

Karina Stasiuk-Krajewska
Uniwersytet Wrocławski

Szpital jako instytucja totalna – dyskursywne i instytucjonalne uwarunkowania komunikacji

Nie ulega wątpliwości, że pewien rodzaj i stopień opresyjności (także symbolicznej) wpisany jest immanentnie w kategorię instytucji społecznej. Nie wchodząc tu w szczegółowe rozważania, dotyczące tego zasadniczego dla nauk społecznych pojęcia (które w moim tekście jest tylko pojęciem pomocniczym, chciałabym pozostać więc przy raczej intuicyjnym i ogólnym jego rozumieniu), zacytujmy klasyczną dla polskiej socjologii i edukacji w tym zakresie pracę Jana Szczepańskiego, który wprowadzając kategorię instytucji społecznej, pisze o nich jako o urządzeniach, „zapewniających nie tylko zaspokajanie potrzeb, ale także zapewniających »porządek«, ład, represję działań społecznie szkodliwych, ochronę obywateli i przestrzeganie prawa”¹. Represja, jeden z zasadniczych instrumentów utrzymania ładu społecznego, jest więc bez wątpienia jednocześnie jedną z zasadniczych funkcji instytucji społecznych. „Każda instytucja dąży do ograniczenia swych członków”² — pisze w tym kontekście Erving Goffman. „Instytucje — kontynuuje Szczepański — są zespołami urządzeń, w których wybrani członkowie grup otrzymują uprawnienia do wykonywania czynności określonych publicznie i impersonalnie, dla zaspokajania potrzeb jednostkowych i grupowych i dla regulowania zachowań innych członków grupy”³.

Zauważmy, tak zdefiniowana instytucja ma zdecydowanie charakter dyskursywny. Zarówno bowiem wybór członków grupy (Bourdieuowska dystynkcja), jak i definicja — z jednej strony — czynności koniecznych do zaspokojenia potrzeb społecz-

¹ J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa 1972, s. 75.

² E. Goffman, *Charakterystyka instytucji totalnych*, [w:] *Elementy teorii socjologicznych*, red. A. Jasińska-Kania *et al.*, Warszawa 2006, s. 316.

³ J. Szczepański, *op. cit.*, s. 76.

nych, z drugiej zaś — zachowań, które powinny być „regulowane” (tym samym więc takich, które jako niepoddające się regulacji lub wobec regulacji uznane za niewłaściwe/niepożądane/szkodliwe, powinny być opresjonowane), podlegają mechanizmom dyskursywnym, regułom generującym binarne opozycje oraz decydującym o tym, co i jak może być powiedziane w symbolicznie konstytuowanym systemie reguł społecznych. Instytucja, każda instytucja, jest więc w swej istocie sposobem i efektem działań Foucaultowskiego dyskursu⁴.

Widać to wyraźnie, kiedy przyjrzymy się funkcjom tradycyjnie instytucjom przypisywanym. Pozostają one bowiem zawsze w relacji z kompleksem władzy–wiedzy⁵ — czy to pojmowanym przez pryzmat kategorii pieniądza (funkcja ekonomiczna), związanym z tradycyjnie pojmowaną władzą (funkcja polityczna), czy wreszcie interpretowanym w kontekście kategorii przemocy symbolicznej (funkcja wychowawcza i kulturowa, także funkcja religijna).

Szczególnie interesujące są tu instytucje, których dominująca funkcja określana jest tradycyjnie jako funkcja socjalna. Do kategorii tej zalicza się rozmaite domy opieki i pomocy społecznej, domy dziecka, domy starców, hospicja, noclegownie itp. Wydaje się jednak, że katalog ten można i należałoby poszerzyć, np. szpitale, przynajmniej w niektórych ich modelach, o czym niżej. „Są to instytucje załatwiające sprawy ważne w odczuciu członków grupy, a którymi nie zajmują się ani instytucje polityczne, ani ekonomiczne”⁶ — pisze Szczepański. Otóż owo „załatwianie spraw ważnych w odczuciu członków grupy”, przy jednoczesnym pozostawianiu niejako na marginesie tego, co dla owych członków grupy w zakresie funkcjonowania instytucji innych typów przezroczyste⁷; jakby wypełnianie pozostałej luki, działanie w „szarej strefie”, do której nie dociera państwo ani ekonomia, ma zasadnicze konsekwencje dla funkcjonowania tego typu instytucji, zwłaszcza zaś dla ich szczególnego zakotwiczenia w dyskursie i szczególnej tendencji do totalizacji.

Instytucje tego rodzaju są przedmiotem wzmożonego zainteresowania społecznego. Widać to wyraźnie w sposobie ich mediatyzacji. O ile systemy władzy lub pieniądza interesują media, jeśli są one w stanie wykazać w nich pewne zaburzenia (dysfunkcje), o tyle np. system ochrony zdrowia lub opieki społecznej interesuje media niejako sam z siebie, nieprzerwanie. Oczywiście, dysfunkcje także są mediatyzowane, jednak znaczna część przekazów medialnych, najczęściej lokujących się poza kategorią przekazów informacyjnych (a więc np. reportaże, wywiady itp.), dotyczy, by tak rzec, codziennego, interpretowanego jako niezaburzone („normalne”, oczeki-

⁴ Por. przede wszystkim M. Foucault, *Porządek dyskursu. Wykład inauguracyjny wygłoszony w College de France 2 grudnia 1970 roku*, przeł. M. Kozłowski, Gdańsk 2002.

⁵ Por. np. M. Foucault, *Historia seksualności*, t. 1. *Wola wiedzy*, przeł. B. Banasiak, T. Komendant, K. Matuszewski, Warszawa 1995.

⁶ J. Szczepański, *op. cit.*, s. 78.

⁷ Obieg pieniądza i sprawowanie władzy politycznej konstruowane są jako społecznie ważne i oczywiste w odniesieniu do funkcjonujących instytucji.

wane czy nawet właściwe) funkcjonowanie ochrony zdrowia czy opieki społecznej. W ten sposób reguły funkcjonowania systemu stają się lepiej społecznie rozpoznawalne, lepiej akceptowalne, w większym zakresie i łatwiej internalizowane. Instytucje funkcjonujące w ramach systemu uzyskują legitymizację — mają na przykład prawo przekraczać granice prywatności czy intymności, wolności osobistej itp. (uznawanych przecież za konstytutywne dla tak zwanych społeczeństw demokratycznych) w imię wyższych celów, w imię spraw ważnych w odczuciu członków grupy⁸. Tym bardziej więc zyskują one uprawnienia do totalizacji, co więcej — uprawnienia te mają tym bardziej dyskursywny, symboliczny charakter. Pozostają bowiem w związku z kategoriami, których społeczne konstrukcje niewątpliwie są wykluczające, jednak ich granice podlegają społecznej ewolucji i zmianie. Są to kategorie takie, jak starość, dzieciństwo, uzależnienie, wreszcie — co dla moich rozważań najistotniejsze — zdrowie i choroba.

Widać to wyraźnie na przykład w dyskursywnym wyłanianiu się i ewolucji kategorii choroby psychicznej⁹, widać jednak także tam, gdzie granica między chorobą a zdrowiem wydaje się dużo bardziej zobiektywizowana. Ciekawym przykładem jest coraz bardziej ostatnio popularna „pre-cukrzyca”, na którą według American Diabetes Association choruje obecnie na świecie prawie 57 milionów osób¹⁰. Czy stan przedcukrzycowy jest stanem chorobowym? Czy zostanie, jako taki, dyskursywnie skonstruowany? Prawdopodobnie tak, a mechanizm, który tu obserwujemy, jest analogiczny do tego, który doprowadził do udyskursowania jako choroby ADHD czy depresji. Jego zasadniczym elementem jest uznawanie medycyny i instytucji w jej imieniu społecznie funkcjonujących za panacea na coraz szerszy zakres społecznych problemów. W ślad za tym wzrasta pozycja medycyny jako nauki i być może prestiż społeczny jej kapłanów — lekarzy, z pewnością jednak wzrasta także akceptacja dla totalizujących i panoptycznych tendencji instytucji w systemie medycznym (oraz systemie opieki społecznej) funkcjonujących. Jeśli bowiem totalizacja służy dobru społecznemu, jeśli rozwiązuje ważne społecznie problemy, jeśli wreszcie znajduje swe uzasadnienie w procedurach i prawdach „naukowych”, jest potencjalnie uzasadniona, nawet jeśli znacznie odbiega od standardów przyjmowanych za możliwe do zaakceptowania w ramach innych systemów (np. ekonomicznego lub politycznego).

