje koje ujedno tvori glavnu temu naše rasprave: Kako je moguće da sama „kičma“ ljekarničke profesije - sofisticirano znanje i, što je najvažnije, stvarna socijalna potreba za takvim znanjem - ostanu netaknute, a sve se druge značajke ljekarničke profesije „odumiru“? Objašnjenje iziskuje trostruku raščlambu.

4.1. Umjesto pružanja usluge, ljekarnici sve više prodaju robu

U pravom smislu riječi, profesije se bave pružanjem usluga „koje se ne mogu unaprijed vidjeti u izlogu“; riječ je o onoj vrsti stručnjaka kojima „kupac“ treba povjeriti svoj „život, zdravlje, novac, vlasništvo, pa čak i besmrtnu dušu“ (Haralambos i Holborn, 2002:62). Budući da je, dakle, prodaja roba u oštroj koliziji s orijentacijom profesija na pružanje usluga, jasno je da se, u trenutku kada su se lijekovi pridružili neslavnoj¹⁴ listi roba, odnosno kada su se i lijekovi podvrgli zakonu i logici tržišta, jedan od ključnih atributa ljekarničke profesije - pružanje usluga, našao „pod opsadom“. Nedvojbeno je, naime, da liberalizacija tržišta lijekova ljekarnike sve više pretvara u puke trgovce. Pod pritiskom novog agensa u polju liječenja - farmaceutske industrije i sve većeg broja njezinih „proizvoda serijske proizvodnje“, ljekarne se, naime, sve više pretvaraju u trgovinu na malo. Moć se, naime, uvijek upotrebljava „kao poluga za svrhe, koje su posjedniku

¹⁴ Na toj listi roba završili su i znanje i zdravlje i voda... Kada je u pitanju znanje, postaje sve jasnije da će, prepušteno vlastitoj logici, „tržište učenja“ pre produbiti nego ublažiti nejednakosti, i multiplikovati njene potencijalno katastrofalne posljedice i propatne efekte“ (Bauman, 2009:146). Do „katastrofalnih posljedica“ - produblivanja nejednakosti, dovest će, dakako, i tržište zdravlja, odnosno liberalizacija tržišta lijekova.

moći vrijedne“ (Spranger, 1942:250). Najvidljiviji znak radikalne promjene dosadašnjeg smjera i temeljne svrhe ljekarnikovog djelovanja u društvu upravo je fizički izgled ljekarne. Preobraženje ljekarne od mjesta na kojem su se izdavali lijekovi u mjesto obične trgovine, „aktivno orijentirane na marketing“ (Lumme-Sandt i Virtanen, 2002:300), naočigled se događa. Trgovačka, komercijalna orijentacija ljekarne, odnosno sve veća dinamika tehničke i trgovačke ponude lijekova te brojnih kako medicinskih tako i, što je još važnije, nemedicinskih proizvoda, stubokom mijenja ne samo unutarnji već i vanjski fizički izgled (izlog) ljekarne. Izlog ljekarne, koji je donedavno sadržavao isključivo simbol ljekarništva - kalež obavijen zmijom, sada se pretvara u mjesto rogozastnog uprizorenja ogromnog broja proizvoda (roba), odnosno u mjesto neukusno preplavljeno potrošačkim proizvodima serijske proizvodnje¹⁵. Simbol ljekarništva, donedavno suvereno pozicioniran na izlogu ljekarne, ima, međutim, iznimno veliku važnost; on, naime, predstavlja zalag nade ljudima u nevolji, zalag nade u terapijsku moć lijekova, zalag nade da je ljekarnik istinski pomagač „isključivo zadužen za pacijenta“ (Jaspers, 1998), zalag nade da ga u ljekarni čeka netko tko mu može „dati zbiljske upute za djelovanje“ (Gadamer, 1997:113).

Ogromni broj najrazličitijih proizvoda, kao i njihov komercijalno-marketinški razmještaj u ljekarni, postaju, međutim, predmet sve veće sumnje u to koliko su oni uopće važni ili, možda bolje rečeno, koliko su oni opasni po naše zdravlje. Iako je najveći dio tako izloženih supstancija klinički ispitan u posljednje se vrijeme, sve više i sve otvorenije, nameće pitanje: ne služi li dobar dio najrazličitijih proizvoda farmaceutske industrije samo tome da se puno toga vidi da bi se, u društvu strukturno opsjednutim potrošnjom i „nervozama zdravlja“ (Nietzsche), puno toga i kupilo / prodalo?! Pitanje se daje još oštrije formulirati: Jesmo li uistinu sigurni da su sve supstancije, preparati i pripravci koji se danas kočopere sa svakog mjesta u ljekarni, uključujući, dakako, i njezin izlog, isključivo u službi našeg zdravlja ili su to tek bezvrijedne trice i kućine koje služe tek tome da se dobro zaradi, odnosno, u najboljem slučaju, supstancije „koje čine dobro samo utoliko što ne štete“ (Saramago, 2000)?!

Bilo kako bilo, srozavanje ljekarne u običnu trgovinu vidljivi je znak / dokaz gubitka ljekarnikovog simboličkog kapitala. Zato, žele li povratiti izgubljeni simbolički kapital ali, prije svega, žele li pokazati da im je uistinu primarno stalo do našeg zdravlja, ljekarnici se, među inima, moraju energičnije oduprijeti nepriličnom pretvaranju „kuće“ ljekarničke u „kuću trgovačku“¹⁶.

15 I dok ljekarne svoje izloge napadno zatrpavaju robom, suvremeni trgovački lanci trivijalnih kućnih potrepština svoju robu povlače iz izloga. Suvremeni marketing zaigrao je na provjerenu „kartu“ mistike koja je sve donedavno karakterizirala upravo ljekarne; ne samo da svoju robu ne izlažu u izlogu već izlog „zamagljuje“ (što je bitna dimenzija mistike) tako da se izvana ne vidi ono što nas, kao kupce, čeka unutra (a to, po definiciji, uvijek nadmašuje i naša najveća očekivanja); izlog, uz neizostavni logo - simbol tvrtke, sadrži tek dobro „skrojene“, krajnje pretenciozne i neumjesne poruke: „Tu sam čovjek - tu kupujem“ ili „S vama kroz život“.

16 Po svjedočenju zapisa iz Ivanova evanđelja o Isusovu izgonu trgovaca iz hrama, Isus je planuo, dosegao uže, spleo ga u bič, pojurio među trgovce, ljutito prevrćući stolove prodavača, udarajući bičem i tjerajući

4.2. Gubitak autonomije i autoriteta

Deprofesionalizacija, među inima, znači da profesije počinju gubiti „jedinствене odlike, prije svega autonomiju i, općenito, kreativne elemente, autoritet te povjerenje javnosti u postojanje profesionalne etike“ (Haug, 1973).

U neoliberalnom, točnije rečeno, dereguliranom kapitalizmu, u kojem se lijek prestaje smatrati konceptualno različitim od ostale potrošne robe, ljekarnici, nema nimalo dvojbe, rapidno gube kontrolu nad lijekovima; umjesto vlastite kontrole, kontrola sve više prelazi „u ruke konzumera (i)li menadžera“ (Freidson, 2004:83). Budući da je tržište postalo „instrument istinske vlasti“ poznaje se i priznaje isključivo ljekarnikovo kvantitativno, ali ne i kvalitativno djelovanje. Pretvaranjem lijekova u običnu robu koja se može slobodno prodavati / kupovati dovelo je do toga da se ljekarnici više ne plaćaju za znanje i usluge koje pružaju već za robe koju prodaju.¹⁷

Umjesto horizontalne, uspostavlja se hijerarhijski koordinirana struktura ljekarnikovog djelovanja. Impresivan i specifičan korpus ljekarnikovog znanja i tehničko-manipulativnih vještina (što sve zajedno pretpostavlja dugotrajnu formalnu izobrazbu i obučavanje) danas se pokušava nasilno standardizirati, rutinizirati, sabiti u birokratsko-administrativne procedure, mjeriti radni učinak, proračunavati; jednom riječju - menadžirati.¹⁸ Neoliberalno društvo uspostavlja, dakle, posve novi kriterij u određenju profesionalnog legitimiteta - umjesto javnog / općeg dobra, osnovni kriterij postaje tržište (kontrola budžeta, učinkovitost, partikularne svrhe, planovi i organizacija). Menadžerizam upravo i ima „za cilj ukinuti postojeću profesionalnu jurisdikciju i identitet te uspostaviti novu organizaciju rada koja se temelji na poslovima i zadacima koji su dizajnirani tako da, prije svega, zadovoljavaju potrebe organizacije (ekonomije)“ (Tousijn, 2006:474).

Korporativna politika rezultira nastajanjem lanca ljekarni koje su bazirane na principu supermarketa. Takve velike organizacije iziskuju kompleksne birokratske procedure kako bi se optimizirala i maksimizirala njihova učinkovitost i profitabilnost.

