

Zygmunt Pucko

## Filozoficzne refleksje na temat fenomenu zaufania do polskiej sztuki leczenia

Philosophical reflections on phenomenon of trust towards the polish art of medical treatment

Zakład Filozofii i Bioetyki CM UJ

Jak wiadomo, fenomen zaufania jest kwestią nader złożoną, gdyż jego percepcja uwarunkowana jest wieloma czynnikami, zależy on, między innymi, od poziomu świadomości moralnej człowieka, komponentu psychologicznego oraz szerokiego kontekstu kulturowo-społecznego. Aby się o tym przekonać wystarczy słowo zaufanie rozpatrzeć zaledwie w ramach kilku odrębnych podejść teoretycznych i metodologicznych. Dla jednych będzie więc ono bardzo ścisłym pojęciem wytyczającym wąski zakres znaczeniowy. Dla innych jest terminem niezbyt jasno określonym, któremu przypisuje się bogatą gamę różnych treści. Lecz przy pomocy których to trudno cokolwiek wyjaśnić<sup>1</sup>. Nierzadko zdarza się, iż filozofowie lub przedstawiciele innych relevantnych nauk mówiąc, o zaufaniu lub o jego konstytutywnych cechach mają na myśli dwie zupełnie różne rzeczy. Dla przykładu warto zauważyć, że M. Scheler w dziele *Istota i formy sympatii*, tworząc emocjonalną teorię poznania lansuje, tezę mówiącą, że miłość poprzedza każdy akt poznania. Ponieważ konstytuuje ona bezpośredni kontakt ze światem przed aktami myślenia. Ma to być kontakt prerefleksyjny i niedyskursywny, nazywany czasem *żywym doświadczeniem*, dzięki któremu człowiek wie

lepiej niż za pośrednictwem *cogito*. Jak utrzymują niektórzy autorzy, w tymże doświadczeniu ma się spełniać najistotniejszy kontakt międzyludzki będący absolutnie fundamentalnym warunkiem także zaufania<sup>2</sup>. Z kolei dla personalisty E. Mounier'a zaufanie kreuje się poprzez interpersonalne *zaangażowanie*<sup>3</sup>. Natomiast egzystencjalista proveniencji teistycznej G. Marcel za warunek *sine qua non* zaufania przyjął termin *rozporządzalność*<sup>4</sup>. Według dialogików skalę jakości zaufania wyznaczają jeszcze inne pojęcia. M. Buber pisze między innymi o otwartości niezbywalnej do zaistnienia podmiotowego dialogu Ja-Ty. Zaś opierając się na tekstach E. Levinasa, można wnosić, oczywiście z dużą dozą ostrożności, że tym, co mogłoby determinować zaufanie są takie terminy jak *odpowiedzialność*, *substytucja* czy *bliskość*.

Oczywiście w niniejszych refleksjach nie chodzi o analizę odmienności poszczególnych koncepcji zaufania, lecz przede wszystkim o próbę wskazania tych jego konstytutywnych cech, które są ważne dla sztuki leczenia. Aliści nie jest to proste ponieważ także i ona jawi się w Polsce jako pejzaż nader niejednorodny. Trudno przeto formułować tu stwierdzenia natury ogólnej, które by wiernie odzwierciedlały aktualny stan zaufa-

1 I. Pilch: *Psychologiczna analiza zaufania interpersonalnego*. [W:] *Zaufanie i niesprawiedliwość a społeczne funkcjonowanie człowieka*, red. Z. Ratajczak, Katowice 1990, s. 24.