⁸ Interesująca mogłaby się okazać analiza dyskursu medialnego w kontekście przymusowej kwarantanny czy aresztu domowego dla osób powracających z krajów ogarniętych epidemią eboli. Widać tu wyraźnie, jak dwie ideologie: medycyny (w służbie bezpieczeństwa społecznego) i wolności zderzają się ze sobą (por. np. MW, PAP, *USA zaostrożą prawo w związku z ebolą*, „Gazeta Wyborcza”, 25.10.2014, http://wyborcza.pl/1,75477,16865941,USA_zaostrozaja_prawo_w_zwiazku_z_ebola.html [dostęp: 1 listopada 2014]).

⁹ Por. M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, przeł. H. Kęszycka, Warszawa 1987.

¹⁰ Por. np. <http://pl.265health.com/conditions-treatments/diabetes/1018130304.html> [dostęp: 1 listopada 2014].

Mamy więc współcześnie do czynienia z postępującą medykalizacją systemu społecznego i dyskursu publicznego. Medycyna i personel medyczny zyskują coraz większy praktyczny, a zwłaszcza ideologiczny wpływ na coraz szersze sfery życia społecznego. Proces ten, opisany już w latach siedemdziesiątych¹¹, wiąże się z coraz silniejszą kontrolą społeczną o dużym zakresie (także symboliczną) przez włączenie do kategorii choroby tych elementów, które wcześniej traktowane były jako dewiacja lub przestępstwo (np. uzależnienie od narkotyków czy alkoholu), a także przez objęcie dyskursem medycznym tych pól ludzkiej aktywności, które wcześniej uznawane były za odległe od medycyny (np. wychowanie dzieci i ich dorastanie lub opieka nad osobami starszymi, czy szerzej — procesy starzenia się).

Instytucje działające w dziedzinie ochrony zdrowia i opieki społecznej czerpią więc zasadniczą część uzasadnień swego funkcjonowania z ewidentnie dyskursywnie formułowanych społecznych przekonań i konstruktów. Konstrukty te oparte są na binarnych opozycjach społecznego pożądanego i społecznej szkodliwości, bezpieczeństwa i zagrożenia, normalności i nienormalności i, jako takie, świetnie legitymizują totalizujące tendencje tego rodzaju instytucji czy systemów. Owe dyskursywne uzasadnienia przyjmują często wręcz charakter ideologiczny. W tym kontekście mówi się często o ideologii zdrowia (*health ideology*) lub, pokrewnej, ideologii medycznej (*medical ideology*)¹². Znaczna część zachowań społecznych jest współcześnie nie tylko legitymizowana, lecz także — często dość opresyjnie — narzucana przez odniesienie do idei, norm czy wreszcie grup społecznych powiązanych ze zdrowiem (np. liczne zakazy i nakazy dotyczące kobiet ciężarnych czy opieki nad niemowlętami).

Jest rzeczą interesującą, o czym była i będzie jeszcze mowa, że wymagania i oczekiwania społeczne powstające na bazie tego typu ideologii pozostają w sprzeczności z zasadniczymi, także ideologicznymi, dyskursami współczesnych społeczeństw, takimi jak wolność, indywidualizm czy prawo własności. Szpital, instytucja w pełni praktykująca ideologię zdrowia i realizująca normy z niej wynikające, pozostawia ograniczoną przestrzeń dla praktykowania własnej wolności czy indywidualizmu. Ideologia medyczna, oprócz tego, że podnosi społeczny (i w konsekwencji materialny) status jej reprezentantów, świetnie legitymizuje ewidentne wykroczenia poza podstawowe prawa jednostki, które — z powodów systemowych, a nie złej woli personelu — występują w instytucjach medycznych jako instytucjach quasi-totalnych lub po prostu totalnych.

Istnieje stosunkowo obszerna literatura na temat organizacji i specyfiki domów opieki czy pomocy społecznej i innych instytucji opiekuńczych, także jako instytucji totalnych¹³. Wskazywanie na totalizujący charakter jest w tym kontekście czę-

¹¹ Por. I. Illich, *Limits to Medicine. Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, London 1975.

¹² Por. np. *Dictionary of medical sociology*, red. W.C. Cockerham, F.J. Ritchey, Westport 1997.

¹³ Por. np. T. Zbyrad, *Instytucje opieki totalnej jako forma zniewolenia i kontroli nad człowiekiem potrzebującym pomocy — na przykładzie domów pomocy społecznej*, „Roczniki Nauk Społecznych” 4, 2012, nr 2.

sto jednym z zasadniczych argumentów na rzecz deinstytucjonalizacji, co w istocie polegałoby właśnie na zanegowaniu ich totalizującego charakteru (zamiana domu dziecka na rodzinny dom dziecka jest bowiem tym właśnie — odejściem od rozmaitych specyfik instytucji totalnej w zakresie organizowania życia jej podopiecznych ku instytucjonalnej „normalności”).

Interesujące jest to, że postulaty deinstytucjonalizacji dużo rzadziej pojawiają się w kontekście opieki tradycyjnie uważanej za opiekę szpitalną i są dużo gorzej mediatyzowane i społecznie akceptowane. Pozostawmy na marginesie stany konstruowane jako ewidentnie chorobowe, zaburzone, a więc takie, które jednoznacznie wymagają w naszych społeczeństwach ingerencji lekarza, instytucji medycznej lub systemu opieki medycznej jako takiego (choć, jak już wspomniałam, także kategoria choroby jest konstruktem kulturowym i społecznym i jako taka uznana powinna być za dyskursywną). Przyjrzyjmy się jednak bliżej temu, jakie kontrowersje wywołują tzw. porody domowe — wyjęcie więc ze środowiska szpitalnego, z instytucji totalnej i z dyskursu medycznego stanu, który nie jest definiowany jako stan chorobowy, lecz tylko niosący potencjalną możliwość zaburzeń i komplikacji. Podobnie jest z tzw. medycyną paliatywną czy opieką nad pacjentami z chorobami przewlekłymi. Oczywiście, hospitalizacja jest społecznie efektywna i — w pewnym sensie — po prostu wygodna. Jednak z punktu widzenia moich rozważań jest to, z jednej strony, ekspansja totalizacji (instytucji totalnej w postaci szpitala) w życie codzienne, z drugiej zaś — ekspansja dyskursu medycyny w obszary dotąd dyskursywnie niezmedykali-zowane. Jeśli zaś pojawia się kategoria deinstytucjonalizacji w kontekście szpitala, ma ona znaczenie węższe i zasadniczo odmienne: rozumiana jest zazwyczaj jako zmiana formy organizacji, zarządzania czy własności takiej instytucji. Nie ma jednak mowy o zanegowaniu, jako takich, instytucjonalnych ram leczenia szpitalnego.

W tym miejscu warto zapytać, czy istnieją rzeczywiście podstawy, by szpital uznać za instytucję totalną? Trzeba wyraźnie podkreślić, że w teoriach, które stanowią inspirację moich rozważań, zwłaszcza zaś w koncepcji instytucji totalnej (azylum) Ervinga Goffmana oraz koncepcji instytucji panoptycznej (*panopticon*) Michela Foucaulta¹⁴ jako charakterystyczne realizacje tych form pojawiają się nie szpitale w ogóle, ale szpitale psychiatryczne (a także koszary, szkoły, zakony, więzienia itp.).

