

Osobeni položaj liječnika u društvu; ili: o granicama liječnikovog djelovanja

ŽIVKA STANIČIĆ

Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

Katedra: Liječnik i bolesnik

Šoltanska 2, 21000 Split

Kućna adresa: Prilaz I. Visine 3, Zagreb

Tel./fax: (01) 6527-506

E-mail adresa: zivka.stanicic@zg.hinet.hr

UDK: 316.344.3:174

316.334.2:174

Pregledni rad

Primljeno: 15. 6. 2001.

U radu pokušavam ispitati dvije u osnovi proturječne odredbe liječnikova položaja koje proizlaze iz dvostrukosti relacije koju liječnik ima s jedne strane spram bolesnika i s druge strane spram društva u čijem okrilju djeluje.

U odnosu spram bolesnika, liječnik djeluje kao čovjek od moći iz najmanje dva razloga: njegova se moć spušta do čovjekove najživotnije razine (a to je razina čovjekova tijela) i jedino je liječnik dobio (što znači da može i izgubiti) legitimitet imenovanja čovjekovih stanja kao bolesnih ili zdravih.

U odnosu spram društva, liječnik se, međutim, pojavljuje kao objekt moći čiji su korijeni "s on stranu" medicinske profesije, u vladajućoj političkoj strukturi.

Postoje, dakle, neke izvanjske, neprikosnovene činjenice koje ne samo da reguliraju i usmjeravaju, već i određuju sveukupni sadržaj, pravac i doseg liječnikova djelovanja. Kao dokaz za tu tvrdnju uzima se činjenica da je dijagnoza u osnovi socijalni konstrukt. Na taj način pokazuje se da liječnik nema potpunu znanstveno-stručnu autonomiju u svom radu; on ne predstavlja krajnju "instancu" ni u određenu dijagnoza ni u određenu terapiju. To je zato jer liječnik i medicina u svakom društvu imaju nadindividualnu socijalnu funkciju, a to znači da glavni "impuls" svom djelovanju dobiva od vladajuće političke strukture. U posljednje vrijeme dadu se uočiti grubi primjeri narušavanja ravnoteže između dviju oprečnih dužnosti/odgovornosti liječnika: činjenice da je on "apsolutni pristalica" života, ali i da je istovremeno i "učesnik u moći vrhovnih vlasti da odlučuju o životu".

Ključne riječi: MOĆ, LIJEČNIK — SUBJEKT MOĆI; LIJEČNIK — OBJEKT MOĆI; EKSPERT, LIJEČNIKOVA DVOSTRUKA ODGOVORNOST

1. Uvodna određenja

U "Načelima Nove znanosti", povjesničar i filozof Vico G., ustvrdio je da je Hipokrat, "prvak svih liječnika, kako po vrijednosti, tako i po vremenu", "zavrjedio besmrtnu pohvalu: i nikoga ne vara, i niotkoga ne biva prevaren." (Vico, 1982:215). Ta vrsta argumenta, negativna i neuobičajena, kojom se Vico poslužio da bi potkrijepio svoj stav o neupitnoj vrijednosti Hipokrata ("i nikoga ne vara, i ni od koga ne biva prevaren"), zapravo pogađa samu suštinu pitanja određenja uloge liječnika u društvu te očekivanja (kako ona što ih ima pojedinac, tako i ona što ih ima društvo) koja se pred njega postavljaju: liječnik ne smije nikoga varati, ali, istovremeno, ni drugi ne smiju varati njega.

I najbenevolentniji analitičar sadašnjeg stanja u kojem se nalaze liječnici, zaključit će da malo koji liječnik "zavrjeđuje" tu "besmrtnu pohvalu"; naime, ukoliko i pronađemo onoga koji "nikoga ne vara", sasvim je izvjesno da netko, dugoročno, "vara" njega (ne, naravno, kao osobu, već kao pripadnika medicinske profesije!). Iako, jasno, nije sasvim svejedno je li liječnik objekt ili subjekt "varanja" (je li on taj koji "vara" ili drugi "varaju" njega), važno je za početak ustvrditi da se vrlo rijetko dešava da su oba zahtjeva na jednak način ispunjena: u pravilu, nedostaje barem jedan uvjet bez kojeg, međutim, nema pretpostavki da liječnik "zavrjeduje" tu, tako željenu, "besmrtnu pohvalu" koju je zaslužio Hipokrat. Naime, ukoliko su-

vremeni liječnik udovolji prvom uvjetu (da ne “vara” druge), mali su izgledi da netko drugi (taj “drugi” je vladajuća društvena struktura), i to dugoročno, neće “varati” njega.

Ono što je pošlo za rukom Hipokratu — uskladiti dvije bitne, iako protivurječne, odredbe vlastitog bića¹: ostvarenje osobnih interesa/potreba s interesima/potrebama pojedinca/bolesnika i, naposljetku, iako ne najmanje važno, s interesima društva u čijem okrilju djeluje — mnogim liječnicima, poslije njega, u pravilu, uspijeva vrlo rijetko.

Naša rasprava o osobenom položaju liječnika u društvu kretat će se upravo na tragu pitanja koje je bitno za sociologiju: (ne)usklađenost liječnikovih osobnih, partikularnih, sebičnih, profesionalnih interesa, s jedne strane, te interesa pojedinca i društva, s druge strane.

Liječnik, naime, vrlo često može, u pravilu bez znanja drugih, samovoljno izvršiti zamjenu ciljeva: zlorabeći svoje znanje, on može primarno djelovati u vlastitu korist koja, međutim, neosredno i/ili posredno, donosi štetu, i to i bolesniku i, u krajnjoj konzekvenciji, i samom društvu.

