

Claire Hooker

A határok meghúzása

Veszély és kockázat a SARS-járvány időszakában*

„Minden azon múlik, hogy az emberek hol húzzák meg a határokat.”

Dr. Alison McGreer, 2003¹

„Új normalitásban élünk... Azok az idők, amikor egy járvány néhanapján felütötte a fejét és időlegesen a figyelem középpontjába került, mára megváltoztak.”

Dr. Julie Gerberding, az Amerikai Járványvédelmi Központ (CDC) vezetője, 2004²

ASARS-járvány kitörése 2003 tavaszán több szempontból is sokként érte a világot. Valósággá vált az a fenyegetés, amely egy ideje már kísértette az egészségügyi dolgozókat: azaz, hogy egy új fertőző betegség a nyugati világban is pusztítást okozhat. Ezt a pusztítást pedig nem csupán a halálozási mutatókban mérhetjük. A járvány kitörése olyan rég nem használt eszközök új-jáélesztését jelentette, mint a terjedés megelőzése érdekében bevezetett karantén és a társadalmi távolságtartás, amelyek társadalmi és gazdasági következményei pusztítóak voltak az egészséges emberek számára, akik kénytelenek voltak elviselni ezeket.

A SARS-járványt joggal érezhetjük vízválasztónak, a történelmi változás biztos jelének. Egyrészt visszarepített minket azokba az örömtelen időkbe, amikor a nyugati országokat, amelyek úgy érezték, mára már megszabadultak a járványoktól, halálos fertőzések fenyegették, másrészt viszont egy optimista átmenetet is jelentett egy globális közegészségügy felé, amely magában rejtette a mindenki számára veszélyt jelentő betegségek azonosításának és lokalizálásának lehetőségét.

* A fordítás alapjául szolgáló szöveg eredeti megjelenési helye: HOOKER, Claire: Drawing the Lines: Danger and Risk in the Age of SARS. In: *Medicine at the Border: Diseases, Globalization and Security, 1850 to the Present*. Ed.: BASHFORD, Alison. Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2007. 179–195. A fordítás az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-20-4 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült.

¹ BRANSWELL, 2003.

² BRANSWELL, 2004.

A kanadai szakemberek azonban hangot adtak a karantén bevezetésével kapcsolatos rémületüknek, lévén, hogy egy régi járványmegelőzési eszközt jelent, amellyel a társadalom többségének nincsenek közvetlen tapasztalatai. Ám ezzel egyidejűleg dicsérték azt a korábban nem látott nemzetközi összefogást, amely rekordidő alatt állt elő használható adatokkal az új koronavírussal kapcsolatban.

Ebben az új és régi lehetőségeket egyesítő helyzetben vizsgálom a Toronto által adott válaszokat a SARS-járvány kitörésére. Az elemzés elméleti keretét egy sajátos optika adja, amelyen keresztül a múlt változó közegészségügyi eszköztárát vizsgálhatjuk és az elmozdulást a „veszélyesség” logikáján alapuló eljárásoktól a „kockázatalapú”³ eljárások felé a 20. század végén. Meglátásom szerint ugyanis a SARS kitörése a közegészségügyet a veszélyesség felmérésének logikájától a kockázatalapú döntések irányába mozdította el. A terjedés megfékezése érdekében hozott döntések, mint például a karantén bevezetése, a légitökeledés szabályozása és a kórházbezárások, amelyek komoly társadalmi és gazdasági következményekkel jártak, a veszély feltérképezésének és elhárításának logikáján alapultak. Ám mivel számtalan közegészségügyi eljárás működhet mindkét logika alapján, úgy gondolom, hogy a veszélyesség és a kockázat közötti különbség sokkal inkább értelmezhető a tudományos tanácsadók és döntéshozók *álláspontjaként*, semmint egy-egy döntés lehetséges következményei szempontjából. Azok a döntések, hogy karanténban helyezzük-e a Kínából éppen örökbe fogadott gyerekeket, vagy pedig csak a SARS-pácienseket ellátó kórházak ápolóival járunk el így,⁴ illetve, hogy reptéri lázmérőkre vagy kórházi sürgősségi osztályokra fordítunk-e pénzt, azon múlnak, hogy hol „húzzuk meg a határt”.

A veszélyességtől a kockázatig

Azt az elképzelést, miszerint a közegészségügyet mozgató alapvető logikák a veszély gondolatától a kockázati tényezők felmérése felé tolódtak el, először Robert Castel fejtette ki. Castel, követve Michel Foucault elképzeléseit, amellet érvelt, hogy a 20. század közepéig-végéig a közegészségügy irányításának centrális logikája (Castel maga elsősorban a mentális betegségek iránt érdeklődött) a „veszélyesség” elve mentén szerveződött.⁵ Ezalatt azt értette, hogy a hatóságok mindenekelőtt a potenciális, az egészséget fenyegető veszélyforrások azonosításával és semlegesítésével voltak elfoglalva. Ezek azok az eszközök, amelyek többsége ismert az orvostörténelem előtt: ide tartozik a karantén és az izoláció, vagy éppen a bebörtönzés, amelyet a fertőtlenítés és az adott időszakban éppen elérhető terápiák sora egészített ki. Ám a veszélyt jelentő egyének, területek és tárgyak lokalizálásának és semlegesítésének lehetősége korlátozott volt. Részben azért, mert kihívást jelentett a veszélyes egyének felismerése, akik korábban nem mutatták jelét annak, hogy fenyegetést jelentenek, részben pedig azért, mert az azonosításukat követően csak egyesével lehetett „leszámolni” velük. A nemi betegségek

³ CASTEL, 1991.

⁴ PAGE, 2003.

⁵ CASTEL, 1991.

megfékezése érdekében tett korai 20. századi erőfeszítések jól illusztrálják ezeket a korlátokat. Hogyan lehet bárkit is lokalizálni és megakadályozni azt, hogy továbbadja a fertőzést, ha nem mutat tüneteket és a betegségek terjedését előidéző szexuális viselkedése rejtve marad? A legismertebb intézmény a korszakban, a londoni Lock Hospital⁶ mint eszköz egyértelműen alkalmatlannak bizonyult a fertőzések terjedésének megakadályozására, különösen azért, mert a férfiakkal szemben nem alkalmaztak hasonló eljárásokat, mint a kórházba bekerülő nőkkel.

Castel rámutatott arra, hogy a 20. század második felében megváltozott az intervenció logikája. Párhuzamosan az új epidemiológiai koncepciók és módszerek fejlődésével, például az olyan felfedezésekkel, amelyek feltárták a dohányzás és a mortalitás közötti kapcsolatot,⁷ a fenyegetést már nem csupán egy konkrét entitás (személy, hely, tárgy) által megtestesített veszélyként értékelték. Ehelyett absztrakt tényezők hatásának tulajdonították, azaz olyan kockázatként kezelték, amit többé-kevésbé pontosan ki tudunk számítani. Ha visszatérünk a korábbi példához, látható, hogy a szexuális úton terjedő betegségek (amelyek esetén már a terminológia változása is rámutat a megelőzés eszközeinek átalakulására) által jelentett kockázat kiszámítható a kor, a nem, az iskolázottság, a társadalmi háttér és egyéb, hasonló mutatók bevonásával, és az e tényezőkön alapuló számítások eredményeként csökkenthető a megbetegedések száma anélkül, hogy bizonyos egyéneket izolálnánk.

Ez az eljárás átlépte a veszélyesség alapú döntések logikájának határait. Ahelyett, hogy megpróbálták volna feltárni minden konkrét veszélyhelyzetet, a szakértők bizonyos, a társadalomban rejlő kockázati tényezőkkel kalkuláltak és ennek megfelelően tudtak megelőző lépéseket tenni a számítások eredményeként azonosított – pontosabban konstruált – kockázati csoportok körében. Castel amellett foglalt állást, hogy a 20. század végén a megelőzést szolgáló eszközök sorában a beavatkozást nem az orvosok és páciensek közötti egyéni interakciók határozták meg, hanem a „népesség áramlásainak” technokratikus irányítása. Tehát, példánk értelmében, a chlamydia megelőzése mára már olyan kamaszlányokat célzó programok feladata lehet, akik meghatározott iskolázottsággal, magabiztossággal stb. rendelkeznek.

