

MIĘDZYNARODOWA SIEĆ KLINIK (PRZYCHODNI) SPOŁECZNYCH

STRESZCZENIE MANIFESTU

Czym jest przychodnia społeczna?

Społeczne kliniki zdrowia to autonomiczne i samoorganizujące się kolektywy opieki zdrowotnej oparte na społeczności, świadczące usługi podstawowej opieki zdrowotnej. Naszym celem jest rzucenie wyzwania konwencjonalnym strukturom organizacyjnym poprzez innowacyjne praktyki obejmujące codzienne transakcje, procedury i praktyki medyczne. Głęboko wierzymy w zdolność ludzi do organizowania się, samorządności i zbiorowego podejmowania sprawiedliwych decyzji dotyczących ich pracy, zdrowia i życia.

Dążymy do stworzenia nowych modeli opieki zdrowotnej, w których więzi społeczne są niezbędne, a dobrobyt osobisty i zbiorowy są uznawane za nierozdzielnie ze sobą powiązane. Wierzymy, że tylko silna i współpracująca społeczność oparta na solidarności i dbająca o kluczowe kwestie, takie jak środowisko, warunki życia, odżywianie i sieci relacji międzyludzkich i pozaludzkich, może umożliwić nam prowadzenie zdrowego życia i dbanie o siebie nawzajem.

Kliniki społeczne są strukturami antykapitalistycznymi, antyfaszystowskimi, antyrasistowskimi i transfeministycznymi. Jesteśmy walczącymi kolektywami, które podzielają radykalną wizję opieki zdrowotnej. **Poprzez nasze działania staramy się być orędownikami sprawiedliwych i powszechnie dostępnych publicznych systemów opieki zdrowotnej, które gwarantują wszystkim prawo do zdrowia.** Kliniki społeczne są radykalnym rozwiązaniem politycznym, oferującym wizję bardziej sprawiedliwej, spójnej i antyautorytarnej struktury społecznej, mogącej sięgać dalej niż tylko opieka zdrowotna. Jeśli można ją z powodzeniem zastosować w opiece zdrowotnej, można ją zastosować wszędzie.

Niniejszy Manifest stanowi słowo wstępne Międzynarodowej Sieci Klinik Społecznych (INOSC). Jest to otwarte zaproszenie dla innych kolektywów i aktywistów do przyłączenia się do naszej walki o ponowne przemyślenie i kolektywne wymyślenie na nowo opieki zdrowotnej.

Moduł 1: Polityka neoliberalna i relacje z publicznymi systemami opieki zdrowotnej.

W ostatnich dziesięcioleciach neoliberalizm stał się globalnym czynnikiem strukturalnym determinującym zdrowie. Przekonanie, że rynki są bardziej odpowiednie i wydajniejsze w alokacji zasobów w zindywidualizowanym społeczeństwie, motywowanym głównie lub wyłącznie interesami gospodarczymi i materialnymi, odrzuca wszelkie formy opieki

społecznej jako zakłócające normalne funkcjonowanie rynku. Rządy zastosowały zasady neoliberalizmu do wszystkich aspektów życia społecznego i indywidualnego poprzez prywatyzację i komercjalizację sfery publicznej, deregulację sektora prywatnego (z rosnącą rolą ubezpieczeń zdrowotnych), obniżenie podatków od kapitału, cięcia wydatków publicznych, zmniejszenie siły związków zawodowych skutkujące obniżkami płac.

System opieki zdrowotnej został przekształcony w rynek, a opieka w towar. Powstały niezliczone „medyczne pustynie”, obszary, w których niedobór pracowników służby zdrowia zagraża dostępowi do usług zdrowotnych i opiekuńczych.

Całkowite podporządkowanie się prawom rynku oznacza pogorszenie stanu medycyny klinicznej i relacji terapeutycznej, ponieważ leczenie dotyczy jedynie objawów, i dokonuje się poprzez ścisłe protokoły, zalecające określone działania medyczne i leki. Ma to również wpływ na treść i rolę nauk medycznych. Następuje rozdrobnienie na coraz więcej specjalizacji i promowanie coraz droższych metod leczenia. Ponadto lekarze, ze względu na presję czasu, w mniejszym stopniu polegają na pracy klinicznej, a w większym na badaniach. Zapobieganie jest postrzegane jako kwestia moralna i indywidualna oraz odpowiedzialność samego pacjenta, a wszystkie czynniki strukturalne, środowiskowe i społeczne (ubóstwo, bezrobocie, niepewna praca, degradacja ekologiczna i zanieczyszczenie żywności, wody, powietrza i przyrody), które wpływają i potencjalnie determinują zdrowie indywidualne i zbiorowe, są pomijane.