Predmet našeg istraživanja jesu pitanja od presudne važnosti za svako društvo: Koja je primarna uloga/zadatak liječnika u društvu? Što bolesnik i društvo očekuju od liječnika? U kojoj mjeri (jer je apsolutna usklađenost idealistička konstrukcija) liječnik uspijeva uskladiti svoje osobne, privatne, partikularne, “sebične”, profesionalne ciljeve s “općim” društvenim ciljevima?

2. Preliminarne konceptualizacije

U najnovije vrijeme, svjedoci smo ozbiljnog narušavanja takve usklađenosti što znači, slijedimo li strogo *Vicove* uvjete, da sve manji broj liječnika uspjeva zavrijediti tu tako željenu “besmrtnu pohvalu”...

O ulozi i važnosti liječnika u društvu među sociolozima postoje značajne kontroverze. Danas se jasno kristaliziraju tri bitno različita pogleda.

Prvi, pozitivan, zastupaju funkcionalisti, koji ističu da su liječnici profesionalci posvećeni jednom jedinom cilju: pomaganju ljudima. Po tom mišljenju, liječnici imaju monopol nad medicinom za dobrobit društva; bolesnici mogu biti sigurni jer im liječnici pružaju najviše standarde zdravstvene zaštite, uvijek vođeni etičkim principima, što znači da liječnici obavljaju svoj posao ne samo zato što se vode motivom osobnog profita.

Drugi pogled na ulogu i važnost liječnika jest marksistički; *McKinley*, američki marksist, dokazuje svoju osnovnu tezu: zdravstvena zaštita postoji zato jer osigurava ogromni profit za medicinske kompanije u opskrbljivanju i liječnikâ i bolnica lijekovima i opremom. U SAD, zdravstvenom zaštitom dominira privatno osiguranje tako da zdravlje predstavlja stvar komoditeta kao npr. automobil (*Moore*, 1995:295).

Drugim riječima, onaj tko uistinu ima kontrolu nad medicinom nisu liječnici, nego su to velika osiguravajuća društva, privatna osiguranja i farmaceutske kompanije; liječnik je samo “isporučitelj” proizvoda na jednak način kao i prodavač. Za *Navarra*, uloga liječnika dvostruka je. S jedne strane, održavati radnike zdravima kako bi što uspješnije obavljali svoje radne zadatke jer samo pod tim uvjetima radnik može ostvarivati najveći profit. Na drugoj strani, uloga je liječnika stvarati kod radnika “lažnu svijest” o društvu; radnik počinje percipirati društvo koje vodi konstantnu brigu o svim svojim članovima.

Treći pogled na ulogu i zadatak liječnika u društvu najbolje prezentira *Friedson* — po njegovu mišljenju, profesionalci, pa dakle i medicinski, postoje zato da bi ostvarivali poglavito svoj osobni interes a ne interes društva. Po mišljenju tog autora, profesionalizacija je jedan od brojnih načina putem kojih se grupe radnika udružuju s ciljem ostvarivanja nagrade za svoj rad. Li-

¹ Liječnikov vlastiti probitak uvijek mora imati u sebi dimenziju javne koristi.

ječnici, ujedinjani u svoja profesionalna udruženja, s uspjehom eliminiraju ostale grupe koje također ističu svoju sposobnost/umijeće liječenja (alternativna medicina) (Moore, 1995).

3. Osnovni plan istraživanja

Analize koje slijede imaju poglavito cilj podrobnije pojedinačno argumentirati naše sljedeće dvije tvrdnje, odnosno njihove brojne i značajne implikacije:

a) mogućnost da liječnik “vara” nekog drugog (bolesnika, i, u krajnjoj konzekvenciji, društvo) proizlazi iz jednog bitnog određenja liječnika: on je “čovjek (od) moći”, samo “središte moći”.

b) mogućnost da netko drugi “vara” liječnika proizlazi iz nepobitne činjenice da je on, istovremeno, i objekt nečije moći, objekt moći čije je središte smješteno daleko “s onu stranu” medicinske profesije, u društvu.

Upravo u spomenutoj činjenici (dva u osnovi proturječna tipa relacije: jedan prema bolesniku, i drugi prema društvu) jest osnovni razlog koji ukupnu poziciju liječnika čini, bez dvojbe, vrlo kompleksnom.

Da bismo mogli pobliže ispitati zamršenost liječnikovog položaja, čini nam se prikladnim, i dostatnim, poći od spomenute podjele unatoč tome što ona djeluje prilično shematski.

3.1. Liječnik je “čovjek (od) moći”

Liječnikova moć ne pokazuje se samo u tome da je on, zbog toga što ima ispravno znanje, prije svih i više od svakoga u društvu, nazočan na “mjestu odlučivanja o onome što je hitno” (Sloterdijk, 1992:75), a to je, nesumnjivo, upravo bolest², nego i u tome da on jedini u društvu ima legitimitet, ali i povlasticu, imenovanja, definiranja i redefiniranja socijalnog značenja različitih čovjekovih stanja kao bolesnih ili zdravih (Baggati, 1994)³.

Te dvije teze, iznesene u obliku natuknica, pokušat ćemo izložiti pobliže. Pođimo redom.