Ljekarnici ne gube, međutim, autonomiju samo u odnosu na poslodavca već i u „odnosu na klijente“ (Ritzer i Walczak, 1988). „Slabljenja ekspertovog autoriteta“ (Giddens, 1991) općenito, pa tako i ljekarnikovog, potpuno je u duhu ideologije o sustavu zdravstvene zaštite koji „vodi korisnik“ (Fox, 1989), ideologije o „podijeljenom donošenju kliničkih odluka“ (Hibbert et al., 2002:47), ideologije koja od pacijenta očekuje „da preuzme kontrolu nad svojom bolešću kad god je to moguće“, ideologije koja od svakog zdravstveno-zaštitnog profesionalca, pa tako i od ljekarnika, očekuje da ga u tome „po-

ovce i volove koji su se tamo prodavali. Povike i otpore koji su dolazili sa svih strana, nadvisio je glas razjarenog Nazarećanina: „Ne činite od kuće oca moga kuću trgovačku“ (Ivanovo evanđelje, 2:16).

¹⁷ U mnogim slučajevima, ljekarnici mogu, ako to hoće, ne činiti ništa više nego izdati lijek. Najbolji dokaz da se u osnovi radi o pukoj tehničkoj aktivnosti a ne pružanju usluga potvrđuje, među inima, žalosna i zabrinjavajuća činjenica: rijetko kada ljekarnikovo djelovanje može biti predmet tužbe za medicinsku pogrešku ili medicinsku neglijenciju.

¹⁸ Nije naodmet istaknuti da pojam „menadžirati“ izvorno upravo znači „staviti (osobu, životinju itd.) pod svoju kontrolu“ ili, još preciznije, „ograničiti slobodu objekta upravljanja“ (Bauman, 2009:68).

takne i osnaži“ (Salmon i Hall, 2004). Danas, naime, prevladava mišljenje da bolesnik treba biti „aktivni konzumer zdravstvene zaštite a ne tek puki pasivni recipijent“ (Wiles i Higgins, 1996). Sve u svemu, danas se stavlja „veći naglasak na konzumerove preferencije nego na profesionalno pruženu uslugu“ (Nancarrow i Borthwick, 2005:898). Ako posjedovanje autoriteta, u najopćenitijem smislu, znači određivati način razmišljanja o problemima koji pripadaju u nečiju domenu, ako autoritet znači pravo i slobodu da se ostatku društva kaže što je dobro i ispravno za njega, onda nema nimalo dvojbe: nova konstelacija odnosa među agensima u polju liječenja rezultira ljekarnikovim gubitkom autoriteta. Imati autoritet, naime, „znači *percipi*, biti poznat i priznat, što agensu omogućava da nametne određene *percipere*, ili bolje, da sebe nametne kao objekta koji oficijelno, to jest pred licem svih i u ime svih, nameće konsenzus o značenju društvenog svijeta“ (Bourdieu, 1992:86-87).

Umjesto ljekarnikovog autoriteta „pravi“ autoriteti po pitanju lijeka niču na svakom koraku; tako se, na primjer, u reklamama lijekova u ulozi neprikosnovenog autoriteta po pitanju lijeka pojavljuje netko iz bogate galerije likova iz „laičkog referentnog okvira“ (Freidson, 2004): mama, sestra, baka, prijateljica, susjed... Nesumnjivo je, dakle, da su u današnjim okolnostima „odluke o tome tko koristi propisane lijekove, za koje tegobe, na koji način ... izvan kontrole ljekarnika“ (Harding i Taylor, 2001:191).¹⁹

Sve u svemu, pod utjecajem ideologije o „refleksivnom konzumeru“ (Moore i Fraser, 2005), prostranstvo pacijentovog autonomnog izbora sve se više širi, dok se, istovremeno, ljekarnikova autonomija i autoritet sve više obesnažuju. U skladu s neoliberalnom politikom, pojam „refleksivnog“ pacijenta postaje središnji pojam u zdravstvenoj politici u mnogim zemljama a odnedavno i u našoj. Samo po sebi je jasno da su, u kontekstu rastuće „kulture konzumerizma“, odnosno u okolnostima „nepodnošljive lakoće“ kupovanja lijekova i, istovremeno, kulturi u kojoj „bol još nije toliko boljela“ (Nietzsche, 2004:70), ljekarnikovi izgledi da primijeni svoje znanje o lijekovima neznatni. Za razliku od klasičnog liberalizma koji je naglašavao državnu i ekspertovu brigu za svakog građanina ponaosob, neoliberalizam razvija ideologiju po kojoj svaki građanin ima povećanu odgovornost za „brigu o sebi“ (Petersen, 1997:194).²⁰ U ovim „oskudnim neoliberalnim vremenima“ (Bauman, 2009), pojam vlastite brige za zdravlje dio je, dakle, „diskursa koji državi omogućava da dignu ruke od svoje odgovornosti“ (Bauman, 2009).²¹ Budući da pojam osobne krivice i odgovornosti ima „svoje podrijetlo u najstarijem i najizvornijem osobnom odnosu koji postoji, u odnosu između kupca i

19 Upućivanje na važnost ljekarnikovog znanja o lijekovima vrši se tek sporadično - putem kampanja. Jedna takva kampanja, pod nazivom „Pitajte svog ljekarnika“, vodila se početkom 2000. godine u nekoliko europskih zemalja - među inima i u nas.

20 Raznim kampanjama o promjeni životnog stila „potiču se pojedinci da preuzmu odgovornost za vlastito zdravlje; one posvećuju manje pozornosti načinu na koji društveni položaj može ograničiti izbor i mogućnosti pojedinca“ (Giddens, 2007:147).

21 U tom smislu, Jaspers je potpuno u pravu kada naše doba naziva „dobom anonimne odgovornosti“ (Gadamer, 1997:72).

prodavača“ (Nietzsche, 2004:73), njegovo ponovno uvođenje najbolji je dokaz da je tržište postalo „istinski instrument vlasti“.

Sve u svemu, pacijent koji ima pravo samostalno birati, s jedne strane, te slobodno tržište lijekova, s druge strane, „koegzistiraju u savršenoj simbiozi“ (Bauman, 2009:46). Tržište lijekova i pacijentova autonomija se, drugim riječima, uzajamno uvjetuju. Ukoliko bi se, naime, pacijenti podvrgavali samo ljekarnikovom autoritetu, tržište lijekova, sasvim sigurno, ne bi „preživjelo“.

4.3. *Gubitak monopola*

Profesionalizam je „socijalnopolitički pokret organiziran u cilju ostvarenja „monopola na tržištu usluga ili rada i, s tim u vezi, monopola statusa i radnih privilegija,“ (Larson, prema Freund i McGuire, 1991:219). U osnovi, monopol nad pružanjem usluga znači definiranje područja koje spada u domenu profesionalne, stručne ekspertize te uspostavljanje legitimne kontrole nad tržištem. Profesionalizacija je, drugim riječima, najbolji način da se isključe konkurentne interesne grupe i stvori monopolističko tržište za vlastite usluge. Područje kompetencije je, prema tome, jasno određeno i zakonski zaštićeno, među inima, i titulom. Kada je područje kompetencije jasno definirano, djelovanje nekvalificiranih osoba se proglašava kriminalnim djelom.

U društvu u kojem je tržište postalo „instrument istinske vlasti“ nastaje, međutim, stanje u kojem je sve manji broj lijekova u nadležnosti liječnika²² a još manje lijekova koji su u nadležnosti ljekarnika. Drugim riječima, u današnje vrijeme, u mnogim zemljama, ključna funkcija ljekarnika - izdavanje propisanih lijekova, nije više ekskluzivno pravo ljekarnika. Pravo izdavanja lijekova osim ljekarnika s višegodišnjom izobrazbom i profesionalnim iskustvom ima i ljekarnikov asistent obučen na radnom mjestu ali i, što je iznimno zabrinjavajuće, obični trgovac - potpuno nekvalificirana osoba. Sve u svemu, u neoliberalnom društvu ljekarnici gube monopol i kontrolu nad tržištem te postaju samo jedna od grupa u polju liječenja koja svoj interes može ostvariti neprestano manevrirajući među svim drugim nadmoćnijim agensima: „državom, poslodavcima koji plaćaju osiguranje za svoje zaposlenike, kompanijama zdravstvenog osiguranja, pacijentima kao konzumerima zdravstvene zaštite te medicinsko-industrijskim kompleksom kao proizvođačem proizvoda i usluga za profit“ (Light, 2000).