A megzorító intézkedések alkalmazása helyett tehát az „új közegészségügy” stratégiáját elsősorban az egészségpromóció és az egymáshoz szorosan kapcsolódó módszerek jelentették (médiakampányok, részvételi akciókutatás, munkahelyi előírások, egészségnevelés és kockázat-kommunikáció), amelyek figyelembe vették az egyéni autonómiát is. Minden egyénnek, válogatva a hatóságok által közölt információkból, képesnek kell lennie arra, hogy azonosítson bizonyos tényezőket, amelyek számára az egészségkárosodás kockázatát hordozhatják magukban, és a szakértők által követett ajánlásokat betartva ezeket el kell kerülnie.⁸ (A kamaszlányokat szüleiknek például sportolásra kell ösztönözniük, a lányoknak pedig követniük kell a nekik címzett kampányokat és rendszeresen kell védekezniük.) A Foucault nyomdokain járó és Castel szempontjait megfontoló kutatók figyelmét

⁶ LEWIS, 1998.

⁷ BERRIDGE, 1998.

⁸ BUNTON-PETERSEN, 1997; PETERSEN-LUPTON, 1996.

nem kerülhette el az sem, hogy az „új közegészségügy” felértékelése pont arra az időszakra esett – a vállalkozói szellem által áthatott 1980-as és a pragmatizmusáról híres 1990-es évekre – amikor a közegészségügyet és az infrastruktúrát is jelentős pénzmegvonás sújtotta. E tény jelentőségét a SARS történetével kapcsolatban sem hallgathatjuk el.⁹ A társadalom „végzeteit” tehát nagyban befolyásolja az erőforráskiosztás, amely szoros összefüggésben áll azzal, hogy az egyének képesek-e megfelelni a versenyképesség és a profitabilitás elvárásainak.¹⁰

Bizonyos értelemben úgy tűnhet, hogy Castel nem másról beszél, mint a közegészségügy fókuszának eltolódásáról a fertőző betegségek megelőzéséről az olyan életmódhoz kötődő egészségkárosodások prevenciója felé, mint a balesetek, a rák vagy a szív- és érrendszeri megbetegedések. Ez a változás a nyugati világban eredhet a magas halálozási aránnyal járó fertőző betegségek szinte teljes eltűnéséből, vagy pedig abból a döntési helyzetből, amely a preventív eszközök megválasztását a „veszélyességi logika” helyett „a kockázati logikára” alapozza. (Azaz annak eldöntésére, hogy a beavatkozás a társadalom vagy az egyén szintjén történik-e.) Ez a különbség közismerten szorosan kapcsolódik a „társadalmi problémák” talajáról való elmozduláshoz a *bakteriológia korában*, majd a szociális kérdésekhez való visszatéréshez az *új közegészségügy* égisze alatt.¹¹ Bizonyos értelemben mindkét olvasat megállja a helyét, azonban a kutatók figyelmen kívül hagyják azokat az árnyaltabb, Castel és mások által is felvetett kérdéseket, amelyek a kockázat társadalmi kontextusainak vizsgálatára irányulhatnak. Nem csak azzal kell tisztában lennünk, hogy a kockázati tényezők felmérése nagyjából egyet jelent a népesség körében végzett vizsgálatokkal; meg kell ismernünk az ezeket irányító társadalmi technológiákat és az őket felvonultató politikai döntéseket is – a jóléti államtól a neoliberalizmusig.

Néhány évvel ezelőtt amellet érveltem, hogy a 19–20. század fordulójának járványmegelőzési stratégiáit a közegészségügyben a tisztaság és higiénia koncepciói dominálták, és elsődleges törekvésük a kosz és a szenny, s valójában minden baktérium potenciális forrásának felkutatása és semlegesítése volt.¹² A veszélyességalapú döntések logikája húzódtott meg tehát a figyelmeztetés, a karantén, az izoláció, a fertőtlenítés és a lehetséges hordozók szabályozása mögött, amelynek fő célja az akkor leghalálosabbnak számító torokgyík és tífusz terjedésének megakadályozása volt. Az a cél, hogy minden veszélyt kiirtsanak, nem tűnt lehetetlen vállalkozásnak, pusztán óriásinak. A 20. század első három évtizedében a lehetséges eszközök kifejlesztését támogató újabb bakteriológiai kutatások sikereinek reményétől fűtve a hatóságok a fertőzések teljes megfékezéséről álmodoztak. Ennek jó példája William Hallock Park amerikai bakteriológus, akinek az volt a célja, hogy minden New Yorkban élő gyermeket leteszteltesse, és így azonosíthassa és felügyelhesse az összes diftéria-hordozót, és egyúttal hozzájárulhasson a betegség elpusztításához.¹³

⁹ PETERSEN–LUPTON, 1996.

¹⁰ CASTEL, 1991.

¹¹ PETERSEN–LUPTON, 1996.

¹² HOOKER, 2001.

¹³ HAMMONDS, 1999.

Ám, ahogyan Castel is felhívta rá a figyelmet, a veszélyességalapú döntések logikája alapján működő elképzelések és döntések nem tudták beteljesíteni ezeket a célokat. Lehetetlen vállalkozásnak bizonyult megbízhatóan tesztelni elég embert, elég gyakori időközönként ahhoz, hogy minden hordozó azonosítható legyen, és ha ezt mégis sikerült volna elérni, az általuk jelentett veszély akkor sem lett volna hatékonyan semlegesíthető (kivéve persze akkor, ha megölik őket). Ami azt illeti, a betegség hordozóinak elpusztítása egy ténylegesen használt, időnként sikeres módszer például az állattenyésztésben; manapság például a nagyipari csirketenyésztésben alkalmazzák az eljárást a madárinfluenza-fertőzések elkerülése érdekében. Ugyanezen elborzasztó és sikertelen logika mentén gondolkodtak a nációk is, amikor gyilkossággal próbálták elhárítani a népesség integritására leselkedő veszélyeket, elpusztítva mindazokat, akik testi fogyatékoságaik révén a „faj tisztaságát” veszélyeztették.¹⁴

E stratégiák sikertelensége vezetett azokhoz az eljárásokhoz – az immunizációhoz és a pasztörözéshez –, amelyeket az első „kockázatalapú” közegészségügyi eszközöknek tekinthetünk. „Kockázatalapúnak” tekintem őket, mert pontosan *azért* kerültek bevezetésre, hogy elhárítsák az egyénekből és másban rejlő veszélyeket. Azonban különböztek a késői 20. század a kockázatokhoz kapcsolódó, számításokra alapozott racionalitásától is, amelyről Castel beszél, céljaik (a kockázat nullára csökkentése), a politikai ambíciók beteljesítése (a betegségek felszámolása) és az ezeket felhasználó politikai racionalitás (a jólétiség kezdetei az állami biztosításon keresztül) szempontjából is.

A veszélyesség és a kockázat közötti átmenet történeti szempontból nem mutat egyértelmű képet. Továbbá, bizonyos esetekben a megelőzés során alkalmazott eszközök mindkét típusú logika elemeit magukban foglalhatják, és az is előfordulhat, hogy egymásra építkeznek. A higiénia koncepcióját előtérbe helyező, 19. század közepi közegészségügy például az alkoholizmus, a bűncselekmények és a betegség fenyegetéseinek megelőzése érdekében munkálkodott, s a lakhatás körülményeinek megváltoztatására törekedett, nem pedig az egyénekre, akikhez az egyes problémák kötődtek. Az immunizáció hasonló elven működik: célja egyrészt az egyén védelme, másrészt a fertőzés megelőzése a népesség szintjén. Bár Castel amellet érvel, hogy a 20. század végén a kockázat fogalma „autonómmá” vált a veszély fogalmához képest, ezzel szemben én úgy vélem, hogy az intervenció mind az egyén, mind a népesség szintjén megvalósul, és ehhez a veszélymegsemmisítés és a számítások módszerei egyaránt rendelkezésre állnak. A kulcskérdés valójában az, hogy mire kerül a hangsúly, és hogy ez milyen különbségekhez vezethet a közegészségügyi gyakorlatokban az eltérő orvosi-politikai kontextusokban.

