

## RECEPTA NA RECEPTĘ

### Próba analizy praktyki kulturowej zapośredniczonej przez pismo

Jest z papieru. Ma 90 mm szerokości i 140 mm długości. Zwykle biała, choć w ściśle określonych wypadkach może być różowa<sup>1</sup>. Pomimo niewielkich rozmiarów codziennie ratuje życie tysiącom ludzi. Recepta. Przyglądając się powszechnym praktykom społeczeństwa XXI wieku, nie można nie dostrzec, jak silnie zostało ono uwikłane w piśmienność. Nie chodzi wyłącznie o zmiany w ludzkiej świadomości, w sposobach percepcji czy o powstawanie i utrzymywanie nowych instytucji. Dziś pismo działa też dużo bardziej „namacalnie”, co świetnie ilustruje recepta właśnie.

Antropologia pisma w swoich klasycznych tekstach rzadko schodziła do takiego poziomu konkretności. Teoria stworzona przez Erica Havelocka, Jacka Goody’ego, Waltera Onga i Marshalla McLuhana

---

1 Różowe recepty przeznaczone są do wypisywania m.in. leków odurzających lub środków psychotropowych.



dostarcza wielu informacji dotyczących swoistości nowego medium i konsekwencji, jakie przynosi ono dla umysłu i organizacji społeczeństw czy kultur. Jednak poza bardzo ogólnym słownikiem oraz pewnym modelowym sposobem postrzegania zjawisk teoria często nie daje narzędzi do badania wielu poszczególnych przejawów piśmienności, a więc i recepty.

Jack Goody w rozprawie *Logika pisma a organizacja społeczeństwa* bada wpływ pisma na formy organizacji społecznej oraz na wyodrębnienie się pewnych instytucji. Jego badania są jednak oparte głównie na analizach historycznych. Rozpatrywanie sytuacji m.in. starożytnego Egiptu czy Babilonu przynosi wiele interesujących rozstrzygnięć. Trudno wszak nie zapytać, jak mają się ówczesne zmiany do dzisiejszej piśmienności? Pismo, które pomogło wytworzyć „wielkie organizacje”, wciąż działa w ich ramach, ciągle się przekształca i przyjmuje coraz to nowe formy, reorganizując wcześniejszy porządek. Zmiany te są obecnie jeszcze bardziej skomplikowane. Wszelkie zjawiska intensyfikuje bowiem i komplikuje pojawienie się nowych mediów: z jednej strony druku, a z drugiej – elektronicznych technik komunikacji (co, jak wykażę, da się zaobserwować także w przypadku recepty).

Współczesny człowiek został zanurzony w środowisku graficznym (*ambiance graphique*<sup>2</sup>). Jest ono dla niego tak naturalne, że wciąż wiele jego aspektów pozostaje niezauważonych, co potwierdza atrofia polskich badań pism dokumentacyjnych-użytkowych. Być może wpływa na to fakt, iż są one niezwykle skonwencjonalizowane i przez to mogą jawić się jako mniej atrakcyjne badawczo<sup>3</sup>. Wszelako, jak pokazuje artykuł Jérôme Dennis<sup>4</sup>, nawet *dossier* wykonywane podczas otwierania kont bankowych – konkretne użycia pisma w konkretnym kontekście – może stać się punktem wyjścia do interesujących rozważań nad współczesną kulturą. Dzieje się tak, ponieważ zjawiska te „jako bezpośrednio związane z działaniem, stanowią centralny przedmiot badań antropologii pisma, zainteresowanej uchwyceniem wymiaru performatywnego praktyk piśmiennych”<sup>5</sup>. Zainteresowanie receptą wpisuje się w ów nowszy nurt badań nazywanych antropologią praktyk piśmiennych, która nie poprzestaje na teoretycznym opisanu piśmienności, lecz bada także sposoby posługiwania się konkretnymi przejawami pisma, interakcji człowieka z określonym tekstem w danej kulturze<sup>6</sup>. Recepta to pewien artefakt piśmienny pojawiający się jako efekt określonej praktyki kulturowej – wizyty u lekarza. Fakt, że pismo stanowi

2 *Antropologia pisma: inspiracje, obszary badawcze, perspektywy*, praca zbiorowa, [w:] *Antropologia pisma od teorii do praktyki*, red. P. Artières, P. Rodak, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2010, s. 250.

3 Najwięcej prac podejmuje się w zakresie badania praktyk prywatnych – zwłaszcza dzienników (np. P. Rodak, R. Chymkowski, M. Rakoczy, J. Zięba) oraz praktyk społecznych, kiedy pismo jest mocno zauważalne, niemal „krzyczy” (np. prace P. Artières’a, P. Araya, C. Lamireau).

4 J. Dennis, *Niewidoczna praca pisma. Otwieranie kont bankowych i ich kulisy*, [w:] *Antropologia... Wydaje się, że tego typu badania są dużo częstsze we Francji* (por. prace B. Frankel czy D. Pontille’a, niestety, nieprzetłumaczone na język polski).

5 Tamże, s. 155.

6 Por. G. Godlewski, *Słowo – pismo – sztuka słowa. Perspektywy antropologiczne*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008, s. 257–262.



ważne ogniwo takiego działania, pozwala na określenie go mianem praktyki zapośredniczonej przez pismo<sup>7</sup>.

W artykule tym zajmę się praktyką kulturową, na którą składa się łańcuch czynności: od wypisania recepty przez lekarza do zakupu leku w aptece przez pacjenta. Recepta w tym procesie stanowi element niezbędny, umożliwiający działanie<sup>8</sup>, dlatego pozostanie ona w centrum moich rozważań. Współczesną receptę lekarską będę więc traktował jako pisemny performatyw o swoistych warunkach fortunnosci, które w toku pracy postaram się sprecyzować. Mimo że dokumenty te są skonwencjonalizowanymi wytworami określonej instytucji, istnieją w potocznej świadomości przeciętnego uczestnika naszej kultury, „rzutują na doświadczenia jednostek, a niekiedy decydują o ich losach”<sup>9</sup>. Poza zbadaniem samego materialnego oraz tekstowego kształtu recepty kluczowe wydaje się prześledzenie zachowania podmiotów, urządzeń i innych elementów związanych z opisywanym działaniem. Podkreśli to zapewne pragmatyczny charakter recepty, pozwoli spojrzeć inaczej na artefakt piśmienny, który może się wydawać mało zajmujący przez swój ściśle proceduralny charakter.

### Kontekst historyczno-kulturowy instytucji zdrowia

Zanim przejdę do opisywania drogi, jaką przechodzi recepta w typowej aktualizacji wyżej określonej praktyki – określe kontekst instytucjonalny, w którym dochodzi do jej wytworzenia. Co ciekawe, Goody we wspomnianej rozprawie, opisując podstawowe sfery życia społecznego – religię, gospodarkę, organizację polityczną i prawo – nie bierze pod uwagę historii rozwoju instytucji medycznych.