Iako se razlozi zbog kojih se generira liječnikova moć u prvom slučaju, gotovo intuitivno očigledno pretpostavljaju i opravdavaju⁴, svi razlozi te moći nisu posve transparentni, a najmanje od svega su svi ti razlozi opravdani. Na ovom mjestu, pozabavit ćemo se samo onim najvažnijima.

Zato jer ima ispravno znanje (za naše razmatranje nije važno je li to znanje fiktivno ili stvarno⁵) liječnikova moć nad bolesnikom “spušta se do one najživotnije razine, a to je razina tijela” (Foucault, cit. prema Kalanj, 1993:80)⁶.

² Bolest je, prije svega, “izuzetno urgentna manifestacija materijalnog života, potreba i smrti” (Sartre, 1982).

³ Medicinska profesionalizacija je zapravo određenje područja ekspertize nad kojim isključivo jedna grupa (liječnici/medicina) može imati kontrolu (Abbott, Payne, ed. 1990).

⁴ Samorazumljivo je da liječnik odlučuje o mjestu, trajanju, vrsti liječenja, broju i učestalosti kontrole, o budućem ponašanju (životnom stilu) bolesnika... (Sharp et al., 1990).

⁵ Za osnovnu svrhu naše rasprave, potpuno je nevažno pitanje uz pomoć čega liječnik uspijeva zaposjesti čovjekovu tjelesnu razinu: je li to zahvaljujući njegovom znanju ili, upravo, u posljednje vrijeme sve više, znanju “rukovanja” sofisticiranim tehničkim sredstvima (budući da su medicinsko umijeće i znanost mogući sve više, pa i samo, pomoću tehnike) ili, možda, zahvaljujući liječnikovom unutarnjem duhovnom bogatstvu, snazi duha (koja se nerijetko označava religioznom snagom) ili zahvaljujući svemu tome zajedno ali, jasno, ne uvijek u istoj srazmjeri.

⁶ “Razina tijela” je uistinu “najživotnija razina” zato jer “elementarno, čovjek uvijek ostaje u tijelu”. Budući da je čovjek živo biće on je neprestano “prikovan na uvjete egzistencije živih bića”, a ta zavistnost svjedoči da je čovjek veoma bespomćan i to ne samo prilikom rođenja (Rothacker, 1985).

Dakle, upravo živo čovjekovo tijelo predstavlja izvorište liječnikove moći (ali i svake druge moći); vidimo, dakle, da liječnik, zato jer pomaže tijelu, postaje jedna vrsta moćnika, a bolesnik predmet medicinsko-materijalističke manipulacije. Samo se po sebi razumije da liječnik dobija samo “dio centralne izvršne moći svih vrhovnih vlasti, vlast nad životom i smrću drugih” (Sloterdijk, 1991:176)⁷. Drugi dio takve moći ima politika. Naime, na razini čovjekova tijela presijecaju se istovremeno i drugi oblici moći, među kojima jedno od najvažnijih predstavlja “političko zaposjedanje tijela” (koje je u neposrednoj vezi s “ekonomskom uporabom” tijela, budući da odnosima moći tijelo “ponajviše treba kao proizvodna snaga”, a ono (tijelo) korisno je samo “ako je istodobno produktivna i podčinjena snaga” (Foucault, cit. prema Kalanj, 1993:80).

Drugu tvrdnju/natuknicu valja razumjeti na sljedeći način: liječnik (na isti način kao i sudac) ima “privilegiju monopola da nekoj osobi donosi 'decision' pomoću kojih ona onda može druge osobe prisiliti na neke usluge ili se, obrnuto, ona može zaštititi od zahtjeva drugih” (Weber, 1999:56). Među najznačajnije “zahtjeve drugih” od kojih se bolesna osoba automatski zaštićuje, spada, zasigurno, (privremeno ili trajno) bolesnikovo oslobađanje od mreže socijalnih zadataka za koje je u društvu socijaliziran.

Od presudnog je značenja, međutim, to da se ne previdi i druga strana koju status bolesnika ima — a to je da općenito svako “imenovanje”, pa tako i imenovanje bolesnika (koje znači dodjeljivanje određenih svojstava) istovremeno znači i “obznanjivanje” da je bolesnik “dužan vladati se u skladu s društvenom biti dodijeljenog svojstva” (Bourdieu, 1992:86).

U razmatranju pitanja “moći” kao društvenog oblika, valja upozoriti na još dvije važne činjenice: prvo, svatko onaj tko raspolaže sa moći (u ovom slučaju — liječnik) mora, po logici i nuždi, imati “patos distance” spram objekta moći (bolesnika); drugo, svatko tko ima moć, ima, u određenim okolnostima, tendenciju da tu moć zloupotrijebi; naime, zakoni “korupcije lorda Actona” govore o tome da se “čovjeku ne može dati moć nad drugim ljudima a da ga se ne stavi u iskušenje da je zluporabi; to se iskušenje približno povećava s količinom moći što je ima u rukama i može mu se oduprijeti veoma malo ljudi” (Popper, 1996:71).

Zbog toga što je liječnik “čovjek od moći” (tj. zbog imanentne tendencije da tu moć zluporabi) odnos između liječnika i bolesnika treba sagledati kao odnos latentnog i/ili manifestnog sukoba. Naime, unutar liječničke profesije neprestano se polariziraju interesi i motivacije između “sebičnosti” i “socijalnosti”, što znači, između ostvarenja vlastitog probitka i ostvarivanja javne koristi. Sociolozi su (Parsons posebno) ukazali na negativne posljedice do kojih bi došlo ukoliko bi zavladao neobuzdana, ničim kontrolirana liječnikova “sebičnost”, odnosno, njegov sekundarni, partikularni, osobni interes, koji bi potisnuo u drugi plan interese bolesnika/društva. U sociologiji je taj problem označen kao problem inverzije ciljeva: on postaje posebno važan upravo u djelovanju liječničke profesije; naime, liječnik, u znatno većoj mjeri nego drugi profesionalci, može izvršiti inverziju ciljeva, a da pritom sebi ne naškodi i da zajednica ostane bez ikakvih čvršćih dokaza o zluporabi.