W literaturze dotyczącej szpitali jako instytucji: ich modelowania, kultury organizacji, zarządzania, wreszcie komunikacji widać tendencję do tego, by od tego totalizującego charakteru odchodzić, czy też — precyzyjniej — by odejście to postulować lub też ograniczać do pewnego typu opieki szpitalnej. Najbardziej rozpowszechniona klasyfikacja modeli opieki szpitalnej (według Rodneya M. Coe¹⁵) uwzględnia model

¹⁴ E. Goffman, *op. cit.*, oraz *idem*, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, przeł. O. Waśkiewicz, J. Łaszczyński, Sopot 2011, oraz M. Foucault, *Nadzorować i karać*, przeł. T. Komendant, Warszawa 1998.

¹⁵ Pierwotnie sformułowana w: R.M. Coe, *Sociology of medicine*, Michigan 1978.

opiekuńczy, klasyczny i rehabilitacyjny, przy czym tylko ten pierwszy wiąże się z instytucjonalizacją o charakterze totalnym. Mamy tu więc chorobę uznaną za nieuleczalną i trwałą rolę chorego. W istocie więc leczenie jako takie pozostaje ograniczone (lub wręcz w ogóle nie zachodzi), a dyskursywna definicja funkcji szpitala w tym modelu to opieka i pokrzepienie przy ewentualnym łagodzeniu objawów. Osobną kategorię w tej klasyfikacji stanowią szpitale ogólne, w których przypadku mamy do czynienia z chorobą diagnozowaną jako odwracalna, z chwilowym wejściem w rolę pacjenta i posłuszeństwem już nie wobec zasad działania instytucji, lecz wobec poleceń lekarzy (w istocie, do czego jeszcze powrócę, z punktu widzenia mechanizmów sprawowania władzy symbolicznej nie ma tu zasadniczej różnicy). Trzeci model, rehabilitacyjny, wiąże się z dążeniem do przywrócenia sprawności, rola chorego ma charakter nieciągły, a leczenie jest uzupełniające. Model ten instytucjonalnie realizuje się w postaci ośrodka rehabilitacyjnego, który — w mojej ocenie — jest zasadniczo odmienny od modelu instytucji o charakterze szpitalnym (która występuje w przypadku modelu opiekuńczego i klasycznego)¹⁶. W tym sensie, mówiąc o szpitalu, nie odnoszę się do tego, co zwykło się nazywać modelem rehabilitacyjnym (choć pewne cechy „uszpitalnienia” z pewnością i tu można zauważyć).

W klasycznym ujęciu zastosowanie kategorii instytucji totalnej ograniczane bywa do modelu opiekuńczego, który — tak czy inaczej — uznawany jest za niegdyś powszechny, współcześnie zaś ograniczony do wspomnianych wcześniej placówek zamkniętych (najczęściej hospicjów i szpitali psychiatrycznych). Szpital zaś, instytucję obecną w modelu drugim, interpretuje się jako miejsce, które jest (lub powinno być) jak najodleglejsze od tego, co charakteryzować może instytucję totalną. „Medycyna szpitalna — pisze w pierwszym zdaniu swego podręcznika Andrew J. Dionne — jest szybko rozwijającą się specjalizacją w Stanach Zjednoczonych. Niektórzy — stwierdza — interpretują ten rozwój jako postępującą fragmentaryzację opieki nad pacjentem, coraz wyraźniejsze rozdzielenie świadczenia związanego z opieką medyczną na świat wewnątrz- i pozaszpitalny. Jednak — natychmiast dodaje autor — dla wielu innych, w tym dla mnie, ten nowy wysiłek [włożony w rozwój medycyny szpitalnej — K.S.-K.] pozwala na całościową, skoncentrowaną na pacjencie (*patient centered*) opiekę szpitalną, we współpracy z zespołem lekarzy oraz innymi dostawcami usług, którzy posiadają specjalistyczną wiedzę w zakresie medycyny szpitalnej”¹⁷.

¹⁶ Osobną sprawą pozostają sanatoria, stanowiące, jak się wydaje, zupełnie odmienny wzorzec instytucjonalny, kulturowy i dyskursywny, którym w niniejszym tekście nie będę się zajmować.

¹⁷ A.J. Dionne, *The Little Black Book of Hospital Medicine*, Canada 2011, s. IX. W dalszej części książki następuje kilkusetstronicowy opis procedur, które powinny być stosowane w szpitalach w zależności od oddziału, typu schorzenia, objawów itp. Wyjątkowo interesujące jest to, że analogiczna publikacja z roku 1985 nie ma takich ambicji dyskursywnych, nie zarysowuje pola ideologicznego, w którym o medycynie będzie się mówić. „Celem [publikacji] jest — czytamy w pierwszym zdaniu wstępu — zapewnienie praktycznego przewodnika po diagnostyce, badaniach i ogólnie pojętym postępowaniu

Ten rodzaj myślenia o medycynie szpitalnej powoduje, że w literaturze dotyczącej zarządzania szpitalem czy też — szerzej — kultury organizacji w tego typu instytucjach powszechne są postulaty dotyczące zmiany perspektywy i dotychczasowego podejścia. Reprezentatywne jest tu ujęcie pokazane w publikacji *Innowacje organizacyjne w szpitalach*. W jej wstępie czytamy: „Współczesne szpitale już dziś nie mogą ograniczać swojego zainteresowania do wykonywania czynności medycznych, nie uwzględniając ogromnego obszaru towarzyszącego tym świadczeniom, a skupionego wokół jakości, organizacji opieki medycznej czy kadr medycznych”¹⁸. W literaturze, pozostającej na gruncie tradycyjnie rozumianej teorii zarządzania, rozpatruje się nadal rozmaite metody zarządzania personelem, kreowania innowacyjności, implementacji nowych technologii, projektowania kosztów, efektywności itp., coraz częściej jednak tego rodzaju rozważania uzupełniane są o aspekty komunikacyjne i kulturowe (a więc symboliczne i dyskursywne). Bierze się więc pod uwagę kwestie techniczno-komunikacyjne (komunikacja interpersonalna i grupowa, relacje interpersonalne i grupowe, tzw. bariery w komunikacji itp.), analizuje się społeczne konteksty (role społeczne, stereotypizacje, konflikty itp.) i kulturę organizacji¹⁹, podnosi się wreszcie tzw. problemy etyczno-moralne²⁰. Konsekwentnie podkreśla się wzrastającą rolę zarządzania jakością, najczęściej w kontekście tzw. satysfakcji pacjenta. W związku z tym proponuje się i próbuje (z ograniczonym skutkiem — o czym za chwilę) implementować rozmaite dokumenty i standardy (np. analizowana poniżej Karta Praw Pacjenta czy propozycja realizowania w szpitalach znanej z teorii zarządzania metody QFD, co sprowadza się do przełożenia oczekiwań konsumentów czy odbiorców na charakterystykę produktów czy usług²¹). Oprócz więc tak zwanych wskaźników strukturalnych, zaleca się branie pod uwagę także wskaźników procesów (ocena przebiegu leczenia, relacje z pacjentem i wskaźniki rezultatów), które dotyczą nie tylko efektywności zastosowanej terapii, śmiertelności itp., lecz także komfortu życia czy satysfakcji pacjenta²².

w najbardziej typowych problemach medycznych” (*Handbook of Hospital Medicine*, red. P.J. Mitchell, P. Platt, C. Wren, Lancaster 1985, s. VII).

¹⁸ *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, red. P. Karniej, M. Kęsy, J. Stępniewski, Kraków 2011, s. 15.

¹⁹ Por. np. J. Jończyk, *Kształtowanie proinnowacyjnej kultury organizacyjnej w szpitalu publicznym*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, 2011, nr 2, s. 43–54.

²⁰ M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Kraków 2012.

²¹ Por. zwłaszcza K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, Warszawa 2005; *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, red. Z. Nęcki, M. Kęsy, Kraków 2013, oraz M. Cholewa-Wiktor, *Efektywność w szpitalach publicznych*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, 2014, nr 180, s. 44–54. Interesującą próbą przełożenia kategorii jakości na kategorie ekonomiczne jest: M. Walków, I. Witczak, *Cena ludzkiego życia — koszty jakości w ochronie zdrowia*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2, 2012, nr 3, s. 207–212.

²² Por. *Efektywność ochrony zdrowia*, „Problemy Zarządzania”, 2011, nr 3.