Ustalenie statusu tych instytucji faktycznie sprawia wiele trudności, zwłaszcza gdy obserwuje się je wyłącznie w perspektywie synchronicznej. Szczególnie trudne jest wyraźne oddzielenie instytucji medycznych od innych „wielkich organizacji”, z którymi łączyły się one w toku historii. Po pierwsze, niezwykle silnie zostały połączone z prawem i biurokracją państwową. Nie chodzi wyłącznie o fundament dokumentacyjny całej organizacji, np. *Kodeks etyki lekarskiej* czy interesujący w kontekście tej pracy *Kodeks etyki farmaceuty*. Niemal każda czynność w ramach działalności medycznej ma swoją ściśle określoną procedurę. Aby nie być gołosłownym, posłużę się przykładem. Nad każdą umywalką w zakładzie opieki zdrowotnej winna być umieszczona *Procedura higienicznego mycia i odkażania rąk* w postaci określonego algorytmu działań. Procedury są dookreślane na stopniu centralnym, a każda instytucja zdrowia musi liczyć się z kontrolami urzędników Państwowego Instytutu Sanitarnego, którzy sprawdzają nie tylko obecność i stosowanie procedur,

7 Por. tamże, s. 260.

8 „Działania rozumianego niekoniecznie jako dokonywanie konkretnych zmian w porządku empirycznym, niemniej zdolnego do ustanawiania, przekształcania lub choćby tylko podtrzymywania pewnych stanów rzeczywistości kulturowej, uobecnianych w doświadczeniu jednostkowym czy zbiorowym” – zastrzeżenie sformułowane przez G. Godlewskiego (*Antropologia pisma: nowe obszary*, [w:] *Antropologia pisma...*, s. 55) pozwoli w tym przypadku na skupienie się na wszystkich aspektach działania recepty, nie tylko tych bezpośrednio dostrzegalnych.

9 Tamże, s. 58.



lecz także ich zgodność z najnowszymi wytycznymi. Podobnie rzecz się ma, gdy chodzi o ukształtowanie, umeblowanie i czyszczenie wszystkich przestrzeni w zakładach medycznych oraz postępowania w przypadku poszczególnych jednostek chorobowych. Wszystkich procedur i wykazów nie sposób wymieniwać. Próbuje się za ich pomocą wyeliminować przypadek z działań i sytuacji, od których może zależeć ludzkie życie. Jednym z efektów takiego postępowania jest wykrystalizowanie się bezosobowych relacji międzyludzkich, sprowadzenie człowieka do maszyny wykonującej instrukcje. Trzeba jednak zauważyć, że działanie proceduralne na tak szeroką skalę możliwe jest tylko dzięki pismu. Zapewne pojawienie się tego medium pozwoliło na wyodrębnienie się medycznej praktyki społecznej, sprzyjało „autonomizowaniu się organizacji, które wykształciły własne procedury, własny kanon tradycji pisanej, własnych specjalistów, zazwyczaj też własne źródła utrzymania”<sup>10</sup>. Wygląd i stosowanie recepty również zostały ustalone specjalistycznymi aktami prawnymi. Najbardziej decydujące wydaje się z jednej strony *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich*<sup>11</sup>, a z drugiej *Farmakopea Polska*, czyli urzędowy spis leków dopuszczonych w danym kraju lub na danym terenie do obrotu, a także spis surowców służących do ręcznego sporządzania niektórych z medykamentów w aptece. Oba dokumenty wskazują na znaczną centralizację procesów związanych z wypisywaniem recept. Ostatnio przekroczyła ona poziom państwa, ponieważ dokumenty medyczne muszą być zgodne z aktami prawnymi Unii Europejskiej.

Ponadto nie sposób nie zauważyć pewnego podobieństwa pomiędzy działalnością medyczną a praktykami związanymi z religiami piśmiennymi. Zapewne jest to wynik związków genetycznych – w starożytnym Egipcie czy Grecji medycyna znajdowała się na pograniczu działań magiczno-religijnych i empiryczno-racjonalnych. Co ciekawe, już na samym początku była to działalność dość mocno połączona z pismem<sup>12</sup>. Wynika to zapewne z faktu, że stan kapłański, który zwykle zajmował się leczeniem, rekrutował spośród siebie skrybów i archiwistów<sup>13</sup>. W konstelacji medycyna – religia, pismo także potencjalnie wyzwała procesy racjonalizacji i opiniowania określonych działań uzdrowieńczych. Poprzez swoją trwałość umożliwia zderzenie określonych zaleceń z ich skutkami, pozwalając na zbudowanie spójnych sposobów postępowania – przy czym nie w każdym kontekście kulturowym (jak pokazuje przykład starożytnego Egiptu) potencjał ten się aktualizuje. Krytyka lub potwierdzenie wskazań lekarskich jest, jak sądzę, daleką analogią pojawienia

10 J. Goody, *Logika pisma a organizacja społeczeństwa*, przeł. i red. G. Godlewski, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2006, s. 140.

11 Dostępna w internecie: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20070970646> (11 kwietnia 2011).

12 „Dzisiaj informacji o medycynie egipskiej dostarczają nam głównie papirusy, m.in. papirus Smitha z tekstami chirurgicznymi (spisany ok. 1600 p.n.e.), papirus z Kahun zawierający teksty ginekologiczne i weterynaryjne (ok. 2000 p.n.e.) oraz papirus Ebersa z tekstami o chorobach wewnętrznych i środkach leczniczych (ok. 1550 p.n.e.)” (K. Konat *Medycyna w starożytnym Egipcie*, artykuł dostępny na [http://www.histurion.pl/strona/baza/art/medycyna\\_w\\_starozytnym\\_egipcie.html](http://www.histurion.pl/strona/baza/art/medycyna_w_starozytnym_egipcie.html) (27 marca 2011).

13 Por. J. Goody, *Logika pisma...*, s. 75–76.

się racjonalnego nurtu teologii w obrębie religii piśmiennych. Co więcej, użycie fizyczne ucieleśnionego słowa nacechowanego „silnie autonomią strukturalną”<sup>14</sup> pozwala na usamodzielnienie się instytucji zdrowia względem innych składników kultury (poprzez wyodrębnienie określonych struktur czy klas zawodowych), a więc w pewien sposób staje się paralem wobec powstawania Kościoła jako instytucji<sup>15</sup>. Druga część opisywanej praktyki – wykupywanie leku w aptece – ściśle wiąże się z handlem. To właśnie tę sferę przedkłada Goody nad inne, udowadniając, jak ściśle początki pisma i jego „podstawowe zastosowania wiązały się z gospodarką”<sup>16</sup>. Można wskazać podobieństwa w strukturze recepty i umów handlowych. Oba dokumenty poświadczają legalność danej transakcji i pozwalają na archiwizację oraz księgowanie danych zakupów.

Ten domagający się rozszerzenia zarys swoistości instytucji zdrowia pokazuje, jak bardzo medycyna podobna jest do opisanych przez Goody’ego czterech „wielkich organizacji”. Dlatego myślę, że śmiało można opisywać jej rozwój, posługując się kategoriami wypracowanymi przez brytyjskiego antropologa.