2 J. Bukowski: *O zaufaniu*. [W:] „Studia Filozoficzne” 1984, nr 8, s. 120.

3 E. Mounier: *Co to jest personalizm?* Kraków 1960, s. 178.

4 G. Marcel: *Homo viator*. Warszawa 1959, s. 22.

nia do całej tej wielce złożonej i subtelnej materii, jaką jest sztuka leczenia. Uprawnione natomiast zdają być wypowiedzi odnoszące się tylko do tych przypadków, o których wiadomo z dyskursu publicznego, nielicznych badań empirycznych oraz relacji z doświadczeń osobistych pacjentów. Zakładając przy tym, duży stopień wiarygodność i obiektywizmu wymienionych źródeł informacji. Być może konkluzje wypływające ze snutych tu rozważań pozwolą przynajmniej w jakimś niewielkim zakresie, rozpoznać obecne *status quo* zaufania do części służby zdrowia oraz zwrócić uwagę na jego kulturotwórczą funkcję, zwłaszcza w realizacji idei społeczeństwa typu obywatelskiego.

Warto dlatego w tym kontekście przytoczyć znamieny fakt wskazujący na bliską korelację występującą między intuicjami wspomnianych filozofów, a pojmowaniem przez pacjentów zaufania wobec lekarzy. Niektóre studia nad owym zagadnieniem wskazują, iż najważniejszym kryterium, decydującym o tym, czy lekarz jest godny zaufania czy nie, stanowi jakość osobistego doświadczenia pacjenta. Jak się okazuje z przeprowadzonych badań, agatologiczny koloryt tego doznania określają właśnie kategorie dialogiczne, związane głównie z umiejętnościami interpersonalnymi lekarza, wyrażające się w jego specyficznym sposobie i scenariuszu zachowania. Wśród nich najczęściej wymieniane są takie cechy jak np. zaangażowanie i zainteresowanie, cierpliwość, zdolność słuchania, otwartość, odpowiedzialność itp. Na drugim miejscu usytuowana została motywacja lekarza oraz jego kompetencje zawodowe<sup>5</sup>. Zatem prawdopodobna staje się hipoteza mówiąca, że różni pacjenci w podobnych relacjach mogą przejawiać analogiczne tendencje do postrzegania w lekarzu zbliżonych cech i wartości relacyjnych, które będą pobudzać w nich zaufanie. Pacjenci zaś, zakładając owe wartości, mogą spodziewać się tym samym pozytywnej realizacji żywionych przez siebie oczekiwań lub przynajmniej ich poszanowania.

Niewątpliwie w zaufaniu interpersonalnym do lekarzy pośredniczy także percepcja szerokiego thesaurusu kulturowo-społecznego, o czym nadmieniono we wstępie. W tym przypadku wyznacza ją funkcjonowanie całego systemu służby zdrowia, jako instytucji. Decydującą rolę w budowie zaufania do instytucji pełni, między innymi, przewidywalność jej działań, jasność reguł prawnych, stabilność uregulowań rynkowych, jednoznaczność sytuacji oraz trwałość zasad moralnych. Równie ważnym czynnikiem generującym klimat zaufania społecznego, w przekonaniu prof. P. Sztompki, *jest możliwość odwołania się do zewnętrznych agend egzekwujących na wypadek, gdyby zaufanie zostało naruszone*<sup>6</sup>. Dodajmy, iż pod jednym wszakże warunkiem. Takowe agendy muszą działać sprawnie, skutecznie i sprawiedliwie. A co do tego istnieją duże zastrzeżenia.

Tymczasem, obserwując toczący się dyskurs publiczny, można odnieść wrażenie, jakoby w materii zaufania interpersonalnego oraz społecznego coś się nieomal całkowicie załamało. Przyczyną owej niedoli nie jest li tylko katastrofalny stan ekonomiczny systemu służby zdrowia, zagrożony widmem bankructwa, lecz co gorsza towarzyszący mu nieodmiennie kryzys kapitału moralno-społecznego. Potwierdzają to naocznie rezultaty analiz socjologicznych prowadzonych w celu sprawdzenia poziomu zaufania do instytucji państwowych i elit nimi zarządzających<sup>7</sup>. Wykazują one zbijającą wprost z tropu nieudolność niektórych głównych decydentów, konsternujący brak profesjonalizmu i podtrzymywanie korupcyjnych układów, przy jednoczesnej niefrasobliwości oraz bezdusznosci biurokracji. „Niezwykła” aktywność reformatorska, pewnych osobistości na tym polu, usiłująca *de facto* wcielić jakieś fantasmagorie, zaowocowała np. rozchwianiem systemu finansowego, czystkami personalnymi oraz obietnicami bez pokrycia<sup>8</sup>. Jej żniwem jest również kompromitujący brak klarownych, trwałych zasad płacenia i kontraktowania różnych świadczeń medycznych<sup>9</sup>. Nie zabrakło także