Pandemia SARS-CoV-2 uwiarydomiła niepowodzenie podejścia neoliberalnego. COVID-19 pokazał również, że tam, gdzie usługi są sprywatyzowane, rządy nie są w stanie kontrolować rozprzestrzeniania się i nasilenia chorób. Wykazano, że podstawowa opieka zdrowotna jest kluczowym czynnikiem w systemie opieki zdrowotnej. Jednak temu uznaniu nie towarzyszyło odwrócenie polityki i alokacji zasobów w systemach opieki zdrowotnej.

Chociaż społeczne kliniki zdrowia działają w różnych kontekstach, analizując zdrowie i opiekę zdrowotną w fazie neoliberalnej, widzimy, że w podobny sposób różne krajowe systemy opieki zdrowotnej są stale prywatyzowane i demontowane. Nawet w krajach objętych powszechną opieką zdrowotną często występują długie kolejki i liczne bariery, które utrudniają dostęp do usług zdrowotnych: gdy ludzie nie mają pozwolenia na pobyt, gdy część populacji nie ma dostępu do lekarza pierwszego kontaktu lub ma trudności ze znalezieniem wizyt w niektórych specjalnościach, ponieważ liczba wykwalifikowanych lekarzy nie jest wystarczająca (Niemcy, Francja), z powodu chronicznego niedoboru personelu - lekarzy i pielęgniarek - oraz nieznośnych warunków pracy, co prowadzi do rezygnacji pracowników (Grecja), lub istnieją przeszkody, jeśli chodzi o dobrowolne przerwanie ciąży. W niektórych przypadkach proces ubiegania się o leczenie jest skomplikowany, a czas oczekiwania jest nadmierny (Niemcy, chorzy psychicznie). Inną kwestią jest tendencja do „korporatyzacji”, gdzie szpitale i placówki opieki zdrowotnej

stają się półautonomicznymi podmiotami o większej niezależności administracyjnej, ale w konsekwencji pogarszają jakość usług (Włochy). W Grecji, gdzie sektor podstawowej opieki zdrowotnej jest słabo rozwinięty, a ubezpieczenie zdrowotne jest głównie zorientowane na szpitale, sektor prywatny od dawna cieszy się uprzywilejowanymi relacjami i wsparciem ze strony wszystkich greckich rządów, co skutkuje jego zwiększoną kontrolą nad szeregiem usług zdrowotnych. Ogólnie rzecz biorąc, ubezpieczenie publiczne rzadko obejmuje stomatologię, a jej systematyczne wykluczanie z bezpłatnych usług publicznych jest oczywiste.

Moduł 2: Krytyka dominującego modelu opieki zdrowotnej

Kliniki społeczne starają się rozwijać praktyki medyczne, które wyłaniają się z krytyki dominujących praktyk i modeli opieki zdrowotnej. **Wierzymy, że zdrowie powinno być rozumiane jako proces, a nie stan; jako produkt społeczny, a nie indywidualny; jako proces w którym musimy działać zbiorowo.**

Naszym celem jest obalenie podziałów i rozłączności, na których opiera się biomedycyna. Dominujący model oddziela to, co fizyczne, od tego, co psychiczne, jednostkę od jej społecznego i ekologicznego kontekstu, a lekarza od pacjenta. Biomedycyna dzieli pojedynczą jednostkę ludzkiego ciała na odrębne części, z których każda jest zarządzana przez specjalizację medyczną lub stanowi wyspecjalizowaną dziedzinę medycyny. W związku z tym traci zdolność obserwowania i rozpoznawania wszystkich tych holistycznych wzorców funkcjonowania, sposobów, w jakie złożoność ludzkiego ciała jest zjednoczona w całość, oraz relacji między tą całością a jej systemem społecznym i ekologicznym.