5. KRATKI PLEDOAJÊ ZA REPROFESIONALIZACIJU LJEKARNIKA

Držimo da smo, polazeći od Bourdieuovih koncepata simboličkog kapitala i socijalnog polja, postojeće stanje deprofesionalizacije ljekarnika u kontekstu neoliberalnog društva rasvijetlili u dostatnoj mjeri. Ukazali smo, naime, da se ljekarnikovoj profesionalnoj logici u polju liječenja oštro suprotstavljaju i sve je više nadjačavaju logike drugih agenasa. Nova usloženost birokratsko-administrativne, poslovno-menadžerske, industrijske,

22 Lijekovi, koje je prije mogao isključivo propisivati liječnik - tzv. receptni lijekovi, prebacuju se, naime, u status bezreceptnih lijekova koji se mogu slobodno prodati / kupiti.

komercijalne i konzumerove logike u polju liječenja ima, naime, za posljedicu ništenje ljekarničke profesionalne logike. Nova usloženost ili relacije²³ koje se uspostavljaju u polju liječenja ima, međutim, i puno važniju posljedicu: potpuni izostanak ili, u najmanju ruku, vidno smanjenu kvalitetu ljekarnikove usluge. Evidentno je, naime, da nova konstelacija snaga različitih agensa u polju liječenja, potrebu za sigurnim i terapijski učinkovitim lijekovima, sve više žrtvuje ekonomskoj logici. Dokazi su za takvu tvrdnju neumoljivi: porast mortaliteta i morbiditeta prouzrokovan neprimjerenim korištenjem lijekova (Leendertse et al., 2010). Pokazuje se, dakle, da novo općeprihvaćeno mišljenje prema kojemu sve, pa čak i korištenje lijekova, ide dobro ako tržište ide dobro, nije točno. Kada bi, naime, navedeno mišljenje bilo ispravno onda tako krupni problemi kao što je porast mortaliteta i morbiditeta prouzrokovanih korištenjem lijekova ne bi postojali. Razvidno je, dakle, da liberalizacija tržišta lijekova i, s tim u vezi deprofesionalizacija ljekarnika, nisu jamstvo *zdravog društva* - upravo suprotno. Za razliku od prevladavajućeg mišljenja, držimo da stanje u kojem sama „kičma“ profesije - sofisticirano znanje, ostaje netaknuta dok se, istovremeno, sve druge značajke ljekarničke profesije derogiraju, nije održivo. Poenta profesionalnog djelovanja i jest, naime, u tome da se ne mogu, u načelu, razdvojiti različiti tipovi kapitala ili temeljne značajke profesije a da se ne dovede u pitanje *osnovna logika profesionalnog djelovanja: opći interes*.

Zbog svega navedenog, izričito ističemo zahtjev za reprofesionalizacijom ljekarnika.

Prvo, i jedino pravo ishodište, odnosno isključivi razlog zbog kojeg ističemo zahtjev za osnaživanjem „kulture profesionalizma“ (Toulmin, 2003:138) ljekarnika jest: zaštita zdravlja ljudi. Nedvojbeno je, naime, da u novom stanju stvari u kojem ljekarnici ostaju bez ključnih profesionalnih prerogativa ili priznate, institucionalizirane moći (autonomije, autoriteta, monopola) ljekarnici postaju sve manje važni za zdravlje ljudi, odnosno sve manje iskorišten resurs zdravstvene zaštite. Iz aspekta korisnika lijekova, odnosno njegove potrebe za sigurnom i terapijski učinkovitom terapijom lijekovima takva je situacija, treba li to uopće posebno isticati, apsolutno neprihvatljiva.

Nedvojbeno je, naime, da terapijska i, na kraju krajeva, socijalna, svrsishodnost ljekarnikovog ukupnog djelovanja, to jest koliko su oni uopće važni za naše zdravlje, ne ovisi isključivo o kvantumu znanja kojim ljekarnici raspolažu već i o tome u kojoj su mjeri ljekarnici konsolidirali svoj profesionalni status. Konkretno: da bi kompleksno znanje o lijekovima kojim ljekarnici danas nesumnjivo raspolažu bilo maksimalno iskorišteno, to jest da bi upotreba tog znanja bila zbiljski djelotvorna, ljekarnicima neizostavno treba institucionalni okvir (priznata moć) - autonomija, autoritet i monopol - kao svojevrsni zaponac. Da bi se svaka od navedenih privilegija - autonomija (kontrola vlastite, redovite i potpuno metodičke radne aktivnosti), autoritet (određivanja načina razmišljanja o problemima koji pripadaju u ljekarnikovu domenu) i monopol nad pružanjem usluga - stekla, mora, međutim, postojati jaki razlog ili važan preduvjet: „kultura profesionalizma“ treba, naime, jačati etičko djelovanje - opći interes, a ne svoj vlastiti, partikularni interes.

23 „Misliiti pomoću koncepta polja znači misliti *relacijski*“ (Bourdieu i Wacquant, 1992:96).

Sasvim konkretno: autonomiju može imati samo ona skupina radnika kojoj je priznato da su „partikularni zadaci koje ona obavlja u toj mjeri specifični da joj je samokontrola od presudne važnosti“ (Freidson, 2004:17). U slučaju ljekarničke profesije postojanje ovog razloga je nedvojbeno. Evo i zašto: ljekarnikov temeljni zadatak oduvijek je bio utvrđivanje „kvalitete, učinkovitosti i sigurnosti lijekova“ (Savage, 1994:141); budući da su mnogi lijekovi danas i „jači i opasniji nego ikad prije“ (Manasse, 2003:2486), spomenuti se ljekarnikov jedinstven i specifičan zadatak, više nego ikad prije, ultimativno postavlja.

Da bi uspješno izvršavao navedene zadatke, uz neizostavno kompleksno znanje o lijekovima, ljekarnik mora raspolagati i znanjem o socijalnim aspektima njihovog korištenja. Ljekarnik, drugim riječima, mora raspolagati vrstom znanja koje je usmjereno na konkretnu situaciju; riječ je o praktičnom znanju, „*phronēsis*“ koje je, po Aristotelu, i „duhovna ili etička vrlina“ (Gadamer, 2012:31). Takvo znanje, naime, „mora zahvatiti okolnosti u njihovom beskonačnom varijetetu“ (Gadamer, 2012:31). U svom svakodnevnom djelovanju, ljekarnik, dakle, treba biti vođen ne samo egzaktnošću u strogo matematičkom, prirodnoznanstvenom smislu već i jednom posve drugačijom vrstom znanja, znanja koje je najčešće neizrečeno, znanja čija se pravila ne mogu verificirati metodskim sredstvima prirodnih znanosti a to su: povijesni uzori, iskustvo, instinkt, intuicija, imaginacija, „smisao za takt“²⁴, etičke norme, vrijednosti ili veberovskim riječima - supstantivna racionalnost. Ove dvije različite, ali prijeko potrebne, vrste znanja (i djelovanja) iziskuju, dakako, i primjenu dviju različitih mogućnosti mjerenja: jedno je mjerenje „da se s nekim mjerilom prilazi stvarima da bi ih se učinilo raspoloživim i savladivim. Ovdje je očito riječ o „*poson*, kvantiteti“ (Gadamer, 2002:125). Druga se vrsta mjerenja „sastoji, naprotiv, u tome da sami pogađamo mjeru, sâmo ono primjereno“ (Gadamer, 2002:125). U ovom potonjem slučaju „riječ je o onome što Grci nazivaju *poion*, kvaliteta“ (Gadamer, 2002:125). Sve u svemu, liječenje treba shvatiti kao *the art of healing* (Gadamer, 1996) a ne kao puki mehanički zahvat u organsko, kao mehaniziranu primjenu pravila.

Nedvojbeno je da ljekarnikovoj vrsti djelovanja „pripada osobita sposobnost moći upotrebljavati znanje na pravi način“ (Gadamer, 2002:125) - ne jednostavno primjenjivati puka pravila (uzimati u obzir samo ono što je pristupačno i odredljivo) već znati određivati mjeru, „sâmo ono primjereno“. Ljekarnik u svom djelovanju, drugim riječima, osim kvantitativno-matematičkog mjerenja, mora imati i kvalitativan (personalan i sentimentaln) odnos spram bolesnika. To je zato jer liječenje nema „za svoj objekt jednu deanimiziranu predmetnost“ već „ispred sebe ima jedinstvenu stvarnost ljudskog života, koja je povezana s ličnošću kao neponovljivom i jedinstvenom strukturom“ (Brajović, 2012:118-119). Koliko god, naime, „samorazumljivost naše moderne medicinske znanosti izražava to da se smetnje, neprijateljstva tjelesnosti što se nude popredmećenju,

²⁴ Pod taktom se „podrazumijeva određena prijemljivost i sposobnost prijemljivosti za situacije i ponašanje u njima, za koje ne posjedujemo nikakvo znanje na temelju općih principa“ (Helmholtz, prema Gadamer, 2012:14).

učine savladivim sredstvima moderne znanosti“ (Gadamer, 2002:231), sve je očiglednije da objektivno-kliničke, kvantitativne metode istraživanja „često brzo iscrpljuju svoje mogućnosti ako se ne dopune nekim bilo neposredno-instinktivnim ili riječima posredovanim subjektivnim znanjem o stanju i osjećajima bolesnika“ (Simmel, 2001:179).²⁵ Kada se nalazimo u „prostoru bolesti i zdravlja“, ističe Gadamer, „uvijek je riječ o znanju koje jednostavno ne ovladava predmetnim poljem. Prirodu ne možemo jednostavno rekonstruirati u njezinim putovima. Moramo se zadovoljiti slomiti otpor bolesti i prirodi povratno pomoći u njezinu vlastitom tajnom vladanju. To, pak, iziskuje liječničko umijeće, donošenje ispravnih mjera / pravila. To nije samo znanost, nego drugačije znanje koje se u vlastitu ispunjenju tako reći povlači“ (Gadamer, 2002:126). Jednom riječju, dijagnoza i terapija „znatnim dijelom ovise o uživljavanju u stanje pacijenta“ (Simmel, 2001:179). Ta vrsta znanja - koju Simmel smatra „beziznimno djelotvornim apriorijem liječničkog umijeća“ - potrebna je, dakako, i ljekarniku. Isti zahtjev ističe i Jaspers: profesionalnom je djelovanju, a to znači i ljekarnikovom, „potreban ulog vlastita bića u kontinuitetu izgradnje učinka“ (Jaspers, 1998:65). Da liječničko / ljekarničko umijeće znači umijeće određivanja prave mjere potvrđuje, uostalom, i sama etimologija riječi medicina; u njezinom korijenu nalazi se, naime, „indoevropsko ‘med’, odnosno mjera, sredina“, to jest mjera ili, bolje rečeno, veza između „teoloških i antropoloških komponenti“, „sinteza između prirodnih i antropoloških znanosti“, mjera između „slučajnosti i umijeća, između čuda i znanja“ (Brajović, 2012:118). Tome u prilog govori i najranije spominjanje terapijskog karaktera *pharmakona* - „žrtvenog jarca kojim čovjek, uspostavljajući odnos s transcendentnim, nadoknađuje svoj tjelesni i fizički gubitak ili bol“ (Brajović, 2012:118).