5 I. Markowa-Gorki: *Racje zaufania w stosunkach interpersonalnych*. [W:] *Zaufanie i niesprawiedliwość ...*, s. 39.

6 P. Sztompka: *Integracja europejska jako szansa kulturowa. O moralność, tożsamości i zaufaniu*. [W:] *Kondycja moralna społeczeństwa polskiego*, red. J. Mariański, Kraków 2002, s. 511.

7 A. Miszańska: *Moralność a demokracja – uwagi o stylu moralnym*. [W:] *op. cit.*, s. 173.

8 *Zrujnowane zdrowie*, [W:] „Gazeta Wyborcza”, 15 lipca 2003 r., s. 13.

9 *Fundusz we mgle*, [W:] „Gazeta Wyborcza”, 26 września 2003 r., s. 7.

obfitego plonu w postaci nieczytelnych oraz nieprzejrzystych norm rejestracji i refundacji leków. *To, co czyta się w prasie na ten temat – mówił K. Radziwiłł podczas Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy w Toruniu – to wierzchołek góry lodowej. Pieniądze wydawane są bez żadnych mechanizmów kontrolnych. Lekarze ulegają argumentom firm farmaceutycznych, a NFZ nie przejawia żadnej aktywności, by ograniczyć wydatki na leki*<sup>10</sup>. Arbitralność, niestabilność i niejasność reguł prawno-instytucjonalnych zdaje się dowodzić, iż zbyt wiele osób jest zainteresowanych przedłużeniem i zagmatwaniem tego stanu rzeczy<sup>11</sup>, czyniących niekiedy patologię standardem postępowania, w którym prawo i moralność wzajemnie się rozmija. Faktyczna prospołeczność zdaje się pozostawać bardziej potrzebą wąskiej grupy hobbystów (...) niż ugruntowanym obyczajem społecznym<sup>12</sup>. Natomiast owszem priorytet zyskała prospołeczność, lecz zorientowana przede wszystkim na ochronę interesów i potrzeb “swoich”<sup>13</sup>. Przeto nie może zdumiewać fakt, iż ekspertyzy oprócz ujawnienia niskiego poziomu zaufania społecznego komunikują o jeszcze jednej ważnej kwestii. Otóż ukazują one dominujące wśród ludzi przekonanie jakoby zarządzanie systemem opieki zdrowotnej zwłaszcza w pewnych okresach dla części jego przedstawicieli było niczym innym, jak *folwarkiem dla pasożytów*<sup>14</sup>. Zdaniem Wiktora Osiatyńskiego, z życia publicznego zostały nieomal całkowicie wyeliminowane wartości i standardy na których przynajmniej deklaracyjnie powinno być wznoszone obywatelskie społeczeństwo. *Te standardy w Polsce nie są respektowane i na tym gruncie rosną chwasty, a na nich pasożyty*<sup>15</sup>. Jeśli pogląd wymienionego autora nie w pełni odpowiada prawdzie, to wiele wskazuje na to, że jest on słuszny przynajmniej w znacznej części. Zaś wyływające z niego