Joanna Jończyk wyróżnia na przykład cztery możliwości rozumienia kategorii innowacji w badaniach dotyczących szpitali. Pierwsza perspektywa to perspektywa ekonomiczna (w ramach której szpitale traktuje się tak jak inne zakłady usługowe czy ekonomiczne), drugie podejście traktuje szpitale jako zbiory innowacji medycznych (w zakresie technologii i farmakologii), w trzecim ujęciu badania koncentrują się na innowacjach w zakresie systemów informacyjnych (rozumianych wąsko — głównie jako systemy informatyczne).

Czwarta grupa badań — pisze autorka — dotyczy koncepcji szpitala jako dostawcy kompleksowych usług opieki zdrowotnej. Koncepcja ta odzwierciedla zmianę podejścia w zarządzaniu szpitalami w kierunku większego nacisku na powiązanie usług medycznych z interesariuszami tych usług. W badaniach zwraca szczególną uwagę na pacjenta, który jest konsumentem całościowego zestawu usług medycznych [...]. Konsekwencją tego jest traktowanie szpitala jako zbioru różnych innowacji, nie tylko technologicznych [...], ale również innowacji dotyczących usług, związanych ze zmianami w strukturze świadczonych usług (wprowadzenie nowych usług medycznych, rozwój sieci prywatnych praktyk lekarskich itd.), innowacji organizacyjnych (reorganizacje administracyjne, logistyczne, zmiany w strukturze organizacyjnej, wprowadzenie systemów oceny jakości opieki zdrowotnej, zmiany metod diagnozowania, leczenia, wdrożenia nowej organizacji czasu pracy itp.) czy innowacji społecznych i kulturowych (rozwój pracowników, nowe umiejętności, nowa wiedza, programy poprawy warunków pracy i płacy itd.)²³.

Jak widać, współczesna literatura przedmiotu obfituje w publikacje dotyczące szeroko rozumianych zagadnień związanych z zarządzaniem szpitalem czy też wdrażaniem w tego rodzaju placówkach instrumentów efektywnej komunikacji czy kreowania kultury organizacji. W tym kontekście często pojawia się odniesienie do modelu IMS (*Information-Motivation-Strategy*), który — zwłaszcza w pracach koncentrujących się na miękkich (komunikacyjnych, relacyjnych, kulturowych) aspektach zarządzania — wydaje się stanowić model dominujący i zdecydowanie postulowany. „Model ten — czytamy w *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence* — zapewnia jednocześnie prostą w zastosowaniu, ale w swej istocie pogłębianą heurystykę służącą rozwiązaniu istotnego i złożonego problemu niedostosowania (*nonadherence*), podkreślając w każdym swym komponencie zasadniczą rolę komunikacji między klinicystą a pacjentem”²⁴. Pierwszym elementem tego modelu jest informacja. Pacjent powinien otrzymać pełną, zrozumiałą dla niego informację na temat swego stanu zdrowia. Idea informacji ma tu więc charakter relacyjny — chodzi nie tylko o przekazanie pełnych danych, lecz o przekazanie ich w ramach partnerskiej — opartej na obopólnym porozumieniu — relacji. Drugim elementem jest motywacja. „Pacjenci — piszą autorzy publikacji — będą stosować tylko te zalecenia, co do których są racjonalnie przekonani”²⁵. Teza

²³ J. Jończyk, *Istota innowacji w publicznych szpitalach*, „Studia Ekonomiczne” 2013, nr 169, s. 45.

²⁴ L.R. Martin, *Barriers and Keys to Treatment Adherence and Health Behavior Change*, [w:] *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence*, red. L.R. Martin, R.M. DiMatteo, Oxford 2014, s. 9.

²⁵ *Ibidem*, s. 39.

ta, sama w sobie budząca wątpliwości, opiera się na założeniu (lub postulacie) równowagi komunikacyjnej między lekarzem a pacjentem: pacjent powinien stosować się do zaleceń lekarza, jednak nie z powodu autorytetu lekarza, ale dlatego że został do tego racjonalnie przekonany. Czy wobec dysonansu wiedzy racjonalne przekonywanie ma tu jakąś rację bytu — pozostaje kwestią osobną. Ostatnim elementem modelu jest strategia, której istotą jest to, że pacjent musi mieć realne możliwości (strategiczne zasoby) zastosowania zaleconej terapii. Ten postulat prowadzi z kolei do zalecenia indywidualizacji i upodmiotowienia w relacji lekarz–pacjent. Każdy przypadek należy traktować indywidualnie, biorąc pod uwagę nie tylko materialne, ale także społeczne i kulturowe — symboliczne — zasoby pacjenta. Model ten przekłada się na wiele badań i analiz, testów i zaleceń, które w literaturze przedmiotu są referowane i formułowane. Na podstawie powyższych założeń powstają i realizowane są programy szkoleń i kursów dla personelu medycznego. Piszę się więc i mówię o aktywnym słuchaniu, wysyłaniu informacji zwrotnej, odpowiednim zadawaniu pytań, budowaniu relacji itp., szczególną uwagę często poświęcając komunikacji niewerbalnej i proksemice.

Komunikacja urasta więc do rangi czynnika niemal decydującego o powodzeniu terapii, z pewnością zaś mającego istotne znaczenie dla jej efektywności. „Dobra komunikacja lekarza z pacjentem — pisze Jan Doroszewski — to najważniejsze narzędzie wzajemnego rozumienia, niezbędnego, aby proces leczenia był obopólną współpracą. Współpraca zaś lekarza i pacjenta — konkluduje autor — daje największą skuteczność terapeutyczną i zapewnia możliwości opieki”²⁶. Sporo uwagi poświęca się analizie systemów komunikacji funkcjonujących w placówkach ochrony zdrowia (w tym kontekście pisze się np. o kanałach komunikacji, typach informacji czy wiadomości, polityce komunikacyjnej instytucji, uczestnikach komunikacji, narzędziach i usługach komunikacyjnych — mediach w węższym rozumieniu tego terminu, standardach interakcji itp.)²⁷. Powstają także rozmaite regulacje, które zbliżać mają praktykę funkcjonowania instytucji medycznych, zwłaszcza zaś szpitali, do zreferowanego wcześniej ideału.

Podstawowym przykładem w Polsce jest oczywiście Karta Praw Pacjenta. Stosunkowo obszerny dokument zawiera nie tylko zapisy odnoszące się do praw związanych z procedurą leczenia i ratowania życia, ale też w znacznej większości reguluje kwestie relacji, a więc komunikacji lekarz–pacjent. Mamy więc zapisy dotyczące prawa do zachowania intymności i godności pacjenta, mamy całą serię zapisów dotyczących prawa do informacji oraz prawa do świadomej zgody lub odmowy, prawa do dodatkowej opieki i kontaktu z osobami z zewnątrz. Wprowadzenie tego rodzaju

²⁶ J. Doroszewski, *Podstawy współczesnej komunikacji lekarskiej*, [w:] *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, red. J. Doroszewski et al., Warszawa 2014, s. 13.

²⁷ Por. np. E. Coiera, *Communication Systems in Healthcare*, „Clin. Biochem. Reviews” 27, 2006, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1579411/> [dostęp: 1 listopada 2014].

dokumentów, wraz z systemem akredytacji, stworzeniem legislacyjnych możliwości wnoszenia skarg przez pacjentów, powstawaniem organizacji pacjentów, wreszcie postępującą mediatyzacją tematyki zdrowia i leczenia są — jak pisze Antonina Ostrowska — zmianami, które umożliwiają wprowadzenie partnerskiego modelu relacji pacjent–lekarz²⁸. Model partnerski to, w odróżnieniu od modelu paternalistycznego, taki, w którym „pacjent otrzymuje od lekarza informacje i rady. Na tej podstawie wspólnie podejmują decyzje, a zatem autonomia pacjenta nie jest ograniczona”. Tym samym: „właściciel swojego ciała i obserwator dynamiki choroby staje się powoli ekspertem i subiektywnym dopełnieniem obiektywnej wiedzy medycznej, jaką dysponuje lekarz”²⁹. Jednak, o co trudno się spierać, system ten wciąż nie działa tak, jak się tego oczekuje, a przepowiadanych i zalecanych zmian w relacji lekarz–pacjent wciąż nie widać. Być może przyczyną jest nie (lub nie tylko) zła wola czy brak kompetencji, lecz pewne uwarunkowania systemowe, instytucjonalne, dyskursywne, które konstytuują interakcję lekarz–pacjent. Być może ich rozpoznanie stałoby się pomocne w poprawie jakości tej interakcji.