Továbbra is foglalkoztat az a kérdés, hogy a „kockázat” koncepciója és az ehhez kapcsolódó nyelvhasználat a közegészségügy története során milyen módokon került alkalmazásra. Különösen érdekesek azok az esetek, amikor a tudósok és egészségügyi hatóságok az azonosítás problémájával néztek szembe: hogyan lokalizálható a potenciális veszélyforrásnak tekinthető egyén, aki semmi jelét nem mutatja a veszélyességnek? Milyen bürokratikus információkezelési és intervenciók erőforrásokat vethetnek be a hatóságok annak érdekében, hogy ezeket az egyéneket

¹⁴ PROCTOR, 1994; CASTEL, 1991.

azonosítsák és elzárják? Torontóban mindkét probléma különös hangsúllyal jelent meg 2003-ban a SARS-járvány kitörésekor. A továbbiakban annak megválaszolására törekszem, hogy a „kockázat” és „veszély” mely logikáit hozta működésbe a fertőzés megjelenése. Milyen feszültségek formálták a hatóságok válaszait a járvány során? Milyen gyakorlatokat léptettek életbe a terjedés megelőzése érdekében, és milyen feltételezések és várakozások határozták meg a járvány lefolyását és az azt követő időszakot?

SARS: egy járvány

Az egészségügyi szakértők számára a SARS olyan tapasztalatok visszatérését jelentette, amelyekre nyugaton már régmúlt emlékképekként tekintettek: egy gyorsan terjedő járványos betegség, jelentős halálozási aránnyal, amelyre sem vakcina, sem célzott gyógymód nem létezik. A kanadaiak nem találkoztak ehhez fogható akut krízissel a 20. század közepe, a járványos gyermekbénulás terjedése óta. Bár a SARS terjedési módja ismeretlen volt, a fenyegetettség érzése nem volt ismeretlen, és olyan képeket idézett fel, mint a rögtönzött járványkórházak a spanyolnáthajárvány idején, tífuszban megbetegedetteket elkülönítő, zsúfolt osztályok és a kórházakban sorakozó vastüdők.

Ebben a részben a SARS-járvány időszakát a járvány kezelését célzó nyilvános vizsgálatok, valamint egészségügyi dolgozók szóbeli és nyomtatott visszaemlékezései alapján idézem fel,¹⁵ és bemutatom, hogy a járványra adott válaszok pontosan egy meghatározott kockázat köré épültek, amelyet egy veszélyes, ám névtelen entitás jelentett, és amely pontosan azért generált félelmet, mert a fertőzés terjedése pillanatnyi véletleneken múlt. Ez a válasz, amely magában foglalta az elkülönítés és a széleskörű higiénia való törekvés eszközeit (karantén, izoláció, kizárás, fertőtlenítés) a globális információgazdálkodás hiányosságai miatt és a helyi epidemiológiai számítások, tehát kockázatalapú eszközök bevetése helyett született meg. E válasz szükségessége a járványkezelés feltárását célzó vizsgálatokban is vitás pontként merült fel; az érintettek kihangsúlyozták a járványterjedés megelőzését célzó rendelkezések negatív következményeit is. De hol kellett volna meghúzni a határokat?

A történet a kockázatalapú egészségügy kudarcával kezdődik – azaz, az ellenőrzés kudarcával. Az információgazdálkodás természetesen a kockázatalapú egészségügyi rendelkezések szempontjából alapvető preventív eszköznek számít, hiszen olyan kockázati csoportok szisztematikus előszűrésén és kijelölésén alapul, akik felől a hatóságok a veszély betörését várhatják. A SARS esetében ennek a rendszernek kellett volna működnie Kínában az Egészségügyi Világszervezet (WHO) koordinálásával, és ugyanígy a világ többi részén is bizonyos kockázati csoportok, például az adott területre utazók ellenőrzésével. Mindez azonban nem volt működőképes. A logisztika határai és az emberek által elkövetett hibák

¹⁵ Az elsődleges forrásaimat egészségügyi dolgozók és döntéshozók sajtóban megjelent nyilatkozatai jelentik, továbbá a SARS-járvány kezelését vizsgáló jelentések, amelyeket elkészítését a nemzeti (NAYLOR, 2005.) és a tartományi kormányzat (CAMPBELL, 2005.) rendelte el. Az elemzéshez felhasználtam még egészségügyi dolgozók saját nyomtatott beszámolóit és interjúkat is, amiket a tudományos tanácsadó testület tagjaival készítettem.

állnak annak háttérében, hogy az információ nem jutott el időben a megfelelő helyre. Kanada sokak által irigyelt járványfelderítő hálózata (Global Public Health Intelligence Network, GPHIN) 2003 novemberében kapott egy kínai nyelvű jelentést egy influenzaszerű betegség megjelenéséről Kínában. 2004. február 14-én a WHO heti hírlevelében adott közlést egy különös légzőszervi fertőzés kitöréséről a Kína déli partjainál fekvő Kuangtung tartományban, amelyet a kínai hatóságok atípusos tüdőgyulladásnak véltek. Február 21-én a ProMED-Mail, egy internetes jelentőhálózat arról számolt be, hogy az elhunyt páciensektől vett minták közül csupán kettőben mutattak ki bakteriális tüdőgyulladásra utaló jeleket, ezért a betegség valószínűleg nem is tüdőgyulladás. Mindez azonban következmények nélkül maradt, részben azért, mert a kínai kormány a járvány e szakaszában elhallgatta az információkat. Kanadában a szövetségi kormányzat egészségügyi osztálya (Health Canada) csupán azért figyelt fel a betegségekre, mert felmerült a gyanú, hogy az egészségügyi hatóságokat évek óta aggasztó madárinfluenza egy új és virulens fajtájával állnak szemben.¹⁶

Míg az információk elérhetősége korlátozott volt, a betegség egyetlen véletlenszerű érintkezésnek köszönhetően terjedésnek indult. Egy orvos, aki Kuangtung tartományban kezelt pácienseket atípusos tüdőgyulladással, Hongkongba utazott egy esküvőre és megszállt a Metropole Hotelben, ahol, amikor kitört rajta a betegség, legalább 12 másik embert fertőzött meg. Egyikük egy idős torontói nő volt, akivel egy liftben utazott. (Egy hasonlóan rövid találkozás jelentette a SARS átterjedését a vietnámi Hanoi városára is, ahol az az orvos kezelt egy páciens, aki felismerte az új vírust és erről február 28-án tájékoztatta a WHO-t. Dr. Carlo Urbani egy hónappal később, március 29-én hunyt el.) Az idős torontói hölgy két nappal hazakerkezése után lett beteg, és március 5-én hunyt el az otthonában. Orvosa, aki semmi különösét nem talált egy idős nő légzőszervi betegség okozta halálában, a halál okaként „szívmegállást” jegyzett fel. Néhány nappal később, március 7-én a nő 44 éves fia magas lázzal és légzési nehézségekkel ment be az egyik legnagyobb torontói kórház, a Scarborough Grace (ma Birchmount Hospital) sürgősségi osztályára. Nem nyilvánították veszélyesnek, többek között például azért, mert a megelőző időszakban nem utazott. A következő 18–20 órát a férfi a forgalmas sürgősségi osztály megfigyelő részlegében töltötte a kórházi felvételre várva. Később intenzív osztályra került, ahol intubálni kellett. Mielőtt elkülönítették (tuberkulózisgyanúval), oxigént és inhalációs gyógyszereket kapott, amelyek képesek átalakítani a kilélegzett fertőző részecskéket, ezeket pedig a többi beteg, kórházi dolgozó és látogató belelegezhet.

Ahogy haladunk előre a SARS torontói lefolyásának történetében, a hangsúly továbbra is az esetlegességen marad: a betegség azért került el a szorosabb ellenőrzést, mert olyan emberek között terjedt, akiket nem nyilvánítottak veszélyesnek. Március 13-án a WHO kiadott egy globális figyelmeztetést egy rejtélyes betegségről (amely elsősorban egészségügyi dolgozókat érintett Hanoiiban és Hongkongban, ahol több kórházban is elterjedt), ez azonban sok kanadai orvos figyelmét elkerülte,¹⁷ és ekkor valójában már késő is volt. A 44 éves férfi hamarosan

¹⁶ NAYLOR, 2005.