konkluzje mogą także sugerować, iż ludzie odpowiedzialni za deficyt kapitału społecznego wciąż tkwią w swego rodzaju niekompetencji i to nie tylko zawodowej, lecz również kulturowej, a nie wykluczone, że i cywilizacyjnej. Jako że ich mentalność, nawyki myślenia oraz utrwalone strategie działania już zupełnie nie przystają ani do ideału jakości zaufania wobec sztuki leczenia, ani tym bardziej do współczesnego modelu społeczeństwa obywatelskiego, mającego opierać się według np. F. Fukuyamy właśnie na zaufaniu jako kapitale społecznym. W swej książce poświęconej tej właśnie sprawie Fukuyama powiada: *Zaufanie to mechanizm oparty na założeniu, że innych członków danej społeczności cechuje uczciwe i kooperatywne zachowanie oparte na wspólnie wyznawanych normach. Normy te mogą obejmować głęboko zakorzenione wartości dotyczące Boga i sprawiedliwości, ale także świeckie formy regulacji np. standardy obowiązujące w danej profesji lub przyjęte formy zachowania. Stąd nasza wiara, że lekarz nie będzie świadomie działał na naszą szkodę, ponieważ spodziewamy się, że będzie postępował w zgodzie z przysięgą Hipokratesa i standardami swojej profesji*<sup>16</sup>.

Trudno przypuszczać by trauma utrzymującego się monstualnego bałaganu oraz panującej w nim niepewność nie znalazła odbicia w atmosferze konkretnej relacji lekarz-pacjent<sup>17</sup>. Niestety jest ona jeszcze jedną dodatkową przyczyną erozji w tym kontakcie, uniemożliwiającej lekarzowi wypełnianie swej podstawowej roli. Dowodzi tego aż nazbyt często codzienna empiria. Stąd u pacjentów rodzi się poczucie krzywdy, lęk, dezorientacja, bezradność, a niekiedy także gniew, wściekłość i nieukrywana wobec lekarzy niechęć. Doznany przez pacjentów zawód sprzyja posądzaniu lekarzy o dwuznaczne intencje, egoizm a nawet cynizm. Lecz nie

10 Etyka i kasa. [W:] „Gazeta Wyborcza”, 22 września 2003 r., s. 4.

11 M. Ziółkowski: *Spółeczno kulturowy kontekst kondycji moralnej społeczeństwa polskiego*. [W:] *Kondycja moralna*, s. 31.

12 A. Miszańska, *op. cit.*, s. 182.

13 *op. cit.*, s. 182.

14 W. Osiatyński: *Folwark pasożytów*. [W:] „Polityka”, 2001, nr 30, s. 23.

15 *op. cit.*, s. 24.

16 F. Fukuyama, *Zaufanie. Kapitał społeczny a droga do dobrobytu*, Warszawa 1997, s. 38.

17 I. Niemczycka: *Wpływ poziomu samoakceptacji na spostrzeganie i doświadczanie niesprawiedliwości przez lekarzy*. [W:] *Zaufanie i niesprawiedliwość ...*, s. 153–165.

jest to jeszcze najgorsza sytuacja dla fenomenu zaufania. Tu o wiele groźniejsze są nawarstwiające się przykre przeżycia pacjentów, które przez utrwalanie negatywnych reakcji typu obronnego powodują syndrom zgeneralizowanej nieufności, albo zjawisko resentymentu. Istotę pierwszego typu nieufności trafnie wyraził ongiś Arystoteles w pierwszej księdze swej *Metafizyki* pisząc: *Z pamięci tworzy się u ludzi doświadczenie. Z wielorakich bowiem wspomnień tej samej rzeczy powstaje w końcu możliwość pojedynczego doświadczenia*<sup>18</sup>. Wówczas, paradoksalnie, w myśl logiki zgeneralizowanej nieufności może się zdarzyć, iż lekarz będzie konotowany nie z jego tradycyjną rolą, ale z kimś, kto stwarza społeczne problemy sprzeczne z wymogami społeczeństwa obywatelskiego. Ponieważ skutki zawiedzionego zaufania manifestują się na ogół nadmierną ostrożnością, wzrostem zgorzknienia, obniżeniem aktywności życiowej mniejszą zdolnością do inicjatyw społecznych, czy choćby tendencją do wycofywania się z życia publicznego i upowszechnianiem postaw roszczeniowych<sup>19</sup>. Naturalnie szeroki wachlarz skutków na tym się nie wyczerpuje, gdyż jest ich znaczne więcej, często objawiają się one jako prawdziwa *coincidentia oppositorum*. Na temat działania resentymentu interesujące analizy poczynił niegdyś M. Scheler, wyraźnie inspirowany myślą F. Nietzschego, a także E. Fromm i K. Horney, należący już dziś, można by rzec, do klasyki<sup>20</sup>.