Niewątpliwie, analizując instytucjonalny aspekt opieki szpitalnej, nie można pominąć jej szerszych — politycznych, społecznych, organizacyjnych kontekstów. Z pewnością zarówno rzeczywisty sposób funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej, jak i oczekiwania wobec tego systemu formułowane uzależnione są od szerszego społecznego i politycznego otoczenia. Polityczna w swej istocie definicja roli państwa, jego specyficznych funkcji wobec obywateli oraz standardu realizowania owych funkcji mają tu decydujące znaczenie (w tym kontekście zwłaszcza istotne są idee subsydiarności i klientelizmu oraz zmieniająca się społecznie funkcja rodziny). Rozbudowanie opiekuńczych funkcji państwa (i społecznych w związku z tym oczekiwań), w połączeniu z dominującą — politycznie i społecznie — neoliberalną ideologią, samo w sobie stanowi mieszkankę wybuchową. Konsekwencje widać w debacie i realnych trudnościach związanych z funkcjonowaniem subsystemu opieki zdrowotnej. W tym kontekście wyróżnia się najczęściej pięć modeli systemów opieki zdrowotnej:

1. *Continental corporate* (Francja, Niemcy, kraje Beneluksu);
2. *Social democratic* (Skandynawia);
3. *Neo-liberal hybrid* (Wielka Brytania);
4. *Southern European* (Włochy, Grecja, Hiszpania, Portugalia);
5. *Eastern transitional societies* (Polska, Czechy)³⁰.

Klasyfikacje tego rodzaju są z pewnością użyteczne — wskazują chociażby na to, jak różne systemy opieki zdrowotnej radzą sobie z koniecznymi wewnątrz- i ze-

²⁸ A. Ostrowska, *Paternalizm czy partnerstwo, relacje między pacjentami a lekarzami w Europie*, [w:] *W środku Europy?*, red. H. Domański et al., Warszawa 2006, s. 185–200.

²⁹ *Ibidem*, s. 185.

³⁰ M. Dent, *Remodeling Hospitals and Health Professions in Europe. Medicine, Nursing and the State*, New York 2003, s. 12.

wnątrzsystemowymi napięciami. Żaden jednak z tych systemów, jak się wydaje, nie wykracza, ponieważ nie jest w stanie wykroczyć, poza konieczną instytucjonalną charakterystykę szpitala jako instytucji *quasi*-totalnej lub totalnej. Jednocześnie zaś — w każdym z nich formułowane są, i w mniejszym lub większym stopniu wprowadzane do realizacji, postulaty dotyczące, wspomnianej wcześniej, modyfikacji relacji lekarz–pacjent w kierunku relacji partnerskiej.

Z pewnością więc kwestia systemowych (i finansowych) ograniczeń funkcjonowania placówek ochrony zdrowia³¹ nie pozostaje bez wpływu na instytucjonalny charakter szpitala. Ważne są także aspekty innowacyjności w zarządzaniu szpitalem³² oraz rozmaite działania, których istotą ma być poprawa relacji lekarz–pacjent, zwiększenie wzajemnego zaufania, a co za tym idzie — efektywności terapii. To jednak, co wydaje się w polskiej literaturze przedmiotu zasadniczo pomijane, to społeczne, kulturowe — symboliczne i dyskursywne konteksty funkcjonowania szpitala jako placówki ochrony zdrowia. Część tej problematyki eksploruje socjologia medycyny (np. społeczna rola lekarza i pacjenta, modele relacji lekarz–pacjent, konteksty społeczne tej relacji, wzajemne stereotypy i uprzedzenia itp., a także — o czym była już krótko mowa — zagadnienia związane z medykacją sfery publicznej). Podejmuje się też czasem wątek społecznego funkcjonowania profesji medycznych, zwłaszcza zaś profesji lekarza (szczególnie w kontekście prestiżu i zaufania społecznego).

W ograniczonym jednak stopniu bierze się pod uwagę charakter szpitala jako instytucji wysoce sformalizowanej i rozwarstwionej, wyrażnie biurokratycznej i (*quasi*) autorytarnej. Szpital świetnie realizuje podstawowe cechy instytucji zbiurokratyzowanej, scharakteryzowanej przez Maxa Webera³³. Mamy tu więc do czynienia ze specjalizacją, wynikającą z racjonalnego podziału pracy (przy czym funkcję legitymizacyjną pełni dodatkowo system dyskursów medycznych); mamy scentralizowaną władzę z wyraźną hierarchią (lekarze — pielęgniarki — salowe). Każde „legalne” działanie (które nie kontestuje systemu instytucji) jest mocno sformalizowane, nie może odbiegać od systemu restrykcyjnych formalnych reguł i zasad. Wszystko to prowadzi do depersonalizacji — przedstawiciel personelu w instytucji biurokratycznej funkcjonuje jako niezindywidualizowany trybik w maszynie, a wszelkie przejawy wyjątkowości i odstępstwo od reguł traktowane są jako szkodliwe i niebezpieczne. Jako takie są powodem napiętnowania lub sankcji. Jednocześnie jednak instytucja, jaką jest szpital, to nie tylko pole biurokratyzacji, ale także profesjonalizacji. Lekarze bowiem reprezentują z pewnością nie tyle zawód, ile profesję. W swej działalności odnoszą się do pewnego rodzaju eksperckiej „wiedzy tajemnej” i kompetencji niedostępnych dla przeciętnych aktorów życia społecznego, podejmują działania pro-

³¹ Na ten temat por. np. M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Kraków 2012.

³² Na ten temat por. *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, red. P. Karniej *et al.*, Warszawa 2011, oraz *System pomiaru i oceny dokonau szpitala*, red. M. Hass-Symotiuk, Warszawa 2011.

³³ M. Weber, *Gospodarka i społeczeństwo, Zarys socjologii rozumiejącej*, Warszawa 2002.

wadzące do poważnych społecznych konsekwencji, dlatego też oczekuje się od nich przestrzegania norm etyki profesjonalnej. Mają sporą dozę autonomii, ale ponoszą także indywidualną odpowiedzialność za swe decyzje.

Medycyna stanowi niewątpliwie jeden z ważniejszych (i wciąż zyskujący na znaczeniu) systemów eksperckich późnej nowoczesności. System ten — prawdopodobnie — łączy w sobie zarówno elementy wykonawstwa technicznego, jak i profesjonalnego zawstawa³⁴. Dzięki temu lekarze profesjonalści cieszą się stosunkowo wysokim zaufaniem społecznym, a prestiż tego zawodu wciąż jest raczej wysoki. Prawdopodobnie więc ich funkcjonowanie w instytucji biurokratycznej jest specyficzne, co zwrótnie zmienia także samą instytucję, jaką jest — w tym wypadku — szpital. Podział pracy wydaje się bardziej racjonalny (bo oparty na legitymizującym eksperckim systemie medycyny), część decyzji podejmowana jest zespołowo, a niektóre kompetencje personelu wyższego bywają delegowane na personel niższy (tylko w wyjątkowych sytuacjach i według ściśle określonych reguł). Czasami zmniejsza się stopień depersonalizacji czy formalizacji (wydaje się jednak, że mamy tu do czynienia nie tyle ze zmniejszeniem stopnia formalizacji, ile zwiększeniem stopnia złożoności reguł ją konstytuujących). Wciąż jednak lekarze profesjonalści pracujący w szpitalu podporządkowani się rozbudowanym normom i regułom, które konstytuują szpital jako instytucję biurokratyczną lub — używając określenia Ervinga Goffmana — instytucję totalną³⁵.