Zamiast koncepcji zdrowia jako fizyczno-psychiczno-społecznego procesu dobrostanu, biomedycyna może być postrzegana jako medycyna zranienia i doraźności. Praktyki medyczne ograniczają się do relacji objaw-lek lub objaw-proces medyczny. Biomedycyna napędzana i kształtowana przez technologie medyczne, firmy farmaceutyczne i ubezpieczeniowe, w efekcie bezpośrednio dostosowuje się do ich interesów.

Relacja między lekarzem a pacjentem odzwierciedla autorytarną i hierarchiczną regulację całego pola społecznego, w którym lekarz sprawuje władzę nad fizycznym, psychicznym i społecznym wymiarem ludzkiej egzystencji, podczas gdy pacjent jest zdegradowany do pozycji ignorancji i bierności. W ten sposób medycyna stała się głównym mechanizmem produkcji i reprodukcji określonej koncepcji *normalności*, czyniąc ludzi biernymi i podlegającymi kontroli.

Moduł 3: Nowe praktyki medyczne

Kliniki medycyny społecznej uczestniczące w naszej sieci prezentują szereg nowych praktyk charakteryzujących się włączeniem i równością, przyczyniając się do tworzenia społeczności opiekuńczych.

W **Klinice Solidarności Społecznej w Salonikach (KIA)**, gdzie usługi są bezpłatne, *Grupa Innej Medycyny* postanowiła traktować człowieka jako całość fizyczno-psychiczno-społeczną, a pacjentów jako aktywnych uczestników leczenia. Aby to osiągnąć, Grupa opracowała następującą praktykę: Stworzyła Zespół Zdrowia, składający się z lekarza ogólnego, psychoterapeuty i niespecjalisty - członka Przychodni Społecznej - którzy we wspólnej sesji opiekują się pacjentem. Informacje zbierane są na podstawie przygotowanej Karty Zdrowia, która dotyczy wszystkich aspektów życia: Podejście to stanowi międzykontekstowe zrozumienie mieszkańca (tj. zrozumienie poprzez powiązanie jego problemów zdrowotnych w teraźniejszości z różnymi kontekstami życia: pracą, domem, związkami, historią zdrowia itp.) i wskazuje możliwe obszary ryzyka.

W **Village 2 Santé** starają się odmedykalizować proces, biorąc pod uwagę, że lekarz nie jest jedynym profesjonalistą, który może leczyć, podczas gdy w **Ambulatorio Popolare Caracol Olol Jackson** wykraczają poza zwykłą identyfikację głównych objawów uczestnika leczenia, patrząc w przyszłość na jego ogólną sytuację osobistą i dobre samopoczucie. Dla **Laboratorio di Salute Popolare** opieka jest wielowymiarowym procesem podejmowanym przez społeczność, mającym na celu rozwiązywanie pilnych kwestii i rozwijanie kontekstu społecznościowego, w którym sieć społeczna działa jako środek zapobiegawczy. Ocena jest przeprowadzana poprzez tak zwany „screening społeczny”, który polega na zidentyfikowaniu krytycznych czynników zdrowotnych osoby, która przychodzi do poradni, niezależnie od jej wyrażonej potrzeby. W ten sposób mogą odnosić się do innych usług społecznych w mieście.

Sekcja 4: Polityczne znaczenie opieki

Opieka zdrowotna jest powiązana z fizycznym, emocjonalnym, duchowym i psychologicznym dobrostanem, bezpieczeństwem i godnością nas samych i innych. Wierzymy, że poza indywidualną opieką nad sobą lub innymi istnieje zbiorowe podejście do opieki, obejmujące nasze rodziny, przyjaciół, współpracowników i społeczność. **Proponujemy upolityczniony model opieki i zdrowia, zaczynając od wspólnej walki — z przesłanką ideologiczną — o publiczną i bezpłatną opiekę zdrowotną dla wszystkich.**

W tym sensie opieka zdrowotna może stanowić wyzwanie i obalać dominujące relacje władzy, opowiadając się za bardziej sprawiedliwymi systemami. Na przykład praca opiekuńcza jest często niedoceniana i niedostatecznie wynagradzana, a pracownicy opieki to w nieproporcjonalnie dużej mierze kobiety, osoby z wrażliwych środowisk i migranci.