Da sumiramo: lijekovi su oduvijek predstavljali, a na bitan način predstavljaju i danas, puno više od puke konkretne, objektivne, materijalne supstancije - oni su, naime, „moćni simboli nade i zalog ljudi u nevolji“ (Whyte et al., 2002). Metafizički, transcendentni, sugestivni učinak lijeka u današnjim okolnostima ne bi se, dakle, smio olako odbaciti; barem je jedan dobar razlog tome: integrativni dodatak vjere potreban je svakom onom djelovanju (u koje nesumnjivo spada i liječenje) čiji krajnji ishod nije apsolutno izvjestan. Nedvojbeno je, naime, da suvremena znanstveno-tehnološki razvijena medicina još uvijek ima zjapeće praznine; te, još uvijek zabrinjavajuće velike, praznine mogu biti popunjene (dakako samo do određene mjere) čak i s minimalnim dodatkom vjere u farmakoterapijski pozitivan učinak. Koliko god, naime, terapijski učinak suvremenih lijekova bio velik, mnoga je uspješna izlječenja još uvijek teško objasniti; „laboratorijske istine“ ili „apotekarsko-medicinsko razumijevanje istine - istinito je ono što nas liječi, nerado se zastupa“ (Hörisch, 2007). Onaj „tko uspješno izlječenje proglasi kriterijem istine mora se suočiti s neugodnim fenomenima koji bi mogli diskreditirati ozbiljne pojmove istine: recimo s placeboom, čudotvornim iscjeliteljima, homeopatskim dozama,

25 „Osim što je općenito povezano s filozofijom, ljekarništvo je s jednim njezinim dijelom još i u posebnom srodstvu, naime s onim koji se bavi naravi duše. Ono, čija je krajnja svrha održavanje ljudskog tijela u njegovom prirodnom stanju i njegova obrana od svih promjena koje bi ga mogle izbaciti iz tog stanja, ne može dosegnuti svoju potpunost bez poznavanja onog predmeta koji sadrži tako plodan izvor promjena u ljudskom tijelu“ (Herz, prema Hörisch, 2007:19).

spontanim izlječenjem..." (Hörisch, 2007:19). Upravo putem „djelotvornosti vitalnih sugestija“ (Jaspers, 1990), to jest pružanjem vjere u terapijski učinak lijeka, ljekarnik može potencirati terapijski učinak svake supstancije (pa čak i onda kada je ona potpuno kemijski neaktivna ili inertna). Tjelesne konzekvence vjere nisu, naime, „ništa manje dalekosežne od psihičkih“ (Lem, 1977:160).²⁶

Naposljetku, ali ne i najmanje važno, sposobnost određivanja „sâmo onog primjerenog“ (a to, kako smo dosad, nadamo se, dostatno argumentirali, ljekarnik ne može bez autonomije), ljekarniku treba sve dotle dok farmaceutske tehnologije ne pođe za rukom (a to bi, suprotno uvjerenjima, moglo potrajati) proizvesti lijek koji bi imao isključivo pozitivan učinak, apsolutno „očišćen od neželjenih primjesa“ (Lem, 1977). Semantička bivalentnost grčke riječi *pharmakon* koje se najčešće očituju u opozicijama lijek - otrov²⁷, pozitivno - negativno, dobro - loše, istina - laž, pamćenje - zaborav, znanstveno-tehnološki razvoj nije, naime, još uvijek, ni približno otklonio. I danas, naime, određena supstancija ima ljekoviti učinak samo pod strogo određenim uvjetima; ako se ti uvjeti ne ispune ista će supstancija, to je sasvim izvjesno, djelovati suprotno. Samo ljekarnik - treba li to uopće posebno isticati - posjeduje znanje o tome kada će, i u kojim uvjetima, jedna strana navedenih bivalentnih parova prijeći u svoju suprotnost; drugim riječima, samo ljekarnik posjeduje znanja o tome kako se - međusobno snažno izmiješane binarne suprotnosti - mogu na najbolji način (ali ne uvijek i potpuno) razdvojiti. Brojne nuspojave pa i, nerijetko, smrtni ishodi koje lijekovi danas sve češće induciraju svjedoče da se ovo - za pozitivan ishod liječenja - prijeko potrebno ljekarnikovo znanje, grubo i krajnje neopravdano, zanemaruje.

U „vitalne sugestije“ (Jaspers, 1998) koje ljekarnik treba pružiti bolesniku, među ostalim, uključuju se i ljekarnikova upozorenja na štetne posljedice kada se bolest želi otkloniti „prečacem“ - uzimanjem lijekova koji obećavaju brzi i apsolutni terapijski učinak. Drugim riječima, današnjem sve zahtjevnijem i „osnaženom“ pacijentu ljekarnik treba potanko objasniti da bolesti koje „ne nose veliku opasnost ne treba razdraživati uzimanjem lijekova“ (Platon, 1981).²⁸ Jer, kada „netko protivno dosuđenom vremenu suzbije

26 „Takozvana čudesna ozdravljenja, spasonosne posljedice terapije vidara, lekoviti uticaji sugestije u slučajevima proverenim do te mere da je moguće isključiti mistifikaciju, posledica su delovanja određene vere“; „... tako je, npr., poznat postupak koji se sastoji u tome da lekar, namazavši pacijentu bradavice nekim neutralnim sredstvom, izjavljuje da će bradavice odmah nestati, što se zaista često dešava. Pri tom je ključna stvar da bi lekar takav postupak uzalud primenjivao na sebi ili na nekom od kolega, jer znanje o iluzornosti takvog postupka, nedostatak vere u njegovu lekovitu moć čine da ne bivaju pokrenuti oni nervni mehanizmi koji kod 'verujućeg' izazivaju grč krvnih sudova što hrane bradavicu, čime se izaziva njeno sasušivanje. U nekim slučajevima, dakle, lažna informacija se, paradoksalno, može u dejstvu pokazati kao uspješnija od istine - s jednom suštinskom ogradom. Dejstvo takve informacije završava se na granicama organizma, a van njih najočiglednije omašuje“ (Lem, 1977:160).

27 Platon u tekstu Fedar spominje Farmakiju koja je ime „nimfe jednog vrela čija je voda, govorilo se, bila otrovna“ (Platon, 1985).

28 O štetnom ili, u najmanju ruku, dvojbena učinka jednog takvog „prečaca“ - somnifera (sredstava za spavanje), upozorava i Andrić; budući da o učinku somnifera Andrić govori na farmakološki minuciozan način te, što je još važnije, budući da se mnoga slična sredstva za istu indikaciju danas koriste sve više,

bolest lijekovima, tada iz malih nastaju velike bolesti, kao i mnoge iz malog broja bolesti“ (Platon, 1981:135-136).²⁹

Imajući u vidu da je pojam „autoritet“ u suvremenom, tzv. postmodernom društvu poprimio krajnje negativne konotacije, odnosno činjenicu da je taj pojam danas došao na zao glas, od iznimne je važnosti istaknuti na što točno mislimo kada o ljekarnikovom profesionalnom autoritetu ne samo govorimo već ga i zagovaramo; evo odgovora: ljekarnikov profesionalni autoritet nema nijedan drugi izvor osim kompleksnog znanja, nema nijedan drugi motiv / cilj osim pacijentove zdravstvene dobrobiti. Autoritet „počiva na priznanju i utoliko na djelovanju samoga uma koji, svjestan svojih granica, vjeruje u bolji uvid drugoga“ (Gadamer, 2012:344). Ljekarnikov autoritet počiva, dakle, na činjenici da su mu poznate ne samo supstancije od kojih se lijek sastoji, kompleksni procesi koje te supstancije pokreću već i optimalni načini njegove primjene. Zahvaljujući upravo takvom znanju, ljekarnici „imaju sposobnost rutinske probleme rješavati lagano a neoubičajene probleme rutinski“ (Savage, 1994:140).

U zagovaranju ljekarnikovog autoriteta ne skriva se, dakle, zahtjev za neupitnim, nametnutim, „narcisoidnim“, apsolutnim autoritetom. Takva je vrsta autoriteta koji uspostavlja paternalističke odnose danas, nema nimalo sumnje, anakrona. Kada, naime, zagovaramo ljekarnikov autoritet onda mislimo na „racionalni autoritet koji je zasnovan na mjerodavnosti pa osobi koja se o njega oslanja pomaže da se razvija“ (Fromm, 2004:49).³⁰ Drugim riječima, zahtjev za ljekarnikovim autoritetom ima posve racionalnu osnovu, odnosno dobar razlog i neoboriv dokaz koji se sabire u sljedećem: kontrola pristupa lijekovima. Naime, sve dok su lijekovi potencijalno opasne supstancije takva vrsta kontrole mora postojati. Ne smijemo, naime, smetnuti s uma da lijekovi „nisu obični komercijalni artikli kod kojih je odlučujuća financijska sposobnost ljudi da ih kupe“; naprotiv, lijekovi su „proizvodi o čijoj kvaliteti, načinu korištenja, djelovanju, nuspojavama, svrsi... javnost nije sposobna prosuđivati“ (National Pharmaceutical Association, 1998).