Prema tome, neprestano postoji opasnost da se “pomagačeva” moć odvoji od interesa bolesnika i, općenito, od “životnog interesa zajednice”. Da bi se spriječilo odvajanje tih interesa, svako društvo primjenjuje različite načine kojima se “umijeće pomaganja” nastoji “staviti pod kontrolu jedne zajedničke svijesti koja, sa svoje strane, vlada vještinom postupanja s moći pomagača” (Sloterdijk, 1991:177).

Pokušaj da se bolesnika, što je više moguće, zaštiti od liječnikovih zlupotreba (i time povrati bolesnikovo izgubljeno povjerenje) navela je neke liječnike (za sada samo u SAD) na

⁷ Samo po sebi je jasno da to nije jedino “zaposjedanje” kojem je konkretno čovjekovo tijelo izručeno; budući da je čovjekovo tijelo “izravno uronjeno i u političko polje”, u tom ga polju “zaposjedaju” i brojni drugi nosioci moći koji ga “obilježavaju, dresiraju, muče, prisiljavaju na poslove, obvezuju na ceremonije, iznuđuju njegove znakove” (Foucault, cit. prema Kalanj, 1993:80).

stvaranje povjerenstava/supervizora s isključivim zadatkom iznošenja dodatnog stručnog mišljenja bolesnicima koji su već bili na pregledu i kojima je određena dijagnoza i, u skladu s tim, odabrana “odgovarajuća” medicinska intervencija.

Činjenica da je djelovanje te grupe liječnika/supervizora (izabranih po “svojoj velikoj ljubavi prema ljudima, i po svom entuzijazmu za podučavanje svojih pacijenata”) službeno registrirano i kao činjenica da članovi tih povjerenstava javno surađuju s najpoznatijim bolnicama i medicinskim fakultetima — najbolji nam je dokaz da je, zbog učestalosti i velikih razmjera liječničkih zloupotreba, društvena zajednica primorana, uz uobičajene i “uhodane” mehanizme kontrole liječnika, uvesti i još neke dodatne mjere: kada neka društvena zajednica ocijeni da liječnik zloupotrebljava svoju moć, jer su zloupotrebe postale vidljive, široko rasprostranjene i uz to stalne, ona ima prerogative opozvati liječnički monopol, odnosno liječniku oduzeti “jurisdikciju nad određenjem bolesti”.

3.2. Liječnik je i “objekt” moći; ili, o (zlo)uporabi liječnika

Količina ukupne moći liječnika u tolikoj je mjeri kolosalna da nam zaklanja uvid u drugu, vrlo važnu činjenicu: liječnik ne predstavlja samo središte moći, nego je on i objekt moći, i to u dvostrukom smislu:

a) na posredan način, jer je njegovo sveukupno djelovanje određeno tzv. “objektivnim duhom”;

b) na neposredan način, utoliko što je liječnik objekt moći donosioca političkih odluka.

Te tvrdnje traže pobližu analizu.

Ustvrdili smo da je liječnikovo djelovanje određeno tzv. “objektivnim duhom”. Da bismo što je moguće više potkrijepili svoju tezu, potrebno je ispitati kakav je položaj znanosti općenito u društvu. U tom smislu, instruktivna je tvrdnja da se znanost (njena razlika od ostalih intelektualnih snaga i djelatnosti, njena podjela na specifična područja, njene procedure, sadržaji i organizacija) “može shvatiti samo u odnosu prema društvu za koje djeluje” (Horkheimer, 1989).

Spomenuta teza čini glavni teorijski potporanj na kojem gradimo i osnovni stav, koji najkraće rečeno glasi: nijedna znanost nije potpuno neovisna od društvenih prilika u kojima nastaje; svaki društveni sistem znanosti, a napose medicinu, stavlja u svoju službu jer je društvo zarana shvatilo da medicina, zadovoljavajući individualne potrebe, istovremeno vrši i svoju, ne manje važnu, “uistinu nadindividualnu socijalnu funkciju” (Stain, 1934:50).

Naime, upravo zato jer “vrši nadindividualnu socijalnu funkciju”, medicina, ali, jasno, i druge znanosti, “dobiva glavni impuls od strukture društva” (Stain, 1934:50).

Tu bitnu dimenziju liječnikova djelovanja posebno ističemo jer ona nedvojbeno govori o tome da i liječnik, makar se posvetio liječenju samo pojedinačnih individua, vrši socijalnu funkciju. Ali, upozorava nas nadalje Stein, znanosti (pa prema tome i medicinska) “ne samo da ne daje pravac svome radu po nekim svojim zasebnim unutarnjim zakonima, nego čak stavlja svoje znanje u službu, koje protuslove njenom jasnom pozivu” (Stein, 1934:52). Iz toga proizlazi da odnos između znanosti i društva nije uvijek i neizostavno harmoničan; naprotiv, nerijetko među njima dolazi do otvorenog sukoba; taj je odnos — jednako kao i odnos liječnika i bolesnika — prožet određenim inkompatibilitetima, određenim oblicima nesnošljivosti...