¹⁷ Uo.

elhunytt, és a családja, akik addigra szintén megbetegedtek, tovább fertőztek annak ellenére, hogy gyorsan speciális negatív nyomású izolációs szobákba helyezték őket Toronto különböző kórházaiban. Mindezen események rámutathatnak tehát arra, hogy a betegség milyen gyorsan, kiszámíthatatlanul és válogatás nélkül képes fertőzni azokkal a kórokkal szemben, amelyek jól körülírható kockázati csoportokat támadnak meg (hajléktalanok, immunhiányos állapotoktól szenvedők, egészségügyi dolgozók). A mikroba átvágta ezeket a létező határokat, és az egyébként „biztonságosnak” tekintett eszközök sem nyújtottak kellő védelmet: *„az orvos, aki az intenzív osztályon intubálta a férfit, maszkot, szemüveget, köpenyt és kesztyűt is viselt, miközben elvégezte a műveletet, mégis elkapta a SARS-vírust”*.¹⁸ Azt a vezető orvosokból és egészségügyi szakemberekből álló testületet, amely a járvány terjedésének megelőzéséért felelt, és akiket eleve megrémített az a gondolat, hogy egy „újabb 1919 szemtanúi” lehetnek, március 30-án sokként érte a hír, hogy egy hongkongi lakótömbben 324 SARS-hoz köthető esetet azonosítottak.¹⁹ A legsötétebb félelmek pedig akkor látszottak beigazolódni, amikor április 12-én egy torontói katolikus sektában betegséggóc alakult ki.

Mivel úgy tűnt, hogy a veszély bárhol jelen lehet, és őszintén tartottak egy katasztrófa helyzet bekövetkeztétől, a tanácsadó testület széles körben kiterjedt megelőző lépések bevezetését sürgette. Elsőként a prevenció elsődleges eszközére, az alapvető higiéniaira hívták fel a figyelmet (kézmosás és zsebkendőhasználat), amit minden kanadai számára ajánlottak. Másodsorban pedig bevezették a „társadalmi távolságtartás” szabályait. Az iskolák, amennyiben fennállt a fertőzés akár legkisebb esélye is, bezárták kapuikat. Egy iskola Scarborough-ban például azért zárt be, mert az egyik dajka gyereke tüneteket mutatott. A kirándulásokat és az egyéb eseményeket lemondták. Húsvétkor Ontario egészségügyi osztálya az egyházak együttműködését kérte abban, hogy az ostyát ne a hívek szájába, hanem a kezébe helyezték, tartózkodjanak a közös kehely és a gyóntatófülkék használatától, és figyelmeztessék a híveket, hogy az üdvözlés szokásos formái helyett mosollyal köszöntsék egymást.

Harmadrészt bevezették a karantént mint a betegség terjedésének megelőzését szolgáló elsődleges eszközt, amely összesen 23,000 embert érintett Torontóban.²⁰ Mindenki számára, aki március 16-ig belépett az érintett kórházakba, tíznapos otthoni karantént írtak elő. De karanténba helyezték a temetések résztvevőit is, és amikor egy informatikai egyik cég dolgozója megsértette a szabályokat, és légzőszervi panaszokkal is bement dolgozni, 200 kollégáját helyezték karanténba. Amikor egy SARS-pácienseket ellátó nővér belázasodott, a vele egy vonatkozásban utazókat is felkutatták, hogy izolálhassák őket. Az elkülönítés két formáját vezették be: egyrészt a tíznapos otthoni karantént, másrészt pedig a tíznapos „munkakarantént”, amely a gyakorlatban azt jelentette, hogy az elkülönített személy csak a munkahelye és az otthona között mozoghatott, máshova azonban nem mehetett. Azok közül, akik karanténba kerültek, sokan saját magukra róttak ki szigorúbb

¹⁸ Uo.

¹⁹ Interjúból származó információ.

²⁰ NAYLOR, 2005; SVOBODA ET AL., 2004.

szabályokat, hogy kellő távolságot tarthassanak a családtagjaiktól: voltak, akik a pincében aludtak, míg mások egyedül főztek és ettek.²¹

Végeredményként a járvány nagyrészt megmaradt az egészségügyi intézmények falai között, és azok, akik megbetegedtek, elsősorban a fertőzésnek kitett páciensek és egészségügyi dolgozók voltak. A legtöbb megelőzésre irányuló eljárást tehát ezekben az intézményekben vezették be. Több háziorvost is megfertőztek a pácienseik, amely (megegyezésre alig vezető) vitákat generált azzal kapcsolatban, hogy milyen védőöltözetet viseljenek az orvosok és ezt kinek kellene biztosítani számukra.²² A kórházak Ontarióban – jóval a fertőzött területen kívül is – csak sürgősségi eseteket vettek fel és látogatási tilalmat vezettek be. A kórházak bejárait ellenőrizték, amibe időnként a rendőrség is bekapcsolódott, az intézményekben dolgozók pedig folyamatosan mérték azok hőmérsékletét, akik bementek a kapukon, valamint figyelmeztették őket a kézmosás és -fertőtlenítés szükségességére. Emellett a kórházakon belül a legapróbb részletekig odafigyeltek a higiéniaira. A védőöltözetrel kapcsolatos protokoll dupla köpenyt és kesztyűt írt elő. Az egészségügyi dolgozók azonban mindezek ellenére is aggódtak azért, hogy megfertőződhetnek vagy megfertőzhetnek másokat, amikor leveszik az előírt öltözetet vagy bármilyen más, a higiéniai előírásokkal kapcsolatos apró „szabálysértést” követnek el. A maszkhasználat hosszas és elkeseredett viták középpontjába került, főként azzal kapcsolatban, hogy az illeszkedési tesztelés milyen mértékben szükséges ahhoz, hogy a maszkok valóban védőeszközként funkcionáljanak és ne segítsék elő a vírus terjedését, valamint, hogy csak az N95-ös maszkok (amelyek kiszűrrik az egy mikronnál nagyobb részecskék 95%-át) hatékonyak-e a terjedés megelőzésében. Hasonló problémát okozott a maszkok kiosztásának és arca igazításának logisztikája is.²³

A megelőző intézkedéseknek rendkívül negatív társadalmi és gazdasági következményei voltak. Az egészségügyi ellátásban bevezetett új protokollok tragikus mellékhatásokkal jártak: sokkal több embert halt meg annak következtében, hogy nem jutottak teljeskörű ellátáshoz, mint ahány áldozatot maga a járvány követelt.²⁴ Azok a családtagok, akiket nem engedtek be a kórházakban ápoltakhoz Ontarioszerte, gyötrelmes időszakon mentek keresztül. A kórházak pedig egyrészt képtelenek érezték az összes egészségügyi rendelkezés betartását, például azoknak a bent fekvő betegeknek az elkülönítését, akik lázzal vagy légzőszervi panaszokkal küzdöttek. Másrészt azok követése, akik karanténba kerültek, hatalmas kihívást jelentett az egészségügyi hatóságoknak. Azzal, hogy Toronto a WHO utazásra nem javasolt területeinek listájára került 2004 áprilisában, ahogyan az első hullám lecsengeni látszott, sok lehetséges vírushordozó is jelentkezett, és végül az így keletkezett adattömeg alapján vált azonosíthatóvá annak az orvostanhallgatónak az esete, aki a második, májusi hullám elindításáért felelt.²⁵ Harmadrészt pedig a médiaközvetítés sűrűsége, különösen a 14 órától kezdődő sajtótájékoztató – a SARS „szappanopera” –, valamint az iskolabezárások és az, hogy a húsvéti ünnepek alatt

²¹ HAWRYLUK ET AL., 2004.

²² NAYLOR, 2005.

²³ NAYLOR, 2005; NICHOLLS, 2003; SCHULL-REDELMEIER, 2003.

²⁴ SIBBALD, 2003.