Budući, dakle, da je ideja o „refleksivnom“ konzumeru lijekova krajnje opasan mit, pitanje trebaju li rudimenti ljekarničke profesije u sadašnjoj političkoj ekonomiji biti do kraja zamijeniti tržištem i racionalnom birokracijom ili ljekarničku profesiju treba nanovo osnažiti, zapravo je retoričko pitanje. Pravo pitanje, naime, glasi: „Gdje profesionalno djelovanje završava a počinje tržište?“ (Savage, 1994:139). Još je bolje obratno pitanje: Gdje tržište završava a profesionalno djelovanje počinje?

autorova upozorenja vrijedi čuti: „On retko uzima sredstava za spavanje, pa ma bila i najbezazlenija, jer takav san, koji dolazi od somnifera, on ne osjeti kao pravi san. Čovek zaspi odmah, ali to je kao da u njemu neko spava, a drugim, većim i kao boljim delom sebe on je budan i oseća onaj deo koji spava. Dakle ipak ne spava“. Stoga, iako je nesanica „strašna i nepodnošljiva“, „ne вреди je otklanjati na silu. Ona je sastavni deo našeg života i mora da provede svoje“ (Andrić, 1982:125).

29 I Thomas More nas upozorava da je najlošiji liječnik / ljekarnik onaj koji „jednu bolest liječi stvaranjem druge“ (More, 1964:77).

30 „Prije upotrebe pažljivo pročitati uputu o lijeku. Za obavijesti o indikacijama, mjerama opreza i nuspojavama upitajte svog liječnika ili ljekarnika“. Brzina kojom se ovo upozorenje izgovara na kraju svake reklame

6. ZAKLJUČNE FORMULACIJE: O LJEKARNIKOVOJ POTRAZI ZA IZGUBLJENIM IDENTITETOM

Ako je točno da „kategorije u kojima neka grupa promišlja svoje postojanje i predočava sebi vlastitu zbilju pridonose zbilji te grupe“ (Bourdieu, 1992:135) onda se i pred ljekarnike imperativno postavlja zadaća promišljanja vlastitog postojanja. U posljednja dva do tri desetljeća ljekarnici to sve jasnije i čine. Kategorija putem koje ljekarnici predočavaju vlastitu zbilju, bitno drugačiju od postojeće s kojom je, kako smo pokazali, samo farmaceutska industrija potpuno zadovoljna, sabire naziv *ljekarnička skrb*³¹. No impetus za promjenom uloge i svrhe ljekarnika u društvu ne dolazi, a nikad nije ni dolazio, isključivo od strane ljekarnika. Najvažniji impetus, kao i uvijek, dolazi od društva / države. Glavni razlozi zbog kojih društvo / država jednoznačno zahtjeva promijenjenu / proširenu ulogu ljekarnika krajnje su transparentni: morbiditet i mortalitet prouzrokovani neprimjerenim korištenjem lijekova³² u stalnom su porastu³³.

Sve u svemu, ljekarnikovo sve veće nezadovoljstvo vlastitim statusom, zbog sve napetijeg i virulentnijeg odnosa spram drugih agensa u polju liječenja (konzumera, birokratsko-menadžerskih struktura, farmaceutske industrije), s jedne strane, te, što je puno važnije, zbiljska socijalna potreba za učinkovitom farmakoterapijom, s druge strane, urodila je zajedničkim i jednoznačno dogovorenim zahtjevom za proširenom ulogom ljekarnika za koju je skovana pojmovna sintagma: *ljekarnička skrb*.

Mogli bismo, stoga, zaključiti: koncept *ljekarničke skrbi* predstavlja kompleksnu i, do određene mjere, heteronomnu strategiju reprofesionalizacije ljekarnika ali i puno više i puno važnije: novi smisao, svrhu i očekivanja od ljekarnika; ukratko: ljekarnika koji bi bio zbiljski važan za zdravlje ljudi.

Predstoji nam, stoga, na samom kraju analiza i, ujedno, kao svojevrsni zaključak, ukratko razložiti koncept *ljekarničke skrbi* / brige. Unatoč, naime, sve jasnijim formulacijama koncepta *ljekarničke skrbi*, nemali broj ljekarnika ovaj koncept još uvijek smatra „nejasnim“, „maglovitim“, „eluzivnim“, „vrijednosnim“ konceptom (McCarthy, 1996),

lijeka čini ovo upozorenje, koje bi inače trebalo biti iznimno važno, krajnje grotesknim. Imamo li, naime, na umu da nije važno samo ono što se kaže već i trenutak u kojem se nešto kaže ali i način na koji se nešto kaže, razvidno je da pozivanje na ljekarnikov autoritet nema za cilj rehabilitirati njegov autoritet (ljekarnik je, uostalom, tek alternacija liječniku); naprotiv, spomenuto je upozorenje tek dobro skrojena pravnička forma čija je primarna svrha zaštititi farmaceutsku industriju od mogućih tužbi zbog jatrogenih učinaka lijeka. Umjesto, dakle, da osnaži ljekarnikov autoritet, ovakva vrsta upućivanja na ljekarnikov autoritet u očima pacijenta i sveukupne javnosti, ljekarnikov autoritet samo dodatno derogira i bagatelizira. U svakom slučaju, pogrešno je misliti da je spomenuto upozorenje izraz genuine brige za pacijentovo zdravlje.

31 Pojmovnu sintagmu *ljekarnička skrb* skovali su autori okupljeni oko *Minnesota Pharmaceutical Care Project* početkom 90-ih godina prošlog stoljeća.

32 Iako su lijekovi potencijalno opasne supstancije, opasnost i rizik se u suštini ne nalazi u njihovom kemijskom sastavu nego u načinu na koji se oni koriste; ili, riječima Paracelzusa: „Lijekovi nemaju doze nego ljudi“.

33 „Kod 1/5 hospitaliziranih bolesnika u SAD-u, pojavljuju se problemi prouzrokovani terapijom lijekovima“ (Cipolle et al., 1998).

konceptualnom metaforom koja se daje tek intuitivno nazreti ali ne i analitički istražiti i precizno odrediti (i)li mjeriti. Koncept je ljekarničke skrbi, drugim riječima, još uvijek otvorena i kontroverzna tema. Budući da mnoge zemlje, a odnedavno i naša, ulažu sve ozbiljnije napore u implementiranju / operacionalizaciji koncepta ljekarničke skrbi, od iznimne je važnosti barem djelić tih kontroverza otkloniti.³⁴

Ishodište, odnosno prva značajna saznanja o konceptu skrbi / brige pruža nam mit o stvaranju čovjeka kojeg spominje rimski povjesničar Hyginus (64. pr.n.e. - 17. n.e.). Budući da se u spomenutoj mitskoj predodžbi na smislen način zrcali mnogo toga što pripada i novom pojmu ljekarničke brige / skrbi, taj ćemo mit ukratko prepričati: prelazeći jednog dana preko rijeke, božica Briga³⁵ spotaknula se i od grude zemlje počela oblikovati ljudsko biće. U razmišljanju o tome što je oblikovala zatekao ju je Jupiter kojeg Briga zamoli da novom biću udahne dušu. Budući da se Jupiteru novo biće svidjelo, on to bez oklijevanja i učini. Novo biće Briga odluči nazvati po sebi; Jupiter joj je, međutim, to pravo osporavao, smatrajući da se novo biće treba nazvati po njemu. Dok su se njih dvoje prepirali naišla je Zemlja (boginja Zemlja) koja je nastali prijepor dodatno zakomplicala inzistirajući da se to novo biće nazove po njoj jer je od nje (zemlje) i načinjeno. Kako se nisu mogli dogovoriti, Briga pozove u pomoć boga Saturna, koji je bio na glasu kao pravedni sudac. Sljedeći Saturnov pravorijek u potpunosti opravdava glas koji ga je pratio: budući da je Jupiter novom stvorenju udahnuo dušu, ona mu treba i pripasti ali tek nakon smrti; budući da je Zemlja novom stvorenju dala tijelo, tijelo joj treba i pripasti ali tek nakon smrti; budući da je Briga oblikovala / stvorila novo biće, ono joj treba pripasti, bolje rečeno, ona o njemu treba brinuti od časa njegovog rođenja pa sve do časa njegove smrti. Saturn to novo biće nazva *homo*.³⁶

Spomenuti mit, u svakom slučaju, predstavlja „primordialni model liječenja: Briga je postavila temelje za potpunu skrb za dobrobit čovjeka - od njegova rođenja do smrti“ (Reich, 1996:6). Ovakav pojam brige može i danas biti nadasve „instruktivan za etiku brige / skrbi koja se odnosi na altruizam: idealističku posvećenost pomaganju drugim ljudima na temelju plemenitih osjećaja“ (Reich, 1996:7). Mit o Brizi uz to ima „i snažne političke implikacije: Briga skrbi ne samo o prvom čovjeku već i o svim drugim ljudima. Briga je, prema tome, ono što društvo drži na okupu“ (Reich, 1996:7).