Da bi to shvaćanje, koje je prikazano i postavljeno u općim crtama, bilo do kraja potvrđeno, potrebno je iznijeti još neke dodatne činjenice: ne samo (1) osnovni pravac istraživanja u medicinskoj znanosti, nego i (2) način i svrha u koju se ti rezultati nedvojbeno koriste, ne samo (3) određenje “što je to dobra pomoć i što je zbiljski ozdravljivač” (Sloterdijk), nego i (4) oblik i sadržaj liječnikove intervencije, ali i (5) sam društveni odnos u cjelini

prema medicini — ne mogu biti sagledani “kao automatske posljedice liječničke znanosti” (Kolakowski, 1989:120).

Nastavljamo s pojašnjenjem: niti jedno od spomenutih pitanja, niti jedna medicina, niti u jednom društvu nije uspjela “definirati iz vlastitih snaga” (Sloterdijk, 1992); ona to, međutim, ni uz najbolju volju nije ni mogla učiniti jednostavno zato jer su odgovori na sva postavljena pitanja “svaki put ukorijenjeni u svjesnosni odnos prema životu karakterističan za datu civilizaciju”⁸ (Kolakowski, 1989:120).

Upravo zato, teško se možemo složiti s Gadamerom koji smatra da “zajednica istraživača” “prvenstveno u prirodnim znanostima” (u koju zasigurno spadaju i liječnici), “tvori” u “normalnom slučaju nepotkupljiv korektiv” (Gadamer, 1997:18)⁹.

Najbolji dokaz tvrdnji da je liječnik, među ostalim, i objekt moći čije je središte “s onu stranu” liječničke profesije, sadržan je u činjenici da je dijagnoza socijalni konstrukt.

Dijagnoze, dakle, nikada ne izrastaju iz “sterilnog tla”. Ono na što prvenstveno cilja potonja tvrdnja odnosi se na činjenicu da liječnik ne egzistira u političkom, socio-kulturnom vakuumu. Posve je iluzorno misliti da liječnik može potpuno autonomno opisivati i imenovati poremećaj; naprotiv, medicinskoj znanosti “daju smjer pretpostavke koje joj došaptava sistem. Ona predviđa i na osnovu toga preporučuje ono što sistem očekuje i što traži.” (Dufrenne, 1982:265).

Energično odbacivanje teze o neutralnosti znanosti, o “čistoj znanosti” nalazimo i kod Jaspersa: “Terapija i psihoterapija kao i opći praktičan stav prema duševnim bolesnicima i nenormalnim ljudima zavise od oblika vlasti koju nameće država, zatim od religije, socijalnih uvjeta, dominantne intelektualne tendencije vremena, onda, pogotovo, ali ni u kojem slučaju isključivo, od uvjeta zasnovanih na pozitivnim naučnim znanjima.” (Jaspers, 1990:741).

Dijagnoze su neprestano pod uplivom zdravog razuma, racionalnih stereotipa, kulture, političkih očekivanja, konstelacije socijalnih odnosa, tradicije (Suman, 1991).

U svakom aspektu svoga rada, liječnik mora raditi prema odredbi koju mu nameće njegova profesija ali i društvo u cjelini, što dovodi do toga da liječnik sve više preuzima ulogu “zdravstvenog političara”: izdaje potvrde koje zahtijeva društvo, a da o tome više ni on ni pacijent ne odlučuju” (Rubčić, 1976:96). Drugim riječima, liječnik je postavljen pred one zadatke koje u potpunosti “izrastaju” iz njegova vremena/prostora, što samo potvrđuje našu tezu o tome da je liječnik među ostalim i “objekt moći”.

Vidimo, dakle, da opći, praktični stav prema određenim bolesnicima ni u kojem slučaju ne zavisi isključivo od uvjeta zasnovanih na pozitivnim znanstvenim saznanjima. Drugačije ne može ni biti jer je svaka znanost (pa prema tome i medicinska) prije svega i više od svega “služkinja javnog interesa” (pri čemu se pod “javnim interesom” podrazumijeva “poredak postojanja”). Kazati da je liječnikov položaj određen “objektivnim duhom” znači upravo to da je njegovo djelovanje (ponekad i do najmanjih pojedinosti) određeno društveno uvjetovanom sredinom, duhovno-povijesno nastalom životnom okolinom, da je njegovo djelovanje direktno pod utjecajem određenog društvenog stanja i određene političke prakse. Drugim

⁸ Heisenberg ukazuje na to da se prirodna znanost ne može odvojiti od općefilozofskih i političkih pitanja (Heisenberg, 1997).

⁹ “Konstrukcionističke studije znanosti”, kao što je primjerice *The Manufacture of Knowledge* (1981) antropologinje Karin Knorr-Cetina, ili još noviji *Golem* (1993) sociologa Harryja Collinsa i Trevara Pincha, imaju dvije osnovne namjere. Prva im je namjera bila pokazati kako da otkriju kako industrijalizirana znanost proizvodi ne samo znanstvene “činjenice” nego i “istinu” koje bi one trebale predstavljati. A drugo, sama znanstvena metoda je daleko od toga da postane paradigma univerzalnosti koja nije ograničena samo na jedno mjesto, nije ništa drugo nego oportunistička logika i lokalno smješten oblik prakse ukorijenjene u lokalnom društvenom djelovanju” (Sardar, 2001:42, 43).

riječima, postoje neke “vanjske”, “neprikosnovene” činjenice koje ne samo da reguliraju i usmjeravaju pravac, već i određuju sveukupni sadržaj liječnikovog rada.