²⁵ SVOBODA ET AL., 2004.

tört ki a járvány, mind hozzájárultak ahhoz, hogy az emberek krízishelyzetként éljék meg a járványveszélyt. A karantén különösen nagy stresszel járt, ami sokaknál pánikrohamokat, rémálmokat és magas vérnyomást eredményezett.²⁶ Az elkülönítés ráadásul az egyébként is túlterhelt egészségügyi ellátásban is gondokat okozott. A tanácsadó testület négy tagját is karanténba kellett helyezni, miután egyiküknél kimutatták a SARS-fertőzést. A kórházak pedig gyorsan elvesztették tapasztalt dolgozóikat részben a járvány, részben a korlátozások miatt.²⁷

A SARS-járvány gazdasági következményei szintén drasztikusak voltak, különösen azt követően, hogy a WHO utazásra nem javasolt területté minősítette Torontót. A légitársaságok csődközeli állapotba kerültek.²⁸ A Toronto felé irányuló turizmust megtizedelte a járvány: a tudományos tanácsadó testület egyik tagja visszaemlékezésében beszélt arról, hogy a város egyik legnagyobb szállodája, amelyben ő maga is megszállt, teljesen üres volt és a hatalmas étteremben ő volt az egyedüli vendég.²⁹ A város kínai negyedét elkerülték a vásárlók, és a teljes szolgáltatóipar, amelynek válsága begyűrűzött a szórakoztatóiparba és a helyi gazdaságba is, jelentősen összezsugorodott. A karanténba került dolgozók és az őket foglalkoztató iparágak elvesztették a bevételüket. A kormány kiadásai, amit a gazdasági hatások orvoslására fordítottak, súlyos terheket róttak a következő évi költségvetésre. Ezeket a gazdasági veszteségeket részben az érzelmi szempontból is pusztító stigmatizáló tendenciák idézték elő. A nővérek és a családjaik kirekesztve érezték magukat a társadalomból; a bolti dolgozók és a taxisofőrök gyakran megtagadták tőlük a szolgáltatást. Rengeteg Torontóban élő ázsiai vagy ázsiai származású szintén a stigmatizáció következményeire panaszkodott.³⁰

Szerencsére a SARS-ból nem lett egy félelmetes új pestis. Valójában nem volt kifejezetten fertőző, és nem veszélyeztette különösebben a 65 év alattiakat sem. Kanadában végül összesen 250 ember fertőződött meg és 44 halálest történt, ami meglehetősen alacsony szám például a dohányzással vagy a közúti balesetekkel összefüggő és megelőzhető halálozási okokhoz képest. A halálozási ráta tehát meglehetősen alacsony volt ahhoz képest, hogy maga a járvány milyen mértékben akasztotta meg az ország életét, és azokhoz az inkompetens döntésekhez, helytelen ítéletekhez és a kockázatokra adott túlzott reakciókhoz képest is, amiket a járványkrízis kezelésével kapcsolatos számvetés során a döntéshozók számlájára írtak.³¹ A továbbiakban a SARS megelőzésével kapcsolatos eljárások elemzése során én magam sokkal inkább amellet érvelnék, hogy bizonyos következmények a régi, veszélyességalapú döntések logikáját követő járványkezelési módszerek hirtelen és nagymértékű bevezetésének eredményei voltak. Ezek hátterében pedig olyan félelmek állhattak, amelyek miatt a kockázat- és számításlapú módszerek bevezetése nem kerülhetett szóba. Mindez érezte a hatását a határok ellenőrzésébe fektetett (sok esetben egyáltalán nem szükségszerű) erőfeszítésekben és bizonyos terek túlzott fertőtlenítésében is.

²⁶ HAWRYLUK ET AL., 2004.

²⁷ NAYLOR, 2005.

²⁸ N. N., 2003a.

²⁹ Interjúból származó információ.

³⁰ LEUNG, 2004.

³¹ SKINNER, 2003.

Határok, kockázat és veszély

A SARS mindenki számára félelmetes volt, aki bármilyen szerepet játszott a megfékezésére tett törekvésekben.³² Részben azért, mert egy újfajta fenyegetést képviselt egy „új és újra felbukkanó fertőző betegségként” (amelyre az amerikai angol már külön kifejezést és mozaikszót is alkotott, *emerging infectious diseases* vagy EID).³³ A járvány kitörését megelőző 15 évben ez a fenyegetés folyamatosan a nyugati egészségügyi szakértők szeme előtt lebegett. A SARS-járvány pontosan ezért volt kifejezetten félelmetes: egy már korábban létező konceptuális és kulturális térbe ágyazódott.

Az új fertőző betegségekkel kapcsolatos jelenkori félelem egyik legalapvetőbb jellemzőjét foglalja össze az a kulcsmondat, miszerint „*a betegség nem ismer határokat*”.³⁴ Ez a mondat sokszor elhangzott a SARS-vírussal kapcsolatban. Ám annak ellenére, hogy „*a határok semmit nem jelentenek a mikrobák számára*”, a járványveszélyre adott elsődleges reakció az volt, hogy ezt – mármint a határok tiszteletét – mégiscsak elvárjuk tőlük. A nyugati államokban a járványos megbetegedések elleni küzdelem első lépése a védelem megduplázása volt: kiterjedt és szigorú karanténszabályok életbe léptetése és fokozott határellenőrzés, amely mindenekelőtt azoknak a várható utazóknak a kiszűrésére és kizárására irányult, akikről úgy gondoltuk, hogy betegséget hordoznak. Ezt egészíti ki a veszélyes területek azonosítása, elkerítése és ellenőrzése. Hogy miért ez a helyzet? Egyrészt természetesen azért, mert a fertőző betegségek elleni védekezés empirikus tapasztalatai ezt a logikát diktálják, másrészt azonban újra előkerül az az álláspont is, amely nem csupán a járványos betegségek kezelését, hanem az általuk támasztott félelmetes veszélyt is igyekszik megsemmisíteni.

A határok pedig fontos kellékei a „veszélyességi logika” eszköztárának. Kulcsszerepet játszottak a 19. és korai 20. századi, bonyolultabb közegészségügyi stratégiák kivitelezésében, amelyek célja az volt, hogy definiálják, majd elválasszák egymástól a tiszta és tisztátalan elemeket, az immunist a betegségre fogékonytól, a fertőzöt az ártalmatlantól – ezeket a kategóriákat pedig alkalmazták emberekre, tárgyakra és terekre egyaránt.³⁵ A kifejezést Alison Bashfordtól kölcsönözve a kormány által meghúzott határok „higiéniai választóvonalakként” működtek. Ez a megnevezés segíthet konceptuális kapcsolatot találni az elzárás, szegregáció, izoláció, karantén, kizárás, a testi higiéné és testekkel való bánásmód között, amely gyakorlatok az elmúlt 200 évben a betegségmegelőzés elsődleges eszközei voltak.³⁶ Azok a közegészségügyi rendeletek, amelyek a veszély elhárításának logikájára építettek, a határokat különálló szabályozást és ellenőrzést igénylő speciális tereként kezelték.³⁷

A SARS-járvány idején ennek az egyik megnyilvánulási formája a légi úton érkezők speciális, fokozott ellenőrzést igénylő csoportként való azonosítása volt.

³² Interjúból származó információ.

³³ KING, 2002.

³⁴ KUMOVE, 2003; RUTTON, 2003.

³⁵ BASHFORD, 2004; BASHFORD, 1998.

³⁶ BASHFORD, 2004.

³⁷ ANDERSON, 2003; ARMSTRONG, 1993.

Az összes, Kanadába a SARS által érintett országokból érkező utas egy sárga, míg a Torontóból utazók egy piros broszúrát kaptak, amely egy kérdőívet tartalmazott a lehetséges tünetekről és legutóbbi tevékenységeikről. (Néhány ilyen kérdőív elérhető volt a szárazföldi határoknál is.) Azokat, akik bármelyik kérdésre igennel válaszoltak, orvosi vizsgálatnak vetették alá. Július 1-ig összesen 1 millió emberhez jutottak el a kérdőívek és 3000 esetben került sor vizsgálatra. Továbbá 800,000 ember lázát mérték meg, és ezek közül 200 esetben folytattak további vizsgálatokat, azonban egyiküknek sem volt szüksége orvosi ellátásra. 2004 márciusa és májusa között mindösszesen 5 SARS-fertőzött lépett be az ország területére, azonban egyikük sem mutatott tüneteket sem repülés, sem pedig a reptéri vizsgálat során.³⁸ Valójában a bel- és külföldi utazók szűrése – ahogyan ez milliók esetében történt ebben az időszakban – egy rendkívül haszontalan eljárásnak bizonyult. Mindezek ellenére a légi közlekedés továbbra is komoly aggályokat jelentett, ezt bizonyítja az a vitatott ajánlás is, amit a WHO a Torontóba való beutazás ellen 2004 áprilisában adott ki (és amely az összes nemzetközi repülőtéren előírta a lázmérést) az Amerikai Járványvédelmi Központ (CDC) támogatásával.³⁹

A kanadaiak által választott eszköz is, – amely szinte lehetetlen vállalkozásnak bizonyult – mindenekelőtt a potenciálisan veszélyes tárgyak és emberek tömegeinek ellenőrzése volt. A tudományos tanácsadó testület szakértői rettegettek attól a gondolattól, hogy ők lehetnek azok, akik „kudarcot vallanak a SARS megállításában”.⁴⁰ A tudósok pontosan azzal a dilemmával találták szemben magukat, amit Foucault a pszichopátákkal kapcsolatban írt le: hogyan azonosítsuk és semlegesítsük a veszélyes elemeket, mielőtt még bármi jelét mutatnák a saját veszélyességüknek? Ki fog vajon a nővérek, kertészek, szakácsok és ügyvédek heterogén csoportjából megbetegedni? Mely kesztyűk, maszkok és csövek terjesztik a vírust ahelyett, hogy védenék a betegségtől szenvedőket? Mely pillanatnyi és véletlenszerű találkozások járulnak majd hozzá a betegség terjedéséhez? Ezek a félelmek nagymértékben hozzájárultak ahhoz, hogy a tudományos tanácsadó testület Torontóban amellettt döntött, hogy bármilyen eszköz bevezethető, ami elejét veheti a vírusterjedés által jelentett veszélynek. Ezért tehát bezárták a kórházakat és bevezették a karantén szabályokat.