Modernu spoznajno-teorijsku odredbu pojma skrb / briga na najbolji način pruža Heideggerova filozofija. Budući da pojam brige u Heideggerovoj filozofiji ima izvanrednu važnost, potpunu širinu i dubinu tog koncepta na ovom mjestu nije ni moguće a ni

34 S implementacijom koncepta ljekarničke skrbi, ljekarnici ne smiju više ni časa časiti; drugim riječima, ljekarnici (ali, jasno, ne samo oni) ne smiju nasjesti na uvjeravanje političkog establišmenta koji, kao tobože najbolju, zadržiglo promiču ovu, u temelju, posve izokrenutu i opasnu logiku: „sve mora postati gore prije nego što se stanje poboljša“ (Cavallo, prema Klein, 2008:253).

35 Latinski je ekvivalent za brigu (engl. „care“) „cura“ (liječenje). Iz navedenog se daje zaključiti da briga / skrb predstavlja konstitutivni element liječenja. Liječenje (u smislu pukog tehničkog zahvata kojemu teži suvremena znanstveno-tehnološki razvijena medicina) nije, naime, moguće bez brige.

36 „*Homo de humo*: Čovjek je (načinjen) od zemlje“ (Marević, 1997:142).

potrebno rekonstruirati a još manje potanko razmatrati. Iz obilja autorovih analiza izdvojit ćemo, i u vidu nekoliko kratkih stavaka, izložiti one uvide koji pogađaju samu suštinu filozofskog koncepta skrbi koji se može esktrapolirati u mnoga područja ljudskog života. Za Heideggera, skrbljenje ili „bitak-u-svijetu“ predstavlja, naime, temeljnu značajku „*humanitasa homo humanusa*“. „Biti-u-svijetu“ znači: „ophoditi se sa svijetom; prebivati u njemu na način činjenja, spravljanja, zbrinjavanja, ali i promatranja, propitivanja, promatrajućeg, poredbenog određivanja. To biti-u-svijetu karakterizirano je kao skrbljenje“ (Heidegger, 1996:48). Skrbljenje ili „biti-u-svijetu“ znači „ujedno *biti skupa*, biti s drugima: s drugima tu imati isti svijet, jedan s drugim se sretati, biti skupa na način da se bude-jedan-za-drugoga“ (Heidegger, 1996:48). Skrbljenje se „bez prestanka vraća na sada; a to znači: odsad, do sljedećeg sada“ (Heidegger, 1996:55). Jaspers govori nešto slično - o potrebi da se o čovjeku brinemo „u kontinuitetu životnog opstanka“ za što je, dakako, potreban „ulog vlastita bića u kontinuitetu izgradnje učinka“ (Jaspers, 1998:65). Nesumnjivo je da ovo suštinsko razumijevanje brige projicirano u određenju brige u kontekstu zdravstveno-zaštitnih profesija; briga se, naime, odnosi na „svaki oblik pomaganja drugom čovjeku ili grupi ljudi s evidentnim ili anticipiranim potrebama u svrhu poboljšanja ili unapređenja života“ (Leininger, 1978). Profesionalna briga predstavlja, dakle, imanentni, organski, sastavni dio djelovanja svih zdravstveno-zaštitnih profesija, pa tako i ljekarnika. Sve u svemu, koncept brige / skrbi uključuje i profesionalnu odgovornost, dužnost, tehniku, modus operandi, fundamentalnu obvezu i skup brižljivo razrađenih metoda / procedura kojima se vodi briga o zdravstvenoj dobrobiti pacijenta. Iako kratak, sljedeći prikaz trebao bi pokazati širinu variranja suvremenog koncepta ljekarnička skrbi: „... izravno, odgovorno provođenje terapije lijekovima s konačnim ciljem poboljšanja pacijentove kvalitete života“ (Hepler i Strand, 1990:535); ljekarnikovi „stavovi, ponašanje, posvećenost, briga, etika, znanje, odgovornost i vještine koji za cilj imaju unapređenje kvalitete pacijentova života“ (McCarthy, 1996:123); djelovanje „u kojem ljekarnik preuzima socijalnu i profesionalnu odgovornost u prevenciji morbiditeta i mortaliteta prouzrokovanih terapijom lijekovima, odnosno odgovornost za pozitivan ishod terapije lijekovima“ (Cipolle et al., 1998:11); nastojanje da se ljekarnik repositionira od onoga koji samo izdaje lijek prema onome koji, pružajući sigurnu i racionalnu terapiju, preuzima odgovornost za pozitivan ishod farmakoterapije, to jest vodi brigu o bolesniku u kontinuitetu njegovog životnog opstanka³⁷; „nova vrsta praktičara koji je izmješten iz modela pukog izdavača lijekova; novi *raison d’être* ljekarnikovog djelovanja: postavljanje u središte pozornosti pacijenta i njegove konkretne potrebe za terapijom“ (Cipolle et al., 1998:13); djelovanje ljekarnika koji „jedinstvenim znanjem i vještinama osigurava optimalno korištenje lijekova“ (Galt, 2000:224).

37 Ljekarnikovi pokušaji proširivanja postojećih granice djelovanja zaoštavaju njihov odnos s liječnicima. Dosadašnja istraživanja, naime, pokazuju da liječnici imaju negativan i antagonističan stav prema onim komponentama ljekarnikovog djelovanja koje direktno dovode u pitanje njihovu autonomiju, status ili ekonomsku sigurnost. Liječnici najmanje podržavaju ljekarnikovu neovisnost u donošenju odluka o terapiji i ljekarnikov uvid u pacijentov karton.

Kada se zbroje sve odredbe modernog koncepta ljekarničke skrbi, razvidno je da se iza novo-skovanog pojma „ljekarnička skrb“ nalazi opis idealnog ljekarnikovog djelovanja kojeg je postulirao to jest dalekosežno odredio već Platon³⁸. Nedvojbeno je, naime, da su Platonove odredbe o tome što čini pravog liječnika / ljekarnika i danas vrijedne divljenja; evo i zbog čega: dobar (idealni) liječnik / ljekarnik, smatra Platon, jest onaj tko „uz lijekove, liječi i razgovorom s bolesnikom, zatim raspravlja s njim kao filozof, ispituje uzroke bolesti i objašnjava prirodu tijela; takav liječnik s bolesnicima postupa tako što istražuje njihovu bolest od samog početka, u liječenju konzultira kako bolesnike tako i njihove bližnje. To je pristup u kojem liječnik poučava pacijenta, ne propisuje mu lijek ukoliko nije dobio pacijentovu suglasnost za uzimanje, te svojim pristupom i empatijom smiruje bolesnika pružajući mu nadu u ozdravljenje i izlječenje” (Platon, 1985). Koliko vidimo, znanja o tome kakav bi trebao biti ispravan *modus operandi* ljekarnika u društvu nikada nije manjkalo a ne manjka, kako smo to u kratkom prikazu netom pokazali, ni danas; ono što, međutim, manjka jest opći konsenzus i politička volja da se takav *modus operandi* ljekarnika - ljekarnička skrb, na pravi način i do kraja i implementira. Na tom su se putu ispriječile najmanje dvije teškoće. Prva, nedovoljno energična socijalna i politička borba ljekarnika za proširenjem svog dosadašnjeg djelovanja. Nedvojbeno je, naime, da ljekarnici svoju dosadašnju ulogu, svrhu i funkciju u društvu suviše obazrivo ističu, bolje rečeno pokušavaju ostvariti „na manje formalan način - razvijanjem kompetencija te proširivanjem opsega pruženih usluga“ (Savage, 1994:138). Riječ je, očito, o tome da se ljekarnici još uvijek nisu spremni otvoreno antagonizirati s liječnicima, još manje s farmaceutskom industrijom, agensima čija je privilegirana pozicija (moć) u polju liječenja evidentna. Drugo, iako (re)profesionalizacija - promicanje logike profesija koja je podređena općem interesu, „nije dar društva nego normativna vizija koju podržava posebna institucionalna struktura“ (Antunes, 2012:121), ozbiljniji pokušaji izgradnje takve institucionalne strukture još uvijek nedostaju. U društvu je, naime, još uvijek, sve i svatko podređen logici financijske i ekonomske moći. Pepler, stoga, nema iluzija oko toga što su pravi razlozi implementacije ljekarničke skrbi: „nije to što su oni nova generacija Florence Nightingale već to što su ljekarnici osjetili pritisak tržišta,“ (Pepler, prema Gilbert, 1998:90). Nekadašnji predsjednik *South African Pharmacy Society* tako, na primjer, nije uopće uočio ironiju u svom odgovoru o ljekarnikovom izdavanju lijekova: „Važno je da ljekarnici pokažu vladi da su zabrinuti zbog toga što ljudima isporučuju lijekove. Možda bi trebalo započeti s primarnom zdravstvenom zaštitom... ali u njoj nema novca. Kako će se netko obratiti profesiji i reći joj da se uključi u primarnu zdravstvenu zaštitu kada tamo nema novca“ (Simpson, prema Gilbert, 1998:91).

38 „Salomon kaže: Nema ništa novo na zemlji. I kao što je Platon zamišljao da je svekoliko znanje tek sjećanje, tako Salomon izriče svoju izreku da je sva novost tek zaborav” (Bacon, *Ogledi*, LVIII, prema Borges, 2004:5).