Warto zatem jeszcze raz podkreślić, że działalność w ramach ośrodków zdrowia silnie wiąże się z pismem. Recepta to tylko jedno z ogniw środowiska graficznego. Środowiska, w które trzeba wejść, aby skorzystać z usług medycznych. Trzeba zauważyć, że każde oficjalne postępowanie w ramach instytucji zdrowia musi być odnotowane w odpowiednich dokumentach. Do lekarza trzeba się zapisać, następnie lekarz lub pielęgniarka odnotowuje przybycie pacjenta. Wszelkie podjęte czynności medyczne muszą być wpisane w tzw. *Kartę zdrowia i choroby pacjenta* (oczywiście regulowaną przepisami<sup>17</sup>) lub w inne dokumenty indywidualne (np. *Kartę szczepień*). Każda instytucja zdrowia na początku roku musi „rozliczyć” się z Narodowym Funduszem Zdrowia, wypełniając określone sprawozdania, zbierające np. liczbę pacjentów ze zdiagnozowaną określoną chorobą. Przekroczenie progu ośrodka medycznego to wkroczenie w świat, w którym pismo przejęło kontrolę nad postępowaniem ludzi. Recepta w tym łańcuchu piśmienności stanowi *exemplum* interesujące, ponieważ znajduje się bezpośrednio w polu działań przeciętnego użytkownika naszej kultury, dlatego w jego świadomości staje się emblematem przenikniętych pismem instytucji zdrowia.

### **Recipo, recipere – kontekst filologiczny**

Sama etymologia słowa „recepta” nie wydaje się zbyt zajmująca. Jej rdzeń pochodzi od łacińskiego czasownika *recipere*, który znaczy „przyjmować”. Znaczenie pierwotne zachowało się m.in. w wyrazach receptor czy recepcja (np. filmu). Historycznie uruchomiony sens wskazywałby na wagę wymiany dóbr dokonującej się za pośrednictwem dokumentu.

14 Tamże, s. 60.

15 Tamże, s. 54–61.

16 Tamże, s. 111.

17 Por. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania*.



Bardziej interesująca wydaje się nazwa procesu wypełniania recepty, która wskazuje na ścisłe związki z pismem. Lekarz bowiem *p r z e p i s u j e* pacjentowi określony lek. Jak podaje *Współczesny słownik języka polskiego*, czasownik „przepisywać” ma trzy znaczenia: pierwsze związane z kopiowaniem (przepisywanie ksiąg), drugie związane z przekazywaniem przedmiotu lub majątku (przepisywanie mieszkania) i trzecie odnoszące się do działalności medycznych. *Inny słownik języka polskiego* definiuje to znaczenie następująco: „jeżeli lekarz przepisał pacjentowi jakiś lek lub zabieg, to zalecił mu je i dał mu receptę lub skierowanie”<sup>18</sup>. Bańko zauważa, że wyraz łączy się związkiem rzędu z dwoma rzeczownikami – jednym (w bierniku) oznaczającym przedmiot, który ma być przepisany, oraz drugim (w celowniku) określającym adresata czynności. Przy czym ten ostatni rząd nie jest obligatoryjny. Poprawne może być zdanie: „Przepisał lekarstwo” – bez wskazywania osoby, dla której czynność się dokonuje – co może być indykacją w określaniu statusu adresata recepty. Czasownik pochodzi od rzeczownika „przepis” tłumaczonego jako „zbiór informacji wskazujący na sposób wykonywania czegoś, z a z w y c z a j n a p i s - m i e, r e c e p t a” [podkr. D.M.]<sup>19</sup>. Pisanie i działalność lekarska wydają się ściśle powiązane. Zapewne to rzeczownik „przepis” jest bardziej właściwy polszczyźnie niż „recepta”<sup>20</sup>. Po raz pierwszy został odnotowany w 1395 roku w znaczeniu „kopia, odpis dokumentu”; stosunkowo szybko pojawia się też w znaczeniu „skryptu dłużnego (weksla)” potwierdzonego zapisem w 1420 roku<sup>21</sup>, co wskazuje powtórnie na związki (choćby genetyczne) aktu przepisywania z handlem.

Na interesujące aspekty recepty zwraca się uwagę w synchronicznych eksplikacjach słownikowych odnoszących się do tego pojęcia<sup>22</sup>. W *Innym słowniku języka polskiego* brzmi ona: „dokument podpisany przez lekarza, na podstawie którego możemy kupić lek w aptece”, natomiast we *Współczesnym słowniku języka polskiego* można przeczytać: „recepta – pisemne polecenie lekarza wskazujące farmaceucie, w jaki sposób ma on przyrządzić i wydać lek; zawierający też wskazania dla chorego, jak stosować dany lek”. Opis pierwszy zwraca uwagę na potrzebę podpisu lekarskiego, przez co wskazuje na wysoką wagę tego strukturalnego składnika recepty (co wydaje się znaczące, gdyż w świetle prawa recepta, aby być ważną, musi zawierać dużo więcej elementów poświadczających jej legalność). Druga definicja wskazuje na trudności wiążące się z określeniem adresata recepty – według słownika jest nim zarówno pacjent, jak i farmaceuta.

18 *Inny słownik języka polskiego*, red. M. Bańko, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 323.

19 *Przepis*, [hasło w:] *Współczesny słownik języka polskiego*, red. B. Dunaj, Wydawnictwo Langenscheidt Polska, Warszawa 2007.

20 Niestety, jest to tylko hipoteza, gdyż żaden z polskich słowników etymologicznych nie notuje słowa „recepta”.

21 *Słownik etymologiczny języka polskiego*, red. W. Boryś, Wydawnictwo Literackie, Warszawa 2010, s. 888.

22 Posługuję się definicjami słowników ogólnych języka polskiego, gdyż są one mniej specjalistyczne niż te naukowe, dlatego pokazują, jak słowo „recepta” funkcjonuje w świadomości przeciętnego użytkownika języka polskiego, zgodnie z ideą definicji realnoznaczeniowej.

Szczęśliwie jesteśmy w posiadaniu praform współczesnej recepty. Redaktorzy *Chrestomatii staropolskiej* stworzyli rozdział, w którym znalazły się fragmenty dwóch polskich tekstów funkcjonalnie odpowiadających omawianej praktyce piśmienniczej<sup>23</sup>. Pierwszy ma charakter glos do rękopiśmiennego łacińskiego traktatu medycznego pochodzącego z końca XV wieku o proveniencji bernardyńskiej. Drugi zaś to zapiski na luźnej kartce znalezionej w *Psalterzu* łacińskim, datowane na pierwszą połowę XVI wieku. Już sam kontekst potwierdzałby wcześniejsze wskazania o związkach pomiędzy działalnością medyczną i kapłańską. Określenie cech typowych tych historycznych zapisków wprowadzi do badań nową diachroniczną perspektywę, przez co pomoże dostrzec aspekty dokumentu, które dziś mogą być już niezauważalne. Teksty rozpoczynają się od tytułu wskazującego, jaki środek winien być użyty na określoną dolegliwość – „maść przeciw dnamię” czy „wodka ku umywaniu brody po goleniu albo po łaźni”<sup>24</sup>. Następnie anonimowy autor przystępuje do opisu instrukcji wytworzenia danego środka leczniczego, przy czym jego uwagi zawierają wiele zwrotów do adresata. Przepis otwiera zwykle czasownik w 2 osobie trybu rozkazującego „weźmi”, a i w dalszej części nie brakuje form predykatywnych – „stłuczysz pospołu, włóż do niego, skraj wszystko drobno, daj stać aż się rozpuści”. Narracyjność historycznych recept podkreślają również zaimki wskazujące, np. „a tym się umywaj po łaźni” albo „tych wszystkie pod jedną miarą”. Wydaje się, że tekst musiał być kierowany do osób, które albo przygotowują się do pracy lekarskiej lub felczerskiej, albo wytwarzają lekarstwa. Świadczy o tym nie tylko drobiazgowy opis wytwarzania leku, lecz także wskazówki dotyczące tego, co może określonej grupie pacjentów zaszkodzić, np. kogo ocet osłabia, a dla kogo – w klasyfikacji Hipokratesa – jest wskazany. Adresatów dookreślają także powracające zwroty: „dajże to pić niemocnemu”, przeczące hipotezie, jakoby adresatem pism był sam chory. Ukazują jednocześnie, że zapiski silnie jeszcze tkwią w kulturze oralnej, formą przypominają bowiem raczej naukę udzieloną ustnie. Co więcej, w procesie wytwarzania leków da się zauważyć elementy magiczno-rytualne. Nie chodzi tu tylko o dziwiące dzisiejszego czytelnika składniki medykamentów, uchodzące zapewne za „medyczne” (cała galeria mózgów i języków różnych zwierząt). Waga i dokładność pewnych zachowań wraz z doprecyzowaniem otoczenia wytwarzania medykamentów sprawiają wrażenie wiedzy tajemnej. Sama nauka zaś przybiera formę klucza do niezwykłych umiejętności (np. woda lecznicza na oczy musi być sporządzana koniecznie w miedzianej misce, wystawiona „na wielkie słońce” na cztery dni i mieszana dwa razy dziennie). Klucza zapisanego, a przez to łatwiejszego do przyswojenia i potencjalnej racjonalizacji – więc z czasem przeczącego aurze magiczności.