Egyetlen ember azonban kételkedését fejezte ki a súlyos következményekkel járó reakció mögött húzódó logikával kapcsolatban. Richard Schabas, a korábbi ontariói tisztifőorvos és az egyik SARS által érintett kórház főorvosa megkérdőjelezte a kontaktuskutatás és karantén bevezetésének és mértékének szükségességét, hiszen – epidemiológiai szempontból – úgy tűnt, hogy a betegség nem terjedt kifejezetten könnyen még a gócpontnak számító kínai Kuangtung tartományban sem. Meglátása szerint a karantén bevezetése egy rosszul értelmezett, ráadásul szükségtelen járvány megelőzési eszköz volt. A bevezetése önkényes volt,⁴¹ a hozzát és a karantén szabályozás alá eső egyének körének kiválasztását pedig inkább

³⁸ ST JOHN ET AL., 2005.

³⁹ LAINO, 2003; NAYLOR, 2005.

⁴⁰ Interjúból származó információ.

⁴¹ PAGE, 2003.

társadalmi, mint tudományos tényezők döntötték el.⁴² (A SARS által sújtott országok egymástól markánsan eltérő szabályokat vezettek be; azok esetében sem ugrott meg a fertőzöttek száma, akik Kanadához képest tizedannyi gyanús személyt helyeztek karanténba.) A járványgörbe alakulása ráadásul – amely mindenekelőtt egy epidemiológiai eszköz – azt mutatja, hogy a járvány tetőzött és március vége felé már visszahúzódóban volt.⁴³ Azonban maga Schabas sem merete kockáztatni a fertőzés továbbadásának veszélyét, és franciaországi nyaralása során önkéntes karanténba vonult, amikor megtudta, hogy a kórházába éppen abban az időszakban került be egy SARS-beteg, amikor ő elhagyta Kanadát. Mindezek ellenére a nyilvánosság előtt felvállalta a szkepszisét a tudományos tanácsadó testület kríziskezelésével kapcsolatban, amit szerinte túlságosan is a katasztrófától való félelem dominált, és feltette a kérdést, hogy „*vajon szükséges-e mindig a százéves árvíz miatt aggódnunk, ha elered az eső?*”⁴⁴ Schabas úgy érezte, hogy a legrosszabbtól és az események lehetséges, de valószínűtlen kimenetelétől való félelem dominálta a tanácsadó testület válaszait ahelyett, hogy kockázatbecslés alapján mérték volna fel bizonyos (minimálisabb) intézkedések szükségességét.

Összegzésként elmondhatjuk tehát, hogy a torontói tudományos tanácsadó testület a lehetséges következményeket figyelembe nem véve döntött az összes potenciális veszélyforrás felszámolásáról, ahelyett, hogy elfogadta volna a lehetséges veszteségeket, amelyeket egy kockázatbecslésen alapuló döntés hozhatott volna magával. A testület igazolva érezte a saját lépéseit akkor, amikor a SARS második hulláma elérte Kanadát 2004 májusában, a lappangási idő (14 nap) kétszeresének eltelte után, amely időszak alatt nem mutattak ki új eseteket. Az új hullámot egy orvostanhallgató indította el, azaz pontosan egy olyan alacsony valószínűségű, ám súlyos következményekkel járó esemény következett be, amitől korábban tartottak.⁴⁵

Az új fertőző betegség által generált akut veszélytől tartva az egészségügyi szakértők visszatértek a teljes betegségmegelőzés ábrándjához, amely korábban időről időre mozgásba hozta a közegészségügyi döntéshozást. Részben a SARS újdonsága, részben pedig a pusztító félelem miatt meglehetősen konzervatív veszélymegelőzési rendelkezéseket léptettek életbe, rendkívül kevés bizonyíték alapján. Természetesen ezek küzdelmes döntések voltak, ám a legfontosabb cél – a SARS további terjedésének megakadályozása – sosem kérdőjeleződött meg a kár/nyereség-elemzés során. Mivel az egyén és nem a népesség szintjén kellett intézkedéseket foganatosítani, ez az ábránd szinte elképzelhetetlen idő- és pénzbeli erőforrások mozgósítását jelentette. A gazdasági hatás az utazás ellenőrzésére bevezetett szabályozások, a karantén és a társadalmi távolságtartás nyomán jelentkezett, a stigmatizációs tendenciák megjelenése pedig természetes velejárója a veszélyforrás azonosítását célzó törekvéseknek. Végezetül azonban mindezt elfogadtuk mint egy újfajta jövő előjelét.

⁴² BRANSWELL, 2003; STAPLES, 2004.

⁴³ SCHABAS, 2003.

⁴⁴ Interjú Dr. Richard Schabasszal, 2004. július 14.

⁴⁵ HAWALEISHKA, 2003.

Az „új normális”? Egy bizonytalan konklúzió

A SARS-járvány lecsengése után egy „új normalitásban” létezőnk. Ez a kifejezés gyakran előkerült a médiában és a szakértői körökben is a 2001. szeptember 11-i terrortámadást⁴⁶ és a SARS-járványt követően is. E két eseményt nem is könnyű elválasztani egymástól – mindkettő azokat az új és emblemikus fenyegetéseket testesíti meg, amelyekkel Észak-Amerikának és a „nyugati” világnak szembe kell néznie. Az „új normális” kifejezés a biztonság/bizonytalanság újfajta diskurzusait reprezentálja, és mindazokat a módszereket, amelyeket az e két esemény által keregetett világban a veszély elhárítására alkalmazunk. Szeptember 11. és a SARS által előhívott félelmek arra a bizonytalanságra épülnek, amelyet a veszélyességük jelét nem mutató egyének általi fenyegetettség idéz elő, akik bármikor kárt okozhatnak, ez pedig különösen ijesztővé teszi a helyzetet. Mindez mindkét esetben alapos és szigorú határelenőrzéshez vezetett, és egyben megteremtette azt a tudatot is, hogy az állam képes biztonságot teremteni a polgárai számára. Ez tehát kísérletet jelent a korlátozásra a megelőzés érdekében.

Torontóban az „új normális” mindenekelőtt egészségügyi kérdésekre vonatkozik. A legszélesebb értelemben a járványos fertőző betegségekre, amelynek fenyegetése vetekszik a terrorizmuséval. Abban az időszakban, amikor a SARS-járvány jelentette ezt a veszélyt, a határelenőrzés és az elzárás jelentették az elhárítás legfőbb eszközeit. A járvány lefolyása közben és azt követően az „új normális” fogalma leszűkült, és egyrészt a kórházakon belüli új irányelvekre utalt,⁴⁷ másrészt pedig felhívást jelentett az állampolgárok számára az alapvető higiénia szempontjainak betartására, amelyről a döntéshozók úgy vélekedtek, hogy a hamis biztonságérzet hatására gyakran feledésbe merültek.⁴⁸ (Ugyanezek a szempontok megjelentek a cégek veszélyhelyzeti terveiben is.)⁴⁹ A kórházi fertőzések megelőzésére hozott új irányelveket az ontariói egészségügyi minisztérium adta ki és frissítette folyamatosan a járvány során, s középpontjában a körültekintőbb fertőtlenítés, a többrétegű védőruha és az N95-ös maszkok hordása, valamint azon betegek külön negatív nyomású izolációs szobákban való elhelyezése állt, akik lázat és légzőszervi tüneteket mutattak. Bár ezek a rendelkezések pontosan azért születtek, hogy enyhítsék az egészségügyi dolgozók körében uralkodó félelmet, kezdetben betartathatlannak bizonyultak a fennálló kórházi körülmények között és az erőforrások szűkössége miatt. Az irányelveket azóta az egészségügyi hatóságok, orvosok és nővérek bevonásával fogalmazták újra.⁵⁰ A fokozott éberség „új normája” és a korábban figyelmen kívül hagyott apró részletek betartása – amit joggal tekinthetünk a határelenőrzés kórházi verziójának is – a mai napig működésben van.⁵¹

Minden érintett egyetért azonban abban, hogy a biztonságérzet ára mindkét kontextusban a könnyedség és az ártatlanság eltűnése. Az orvosok elgondolkodnak

⁴⁶ SIMON ET AL., 2001.