Tym, co wyróżnia ten typ instytucji już na poziomie fizycznej, materialnej relacji z otoczeniem, jest jej rzeczywiste oddzielenie od owego otoczenia. Wokół więzień i zakładów psychiatrycznych buduje się mury, szkoły czy koszary oddzielone są innego typu ogrodzeniami. Instytucja totalna — jako instytucja opiekująca się niedołączonymi i niezdolnymi do samodzielnego funkcjonowania (dom starców), a czasami także niebezpiecznymi dla społeczeństwa (szpital psychiatryczny), jako taka, która chronić ma społeczeństwo przed osobami dla niego niebezpiecznymi (więźniami), a także jako instytucja mająca sprawnie realizować określone zadania techniczne (koszary) czy wreszcie instytucja dla osób, które dobrowolnie wycofały się z życia — zawsze musi być przestrzennie oddzielona/odizolowana od zewnętrznego otoczenia. Szpital, który w istocie pełni wszystkie wymienione funkcje (choć w różnym stopniu i w różnym natężeniu), jest instytucją opiekuńczą, zapewnia bezpieczeństwo innym członkom społeczeństwa (np. poprzez opiekę nad chorymi na choroby zakaźne), pełni techniczną funkcję polegającą na wyleczeniu pacjentów, przywróceniu ich normalnemu życiu, będąc również w jakimś sensie miejscem (niekoniecznie dobrowolnego, choć czasami tak) wycofania się z życia — bywa otoczony płotem lub murem. Czasem jednak owa komunikacja przestrzenna nie jest tak oczywista — mamy więc parkany,

³⁴ Por. A. Giddens, *Konsekwencje nowoczesności*, przeł. E. Klekot, Kraków 2008, s. 20 i n.

³⁵ Charakterystyka instytucji totalnej za: E. Goffman, *Instytucje totalne...*, oraz *idem*, *Charakterystyka...*

wydzielone wewnętrzne dziedzińce, układ budynków tworzący wyizolowaną przestrzeń. Zazwyczaj jest jakaś — mniej lub bardziej dosłowna — brama, przez którą wkraczamy do owego odrębnego świata. Architektura kompleksów szpitalnych przypomina labirynt — przestrzeń, którą trudno jest opuścić, która rządzi się własnymi regułami, niedostępnymi dla jej pozaprofesjonalnych użytkowników. Dojmujące poczucie zagubienia w przestrzeni jest także formą symbolicznej kontroli — pacjent traci poczucie sprawstwa, czuje się uzależniony od tych, którzy w układzie budynku się orientują — od personelu medycznego (w tym wypadku dowolnego szczebla). Oczywiście, proksemika kompleksów szpitalnych ma swe formalne i racjonalne uzasadnienie, zaś niedoskonałość systemów orientacji przestrzennej bywa uznawana za drobną niedogodność, jednak w sensie komunikacyjnym utrzymywanie w stanie niepewności co do miejsca, w którym się znajduje, i miejsc, do których samodzielnie mogą dotrzeć, jest elementem dyskursywnego kompleksu władzy-wiedzy.

Zasadniczą cechą instytucji totalnej jest, jak wiadomo, przełamanie barier oddzielających poszczególne sfery życia. Goffman podkreśla zwłaszcza rolę oddzielania, w normalnych społecznych warunkach, miejsca spania, zabawy i pracy. Zjawisko zniesienia barier zachodzi także w instytucji szpitalnej, ma jednak nieco inny charakter, co wiąże się prawdopodobnie ze społecznym określeniem roli pacjenta. Pacjent bowiem jest kimś, kto — z definicji — wyłączony został ze swych normalnych ról społecznych, w tym sensie kategorie pracy i zabawy wydają się tutaj względnie nie-relevantne. Choć przecież pacjenci w szpitalu podejmują działania bliskie kategorii pracy czy społecznego obowiązku — np. dzieci biorą udział w lekcjach; występują także zachowania, które z powodzeniem określić można mianem rozrywki, np. oglądanie telewizji. Wszystko to jednak podporządkowane jest regułom dyskursu medycyny i leczenia, podstawowym bowiem zadaniem, zobowiązaniem pacjenta jest powrót do zdrowia. Szpital ma, po okresie izolacji, przywrócić go społeczeństwu jako pełnowartościowego uczestnika życia społecznego.

Z owego podstawowego zobowiązania pacjenta wynikają powinności dotyczące codziennych działań — pacjent powinien zdać się na wiedzę ekspercką personelu medycznego (przyjmować zalecenia, nie dyskutując z nimi; zauważmy: także pytanie bywa odbierane, bo tak też komunikacyjnie funkcjonuje, jako podważanie słuszności diagnoz czy zaleceń) i podporządkować się szpitalnej rutynie. W istocie przestaje być odpowiedzialny za siebie i swoje życie — jedyne, co powinien zrobić, to współpracować na drodze do swojego wyleczenia — czyli przestrzegać reguł uznanych przez instytucję totalną za warunkujące powodzenie jej działania. W odniesieniu do tożsamości pacjenta zachodzą więc zjawiska określane przez Goffmana mianem degradacji (poniżenia, zniewolenia) i deprywacji osobowości.

Niewątpliwie szpital jest instytucją, „w której całe życie toczy się w jednym miejscu”³⁶. Wszyscy wykonują te same czynności w bezpośrednim sąsiedztwie innych,

³⁶ *Ibidem*, s. 51.

w tym samym czasie. Nie ma tu dobrowolności ani wyboru. Rytm dnia regulują poranne i wieczorne porcje leków i zastrzyki, zmiany kroplówek i obchody lekarskie. Pacjenci budzą się nad ranem, o tej samej porze, zasypiają wcześniej, niemal w tym samym momencie. Posiłki podawane są o tej samej porze i w określonym czasie powinny być zjedzone. Wszyscy dostają to samo, jakiegokolwiek odstępstwo uzasadnione może być tylko zaleceniami wynikającymi z nadrzędnego tu systemu i dyskursu — medycyny. Posiłki nie muszą być smaczne ani wyglądać estetycznie — w instytucji totalnej takie kategorie oceny nie występują, wychodzą bowiem poza jej instytucjonalne funkcje.

Pacjent, wyrwany z codzienności i sieci społecznych relacji (wspomniana degradacja i deprywacja), buduje swą tożsamość głównie w opozycyjnej relacji do personelu medycznego lub też wspólnotowej relacji do innych pacjentów. Status społeczny, prestiż i dystynkcja pozostają poza murami szpitala. Podobnie jak fizyczna atrakcyjność i zamożność. Oczywiście, nie jest wykluczone demonstrowanie odmiennego stylu życia, zachowania takie zawsze jednak spotykają się ze zdecydowaną reakcją opresyjną — nie tylko ze strony personelu, ale także pensjonariuszy instytucji.

Możliwość wniesienia swoich rzeczy jest ograniczona, podobnie jak możliwość kultywowania indywidualnych nawyków. Przestrzeń, będąca funkcjonalnie prywatną przestrzenią pacjenta (łóżko, pościel, szafka), jest słabo lub zgoła nie jest zindywidualizowana, wszelkie innowacje (przestawienie szafki, postawienie na niej czegoś, co nie jest niezbędne, powieszenie plakatu) przyjmowane są źle i opresjonowane jako zaburzające porządek (utrudniające pracę personelowi lub wprowadzające dezorganizację)³⁷. Pacjent szpitala traci swe społeczne charakterystyki, a zaspokajanie potrzeb jest zorganizowane przez instytucję. Ponieważ jednak potrzeby te, jako zaspokajane przez instytucję według przyjętych schematów, muszą być zestandaryzowane (zarówno pod względem ich charakterystyki jako takich, jak i sposobu ich zaspokojenia), pensjonariusze tracą symboliczne możliwości komunikowania swej odrębności (kulturowej, statusowej itp.). Pacjent szpitala pozbawiony jest tego, co we współczesnych społeczeństwach w najbardziej wyrazisty sposób definiuje podmiot — pracy, rozrywki, relacji rodzinnych i koleżeńskich, wyznaczników statusu społecznego i stylu życia. Wytwarzają się nowe grupy i relacje dominacji, nowe pozycje statusowe i nowe style — szpitalnego — życia.