Liječnik je nerijetko bolno svjestan tjesnoće područja svojega djelovanja.

Predstoji nam da obrazložimo navedenu tvrdnju.

Svaki put kada se vladajući sloj u društvu “suoči sa neriješenim slučajem”, on “priziva nauku kao važeću silu”, koja je, brže-bolje, “u vidu svojih stručnjaka”, dakle, među ostalima, i liječnika, pravnika... “spremna staviti na raspolaganje svoj sud koji u najvećim teškoćama mora važiti za neprizivljiv” (Jaspers, 1998:59).

Prema tome, vladajućem je sloju u društvu u interesu “stvarati” (u osnovi tog “stvarenja” stoji “pretjerivanje”) “ideal eksperta koji posvuda osigurava da kao zaključni sud važi glas znanosti, bilo to u gospodarskim ili kapitalnim procesima, bilo to u poslovima visoke politike, u vođenju ratova, u gospodarskoj politici ili bilo gdje drugdje” (Gadamer, 1997:72).

Bilo da želi prikriti svoje sebične ciljeve, bilo da želi sakriti stvarne motive svojih postupaka, bilo da traži potvrdu za “racionalnost” svojih postupaka, državni se aparat “s punim povjerenjem” obraća znanostima, “ekspertima”, “stručnjacima” koji, u pravilu, promptno “amenuju” sve njegove odluke, postupke, namjere, ciljeve...

Trebamo, dakle, neprestano imati na umu i “drugu stranu” djelovanja eksperta (koje je on duboko i, vrlo često, bolno svjestan) — njegovu “službenu funkciju” koja se sastoji u tome da on “pripada mehanizmu donošenja političkih odluka” (Gadamer, 1997:126).

Svoje analize i zaključke (koji ne samo da nisu po volji, nego su i krajnje neugodne za pripadnike medicinskog i/ili inog znanstvenog establišmenta), Gadamer izvodi iz osnovnog smisla koju riječ *expertus* ima u latinskom jeziku: ekspert je netko tko ima “iskustva”. Međutim, u svojoj kasnijoj upotrebi, ta je riječ poprimila i druga značenja tako da se ona u današnjim uvjetima ne odnosi samo na onog koji “ima iskustava”; naime, “sakupljati i posjedovati iskustva, to jest biti iskusan, to nije zvanje. Ali zvanjem je postalo posredovati između znanstvene kulture moderne i njezinih društvenih učinaka u društvenoj praksi. Dakle, ekspertovo je mjesto negdje između. On nije pojam znanstvenika ili čak istraživača i učitelja. Ekspert se nalazi između znanosti, u kojoj mora biti kompetenciju, i društvene političke prakse”, ističe Gadamer (1997).

Taj autor smatra da njemačka riječ za “procjenitelja”, koja se koristi umjesto riječi za “eksperta”, u puno većoj mjeri govori o suštinskoj odredbi tog pojma; jer kada se kaže “procjenitelj”, onda se implicitno priznaje da on, “procjenitelj”, ne zna apsolutno sve o određenom predmetu te da bi zbog toga trebao pitati i druge, a obvezatno bi, u “procjenjivanju”, trebao biti “podređen pravim donosiocima odluka u društveno-političkom životu.”

Već iz dosadašnjih izvoda postaje jasno da svaki ekspert (pa prema tome i liječnik), “ne predstavlja”, kako to pravilno zaključuje svoje analize Gadamer, “nadmoćnu instancu za posljednje odluke unatoč tome što, “izvana promatrajući”, to tako može izgledati.

Dakle državni aparat treba “sveznajućeg” liječnika — kojemu pripisuje, a zapravo nameće, epitet “važeće sile” ili “najviše instancije” — među ostalim i zato da bi vlastitu odgovornost za cijeli niz mjera učinio posvema anonimnom, odnosno da bi dobio “savršen” alibi za svoje odluke, mjere... Sveukupna se odgovornost svaljuje na “eksperta”, “stručnjaka”, kojima država, često i protiv njihove volje, pripisuje status “važeće sile”. Za uzvrat, “eksperti”, kao što smo to već istaknuli, moraju vladajućoj političkoj strukturi u svakom trenutku staviti svoj “stručni” sud na raspolaganje kao “neprizivljiv”.

Drugim riječima, potpuno je pogrešno misliti da je npr. medicina uistinu postala “važeća sila”, da liječnici, potpuno autonomno, bez pritisaka izvana, donose “konačne” odluke koje se tiču sfere njihovog djelovanja. Liječnik nije postao, još uvijek nije postao (a to nikada nije ni bio), “nadmoćna instanca”; njemu nije dopušteno (unatoč tome što se takav dojam suštavno gradi) donositi “konačne” odluke u onim pitanjima u kojima država nalazi neposredan interes, i upravo u tom smislu dopustivo je govoriti o liječnicima kao o “objektima” moći.

Naime, onog trenutka kada “sveznajući” ekspert donosi odluku koja ne samo da nije po mjeri društva, nego otvoreno dolazi u koliziju sa donosiocima odluka u društveno-političkom životu, država, odnosno njezin vladajući sloj, otvoreno pokazuje tko je “gazda u kući”.

Dakle, kada se mišljenja o nekom pitanju/predmetu između medicinskog eksperta i vladajuće političke strukture počinju bitno razilaziti, “sistem”, samovoljnom političkom odlukom, pokazuje ekspertu kako se “viši interesi” trebaju “stručno” štititi.