⁴⁷ N. N., 2003b.

⁴⁸ STELMAKOWICH, 2003.

⁴⁹ ORR, 2003.

⁵⁰ BONNELL, 2003; NICHOLLS, 2003.

⁵¹ N. N., 2004a.

azon, hogy zöldbe burkolva üdvözljék-e a pácienseiket, miközben viszket az arcuk, izzadnak és az arc kifejezésüket egy maszk rejti el. „A maszk nélküli, köhögő gyerekeket vizsgáló orvos képe a múlté, olyasmi, amit már csak Norman Rockwell egyszerűbb időket megidéző képein láthatunk viszont” – írta egy orvos. „Higgyenek nekem, ez nem ideális, és ha lenne más választásom, nem venném fel a maszkot. Ám úgy gondolom, hogy – mivel tudatában vagyunk a veszélynek – kötelességünk önmagunkat és a pácienseinket védenünk” – vélekedett egy másik.⁵²

Más orvosok azonban rámutattak arra is, hogy a járványok megelőzése során teret kellene szentelni a kockázatalapú számításoknak is:

„Valahogyan meg kell majd próbálnom kitalálni azt, hogy mit tegyek, amikor bemegek dolgozni. Úgy tűnik, hogy a váróban mindenki által kitöltendő kérdőíveket fogunk elhelyezni, a bejáratnál pedig minden páciens számára maszkot és kézfertőtlenítőt biztosítunk. Még mindig nem tudom, hogy állandóan viselnem kell-e a maszkot – nagyon kényelmetlenek. Azt hiszem, hogy mielőtt a beteg bejön a szobába, először megnézem majd, hogy mit írt a kérdőívre, és ha aggódom, felveszem a maszkot. Ez nem egy high tech megoldás, de remélem, hogy működik. Azt hiszem, hogy ez lehet az új normális, amiről annyit hallottam mostanában.”⁵³

Valójában, bár eddig leginkább a veszélyelhárítás mechanizmusaihoz való visszatérés okaival és lehetséges következményeivel foglalkoztam a 2003–2004-es SARS-járvány idején, fontos azt is hangsúlyozni, hogy az „új normális” eszköztára egyidejűleg magában foglalhatja a kockázatokat mérlegelő és a veszély elhárítását célzó döntéseket is. Egyszerűen fogalmazva az, hogy lemondunk-e koncerteket, karanténba helyezük-e a kontaktszemélyeket, vizsgáljuk-e az országba érkezőket a légi határoknál, míg a szárazföldiekénél nem, vagy hogy megakadályozzuk-e, hogy valaki, aki több száz kilométerre van Torontótól, meglátogassa a haldokló apját, olyan döntések, amelyeket bizonyos kockázatok alapján számítunk ki, de a veszély elhárításának eszközeit (elzárás, elkülönítés) alkalmazzuk a megvalósításukra. Ennek eredményeként jönnek létre határok a veszélyesnek és ártalmatlannak, vagy tisztának és tisztátalannak tekintett egyének, terek és tárgyak között, amelyekből többek között a stigmatizáció mechanizmusai is táplálkoznak.⁵⁴

Ezt talán könnyebb megérteni, ha röviden megnézzük a SARS-járvány globális kontextusát is. Az bizonyos, hogy az államok többsége a határok védelme mellett döntött. Ám ezzel egy időben azt is látunk, hogy a WHO korábban nem látott mértékben avatkozott be az egyes országok belső gyakorlataiba. Ahogyan arra többen is rámutattak, ez egy igen látványos elmozdulást jelentett a nemzetközi egészségügy „vesztfáliai” modelljétől, amelyben autonóm nemzetállamok munkálkodnak együtt azon, hogy megakadályozzák a fertőzés terjedését. Ebben az esetben „globális egészségügyi irányításnak” lehetünk tanúi, amely során bizonyos hatóságok – jelen esetben a WHO – megkapják a felhatalmazást arra, hogy nem kormányzati forrásokból származó információkat is felhasználjanak és beavatkozzanak egy

⁵² KIRKEY, 2003.

⁵³ GRIEVE, 2003.

⁵⁴ PIDGEON–KASPERSON–SLOVIC (EDS.), 2003.

állam belügyeibe annak érdekében, hogy sikeres legyen a járvány elleni védekezés.⁵⁵ A nemzetközi szervezetek azért gyűjtik az információkat, hogy előre tudják jelezni a veszélyt; így jár el például a WHO a pandémiás influenzára történő felkészülés esetén. Ám ugyanígy bevetnek eszközöket a megelőzésre (a veszély elhárítására), ha felüti a fejét egy rendkívül fertőző betegség. És bár a WHO humanitárius segítségnyújtásra törekszik, ezek a folyamatok nem egyformán terjednek ki a világ különböző pontjaira. Az Egyesült Államoknak mint új „hiperhatalomnak” nagyobb beleszólása van a globális kockázatok kiszámításába, és az egészségügyi kérdéseket gyakran áldozzák fel a gazdasági növekedés oltárán. Azonban a SARS-járvány időszakában és azt követően az USA maga is hangsúlyozta a határellenőrzés, a karantén és kizárás gyakorlatait a veszély elhárítása érdekében. Nick King erre a megközelítésre a „járványos betegségek által meghatározott szemlélet”-ként hivatkozik, amely egy alapvetően Amerika-központú biológiai biztonságot jelent, amely magában foglalhatja a határok visszaállítását (ahogyan a SARS esetén is), ám amely a deterritorializációra mint erőforrásra tekint az USA biztonságának megőrzése és hegemóniájának kiterjesztésének érdekében.⁵⁶

A nyugati államokban élők számára az „új normális” nem csupán a globális összekapcsolódást jelenti, hanem az állampolgárság újfajta definícióját is. Az „új normális” időszakának valóban egészséges polgára nem csak egy fegyelmezett és felelősségteljes autonóm egyén, aki kiszámítja és minimalizálja azokat az életmódjában rejlő kockázatokat, amelyek az egészségét veszélyeztethetik, és egyúttal engedelmességet is tanúsít a kockázatokkal számoló közegészségügy felé.⁵⁷ Ez az egyén folyamatosan éber, és katasztrófák esetén azonnal engedelmesen követi a veszély elhárítására bevezetett eljárásokat. Az Amerikai Vöröskereszt például új, az egyéni felkészültséget támogató kezdeményezését az „együtt készülünk fel” (*Together We Prepare*) jelmondata köré szervezte. A kezdeményezés „*képessé teszi az embereket arra, hogy felkészítsék saját magukat, az otthonaikat, az iskoláikat, a munkahelyeiket és a szomszédságukat a váratlan helyzetekre*”.⁵⁸

Az „új normális” a gazdasági helyzetünk és a személyes szféránk folyamatos bizonytalanságának elfogadását jelenti, amit a globális piac igényei diktálnak. A kormányok kevés figyelmet fordítottak azokra a figyelmeztetésekre, amelyek a kockázat csökkentését a közegészségügy megújítása és a társadalmi egyenlőtlenségek orvoslása révén tartották elképzelhetőnek. Ehelyett inkább veszélyhelyzeti terveket dolgoznak ki azokra az esetre, ha új betegségek ütnék fel a fejüket. A dilemmák azokban változatlanok: lehetetlen az összes potenciálisan veszélyes személyt és tárgyat azonosítani és semlegesíteni, azonban ugyanígy helytelen a pusztán kockázatbecslés alapján kialakított eljárások bevezetése is, hiszen egy krízis során a hibák életbe kerülhetnek. Mire eljutunk a megoldásig, úgy gondolom, hogy ezeket a világot megosztó egészségügyi határokat még sokszor újra fogjuk gondolni.

A szöveget fordította: Kovács Janka

⁵⁵ FIDLER, 2004.

⁵⁶ KING, 2002.

⁵⁷ PETERSEN-LUPTON, 1996; BUNTON-PETERSEN, 1997.

⁵⁸ N. N., 2004b.