Kwestia oderwania od pracy jest oczywista (w to miejsce pojawia się wszechogarniająca nuda). Rozrywka zaś traci swe podstawowe funkcje i cechy — można oglądać telewizję, ale na określonych zasadach, można słuchać radia, ale tak, by nie przeszkadzać innym, można grać w gry komputerowe, jednak ze słuchawkami na uszach. A wszystko to jest absolutnie podporządkowane normom i regułom legitymizowanym przez dyskurs medycyny, którego strażnikami i kapłanami są przedstawiciele

³⁷ Wyjątek stanowią tu oddziały dziecięce, gdzie personalizacja jest dopuszczalna. Także jednak tylko o tyle, o ile nie dezorganizuje sprawnego funkcjonowania instytucji.

personelu medycznego. Generalnie zaś, jak wiadomo, szpital jako miejsce, w którym przebywają osoby chore (upośledzone, jak była o tym mowa, w zakresie realizacji swych ról społecznych) — z założenia, w sposób dyskursywnie oczywisty i niepodważalny, nie jest miejscem codziennych czynności: ani zabawy, ani pracy. Jest rzeczywistością wyrwaną, wyalienowaną ze społecznej codzienności, wyrwaną ze społecznego kontekstu.

Jak już wspomniano, instytucja totalna, jaką jest szpital, legitymizuje swą totalność poprzez odwołanie się do dyskursu medycyny i profesjonalnego dyskursu zawodów medycznych. Głębiej znajduje się oczywiście społeczny konstrukt zdrowia jako warunku sprawnego funkcjonowania systemu. Legitymizacja ta sięga bardzo daleko. Zanegowane zostają bowiem wartości konstruowane jako podstawowe dla współczesnych społeczeństw i współczesnego człowieka: indywidualizm i wolna wola. Zerwany zostaje związek z pracą i rodziną. Dodatkowo znacznie ograniczone zostaje prawo do prywatności.

Instytucje totalne są bez wątpienia instytucjami panoptycznymi. Istotą sprawowanej tam władzy jest nadzorowanie, a nie kierowanie czy okresowa kontrola. Pacjenci nadzorowani są nieprzerwanie przez personel, ale także przez innych pacjentów. Drzwi do sal pozostają otwarte, w toaletach nie ma możliwości zamknięcia się od środka. Czasami także ściany między salami są częściowo przeszklone. Wszystko w imię dobra i bezpieczeństwa pacjenta oraz efektywności maszyny medycznej. Z pewnością jest to medycznie uzasadnione. Jednak obnażenie cielesności i fizjologiczności budzi w zewnętrznym świecie tabuizowanych poczucie winy i wstydu. Zdecydowanie pogarsza, i tak już słabą, dyskursywną pozycję pacjenta, który odczuwa ten stan jako utratę osobistej godności (jego ciało bywa odsłaniane w obecności innych, jego czynności fizjologiczne stają się przedmiotem nie tylko obserwacji, ale także publicznie wygłaszanych analiz, komentarzy, uwag i poleceń).

Wszelkie możliwości wdarcia się świata zewnętrznego do instytucji totalnej uznawane są za ryzykowne i jako takie ograniczane. Odwiedziny podlegają ścisłym procedurom, zarówno w zakresie możliwych terminów i czasu trwania, jak i spodziewanego przebiegu (decyzja o możliwości wstania z łóżka, wyjścia pacjenta na zewnątrz itp. podejmowana jest przez personel medyczny). Nie należy mówić zbyt głośno, nie należy zajmować zbyt wiele miejsca. Należy przychodzić pojedynczo, by zmniejszyć deregulację systemu wynikającą z owych odwiedzin. Każdy oddział szpitalny dysponuje regulaminem odwiedzin, który wyraźnie komunikowany jest odwiedzającym³⁸. Wizyta jest bowiem momentem wtargnięcia (niepożądanego) świata zewnętrznego do insty-

³⁸ Na marginesie zauważmy, że odstępstwa od tych regulaminów bywają też stosunkowo często przez personel medyczny honorowane. To już temat na inne rozważania, prawdopodobnie jednak instytucja totalna (także o rygorze ostrzejszym niż szpital, jak np. więzienie czy zakon, nie jest w stanie uniknąć wtargnięć codzienności, konstituowania się podskórnych prądów kontrkultury i opozycji, które czasem — dla jego własnego bezpieczeństwa — bywają przez system (nieoficjalnie) legitymizowane. Goffman używa tu określenia wtórne przystosowanie.

tucji totalnej, grozi chwilowym zniesieniem całkowitej dominacji norm legitymizowanych przez ideologię medyczną. Graham Mooney i Jonathan Reinarz słusznie zwracają uwagę, że wizyt w instytucjach typu azylum (także więc, jak próbuję wykazać, w szpitalach) nie należy ograniczać do odwiedzin krewnych i przyjaciół pacjentów. Oprócz nich bowiem w szpitalach pojawiają się także tzw. *public visitors* (reprezentanci „szerszej publiczności” — księża, przedstawiciele instytucji, np. szkoły, czy wreszcie, turyści, czasem przedstawiciele środowisk lokalnych); *house visitors* (pełniący funkcje kontrolne, ale pochodzący z instytucji, związani z tą instytucją), wreszcie *official visitors* (od owej instytucji niezależni, najczęściej reprezentujący nadrzędne instytucje kontrolne). Wszyscy ci odwiedzający mają pewne cechy wspólne. „Chociaż analizujemy wszystkie typy odwiedzających osobno, trzeba pamiętać, że ich role i funkcje często się przenikają. Emocjonalne wsparcie może równie dobrze pochodzić od księdza, jak i od członka rodziny; monitoring może być oczywiście realizowany przez *house* i *official visitors*, ale także przez rodzinę i przyjaciół działających w interesie pacjenta”³⁹. Rzeczywiście funkcje odwiedzających i odwiedzin różnych typów często wzajemnie się uzupełniają lub wręcz na siebie nakładają (zauważmy jednak na marginesie, że legitymizacja do pełnienia owych funkcji bywa już odmienna, podobnie jak ich instytucjonalne zakorzenienie). Jak się jednak wydaje, podobieństwo odwiedzin sięga jeszcze głębiej — ich istotą jest bowiem zawsze, wspomniane wcześniej, przekroczenie granic instytucji totalnej, wtargnięcie w ten system świata, który jest wobec niego zewnętrzny. Podobieństwo to jednocześnie jednak nie pozwala nam zapomnieć o pewnych zasadniczych różnicach. Otóż odwiedziny dwóch ostatnich typów są niejako wtargnięciami z subsystemów lub systemów pokrewnych systemowi instytucji totalnej, z instytucji legitymizowanych zbliżonymi ideologiami i dyskursami. W tym sensie wtargnięcia owe są dla instytucji totalnych mniej ryzykowne, choć także one obwarowane są rozmaitymi zakazami i nakazami, które utrzymują w danym polu symboliczną i praktyczną dominację instytucji totalnej. *Public visitors* z kolei są — z tego punktu widzenia — bardziej systemowo „niebezpieczni”, jednak regularność i instytucjonalne ramy ich pobytu w szpitalu, pewnego rodzaju rytualizacja ich wizyt zabezpieczają *status quo*. Niewątpliwie jednak każdy odwiedzający (dyrektor szpitala, przedstawiciele ministerstwa, nauczyciel czy ksiądz) musi dostosować się do panującego w placówce szpitalnej rytmu dnia, musi podporządkować się wymogom sanitarnym oraz zaleceniom lekarskim dotyczącym pacjenta, z którym rozmawia. Jednak specyfika odwiedzin jako zagrożenia ideologii i dyskursu instytucji totalnej najlepiej widoczna jest w przypadku odwiedzin bliskich pacjenta.