Już na podstawie wyżej wymienionych faktów widać, jak bardzo sformalizowała się dzisiejsza recepta. Odeszła ona w zupełności od funkcji poradnika, przepisu; nie zawiera nawet nazwy jednostki chorobowej, na którą ma pomóc lek. Zatraciła

23 Por. *Chrestomatia staropolska: teksty do roku 1543*, red. W. Wydra, W.R. Rzepka, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1995, s. 212–214.

24 Te i inne fragmenty – zob. tamże, s. 212–214.



całkowicie swój wymiar narracyjny. Stała się formą niesyntaktyczną<sup>25</sup>, czasem tylko sprowadzana do listy produktów i ich proporcji (w przypadku leków wytwarzanych w aptece), a dużo częściej ograniczona zostaje po prostu do nazwy medykamentu. Jest to zapewne wynik z jednej strony specjalizacji produkcji – lekarstwa stały się produktem wytwarzanym w koncernach – a z drugiej strony następstwo specjalizacji pracy. Dzisiejszy lekarz nie musi wiedzieć, jak wykonać dany lek, gdyż należy to do obowiązków i umiejętności farmaceuty.

Dzięki powyższemu zestawieniu dużo bardziej czytelny wydaje się jeszcze jeden wątek rozważań. Chodzi o zmiany, które w formie recepty wywołało pojawienie się druku. Spójny tekst został zastąpiony niesyntaktycznym i nienarracyjnym formularzem. To właśnie nowe medium pozwoliło również na tak szeroką standaryzację i unifikację tego artefaktu piśmiennego. Druk umożliwił przeistoczenie się przepisu w receptę, a więc pewnego rodzaju ustnej lub pisemnej porady w ściśle określony dokument w formie wydrukowanej tabeli, gdzie każde pole niesie ściśle określone znaczenie. Przytoczenie kontekstu historycznego wydobycie również na jaw stałą tendencję do postrzegania recepty jako pisma magicznego (lub co najmniej niezwykłego). Wydaje się, że zwykły pacjent nie wie, co na dzisiejszej recepcie winno się znajdować. Nawet jeśli zdarzy mu się studiować ów szeroko rozumiany tekst, zostanie przytłoczony szeregiem specjalistycznych nazw leków, substancji i urzędowych abrewiacji. Poprzez rozwój rynku farmakologicznego tylko specjaliści wspierani *Farmakopeą* i książkami z wykazami leków potrafią rozeznaczyć się w tej galaktyce nazw. To poczucie niezwykłości wspiera wymiar performatywny recepty. Pismo działa, choć nie wiadomo, co oznacza, a także jest często niemożliwe do rozczytania – co związane jest z panującym w naszej kulturze przekonaniem o niestarannym piśmie lekarzy. Jak pokazuje doświadczenie (choćby moje własne), te właściwości dokumentu często stawiają opór nawet pracownikom apteki. Tajemniczość pisma wzmagana jest także używaniem języka łacińskiego w niektórych jego elementach (np. skrót Rp. oznaczający dosłownie „weź”, stanowiący relikwyt dawnej formy *recipe* – por. początki recept staropolskich). Działający artefakt piśmienny o ściśle określonej formule, pozostający poza możliwościami poznawczymi profana, bardzo przypomina koncepcję słowa magicznego Bronisława Malinowskiego (choć zajmował się on kodem mówionym). Autor bowiem największy nacisk kładzie na faktyczną zmianę następującą po wypowiedzeniu ściśle określonej, mniej lub bardziej tajemniczej sekwencji słów, w odpowiednim kontekście sytuacyjnym przez określoną osobę i idącą za tym wiarą reszty społeczności, że te słowa mają władzę nad rzeczywistością<sup>26</sup>.

### **Droga recepty – analiza warunków fortunności**

Po tych wstępnych rozważaniach czas prześledzić drogę recepty, ze szczególnym zwróceniem uwagi na warunki, które muszą zaistnieć, aby ów akt mowy był fortunny.

25 O początkach i cechach takiego piśmiennictwa pisze, np. J. Goody, *Logika pisma...*, s. 98.

26 Por. B. Malinowski *Dzieła* t. 5, *Ogrody koralowe i ich magia. Studium metod uprawy ziemi oraz obrzędów towarzyszących rolnictwu na wyspach Trobrianda. Język magii i ogrodnictwa*, red. A.K. Paluch, przeł. B. Leś, PWN, Warszawa 1987, s. 348–392.



O dokument zawsze musi „wystąpić” pacjent. Osoba, która zauważyła u siebie niepokojące objawy, udaje się do lekarza, by ten, korzystając ze swojej wiedzy i umiejętności, zdiagnozował jej stan. Istnieje także inna, dość popularna motywacja skłaniająca do wizyty u doktora. Zdarza się słyszeć o sytuacjach, kiedy to uzyskanie recepty, a przez nią dostęp do leków staje się celem prymarnym. Praktyka chodzenia „po receptę” wpływa zasadniczo na postrzeganie czynności należących do obowiązków lekarza. W tym wypadku badanie lub szeroko rozumiane postępowanie terapeutyczne ustępuje działaniu innym narzędziem. Lekarz zostaje włączony w klasę zawodów określaną jako „pracujących piśmem” (*travailleurs de l'écrit*)<sup>27</sup>. Choć na tym jego działania się nie wyczerpują, jest to jedno z ważnych pól jego zawodu. Kiedy pacjent przekracza próg gabinetu lekarskiego (niezależnie od przyczyn), ma w pamięci poprzednie wizyty i znajomość reguł postępowania w takiej sytuacji – tradycję upiśmiennioną w odpowiednich procedurach, która za pomocą owych procedur wciąż się modernizuje – oraz posiada określone oczekiwania wobec medyka. Zgodnie z dosyć sztywnymi regułami zachowania w opisywanej sytuacji na początku winna nastąpić zwyczajowa konwersacja, wyłaniająca problem pacjenta i jego spostrzeżenia, a następnie próba potwierdzenia nieporadnie określonych symptomów połączona z badaniem potencjalnie chorego ciała<sup>28</sup>. Zależnie od wyniku tego postępowania, mogą zaktualizować się trzy scenariusze zakończenia tej praktyki kulturowej:

- Jeżeli lekarz nie zauważy niczego niepokojącego, pacjent zostaje odesłany do domu bez podjęcia dodatkowych działań (choć jego wizyta zostanie odnotowana w *Karcie zdrowia i choroby*). Osoba zostaje uznana za zdrową. Zdarza się to niezwykle rzadko. Na ogół zaniepokojony swoim stanem pacjent domaga się podjęcia dodatkowych czynności, które znalazłyby przyczynę jego odczuć. Wtedy rozgrywa się scenariusz drugi.
- Jeśli lekarz pierwszego kontaktu nie potrafi postawić diagnozy, zleca dodatkowe badania lub odsyła chorego do innego specjalisty poprzez przepisanie odpowiedniego skierowania. Status pacjenta zostaje tymczasowo zawieszony, tzn. nie określa się go ani jako zdrowego, ani jako chorego. Co ważne, wynikiem nawet nieskutecznej praktyki lekarskiej jest konkretny artefakt piśmienny, który pozwala – niczym bilet wstępu lub glejty wystawiony przez kompetentną osobę – na dostęp do innych przestrzeni i zasobów medycznych, niedostępnych dla innych.
- Pozytywne rozwiązanie następuje, gdy lekarz jest w stanie postawić diagnozę i potrafi zalecić postępowanie lecznicze. Pacjent zostaje określony jako chory. W tym wypadku może pojawić się recepta.

27 J. Dennis *Niewidoczna praca pisma...*, s. 156.

28 Przy okazji wizyty „po receptę” badania takie (wbrew prawu) często uznaje się za zbędne. Lekarstwo zostaje zapisane na podstawie znajomości pacjenta i jego dolegliwości albo lekarz podpira się informacjami zapisanymi w *Karcie zdrowia i choroby*. W dokumencie tym zostaje odnotowane każdorazowo lekarstwo zalecane do przyjęcia przez lekarza. Pokazuje to, jak przestrzeń instytucji zdrowia uwikłana zostaje w pismo, gdzie istnienie jednych dokumentów jest potwierdzane przez inne.



Tylko niektóre medykamenty wymagają potwierdzenia receptą<sup>29</sup>. Ponownie wydaje się, że opisywany dokument upodabnia się do glejtu dopuszczającego do określonych dóbr. Wszelako, choć sam dokument zostaje wystawiony za darmo (albo dokładniej: może zostać wypisany za darmo), za sam lek na ogół trzeba zapłacić. To zbliżałoby z kolei receptę do pewnych praktyk związanych z handlem, gdzie określony dokument jest niejako ekwiwalentem pewnych dóbr materialnych. Fakt, że za leki trzeba dodatkowo zapłacić, wikła receptę w różne sfery kultury. Sama recepta (poza nielicznymi wyjątkami) nie wystarcza do otrzymania leku. Pacjent za środek farmakologiczny musi zapłacić, co pokazuje, że zdrowie i życie zostaje tu uwikłane w prawa handlu i rynku. Mimo to istnieją leki, które poprzez pośrednictwo recepty zostają wydane po znacznie niższych cenach (tzw. leki refundowane).

Złożony jest nie tylko charakter recepty, lecz także proces jej wypisywania. Z perspektywy lekarza składa się na niego wiele czynności. Recepta pojawia się po przeprowadzonym badaniu, staje się niejako racjonalnym punktem dojścia działalności lekarza, stanowi najbardziej namacalny jej efekt. Symbolicznie stanowi ona również materialny fakt potwierdzający zmianę statusu/stanu pacjenta – staje się on chorym, a przez to ma dostęp do silnych środków leczniczych, które dla innych mogą być szkodliwe. Lekarz musi zatem swoją myśl (diagnozę i zalecenia) wpisać w matrycę recepty, przenieść zalecenia na określony druk. Płynność myśli lub linearność słownych zaleceń kierowanych zwykle przy tej okazji do pacjenta<sup>30</sup> zostaje zastąpiona niesyntaktycznym stałym modelem, ponieważ „druk sytuje słowa w przestrzeni znacznie bardziej bezwzględnie, aniżeli czyniło to pismo. [...] więzi słowo w przestrzennej pozycji”<sup>31</sup>. Działalność medyka zostaje zredukowana do polecenia o charakterze sztywnego algorytmu, co jednocześnie sprawia, że recepta staje się samowystarczalna, autonomiczna i kompletna. Dokument pisany „uprawnia” niewielkie zaangażowanie emocjonalne lekarza, co jest w zgodzie chociażby z przemyśleniami McLuhana, który pisze: „Mieszkaniec świata zachodniego dzięki technice pisma uzyskał siłę działania bez konieczności reagowania. [...] Opanowaliśmy sztukę przeprowadzenia najbardziej niebezpiecznych społecznie operacji z zachowaniem pełnej obojętności”<sup>32</sup>.

Pacjent odbiera dokument. Zwykle nawet go nie czyta, bo choć recepta została wypisana ze względu na niego, nie jest on adresatem komunikatu naniesionego na awersie druczku. Słowa tam zapisane przeznaczone głównie dla aptekarza,

29 Leki dostępne w Polsce ujęte są w *Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej*, prowadzonym przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Dwa razy w roku Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych publikuje *Urzędowy Wykaz Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na Terytorium Rzeczypospolitej Polskiej*.

30 Recepta zawiera tylko niewielką ich część.

31 W.J. Ong, *Oralność i piśmienność. Słowo poddane technologii*, przeł. J. Japola, Wydawnictwo KUL, Lublin 1992, s. 165.

32 M. McLuhan, *Galaktyka Gutenberga*, [w:] tegoż, *Wybór tekstów*, przeł. E. Różalska, J.M. Stokłosa, Zysk i S-ka, Poznań 2001, s. 210.

który ma umiejętności wystarczające do odczytania recepty. Przeglądając wszystkie rubryki, rozstrzyga o poprawności lub niepoprawności dokumentu – staje się osobą decydującą, czy dany akt mowy będzie udany. Aptekarz ma też możliwość dookreślenia składników recepty. W wypadku problemów, np. z odczytaniem jakiejś kwestii, może skontaktować się z nadawcą tekstu – poprzez dane kontaktowe na pieczęcie świadczeniodawcy (co nie pozwala na proste przyłożenie do tego dokumentu kategorii dekontekstualizacji związanej z pismem). Farmaceuta dodatkowo działa na recepcie. Na proces jej realizacji poza wydaniem leków składa się, po pierwsze, potwierdzenie przyjęcia recepty, a po drugie, tzw. jej otaksowanie (poprzez nadrukowanie określonych informacji i /lub dopięcie paragonu fiskalnego). Pismo może zostać dopełnione tylko w sytuacji, gdy wytworzone przez nie działanie zostanie potwierdzone aktem o charakterze piśmiennym.