Polityczny wymiar opieki obejmuje również szersze kwestie społeczne i środowiskowe. Troska o okolicę, rozwiązywanie znanych problemów społeczności, walka ze zmianami klimatycznymi i troska o planetę to przykłady politycznego wymiaru opieki.

Wierzymy, że kliniki społeczne, w swoim myśleniu, w swojej organizacji, w swojej decyzji o byciu częścią społeczności, mogą być radykalnym przykładem zmian. Czyniąc to, mogą

pomóc w rozwiązaniu ogromnych kryzysów humanitarnych i ekologicznych oraz w odpowiedzi na pytanie, jak zorganizować społeczeństwo w sposób sprawiedliwy, równy, spójny i antyautorytarny.

Moduł 5: Modele organizacyjne, samozarządzanie i procesy decyzyjne

Nasze modele organizacyjne opierają się na zasadach demokracji bezpośredniej i samorządności. Samozarządzanie w naszej praktyce jest kolektywną i egalitarną praktyką organizacyjną, która wykorzystuje horyzontalne podejmowanie decyzji organizacyjnych w zgromadzeniach opartych na konsensusie. Każda klinika społeczna ma różne poziomy zgromadzeń. Ponadto kliniki społeczne mogą uczestniczyć w innych procesach decyzyjnych, takich jak walne zgromadzenie przestrzeni, w której działają, lub innych kolektywów, z którymi współpracują. Nasze doświadczenie nauczyło nas, że osiągnięcie konsensusu może być czasami trudne, dlatego niektóre kliniki społeczne opracowały specjalne strategie ułatwiające ten proces.

Staramy się traktować wszystkich uczestników jednakowo, niezależnie od ich doświadczenia zawodowego lub kwalifikacji. Ponadto organizujemy dyskusje, które są otwarte dla osób przyjezdnych wspieranych przez klinikę społeczną i otwarte dla społeczności. **Ogólnie rzecz biorąc, samozarządzanie oznacza zaufanie do siły zbiorowego dialogu.**

Moduł 6: Struktury antyhierarchiczne

Nasza antyhierarchiczna struktura dotyczy nie tylko sposobu podejmowania decyzji, ale także sposobu interakcji między różnymi zawodami w ramach tej samej kliniki, tj. sposobu, w jaki traktujemy się nawzajem jako zespół.

Ważnym negatywnym aspektem hierarchii jest to, że utrzymując ją jako stały czynnik, zachęca ona do rozwijania odrębnych cech i zachowań u wszystkich uczestników, które odtwarzają hierarchiczny porządek, tworząc podmioty, które albo okazują posłuszeństwo, albo wydają rozkazy zgodnie z ich pozycją w tym hierarchicznym porządku. Jednocześnie ogranicza to ich kreatywność w myśleniu i praktyce, ponieważ oni również podlegają tym samym hierarchicznym strukturom. Wierzimy, że wiedza jest rozproszona wśród wszystkich pracowników opieki, a nawet wśród tych, którzy przychodzą po pomoc.

Niehierarchiczna organizacja opieki medycznej między specjalistami może mieć charakter horyzontalny oparty na wiedzy medycznej, takiej jak dyskusje grupowe i procesy decyzyjne dotyczące opieki nad każdym pacjentem oraz tworzenie procesów superwizji między bardziej i mniej doświadczonymi specjalistami. Wszystko to może prowadzić do bardziej precyzyjnego wsparcia dzięki różnorodnym perspektywom różnych zawodów i ich specyfice.

W modelach hierarchicznych często ważne decyzje podejmowane są przez menedżerów, którzy nie mają pojęcia o rzeczywistości ludzi, którzy przychodzą do kliniki społecznej, ani o tym, w jaki sposób specjaliści wspierają ludzi i społeczność. W przeciwieństwie do tego dążymy do wspólnego podejmowania dobrze poinformowanych decyzji, wierząc, że taka praktyka może wspierać zarówno osoby przychodzące, jak i nas jako pracowników.