Imamo li u vidu postojeće konstelacije moći u polju liječenja, opravdano je, u svakom slučaju, pitati: Kakvi su izgledi da uzvišeni i humani ciljevi (briga o zdravlju ljudi), koji stoje u temelju koncepta ljekarničke skrbi, neprimjetno skliznu u ono što „Ch. Wright Mills zove *tržištem ličnosti*“? Drugim riječima, kakvi su izgledi da koncept ljekarničke skrbi postane tek dobro skrivena i dobro skrojena strategija kojom ljekarnici, bolje rečeno, oni čijim je interesima njihovo djelovanje još uvijek na bitan način podređeno, samo nastoje povećati prodaju (a time i zaradu) od sve većeg broja lijekova i nemedicinskih proizvoda?! Zaokružujući sve dosada rečeno, možemo pitanje i radikalnije formulirati: Kakvi su izgledi da se iza lijepog izraza (ljekarnička skrb) skriva ružna stvarnost - pomak „od vještine s predmetima do vještine s ljudima“? Riječ je o zadnjoj fazi komodifikacije - pojmu koji „podrazumijeva svjesnu manipulaciju u djelatnikovoj samoprezentaciji iskazivanjem emocionalnih stanja ili stvaranjem takvih stanja kod korisnika“ (Peračković, 2008:989).

LITERATURA

- Antunes, J. L. (2012). *Čitajući „Smrt Ivana Iljiča“*. Razmišljanja jednog liječnika. Izbor eseja. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
- Abraham, J. (2002). „The pharmaceutical industry as a political player”. *The Lancet*, 360(9344): 1498-1502.
- Adamcik, B. A., Ransford, H. E., Oppenheimer, P. R., Brown, J. F., Eagon, P. A. i Weissman, F. G. (1986). „New clinical roles for pharmacists: A study of role expansion”. *Social Science and Medicine*, 23(11):1187-1200.
- Andrić, I. (1982). Sveske. Sarajevo: Svjetlost, Zagreb: Mladost.
- Attali, J. (2008). *Kratka povijest budućnosti*. Zagreb: Meandar media.
- Bauman, Z. (2009). *Fluidni život*. Novi Sad: Mediterran.
- Borges, J. L. (2004). *Aleph*. Zagreb: Biblioteka Jutarnjeg lista.
- Bourdieu, P. (2011). *Distinkcija. Društvena kritika sudjenja*. Zagreb: Antibarbarus.
- Bourdieu, P. (1992). *Što znači govoriti. Ekonomija jezičnih razmjena*. Zagreb: Naprijed.
- Bourdieu, P. i Wacquant, L. J. D. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Brajić, B. B. (2012). „Pojam ‘lijeka’ u bizantskoj tradiciji: filozofsko-teološki aspekti”. *Jahr*, 3(5):117-121.
- Bunton, R. (1998). „Post-Betty Fordism and neo-liberal drug polices”. U: J. Carter, ur., *Postmodernity and the Fragmentation of Welfare*. Routledge: London and New York.
- Cipolle, R. J., Strand, L. M. i Morley, P. C. (1998). *Pharmaceutical Care Practice*. New York: McGraw-Hill.
- Clarke, A. E., Mamo, L., Fishman, J. R., Shim, J. K. i Fosket, J. R. (2003). „Biomedicalization: tehnoscientific transformations of health, illness and U.S. Biomedicine”. *American Sociological Review*, 68:161-194.
- Darwin, C. (2000). *Postanak vrsta putem prirodnog odabira ili očuvanje povlaštenih rasa u borbi za život*. Zagreb: Ljevak.

- Denzin, N. K. i Mettlin, C. J. (1968). „Incomplete professionalization: The case of pharmacy”. *Social Forces*, 46(3):375-381.
- Dingwall, R. i Wilson, E. (1995). „Is pharmacy really an incomplete profession?”. *Perspectives on Social Problems* 7:112-128.
- Doran, E., Kerridge, I., McNeill, P. i Henry, D. (2006). „Empirical uncertainty and moral contest: A qualitative analysis of the relationship between medical specialists and the pharmaceutical industry in Australia”. *Social Science and Medicine*, 62(6):1510-1519.
- Foppe van Mil, J. W., Tromp, D. F. J., McElnay J. C., de Jong-van den Berg, L. T. W. i Vos, R. (1999). „Development of Pharmaceutical Care in The Netherlands: Pharmacy's Contemporary Focus on the Patient”. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 39(3):395-401.
- Fox, R. (1989). *The sociology of medicine. A participant observer's view*. New Jersey: Prentice Hall.
- Freidson, E. (1970). *Professional dominance*. Chicago: Aldine.
- Freidson, E. (2004). *Professionalism. The Third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Freund, P. E. S., McGuire, M. B., ur. (1991). *Health, Illness, and the Social Body. A Critical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Fromm, E. (2004). *Imati ili biti*. Zagreb: Izvori.
- Gadamer, H.-G. (1996). *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific age*. Stanford University press.
- Gadamer, H.-G. (1997). *Naslijeđe Europe*. Zagreb: Matica hrvatska.
- Gadamer, H.-G. (2002). *Čitanka*. Zagreb: Matica hrvatska.
- Gadamer, H.-G. (2003). *Ogledi o filozofiji umjetnosti*. Zagreb: AGRAM.
- Gadamer, H.-G. (2012). *Istina i metoda*. Svezak I. Zagreb: Detra.
- Galt, K. A. (2000). „The Need to Define ‘Care’ in Pharmaceutical Care: An Examination Across Research, Practice and Education”. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 64:223-233.
- Giddens, A. (2007). *Sociologija*. Zagreb: Globus.
- Gilbert, L. (1998). „Dispensing doctors and prescribing pharmacists: A South Africa perspective”. *Social Science and Medicine*, 46(1):83-95.
- Gilbert, L. (2001). „To Diagnose, Prescribe and Dispense: Who Right Is It? The Ongoing Struggle Between Pharmacy and Medicine in South Africa”. *Current Sociology*, 49(3):97-118.
- Goode, W. J. (1960). „Encroachment, charlatanism and the emerging professions: psychiatry, sociology and medicine”. *American Sociological Review*, 25:902-914.
- Greenwood, E. (1984). „Attributes of a Profession, In: Self-Actualization for Nurses”. U: Barbara Fuszard, ur., *Issues, Trends, and Strategies for the Job Enrichment*. Maryland: Aspen Systems Corporation.
- Haralambos, M. i Holborn, M. (2002). *Sociologija. Teme i perspektive*. Zagreb: Golden marketing.
- Harding, G. i Taylor, K. (2001). „Pharmacy as a Profession”. U: K. Taylor i G. Harding, ur., *Pharmacy Practice*. London i New York: Taylor and Francis.

- Harrison, S., Pollitt, C. J. (1994). *Controlling Health Professionals: The Future of Work and Organisation in the NHS*. Buckingham: Open University Press.
- Haug, M. (1973). „Deprofessionalization: An Alternative Hypothesis for the Future”. *Sociological Review Monograph*, 2:195-211.
- Heidegger, M. (1996). „Kraj filozofije i zadaća mišljenja. Rasprave i članci”. Zagreb: Naprijed.
- Heppler, C. D. i Strand, L. M. (1990). „Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47:533-543.
- Hibbert, D., Bissell, P. i Ward, P. R. (2002). „Consumerism and professional work in the community pharmacy”. *Sociology of Health and Illness*, 24(1):46-65.
- Hörisch, J. (2007). *Teorijska apoteka. Pripomoć upoznavanju humanističkih teorija posljednjih pedeset godina, s njihovim rizicima i nuspojavama*. Zagreb: Algoritam.
- Jaspers, K. (1998). *Duhovna situacija vremena*. Zagreb: Matica hrvatska.
- Klein, N. (2008). *Doktrina šoka. Uspon kapitalizma katastrofe*. Zagreb: VBZ.
- Leendertse, A. J., Visser, D., Egberts, A. i van der Bemt, P. M. L. A. (2010). „The relationship between study characteristics and the prevalence of medication-related hospitalizations: a literature review and novel analysis”. *Drug Safety*, 33(3):233-244.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural Nursing: Concept, Theories, and Practices*. New York: John Wiley and Sons.
- Lem, S. (1977). *Summa Technologiae*. Beograd: Nolit.
- Light, D. W. (2000). „The medical profession and organizational change: From professional dominance to countervailing power”. U: C. Bird, P. Conrad i A. Fremont, ur., *Handbook of medical sociology*, 5. izdanje. New Jersey: Prentice Hall. str. 201-216.
- Lumme-Sandt, K. i Virtanen, P. (2002). „Older people in the field of medication”. *Sociology of Health and Illness*, 24(3):285-304.
- Macdonald, K. M. (1995). *The Sociology of the Professions*. London: Sage Publication.
- Manasse, H. (2003). „Health in a hand basket? Pursuing your profession through a challenging changing landscape”. *American Journal of Health-System Pharmacists*, 60:2484-2490.
- Marević, J. (1997). *Riznica latinskog jezika*. Zagreb: Školska knjiga.
- McCarthy, R. L. (1996). „The Nature of Caring in Pharmacy”. U: A. M. Haddad i R. A. Bureki, ur., *Ethical Dimensions of Pharmaceutical Care*. New York i London. Pharmaceutical Products Press.
- McDonald, R., Cheraghi-Sohi, S., Sanders, C. i Ashcroft, D. (2010). „Professional status in a changing world: The case of medicine use reviews in English community pharmacy”. *Social Science and Medicine*, 71:451-458.
- McKinlay, J. B. i Arches, J. (1985). „Towards the Proletarianisation of Physician”. *International Journal of Health Services*, 15:161-95.
- McKinlay, J. (1999). „The end of the golden age of doctoring”. *New England Research Institutes Newsletter*, summer, 1, 3.
- Mesler, M. A. (1991). „Boundary encroachment and task delegation: clinical pharmacists on the medical team”. *Sociology of Health and Illness*, 13(3):310-331.