Felhasznált irodalom és rövidítések

ANDERSON

- 2003 ANDERSON, Warwick: *The Cultivation of Whiteness: Science, Health and Racial Destiny in Australia*. New York, NY, Basic Books, 2003.

ARMSTRONG

- 1993 ARMSTRONG, David: Public Health Spaces and the Fabrication of Identity. *Sociology*, 27. (1993) 3. sz. 393–403.

BASHFORD

- 1998 BASHFORD, Alison: *Purity and Pollution: Gender, Embodiment, and Victorian Medicine*. London, Macmillan, 1998.
- 2004 BASHFORD, Alison: *Imperial Hygiene: A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health*. London, Palgrave, 2004.

BONNELL

- 2003 BONNELL, Greg: SARS directives still ignore expertise of health-care workers, hearing told. *Canadian Press NewsWire*, (2003. szeptember 30.)

BRANSWELL

- 2003 BRANSWELL, Helen: Study suggests widespread quarantine not needed for SARS containment. *Canadian Press NewsWire*, (2003. október 30.)
- 2004 BRANSWELL, Helen: US public health chief says emergence of SARS, avian flu the 'new normal'. *Canadian Press NewsWire*, (2004. február 25.)

BERRIDGE

- 1998 BERRIDGE, Virginia: Science and Policy: The Case of Postwar British Smoking Policy. In: *Ashes to Ashes: The History of Smoking and Health*. Eds.: LOCK, Stephen – REYNOLDS, Lois – TANSEY, E. M. Amsterdam, Clio Medica, 1998. 143–163.

BUNTON–PETERSEN

- 1997 BUNTON, Robin – PETERSEN, Alan: *Foucault, Health and Medicine*. London–New York, NY, Routledge, 1997.

CAMPBELL

- 2005 CAMPBELL, Archie: *SARS and the Public Health in Ontario*. Toronto, Ontario Ministry of Health and Aged Care, 2004. (<http://www.sarscommission.ca> – Utolsó letöltés: 2005. november 23.)

CASTEL

- 1991 CASTEL, Robert: From Dangerousness to Risk. In: *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Eds.: BURCHELL, Graham – GORDON, Colin – MILLER, Peter. London, Harvester Wheatsheaf, 1991. 281–299.

FIDLER

2004 FIDLER, David: *SARS, Governance and the Globalization of Disease*. London, Palgrave, 2004.

GRIEVE

2003 GRIEVE, Michell: The new normal: a SARS diary. *Canadian Medical Association Journal*, 169. (2003) 12. sz. 1283–1285.

HAMMONDS

1999 HAMMONDS, Evelyn M.: *Childhood's Deadly Scourge: The Campaign to Control Diphtheria in New York City, 1880–1930*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1999.

HAWALEISHKA

2003 HAWALEISHKA, Danylo: A new SARS bombshell. *Maclean's*, (2003. június 2.)

HAWRYLUK ET AL.

2004 HAWRYLUK, Laura – GOLD, Wayne L. – ROBINSON, Susan – POGORSKI, Stephen – GALEA, Sandro – STYRA, Rima: SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10. (2004) 7. sz. 2352–2361.

HOOKE

2001 HOOKE, Claire: Sanitary Failure and Risk: Pasteurisation, Immunisation and the Logics of Prevention. In: *Contagion: Historical and Cultural Studies*. Eds.: BASHFORD, Alison – HOOKE, Claire. London, Routledge, 2001. 129–152.

KING

2002 KING, Nicholas B.: Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Public Health. *Social Studies of Science*, 32. (2002) 5–6. sz. 763–789.

KIRKEY

2003 KIRKEY, Sharon: Doctors told to wear face masks and goggles when examining coughing youngsters. *CanWest News*, (2003. december 10.)

KUMOVE

2003 KUMOVE, Leon: Raiding Poor Countries. *Community Action*, (2003. augusztus 18.)

LAINO

2003 LAINO, Charlene: Travellers getting caught in SARS net: tell patients to keep vaccinations up to date and practise good hygiene to avoid common respiratory illnesses that may be mistaken for SARS. *Medical Post*, 39. (2003. június 3.)

LEUNG

2004 LEUNG, Carriane: *Yellow Peril Revisited: Impact of SARS on the Chinese and South Asian Canadian Communities*. Toronto, Chinese Canadian National Council, 2004.

LEWIS

- 1998 LEWIS, Milton: *Thorns on the Rose: The History of Sexually Transmitted Diseases in Australia in International Perspective*. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1998.

NAYLOR

- 2005 NAYLOR, David: *Learning From SARS: Renewal of Public Health in Canada*. Ottawa, The National Advisory Committee On SARS and Public Health – Health Canada, 2004. (www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor – Utolsó letöltés: 2005. november 23.)

NICHOLLS

- 2003 NICHOLLS, Stephen: A new normal? Across the nation, doctors are grappling with exactly what regular practice will be in a world with SARS. *Medical Post*, 39. (2003. június 10.)

N. N.

- 2003a N. N.: War and SARS continued to take their toll on travel to and from Canada in April, with Ontario particularly hard hit, Statistics Canada says. *Canadian Press NewsWire*, (2003. július 19.)
- 2003b N. N.: Rouge Valley hospitals ready for 'new normal'. *Canada NewsWire*, (2003. május 22.)
- 2004a N. N.: Ontario man monitored for respiratory ailment; probability of SARS 'low'. *Canadian Press NewsWire*, (2004. május 10.)
- 2004b N. N.: American Red Cross President to Deliver Keynote Address at the 15th World Conference on Disaster Management in Toronto. *Canada NewsWire*, (2004. november 8.)

ORR

- 2003 ORR, Brian: SARS outbreak teaches valuable lessons on a new 'normal' state for HR management. *Canadian HR Reporter*, 16. (2003) 11. sz. 5.

PAGE

- 2003 PAGE, Shelley: The Ottawa Citizen's Shelley Page writes from southern China about adopting a baby girl against a backdrop of the growing SARS crisis. *CanWest News*, (2003. április 25.)

PETERSEN-LUPTON

- 1996 PETERSEN, Alan – LUPTON, Deborah: *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*. Sydney, Allen & Unwin, 1996.

PIDGEON-KASPERSON-SLOVIC (EDS.)

- 2003 PIDGEON, Nick F. – KASPERSON, Roger E. – SLOVIC, Paul: *The Social Amplification of Risk*. Cambridge, Cambridge University Press, 2003.

PROCTOR

1988 PROCTOR, Robert N.: *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1988.

RUTTON

2003 RUTTON, Susan: Feds Wants More Control During Health Crisis. *CanWest News*, (2003. június 9.)

SCHABAS

2003 SCHABAS, Richard: Prudence, not Panic. *Canadian Medical Association Journal*, 168. (2003) 11. sz. 1432-1434.

SCHULL-REDELMEIER

2003 SCHULL, Michael - REDELMEIER, Donald: Infection control for the disinterested. *Canadian Medical Association Journal*, 169. (2003) 2. sz. 122-123.

SIBBALD

2003 SIBBALD, Barbara: SARS' other toll. *Canadian Medical Association Journal*, 168. (2003) 13. 1697.

SIMON ET AL.

2001 SIMON, Roger et al.: The New Normal; A nation already on high alert braces the possibility of new attacks. *U.S. News & World Report*, 131. (2001) 20. sz. 14-16.

SKINNER

2003 SKINNER, H.: The Fog of SARS, paper presented at *Learning From SARS: Challenges to Public Health*. University of Toronto, 2003.

STAPLES

2004 STAPLES, Sarah: New formula designed to predict how long patients need to be quarantined. *CanWest News*, (2004. június 29.)

STELMAKOWICH

2003 STELMAKOWICH, Angela: Response to SARS: Emergence of the new normal. *OH & S Canada*, 19. (2003) 4. sz. 48-49.

ST JOHN ET AL.

2005 ST JOHN, Ronald - KING, Arlene - DE JONG, Dick - BODIE-COLLINS, Margaret - SQUIRES, Susan G. - TAM, Theresa.: Border Screening for SARS. *Emerging Infectious Diseases*, 11. (2005) 1. sz. (<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol11no01/pdfs/04-0835.pdf> - Utolsó letöltés: 2005. november 23.)

SVOBODA T. ET AL

2004 SVOBODA, T. et al.: Public Health Measures to Control the Spread of the Severe Acute Respiratory Syndrome during the Outbreak in Toronto. *New England Journal of Medicine*, 350. (2004) 23. sz. 2352-2361.