Naime, ukoliko medicina, odnosno liječnici, odbijaju svojim “stručnim” sudom poduprijeti državne odluke/ciljeve/mjere, odnosno, ukoliko liječnik/medicina ne ispunjava promptno one zadatke koje joj “došaptava sistem” (smatramo da analiza tih razloga traži posebnu raspravu), sasvim je izvjesno da će taj isti “sistem” — neuvijeno i ni malo nježno — liječnicima oduzeti “jurisdikciju nad određenjem bolesti”.

Zaključna razmatranja i sažeci

Sveukupna pozicija liječnika u suvremenom društvu vrlo je zamršena. U njegovu se djelovanju neprestano sukobljavaju dvije vrste odgovornosti: s jedne strane njegova odgovornost kao znanstvenika, a s druge strane nepobitna činjenica da on pripada “mehanizmu donošenja političkih odluka” (Gadamer, 1997). Vrlo se često, naime, zna desiti da liječnikova odgovornost kao znanstvenika ustukne pred zahtjevima koje pred njega postavlja “donosilac političkih odluka”. Na sreću, u demokratskim društvima, neprestano se “vodi briga o ravnoteži između tih dviju odgovornosti” (Gadamer, 1997:126).

Obilje je suprotnih primjera. Ukazat ćemo na jedan takav u hrvatskom društvu. Riječ je o dvojbama i sukobima (koji, uostalom ni do danas nisu razriješene) oko dijagnosticiranja PTSP (posttraumatskog stresnog poremećaja). Dvojbe su nastale u onom trenutku kada je, po mišljenju Hrvatske demokratske zajednice, ondašnje vladajuće stranke, broj takvih dijagnoza “predimenzioniran” (riječ je o 30.000 branitelja kod kojih je dijagnosticiran PTSP). Toj vladajućoj političkoj stranci neprihvatljiv je postao i taj broj, ali i sama dijagnoza — bilo je pokušaja da se ideološko-političkim sredstvima, a ne stručno-znanstvenima, negira činjenica postojanja spomenute dijagnoze, s prozirnou argumentacijom: da vojnici koji sudjeluju u domovinskom, obrambenom ratu ne mogu, po prirodi stvari, oboljeti od PTSP-a!

Upravo nam spomenuti primjer bjelodano pokazuje (dokazuje) da vladajuće strukture nemaju namjeru prihvatiti svaku liječnikovu stručnu ocjenu, čime se liječnicima, ali i svima u društvu, daje na znanje da liječnici ne predstavljaju “posljednju instancu” u donošenju odluka čak ni u pitanjima/područjima koja “nesumnjivo” spadaju u predmet liječničke stručne ocjene. Tako se potvrđuje, po ne znam koji put, činjenica da su liječnici tek “objekt” nečije druge, izvanjske moći, i samo “objekt”. U obilju primjera, posegnut ćemo još samo za jednim: opće je poznato da velike tvrtke koje su pokupovale najveći dio američkog zdravstva (a takva tendencija postoji i u drugim razvijenim zemljama), određuju uvjete ne samo bolesnicima nego i liječnicima, tako da se u današnjim okolnostima više ne može govoriti o liječniku kao “slobodnoj profesiji”; vlasnici tvrtke mogu, a to u pravilu i rade, jednostrano odlučiti koja se vrsta i sadržaj medicinske usluge može u datom trenutku pružiti bolesniku i, istovremeno, zaštititi liječnicima da bolesniku ukaže na moguće alternative. Ukoliko liječnik ne slijedi upute vlasnika tvrtke, liječnik sebe dovodi u situaciju da mu ne bude plaćeno za one usluge koje je tvrtka proglasila “nepotrebnima”.

Nemogućnost izmirenja dviju različitih odgovornosti liječnika posebno dolazi do izražaja u birokratiziranom sistemu zdravstvene zaštite: s jedne strane, od liječnika se “očekuje da pruži najviše što može svojim pacijentima, dok, istovremeno, udovoljavanje administrativnim obvezama može ići protiv interesa njegovih pacijenata” (Dahrendorf, 1989:159). Liječnik se dakle nalazi u jednom “međupoložaju”: s jedne strane on je “‘apsolutni’ pristalica života; s druge strane, on je učesnik u moći vrhovnih vlasti da odlučuju o životu” (Sloterdijk,

1991:176), po čemu se uloga liječnika ne razlikuje od uloge političara. Obje uloge (liječnika i političara) predstavljaju zato oblik socijalne kontrole u suvremenom društvu (Bury, 1997:85). Važno je istaknuti da moć/kontrola može istovremeno biti i produktivna ali i represivna u oba slučaja (Lupton, 1997:132).

Budući da se “konfliktna očekivanja dviju referentnih grupa — pacijenata i nadređenih administrativaca — ne mogu izmiriti u toj situaciji, imperativno se nameće neka promjena u društvenoj strukturi. Sve dotle dok se ne dogodi takva promjena, stručnjak mora ili kršiti zakon, ili raditi sasvim mimo namjera referentnih grupa (npr. liječnik može zanemariti svoje pacijente, jer su pacijentske sankcije blaže od sankcija državnih organa ili osiguravajućih društava). Mnogi problemi društvenog ponašanja mogu se objasniti sukobom očekivanja koja pripadaju određenoj ulozi” (Dahrendorf, 1989:159).