W **Village 2 Santé**, gdzie pracownicy są opłacani z ubezpieczenia osób przychodzących, jednym ze sposobów przeciwdziałania hierarchii jest decyzja, że każdy powinien mieć dokładnie taką samą pensję, niezależnie od wykonywanej pracy. Ponadto w procesie rekrutacji cenią doświadczenie tak samo, jak stopnie naukowe, więc hierarchia stopni jest ograniczona.

Sekcja 7: Uczestnictwo

Udział społeczności w podstawowej opiece zdrowotnej jest uważany za niezbędny nawet w głównych modelach opieki. Jednak komercjalizacja zdrowia i dominacja utowarowionej i indywidualistycznej logiki we wszystkich aspektach życia przyćmiły jego wymiar społeczny. Ogólnie rzecz biorąc, systemy opieki zdrowotnej ograniczają uczestnictwo głównie do jednostki, koncentrując się w szczególności na konkretnych chorobach, które jej dotyczą. W rezultacie systematycznie utrwalają proces uprzedmiotowienia, w którym ludzie tracą swoją tożsamość i stają się chorobą, identyfikując się pełniej z pacjentami niż z (całymi) jednostkami. Innymi słowy, wszystko, co nie jest związane z tożsamością choroby, zostaje wykluczone i staje się niewidzialne.

Proces ten podkreśla również indywidualistyczne i delegitymizujące podejście głównego nurtu usług zdrowotnych, które obarczają ludzi odpowiedzialnością za ich indywidualne zachowania (jak w przypadku palenia lub nawyków żywieniowych), a zatem potencjalnie zdolnych do zmiany ich zdrowia, nie uznając ich jednocześnie za aktywnych obywateli z potrzebami zdrowotnymi i empiryczną wiedzą na temat własnych ciał. Kiedy przestaniemy postrzegać wiedzę jako jednostronny atrybut, zobaczymy, że „nosiciel problemu” nie jest tylko milczącym pacjentem czekającym na wyjaśnienie, ale posiadaczem wiedzy empirycznej, a jego wkład ma fundamentalne znaczenie dla pomocy „ekspertowi” w znalezieniu rozwiązania.

Dążymy do opracowania nowych modeli opieki, w których więzi społeczne mają kluczowe znaczenie, a dobrostan osobisty i zbiorowy są uznawane za ściśle ze sobą powiązane.

Poprzez nasze idee polityczne, nasz etos równości i nasze praktyki współpracy stworzymy nowe relacje społeczne, nowy system wartości i bezpieczne przestrzenie do słuchania i wzmacniania wymiany poglądów i wizji w demokratycznym dialogu.

Ponadto wierzymy, że wzajemność może być realizowana na bardziej praktycznym poziomie poprzez zachęcanie do aktów opieki osób korzystających z kliniki wobec samej kliniki społecznej, jak to często ma miejsce w naszej codziennej praktyce (np. interwencje tłumaczeniowe i mediacje kulturowe przychodzących po pomoc migrantów

przybywających wobec ich innych rodaków, wsparcie w przygotowywaniu wydarzeń lub posiłków socjalnych). Jesteśmy jednak głęboko przekonani, że uczestnictwo w tych warunkach powinno być zawsze rozumiane jako dobrowolne, jako akt opieki per se i nigdy nie powinno stać się obowiązkiem.

Wnioski na przyszłość

Jak wspomniano powyżej, **Międzynarodowa Sieć Klinik Społecznych (INOSC)** jest otwartą i stale zmieniającą się siecią, której celem jest łączenie kolektywów zdrowotnych, dzielących wspólną wizję społecznej opieki zdrowotnej zdolnej do zagwarantowania wszystkim prawa do zdrowia. Ponieważ w naszej wizji powiązania mają fundamentalne znaczenie, dążymy do wzmocnienia i rozszerzenia naszych wzajemnych relacji, aby stworzyć silniejszą i szerszą sieć zdolną do dzielenia się teoretycznymi i praktycznymi doświadczeniami w celu kontynuowania naszej walki.

Niniejszy Manifest ma być punktem wyjścia, a nie podsumowaniem. Z tego powodu zachęcamy inne kolektywy i aktywistów, niezależnie od krajów i kontekstów, w których działają, do przyłączenia się do nas w walce o kolektywne przemyślenie i ponowne wymyślenie opieki zdrowotnej.