Życie recept nie kończy się po transakcji. Są one przechowywane przez prawnie wymagany okres (pięć lat) w warunkach zapewniających należyta ochronę przed zniszczeniem, utratą lub kradzieżą. Odpowiednio posortowane dokumenty trafiają do aptecznego archiwum i w razie potrzeby pełnią charakter dowodu we wszelkiego rodzaju kontrolach czy sprawach karnych<sup>33</sup>. Ujawnia się przy tym wysoki prestiż papierowego medium. Wprawdzie dane o sprzedaży są na bieżąco wprowadzane do systemu informatycznego i dwa razy w miesiącu przesyłane do NFZ-u, ale służą tylko do obróbki analitycznej. Dokumentem i dowodem podstawowym jest pismo, którego jedną z prymarnych cech jest właśnie trwałość.

Sama praktyka, w której uczestniczy recepta, już na pierwszy rzut oka wydaje się skomplikowana. Jednak przyłożenie do niej warunków fortunności pokazuje, jak wiele założeń ukrytych musi zająć, ażeby pacjent otrzymał lek w aptece.

Austin wymienia w swojej pracy sześć reguł, które powinny każdorazowo zająć, aby dany akt mowy mógł się udać. Najbardziej oczywiste w tym przypadku wydają się dwie ostatnie. Pierwsza traktuje o przymusie posiadania określonych intencji uczestników performatywu (lekarz nie może działać pod przymusem), druga nakazuje, aby uczestnicy danego aktu mowy w jego następstwie postępowali w określony sposób. Zachowanie, do którego dochodzi za pośrednictwem recepty, jest ściśle określone aktami prawnymi, dlatego odstępstwa mają znaczenie marginalne.

Zasadniczą wartość niosą pierwsze dwie reguły. Podkreślają one, że „musi istnieć uznana procedura konwencjonalna, posiadająca konwencjonalny skutek”<sup>34</sup>. W przypadku praktyki wizyty lekarskiej i wypisywania recepty owa procedura, jak stwierdziłem, została określona podwójnie – poprzez pewną tradycję kulturową i przez określenie wszystkich działań w jej obrębie za pomocą aktów prawnych, konstruowanych na poziomie centralnym, a nawet ponadpaństwowym. Austin pisze dalej, że „procedura ta musi obejmować wypowiedanie pewnych słów przez pewne osoby w pewnych okolicznościach; przy czym poszczególne osoby i okoliczności

33 Chodzi o przypadki zawyżonego zużycia pewnych leków, nieuprawnionej refundacji oraz rozliczeń finansowych zakładów leczniczych.

34 J.L. Austin, *Jak działać słowami*, [w:] tegoż, *Mówienie i poznawanie. Rozprawy i wykłady filozoficzne*, przeł. B. Chwedeńczuk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993, s. 163.



w danym przypadku muszą być odpowiednie dla powołania konkretnej procedury<sup>35</sup>. Aby wypisanie recepty było aktem udanym, lekarz i aptekarz muszą zatem posiadać uprawnienia określone przez akty prawne, wynikające z dopełnienia określonych działań edukacyjnych. Jak wykażę dalej, prerogatywy te ujawniają się za pomocą pewnych artefaktów, niezbędnych podczas wypisywania recepty. Osoba ubiegająca się o dokument także musi zostać zdiagnozowana jako jednostka chora – w innym wypadku czyn ma znamiona przestępstwa (np. nielegalna praktyka wypisywania recept na leki o działaniu narkotycznym).

Kolejne obligatoryjne dla wypowiedzi działającej zasady mówią: „Wszyscy uczestnicy muszą przeprowadzić daną procedurę zarówno poprawnie, jak też w zupełności”<sup>36</sup>. Odsyłają już zatem bezpośrednio do konkretnych (ostatecznie pisemnych) działań lekarza. Zachowanie pacjenta ograniczone zostaje do ubiegania się o receptę, spełnienia warunków bycia chorym, a następnie udania się do apteki i opłacenia leku – jednak ostatecznie czynności nie muszą być przez niego spełnione osobiście. Lekarz działa poprawnie, gdy po badaniu i diagnozie wypisuje receptę. Ta, zanim trafi na jego biurko, zostaje zamówiona przez określony zakład medyczny i wydrukowana w określonej, dopuszczalnej do tej działalności drukarni. Zupełność i poprawność aktu „polega na czytelnym oraz trwałym naniesieniu na awersie recepty treści obejmującej dane określone w rozporządzeniu oraz złożeniu własnoręcznego podpisu przez osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów”<sup>37</sup>.

Kompletnie wypełniona recepta wymaga wielu czynności lekarza i pracownika apteki. Skrótowno przedstawię budowę dokumentu, aby zaprezentować, co mówi recepta sama o sobie. Analiza podkreśli, jak wewnątrznie rozczłonkowany i nieliniowy jest ten akt piśmienny, a zarazem ukáže, jak wiele elementów składa się na kompletne wypełnienie dokumentu. Recepta zawiera następujące części:

1. Tytuł *Recepta* i *Numer recepty* – zbudowany z 20 cyfr, przy czym każda ma swoje określone znaczenie i umożliwia identyfikację określonego oddziału zdrowia (np. dwie pierwsze cyfry stanowią numer identyfikatora Oddziału Wojewódzkiego NFZ-u). W ten sposób każda recepta nabiera charakteru indywidualnego, zostaje jej nadane imię. Imię zakodowane (co umożliwia ochronę przed fałszerstwem), ale także pozwalające ją w razie potrzeby jednoznacznie zidentyfikować i prześledzić jej losy. Dlatego przy całej konwencjonalizacji i powszechności tego artefaktu piśmiennego, na pewnym poziomie szczegółowości i z pewnej perspektywy jest to za każdym razem dokument unikatowy.
2. Pole *Świadczeniodawca* – powinno zawierać dane dotyczące zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej, w której pacjent jest leczony, a w szczególności nazwę zakładu opieki zdrowotnej, adres, telefon oraz numer REGON<sup>38</sup>.

35 Tamże, s. 163–164.

36 Tamże, s. 164.

37 Par. 2.1. *Rozporządzenie...*

38 Dziesięciocyfrowy numer statystyczny podmiotu gospodarczego w rejestrze statystycznym prowadzonym przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego; umożliwia jednoznaczna identyfikację danej instytucji zdrowia oraz sprawdzenie, czy jej działalność jest legalna, potwierdzona na stopniu centralnym.

Zwykle dane te nabite są za pomocą pieczęci (choć rozporządzenie przewiduje również możliwość naniesienia informacji za pomocą nadruku lub naklejki). Uzyskanie takiego narzędzia (które usprawnia pracę, a zarazem stanowi kolejną próbę zapobieżenia fałszerstwu) wymaga określonych uprawnień. Pieczęć zachowuje tu wiele z charakteru starożytnych pieczęci, które, jak twierdzi m.in. Goody, „uznaje się za ważny czynnik rozwoju pisma”<sup>39</sup>. Już w III tysiącleciu p.n.e. pełniły one w zakresie handlu funkcje, które przetrwały zasadniczo do dziś, m.in. w recepcie. Z jednej strony umożliwiały identyfikację podmiotu, do którego należał towar (współcześnie zakładu medycznego i lekarza wydającego receptę – ekwiwalent dóbr), a z drugiej poświadczaly legalność, dokładność i jakość danej usługi<sup>40</sup>.