LITERATURA

- Abbott, P., Payne, G., ed. (1990) *New directions in the sociology of health*. The Falmer Press.
- Baggati, R. (1994) *Health and health care in Britain*. MacMillan, Press Ltd., BMA, Library.
- Bourdieu, P. (1992) *Što znači govoriti. Ekonomija jezičnih razmjera*. Zagreb, Naprijed.
- Bury, M. (1997) *Health and illness in a changing society*. Routledge. London and New York.
- Dahrendorf, R. (1989) *Homo sociologicus*. Gradina, Asademus.
- Dufrenne, M. (1982) *Umjetnost i politika*. Sarajevo, Svjetlost.
- Gadamer, H. G. (1997) *Naslijede Europe*. Zagreb, Matica Hrvatska.
- Gouldner, A. W. (1980) *Za sociologiju*. Zagreb, Globus.
- Heisenberg, W. (1997) *Fizika i filozofija*. Zagreb, Kruzak.
- Horkheimer, M. (1989) *Pomračenje uma*. Sarajevo, Svjetlost.
- Jaspers, K. (1990) *Opća psihopatologija*. Beograd, Prosvjeta.
- Jaspers, K. (1998) *Duhovna situacija vremena*. Zagreb, Matica Hrvatska.
- Kalanj, R. (1993) Michel Foucault i problem moći. *Revija za sociologiju* 24, 1/2, str. 77—85.
- Kitwood, T. (1993) Towards the reconstructions of an organic mental disorder. In ed. Radley A. *Worlds of illness. Biographical and cultural perspectives on health and disease*. Routledge. London and New York.
- Kolakowski, L. (1989) *Prisutnost mita*. Beograd, Pečat.
- Levi, C. (1951) *Krist se zaustavio u Eboliju*. Zagreb, Državno izdavačko poduzeće Hrvatske.
- Lupton, D. (1997) *The imperative of health. Public health and the regulated body*. SAGE Publications. London.
- Moore, S. (1995) *Sociology*. Teach yourself books.
- Nelkin, D., Tancredi, L. (1989) *Dangerous diagnostics. The social power of biological information*. Basic books. INC., Publishers: New York.
- Popper, K. (1973) *Logika naučnog otkrića*. Beograd, Nolit.
- Popper, K. (1996) *U potrazi za boljim svijetom. Predavanja i napisi iz tridesetih godina*. Zagreb, Globus.
- Radley, A. (1998) *Making sense of illness. The social psychology of health and disease*. SAGE Publications. London.
- Rothacher, E. (1985) *Filozofska antropologija*. Sarajevo, Veselin Masleša.
- Rubčić, J. (1976) O razvitku medicinske sociologije, *Revija za sociologiju* 2—3.
- Sardar, Z. (2001) *Thomas Kuhn i ratovi znanosti*. Naklada Jesenski i Turk, Zagreb.
- Sharp, A. M. et al. (1990) *Economics of social issues*. Ninth Edition. BPI/IRWIN. Homewood, IL 60430, Boston, MA 02116.
- Sloterdijk, P. (1991) u knjizi: *Filozofija u Vremenu. Filozofija modernog doba II*, ur. Šarčević, A., Sarajevo, Veselin Masleša.

- Sloterdijk, P. (1992) **Doći na svijet, dospjeti u jezik**. Zagreb, Naklada MD.
- Spranger, E. (1942) **Oblici života. Duhovnoznanstvena psihologija i etika ličnosti**. Zagreb, Matica Hrvatske.
- Stain, B. (1934) **Bolesnici i liječnici. Karakterološki i sociološko-historijski prikaz**. Zagreb, Minerva.
- Suman, F. (1991) **Mental health, race and culture**. M. Macmillan in association with Mind Publication, England.
- Vico, J. (1982) **Načela Nove znanosti**. Zagreb, Naprijed.
- Watts, S. (1999) **Epidemics and history. Disease, power and imperialism**. Yale University Press, New Haven and London.
- Weber, M. (1999) **Vlast i politika**. Zagreb, Naklada Jesenski i Turk, Hrvatsko sociološko društvo.

SPECIFIC POSITION OF PHYSICIAN IN SOCIETY; OR THE LIMITS OF PHYSICIAN'S ACTIVITIES

ŽIVKA STANIČIĆ
University of Split

The objective of the paper is to examine two contradictory features of a physician's position with regard to his relationship to the patients. A physician seemingly assumes the role of power and authority. This is due to at least two reasons: his power is closely related to the basic level and ultimate needs of every human being and a physician is the only subject who acquired the legitimacy to assess the condition of a human being as ill or healthy.

With regard to the society as a whole, a physician appears as the object of power deeply imbedded in the current political structure.

External, established and undeniable facts determine the overall contents, the direction and the reach of a physician's performance. The evidence of this claim lies in the fact that a diagnosis is basically a social construct. It is clearly indicated that a physician does not have a complete scientific-professional autonomy in his work. He/she does not represent the ultimate instance neither with regard to the diagnosis he makes nor in deciding on the most suitable therapy or treatment. The reason for this is the fact that a physician in each society has supra-individual social function that reaches far beyond the social function. Physician allegedly receives the main "impulse and impetus" from the governing political structure, which shape his activities. Recently we have witnesses some instances which prove that the delicate equilibrium between the two contradictory roles/responsibilities of a physician has been disturbed: the fact that he is absolutely "pro-life" oriented, while at the same time being the "participant sharing the power of supreme authorities with regard to life".

Key words: POWER, PHYSICIAN-SUBJECT OF POWER; PHYSICIAN-OBJECT OF POWER, TWOFOLD RESPONSIBILITY OF A PHYSICIAN