Świat instytucji totalnej to stosunkowo nieliczny zespół nadzorujących, sprawujący kontrolę nad rządzonymi. Dlatego formy i procedury kontroli są tak rozbudowane, dlatego muszą działać sprawnie — trzeba więc wciąż nadzorować ich funkcjo-

³⁹ G. Mooney, J. Reinarz, *Hospital and Asylum Visiting in Historical Perspective: Themes and Issues*, [w:] *Permeable Walls: Historical Perspectives on Hospital and Asylum Visiting*, red. G. Mooney, J. Reinarz, Amsterdam-New York 2009, s. 9.

nowanie. Granica między tymi dwiema grupami jest wyraźna i nieprzekraczalna. To na niej, w znacznym stopniu, zasadza się efektywność nadzoru w instytucji totalnej. Między personelem medycznym a pacjentami istnieje potężny dystans społeczny, dystans niwelujący wszelkie inne możliwe dystynkcje. Niezależnie od statusu w świecie pozaszpitalnym, pacjent zawsze podlega systemowi reguł instytucji totalnej, regułaminom, za których przestrzeganie otrzymuje się nagrody i przywileje. Są one prawdopodobnie nieco mniej formalne niż w przypadku więzienia czy koszar (sympatia, dobra relacja, większe możliwe ustępstwa ze strony personelu), tak samo jednak, jak pisze Goffman: „sam proces wydobywania się spod władzy instytucji totalnej jest tu włączony w system przywilejów. Jedne zachowania liczą się na niekorzyść podwładnych, tzn. prowadzą do przedłużania czasu pobytu (lub nie skracają go), a inne mogą go skrócić”⁴⁰.

Władza w szpitalu, jak w każdej instytucji totalnej, ma charakter grupowy i wynika z miejsca, które dana osoba zajmuje w hierarchii instytucji. Generalnie jednak personel jest zasadniczym wykonawcą i egzekutorem licznych praw, które regulują funkcjonowanie instytucji jako takiej. Różne napiętnowania uzasadniane są dyskursywnie — regułaminem, zasadami, wreszcie dobrem pacjenta lub współpacjentów. W tym sensie personel jest dysponentem władzy, którą ma instytucja totalna jako taka, a której legitymizacja bierze się z dyskursów, do jakich się odwołuje (w tym przypadku dyskursu medycyny i zdrowia). W rzeczywistości szpitalnej można także zaobserwować wszystkie techniki adaptacyjne, które w kontekście instytucji totalnych są opisywane: wycofanie (apatia, regres, otępienie); bunt, zdomowienie (utożsamienie się z instytucją, zinternalizowanie jej norm w sensie budowania w zgodzie z nimi bezpiecznej i stabilnej egzystencji), wreszcie konwersję (całkowite przejście norm i stanie się ich rzecznikiem).

Prawdopodobnie elementy totalizacji i/lub panoptyzmu nie są w szpitalach tak jednoznaczne lub tak drastyczne, jak w typowych instytucjach totalnych — dlatego, być może, szpital należy określać mianem instytucji *quasi*-totalnej. Tak czy inaczej, zarysowane powyżej systemowe i dyskursywne charakterystyki mają zasadnicze znaczenie dla procesów komunikacyjnych zachodzących w instytucjach szpitalnych, dla interakcji pacjentów z personelem medycznym, także oczywiście dla interakcji między pacjentami oraz wewnątrz grupy personelu medycznego. Komunikacja lekarz-pacjent jawi się w tym kontekście jako relacja z definicji i konieczności zinstytucjonalizowana i niesymetryczna. Lekarz występuje bowiem jako reprezentant kompleksu medycznej władzy-wiedzy, ma statusową, funkcjonalną i kompetencyjną (w zakresie nauk medycznych) przewagę nad pacjentem. Lekarz jest także przedstawicielem instytucji o cechach instytucji totalnej i panoptycznej, kierującej się zasadą ujednolicania, schematyzacji i proceduralności, podlega — tak samo jak pacjent — jej niekwestionowanym regułom. Procedura przyjęcia do szpitala nie może być negocjowana

⁴⁰ E. Goffman, *Charakterystyka...*, s. 323.

z lekarzem — nawet gdyby byłby on, personalnie, do tego gotowy, nie jest osobą władną zmieniać normy i reguły wynikające z dyskursu. Krótko mówiąc, personel ma zasadniczą i nieredukowalną przewagę symboliczną nad pacjentem, wynikającą zarówno z jego związków z dyskursywnie konstruowaną ideologią medyczną, jak i z relacji z instytucjonalnie tworzoną totalnością.

Jak się wydaje, tutaj właśnie kryć się może odpowiedź na pytanie o to, dlaczego wszelkie postulowane zmiany, charakteryzowane pokrótce powyżej, przyjmują się w szpitalach opornie, a zintensyfikowanie form kontroli społecznej nad tego typu instytucjami przynosi często skutki odwrotne do zamierzonych. To, co określa się w literaturze mianem modelu partnerskiego, pozostaje w zasadniczej sprzeczności z instytucjonalnie, dyskursywnie definiowanymi warunkami interakcji lekarz–pacjent. Warunki owe uniemożliwiają w istocie pełną realizację postulatów modelu partnerskiego. Pacjent może i powinien uzyskać informację, jednak ramy interakcji w zasadzie wykluczają partnerskość i porozumienie, wobec zasadniczego dysnansu w zakresie posiadanej wiedzy profesjonalnej trudno także prawdopodobnie racjonalnie przekonać pacjenta (czy on sam zresztą oczekuje takiego przekonania, czy raczej zalecenia, które da mu poczucie pewności i bezpieczeństwa, utrzyma jego zaufanie do systemu wiedzy eksperckiej, zwolni z odpowiedzialności i trudności wyborów?). W instytucji totalnej, konstytuowanej przez schematyzację i znormalizowanie, trudno wreszcie mówić o upodmiotowieniu i indywidualnym traktowaniu. Paradoksalnie, co w świetle powyższych rozważań nie powinno zaskakiwać, próba implementacji rozmaitych dokumentów i standardów (w rodzaju kart praw pacjenta), wzrastające zainteresowanie mediów nieprawidłowościami w ochronie zdrowia, wreszcie — zwiększająca się tzw. samoświadomość oraz zorganizowanie pacjentów (co przejawia się np. lawinowo wzrastającą liczbą procesów sądowych) przynosi skutki odwrotne do tych, których moglibyśmy się spodziewać. Wzrasta mianowicie stopień formalizacji, ponieważ personel medyczny tym bardziej obawia się jakkolwiek rozumianej indywidualizacji, która wiązałaby się z wyjściem poza procedury. Proceduralność bowiem i schematyzacja zapewniają poczucie bezpieczeństwa. I to, paradoksalnie, obu stronom interakcji. Lekarze unikają osobistej, indywidualnej odpowiedzialności, pacjenci zaś mają poczucie systemowego i poznawczego bezpieczeństwa, ponieważ mogą zdać się na sformalizowane działanie systemu wiedzy medycznej (mimo wszystko np. zatrzymanie w szpitalu zwiększa poczucie bezpieczeństwa chorego i rodziny, a decyzje o odmowie wykonania tego zalecenia bywają podejmowane stosunkowo rzadko⁴¹).

Dystans statusowy, symboliczny pomiędzy lekarzem a pacjentem jest po prostu zbyt duży, zwłaszcza jeśli do interakcji dochodzi w warunkach instytucji bliskiej mo-

⁴¹ Teza ta jest oparta na obserwacji i wynika z zasad funkcjonowania mechanizmów komunikacyjnych, dyskursywnych i społecznych. Interesujące byłoby potwierdzenie jej w badaniach empirycznych.

delowi instytucji totalnej, w której działają, wielokrotnie wspomniane mechanizmy, pogarszające dodatkowo dyskursywną pozycję pacjenta.

Czy oznacza to, że realizacja postulatów dotyczących koniecznych zmian w zakresie zarządzania, kultury organizacji, komunikacji w placówkach ochrony zdrowia (w tym zwłaszcza w szpitalach) jest z góry skazana na niepowodzenie? Z pewnością nie, trzeba jednak — dyskutując o tych problemach, szkoląc personel medyczny, wprowadzając rozmaite regulacje — mieć na uwadze instytucjonalne i dyskursywne uwarunkowania funkcjonowania tego typu podmiotów.

The hospital as a total institution — discursive and institutional determinants of communication

Summary

Drawing on the concepts formulated by Erving Goffman and Michel Foucault, the author analyses the hospital as a total and panoptical institution. Pointing to institutional, systemic and organisational indicators of such a classification, she examines the necessary framework and contexts of communication as well as their impact on the doctor–patient interaction.