3. Pole *Pacjent* – ta część zawiera informacje o chorym. Rozporządzenie wymaga następujących danych: imię i nazwisko, adres, PESEL, w przypadku dzieci (do 18 roku życia) wiek. W ten sposób recepta uzyskuje precyzyjnie określonego beneficjenta. Numer PESEL jednoznacznie wskazuje, dla kogo zostaje wystawiona recepta, co pozwala na monitorowanie historii przyjmowanych leków. Chroni przed różnego rodzaju nadużyciami. Do danych pacjenta odnoszą się jeszcze pola dookreślające jego status w obrębie systemu zdrowia. Może to świadczyć, że z perspektywy instytucji zdrowia nie liczy się człowiek jako całość, lecz tylko pewne aspekty jego bytowania. Te pola to:
  - a. *Oddział NFZ* – tu wpisuje się identyfikator oddziału wojewódzkiego NFZ-u, ewentualnie symbol państwa przy wystawianiu recept na mocy przepisów o koordynacji, np. 07 dla Mazowieckiego Oddziału dla NFZ-u w Warszawie czy AT dla Austrii (kody określone w załączniku 2 i 3 *Rozporządzenia...*). Zwykle numer oddziału nanoszony jest za pomocą pieczęci, jednak procesu jej nabywania nie obwarowano określonymi przepisami. Pełni ona zapewne głównie funkcję usprawniającą pracę.
  - b. *Uprawnienia* – gdzie lekarz wpisuje kod uprawnień dodatkowych pacjenta, określony w załączniku nr 1 do *Rozporządzenia...*, np. IW dla Inwalidów Wojennych czy ZK dla Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi – przy czym tytuły te, sposób ich uzyskiwania i wynikające z ich posiadania bonifikaty (zwykle możliwość bezpłatnego nabycia środków zdrowotnych) określają ustawy.
  - c. *Ch. przewlekłe* – uwagi dotyczące odpowiedniej choroby przewlekłej. W przypadku stwierdzenia choroby przewlekłej z zamieszczonego w *Rozporządzeniu...* wykazu, lekarz może przepisać pacjentowi lek z obniżoną odpłatnością. W tym wypadku wpisuje w tę rubrykę oznaczenie „P”. Informacje (a-c) poprzez ich zakodowanie pogłębiają odczucie tajemniczości dokumentu dla pacjenta, jednak usprawniają pracę lekarza i aptekarza. Ciekawy wydaje się przepis, według którego w wypadku osoby nieposiadającej cech odnoszących się do pól b i c lekarz winien wpisać w nich znak „X”. Symbol eliminuje pustkę w przestrzeni recepty. Sama forma dąży do wyrugowania nie-

39 J. Goody, *Logika pisma...*, s. 90.

40 Por. tamże, s. 90–91.



dopatrzeń poprzez wymuszenie każdorazowego przejścia tej samej procedury. Pola te paradoksalnie stanowią też próbę nadania elastyczności drukowanej, nieruchomej matrycy – która ze swej natury jest tworem skostniałym – umożliwiającą dostosowanie jej do indywidualnych potrzeb.

4. Pole *Rp.* czyli skrót od łacińskiego *recipe* – „weź”. Dziś wydaje się, że skrót zatracił dosłowne i historyczne znaczenie. Stał się konwencjonalną nazwą określającą pole, w którym zawierają się kluczowe informacje dla farmaceuty wydającego lekarstwo: nazwa, postać, skład i ilość preparatu (tzw. substancji czynnej)<sup>41</sup>. W tym miejscu znajdują się również dane dla pacjenta, dotyczące sposobu podania, dawkowania i czasu kuracji. Jest to sytuacja dość paradoksalna. Choć brak tych informacji uniemożliwia często wydanie recepty, są one farmaceucie zbędne. Pacjentowi zaś jawią się jako bezużyteczne w związku z tym, że zrealizowana recepta pozostaje w aptece<sup>42</sup> (nie mogą więc pełnić funkcji mnemotechnicznej). Wydaje się, że uwidacznia się w ten sposób rys schematyzacji i konwencjonalizacji tego artefaktu piśmiennego, który w pewnym momencie przestaje przystawać do rzeczywistości – staje się autonomiczną całością, dąży do zebrania wszystkich informacji, aby być niezależnym od kontekstu zewnętrznego.
5. Pole *Dane ident. i podpis lekarza* – pieczętka lekarza zawierająca dane o lekarzu i poświadczająca jego prawo do wykonywania zawodu. Pieczęć musi zawierać imię i nazwisko lekarza oraz numer Prawa Wykonywania Zawodu. Ponownie pieczętka może zostać zastąpiona nadrukiem lub naklejką. Z perspektywy utilitarnej może dziwić potrzeba dodatkowego własnoręcznego podpisu lekarza. Nie tylko stanowi on informację redundantną, ale także wydaje się dość kiepskim zabezpieczeniem przed fałszerstwem. Farmaceuta nie zna podpisu lekarza, a więc reakcja na działalność przestępczą może zadziałać *ex post*; stanowić co najwyżej poświadczenie podejrzanego fałszyfikacji. Wydaje się, że własnoręczny podpis stanowi tu pewną praktykę kulturową wymykającą się mechanicznemu i nastawionemu wyłącznie na efektywność i precyzję drukowi. Nie bez kozery podpis znajduje się na samym dole dokumentu. Niesie on bowiem „wiązkę znaczeń – przejawiających się w takich wyrażeniach jak «własnoręcznie». [...] Odpowiednikiem ustnej przysięgi staje się podpisane oświadczenie. Podpis staje się faktycznie substytutem osoby [...]. Ale nie jest jedynie znakiem tożsamości – równie zindywidualizowanym jak odcisk palca czy ręki – lecz potwierdza także prawdziwość i zgodność”<sup>43</sup>. W otoczeniu pieczęci, numerów seryjnych i kodów to podpis broni dawnej godności pisma. Okazuje się znakiem nie do zastąpienia nawet w świecie nowych mediów komunikacyjnych.

41 W przypadku tak zwanych leków recepturalnych, tzn. wyrabianych w aptece, w tym polu lekarz wypisuje skład leku. Taka forma recepty jest najbliższa opisywanym zabytkowym wersjom, choć nie sposób nie zauważyć, jak bardzo skonwencjonalizowała się jej forma, ubito jej narracyjności i wskazówek dodatkowych.