Tak więc, brak kapitału zaufania do sztuki leczenia ogromnie przyczynia się również do jakości kreacji wysokiej obywatelskiej kultury. Niewątpliwie służba zdrowia, jak każda grupa społeczna to zbiór różnych jednostek niekoniecznie zawsze najlepiej dobranych. Choć stanowi to niebagatelny problem, to jednak istotniejsze jest, kto w owej grupie będzie w niedalekiej przyszłości nadawać ton i ustanawiać najwyższe standardy zachowań, niezbywalne do odbudowania pożądanego wizerunku służby zdrowia z komponentem zaufania. Wyrażam przeto przekonanie, że owe zasady zostaną wreszcie ustalone przez tych najlepszych, których polskiej sztuce leczenia z pewnością nie brakuje.

## Streszczenie

Kiedy rozważa się obecną kondycję sztuki leczenia w polskiej służbie zdrowia można odnieść wrażenie, że coś się tu w znacznym stopniu załamało. Przy czym nie chodzi tu o kapitał ekonomiczny, lecz przede wszystkim moralno-społeczny. Składa się nań wiedza, umiejętności ludzi, głównie zaś etyczne postawy. Kreuje go wszystko to, co określa relacje lekarz-pacjent, łącznie z generalną wizją polityki zdrowia publicznego. Szczególnie ważnym składnikiem kapitału jest fenomen zaufania do ludzi i instytucji publicznych, lecz niestety często niemożliwy i nieobecny zarówno w relacjach interpersonalnych jak i debatach natury prawno-administracyjnej. A to on przecież w dużej mierze konstytuuje wizerunek moralnej sztuki leczenia. Czym właściwie jest owo zjawisko zaufania w takim kontekście, jaką rzeczywiście zajmuje pozycję i na ile może być twórczo obecne w najbliższej przyszłości w polskiej sztuce leczenia.

Słowa kluczowe: **zaufanie, bliskość, troska**

## Summary

When considering the condition of treatment in the Polish Health Services, one has the impression that we deal with a certain degree of decline. However, we do not have in mind the economic capital, but especially the moral and social factors. These comprise knowledge, human skills, and chiefly people's moral attitudes. They are formed by everything that is defined in the relations between the doctor and patient, including the general vision of public health policy. An especially important element of the overall "capital" is the phenomenon of trust towards people and institutions, which is unfortunately frequently impossible and absent both in interpersonal relations and in debates of legal and administrative nature. And it is trust that chiefly constitutes the picture of the moral aspect of medical treatment. What exactly is the

---

18 Arystoteles: *Metafizyka*, I,1. 980b–9981a.

19 A. Miszańska: *op. cit.*, s. 164.

20 M. Scheler: *Resentyment a moralność*. Warszawa 1977, s. 29.

phenomenon of trust in such a context, what is its actual position and to what extent may it be creatively present in the nearest future of the Polish art of treatment?

Key words: **trust, care, proximity**

**Adres do korespondencji**

dr Zygmunt Pucko  
Zakład Filozofii i Bioetyki CM UJ  
Rynek Główny 34  
31-010 Kraków