- Moore, D. i Fraser, S. (2006). „Putting at risk what we know: Reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications”. *Social Science and Medicine*, u tisku.
- More, T. (1964). *Utopija*. Beograd: Kultura.
- Morgall, J. M. i Almarsdóttir, A. B. (1999). „No struggle, no strength: how pharmacists lost their monopoly”. *Social Science and Medicine*, 48:1247-1258.
- Nancarrow, S. i Borthwick, A. M. (2005). „Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce”. *Sociology of Health and Illness*, 27(7):897-919.
- Nietzsche, F. (2004). *Uz genealogiju morala*. Zagreb: Agram.
- Parker, M. (2002). „‘The romance of lonely dissent’. Intellectuals, professionals and the McUniversity.” U: Mike Dent i Stephen Whitehead, ur., *Managing Professional Identities. Knowledge, Performativity and the „New“ Professional*. London i New York: Routledge Studies in Business Organizations and Networks.
- Parsons, T. (1986). „Profession”. U: *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 12:536-547.
- Peračković, K. (2008). „Društvo i(ili) tržište - sociološka konceptualizacija procesa marketizacije društva”. *Društvena istraživanja*, 6(98):975-997.
- Petersen, A. (1997). „Risk, governance and the new public health”. U: A. Petersen i R. Bunton, ur., *Foucault, health and medicine*. London i New York: Routledge.
- Platon (1981). *Timaj*. Beograd: Mladost.
- Platon (1985). *Ijon - Gozba - Fedar*. Beograd: BIGZ.
- Popper, K. R. (1996). *Bijeda historicizma*. Zagreb: Kruzak.
- Reich, W. T. (1996). „What ‘Care’ Can Mean for Pharmaceutical Ethics”. U: A. M. Haddad i R. A. Buerki, ur., *Ethical Dimensions of Pharmaceutical Care*. New York i Londo: Pharmaceutical Product Press.
- Ritzer, G. i Walczak, D. (1988). „Rationalization and the deprofessionalization of physicians”. *Social Forces*, 67:1-22.
- Salmon, P., Hall, G. M. (2004). „Patient empowerment or the emperor’s new clothes”. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(2):53-56.
- Saramago, J. (2000). *Sjećanje na samostan*. Zagreb: VBZ.
- Saramago, J. (2010). *Bilježnica. Tekstovi napisani za blog od rujna 2008. do ožujka 2009.* Zagreb: VBZ.
- Savage, D. A. (1994). „The Professions in Theory and History: The Case of Pharmacy”. *Business and Economic History*, 23(2):129-160.
- Shakespeare, W. (2004). *Tragedije. Kralj Lear*. Zagreb: Globus media.
- Simmel, G. (2001). *Kontrapunkti kulture*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk; Hrvatsko sociološko društvo.
- Spranger, E. (1942). *Oblici života. Duhovnoznanstvena psihologija i etika ličnosti*. Zagreb: Matica hrvatska.
- Toulmin, S. (2003). *Return to reason*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Turner, B. (1987). *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage.
- Tousijn, W. (2006). „Beyond decline: consumerism, managerialism and the need for a new medical professionalism”. *Health Sociology Review*, 15:469-480.

- White, K. (2002). *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London: SAGE.
- Whyte, S. R., van der Geest, S. i Hardon, A. (2002). *Social lives of medicines*. Cambridge: University Press.
- Wilensky, H. (1964). „The professionalization of everyone?” *American Journal of Sociology*, 70(2):137-158.
- Wiles, R. i Higgins, J. (1996). „Doctor–patient relationships in the private sector: Patients’ perceptions“. *Sociology of Health and Illness*, 18(3):341-356.
- Williams, S., Gabe, J. i Davis, P. (2008). „The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects”. *Sociology of Health and Illness*, 39(6):813-824.
- Wingfield, J. i Badcott, D. (2007). *Pharmacy Ethics and Decision Making*. London i Chicago: Pharmaceutical Press.

ON DE-/RE-PROFESSIONALIZATION OF PHARMACY: Critical Analysis of the Role of Pharmacists in Modern Society

Živka Juričić and Željka Lukačin

Summary

This paper begins with the discussion about specific, important, as well as ideal characteristics of the pharmaceutical profession, such as: knowledge, authority, autonomy, services, monopoly and altruism. The examination of the role of pharmacists is based on Bourdieu's concepts of social field and symbolic capital. In particular, we infer the following: the professional status of pharmacists is continually changing under the influence of a whole range of objective, historically constructed relations with capital and power. The increasing complexity of bureaucracy and administration, as well as the introduction of managerial, industrial, commercial and consumer logic in the field of health care and pharmacy, resulted in the decrease in the professional work of pharmacists. In a completely commercialized society, professions can no longer promote their professional logic (to provide service in the public interest) but must promote the logic of economic and financial capital (to provide service in the interest of decision makers in the socio-political system). The paper examines in detail the process of deprofessionalization of pharmacy, as well as its negative consequences: the reduction of pharmacists to mere salespersons, without any bigger role in the health care system. Based on our analysis, we ask a crucial question: How is it possible that we are witnessing a decline in the importance of pharmaceutical profession while, at the same time, its key characteristics - specialized, sophisticated knowledge that it provides, as well as, most importantly, the very need for such knowledge – remain relevant? In conclusion, we discuss the strategy of re-professionalization of pharmacy. A new concept of pharmaceutical care arose as pharmacists became increasingly dissatisfied with their professional status, which created tensions between them and other health care professionals, but also because of a genuine need for a more efficient pharmacotherapy.

Key words: professionalization, characteristics of a profession, deprofessionalization of pharmacy, re-professionalization of pharmacy, pharmaceutical care

ÜBER DEN PROZESS DER DE-/RE-PROFESSIONALISIERUNG DER APOTHEKER:

eine kritische Analyse der Grundformen des Fungierens von Apothekern in der zeitgenössischen Gesellschaft

Živka Juričić und Željka Lukačin

Zusammenfassung

Den Zugangspunkt und die prinzipiellen Bestimmungen stellen in dieser Arbeit idealtypische, einheitliche und gleich wichtige Eigenschaften des Berufes dar: Wissen, Autorität, Autonomie, Dienstleistung, Monopol und altruistische Orientierung. Die Fragen zum realen Fungieren des Apothekerberufes ist durch Bourdieus Begriffe des sozialen Feldes und symbolischen Kapitals vorgezeichnet. Durch die Extrapolation der genannten begrifflichen Konstrukte kann man schließen: der professionelle Status ändert sich ständig unter dem Einfluß einer Reihe objektiver, geschichtlich konstruierter Verbindungen innerhalb der durch bestimmte Formen der Macht/des Kapitals gesicherten Lagen. Die neue Komplexität der bürokratisch-administrativen, geschäftlich-managerialen, industriellen, kommerziellen und konsumorientierten Logik im Bereich des Heilens hat die Abschaffung der professionellen Logik der Apotheker zur Folge. In einer äußerst kommerzialisierten Gesellschaft sind die Professionen nämlich nicht mehr im Stande, die professionelle (dem allgemeinen Interesse dienende) Logik zu fördern, sondern die Logik des ökonomischen und finanziellen Kapitals (die den echten Entscheidungsträgern im gesellschaftspolitischen Leben unterworfen ist). In der Arbeit wird detailliert die Form und der Umfang des Deprofessionalisierungsprozesses der Apotheker geprüft, sowie seine negativen Folgen: Apotheker werden zu gewöhnlichen Verkäufern, die immer weniger wichtig für unsere Gesundheit werden. Im Hintergrund solcher Analysen stellt sich die Schlüsselfrage: Wie ist es möglich, dass „der Rückgrat“ des Apothekerberufes selbst - spezialisiertes, sofi ziziertes Wissen und, was am wichtigsten ist, der wirkliche soziale Bedarf nach solchem Wissen – unberührt bleiben und dass alle anderen Eigenschaften des Apothekerberufes „absterben“? Am Ende wird die Strategie der Reprofessionalisierung des Apothekerberufes erörtert. Die, wegen eines immer gespanteren Verhältnisses zu den anderen Agenzien auf dem Feld des Heilens, immer größer werdende Unzufriedenheit des Apothekers mit dem eigenen Status, sowie der wirkliche soziale Bedarf nach einer effizienten Pharmakotherapie, haben mit dem Konzept der Betreuung durch Apotheker resultiert.

Schlüsselwörter: Projekt der Professionalisierung, Eigenschaften des Berufes, Deprofessionalisierung der Apotheker, Reprofessionalisierung der Apotheker, Konzept der Betreuung durch Apotheker