42 Dlatego też pacjenci zazwyczaj otrzymują te informacje na osobnej kartce albo dostają ustne instrukcje od lekarza.

43 J. Goody, *Logika pisma...*, s. 216.

6. Pola *Data wystawienia* i *Data ważności od dnia* (termin, od którego można zrealizować daną receptę) – umożliwiają kontrolę i regulowanie czasu wydawania leków (dla zwykłych medykamentów jest to czas 30 dni, dla antybiotyków 7, dłuższe są terminy na preparaty sprowadzane z zagranicy, np. szczepionki). Jest to miejsce, na które szczególnie zwraca uwagę farmaceuta. Wydanie leku mimo przeterminowania recepty stanowi niedopatrzenie obciążające winą wyłącznie pracownika apteki. Sama możliwość przeterminowania nadaje receptce charakter efemeryczny, co wydawałoby się, przeczy konstatacji o trwałości wytworów pisma. Jednak jest to tylko sprzeczność tymczasowa. Recepta zrealizowana nabiera bowiem charakteru dokumentu archiwalnego, potwierdzającego dokonaną praktykę.
7. Kod kreskowy (dwa lub trójwymiarowy) – zawiera zaszyfrowany numer recepty. W ten sposób w receptę zostaje wpisany kolejny adresat – elektroniczny czytnik kodów. O ile wcześniejsze abrewiacje i numery były możliwe do rozwikłania dla aptekarza (naturalnie często z pomocą informacji z tekstów, tabel, rozporządzeń itp.), o tyle grubość kreski w kodzie nie niesie dla niego żadnych informacji. Dopiero odpowiedni czytnik przetwarza zaszyfrowane wiadomości i ukazuje je w czytelnej postaci na ekranie monitora. Wprowadzenie elementów elektronicznych „jest w istocie rozszerzeniem układu nerwowego”<sup>44</sup> uczestników komunikacji wpisanej w receptę. Poza tym podkreśla, że recepta jest wytworem kultury druku, gdyż odręczne naniesienie kodu (w przeciwieństwie do możliwości, acz czasochłonne, odręcznego rysowania tabeli) jest niemożliwe.
8. Na dole recepty umieszcza się dane podmiotu drukującego receptę, a w przypadku gdy wydruk dokonuje sam lekarz, napis „wydruk własny”. W ten sposób nawet twórca dokumentu zostaje jasno określony w tej sytuacji komunikacyjnej.
9. Wszelkiego typu informacje dodatkowe, o charakterze metatekstu – wymykają się one matrycy druku (choć są regulowane ustawowo) i zawierają szczególnie ważne informacje. Przykładem może być np. zwrot *cito* podkreślający, że dana recepta winna być zrealizowana odpowiednio szybko. Podobnie jest ze wszelkiego rodzaju pomyłkami lub dopiskami do recepty, które muszą zostać potwierdzone następną pieczęcią lekarza i jego podpisem. Działania wskazują na ograniczenia recepty, jej pewne zamknięcie formalne (wynikające m.in. z przyjętej formy drukowanej), które nie bierze pod uwagę pewnych czynników, oraz na ewolucję samej praktyki, aby te niedogodności znieść.
10. Zrealizowana recepta zawiera także informacje pochodzące od aptekarza<sup>45</sup> – często nadrukowane w aptece na odwrocie lub/i dodawane przez przypięcie paragonu fiskalnego, obowiązkowo potwierdzone podpisem. Ponownie nanoszone są informacje dotyczące nazwy wydanego leku, wielkości i liczby opakowań, a nawet rodzaju odpłatności i kwoty podlegającej refundacji. Stanowi to wynik nakładających się funkcji związanych z księgowością i archiwalnością,

44 M. McLuhan, *Media i zmiany kulturowe*, [w:] tegoż, *Wybór tekstów*, s. 132.

45 Przypominających coś, co Dennis określa jako „zakulisowe działanie pisma”, por. J. Dennis, *Niewidoczna praca pisma...*



które pełnić będzie recepta. Pokazuje także, że praktyka piśmienna do końca musi być zapośredniczona w piśmie, aby zasłużyć na miano w pełni fortunnego aktu mowy.

Budowa i topika przestrzeni recepty odpowiada zaistniałej sytuacji komunikacyjnej. Dokonując personifikacji, można powiedzieć, że recepta niczym średniowieczny posłaniec przedstawia się, mówi, skąd przybyła, w czyim imieniu i o co chce prosić, a na końcu, kto ją napisał – przypomina upiśmienniony, drukowany rozkaz.

Czym staje się tak przedstawiona recepta? Po pierwsze, jest to efekt praktyki zapośredniczonej przez pismo, na którą składa się niezwykle skomplikowany układ komunikacyjny. Pismo, sprzyjające telegraficznemu modelowi porozumiewania się, w tym wypadku w rolę nadawcze wikła kolejno: organy centralne NFZ-u wydające numer recepty, firmę/osobę drukującą receptę, instytucję zdrowia i lekarza. Natomiast do odbiorców należą: aptekarz, system komputerowy (czytnik elektroniczny), instytucja apteki, kontrolerzy z ramienia NFZ-u oraz organy centralne NFZ-u. Warto zauważyć pewną pętlę, którą zatacza ten artefakt piśmienny. Wskazuje ona na zależność od centralnej instytucji zdrowia w Polsce. Trudno określić rolę pacjenta, którego proponuję uznać za beneficjenta recepty, traktując naniesione na druku informacje skierowane do niego jako skutek dążenia do dekontekstualizacji pisma. Skomplikowana jest również sama forma stanowiąca próbę wpisania oralnej i praktycznej działalności w drukowaną matrycę, uzupełnioną odręcznym pismem i pieczęciami, z elementami kodów liczbowych i kreskowych. Podobnie niejednorodne wydają się cechy zwyczajowo przypisywane pismu. Konwencjonalizacja zakłócana przez elementy metatekstowe, dekontekstualizacja zaburzona poprzez możliwość kontaktu z instytucją, z której recepta pochodzi, efemeryczność mogąca przejść w określonych sytuacjach w trwałość, charakterystyczna dla druku standaryzacja dokumentu, jego powtarzalność zestawiona z indywidualnym charakterem każdej recepty. To, co wydaje się jednak wybijać na pierwszy plan, to wszędobylska kontrola i podrzędność względem organów centralnych, a może dokładniej – wypracowanych przez nie dokumentów prawnych (biurokratyzacja) oraz – na co wpływ zapewne miało pismo i ostatecznie druk – wytworzenie się sztywnych „matryc myślenia oraz działania”<sup>46</sup>.

Co mówi o nas recepta? Pokazuje, że działać w obrębie społeczeństwa XXI wieku, to znaczy działać w środowisku pisma. Pisma, które wciąż ewoluuje i radzi sobie ze swoją ułomnością i niewystarczalnością – z jednej strony tworząc pismo drugiego stopnia, z drugiej potwierdzając swoją legalność, jedno działanie zapośredniczając przez inne. Przez to recepta stanowi znakomite *exemplum* ilustrujące, jak w świecie rosnącej biurokracji przyrasta łańcuchów pisma – analizując jedno ogniwo, trzeba odnieść się do kolejnych, przy czym ogarnięcie całego łańcucha jest niezwykle trudne. Tak pismo z niewolnika staje się panem – panem dobrym i umożliwiającym istnienie społeczeństwa. Ale też panem, którego poznawać trzeba wciąż na nowo.

---

46 M. McLuhan, *Galaktyka Gutenberga*, [w:] tegoż, *Wybór tekstów*, s. 117.



**Wzór recepty – bez kodu kreskowego i numeru recepty (mają charakter indywidualny i tajny)**

Źródło: Załącznik nr 6 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich.

Recepta	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Oddział NFZ
	Uprawnienia
	Ch. przewiękłe
PESEL	
Rp.	
Data wystawienia	Dane ident. i podpis lekarza
Data realizacji od dnia	
Dane podmiotu drukującego	

**RECIPE FOR PRESCRIPTION – AN ATTEMPT TO ANALYZE THE CULTURAL PRACTICE MEDIATED BY WRITING**

The article explores the subject of the prescription as a literacy artifact. The author treats this document as a peculiar performative and attempts to reconstruct its felicity conditions. Using the knowledge of anthropology of the word, he intends to specify the philological, historical and cultural context in which the prescription appears and to determine its components and the cultural practice in which it participates. He demonstrates how different media – orality, writing, print and digital signs contribute harmoniously to the content of this document. The prescription turns out to be an unusually procedural phenomenon (the same as the magical formula) and also an independent one; we may discern in it the remains of magical, religious and trade functions. The analysis of the prescription is the starting point for the discussion on culture that became bureaucratic when dominated by writing.