

A close-up photograph of a person's right eye, looking directly at the camera. The person is wearing a blue surgical cap, which is visible in the upper left and background. The eye is brown with long, dark eyelashes. The lighting is soft, highlighting the texture of the skin and the cap.

Rachel Clarke

Z RĘKĄ NA PULSIE

Dramatyczne historie
z sal szpitalnych

Feria
WYDAWNICTWO
science

Rachel Clarke

Przekład
Jerzy Wołk-Łaniewski

Z RĘKĄ NA
PULSIE

Dramatyczne historie
z sal szpitalnych

Feeria
WYDAWNICTWO
science

Spis treści

OD AUTORKI

PROLOG

ROZDZIAŁ PIERWSZY. Słowa

ROZDZIAŁ DRUGI. Czyny

ROZDZIAŁ TRZECI. Egzaltacja

ROZDZIAŁ CZWARTY. Geniusz

ROZDZIAŁ PIĄTY. Życzliwość

ROZDZIAŁ SZÓSTY. Nieczułość

ROZDZIAŁ SIÓDMY. Krwotok

ROZDZIAŁ ÓSMY. Bojowość

ROZDZIAŁ DZIEWIĄTY. Estrogen

ROZDZIAŁ DZIESIĄTY. Odporoność

ROZDZIAŁ JEDENASTY. Powstanie

ROZDZIAŁ DWUNASTY. Zdumienie

ROZDZIAŁ TRZYNASTY. Otucha

ROZDZIAŁ CZTERNASTY. Szczerłość

ROZDZIAŁ PIĘTNASTY. Hemostaza

ROZDZIAŁ SZESNASTY. Nadzieja

EPILOG

PODZIĘKOWANIA

ŹRÓDŁA

OD TŁUMACZA

Tytuł oryginału: *Your Life in My Hands*

Przekład: Jerzy Wołk-Łaniewski

Opieka redakcyjna: Katarzyna Nawrocka, Maria Zalasa

Redakcja: Karolina Pawlik

Korekta: Anna Bartłomiejczyk, Maria Zalasa

Projekt okładki i stron tytułowych: Design Partners s. c.

Text copyright © Rachel Clarke 2017

Originally published in the English language in the UK by John Blake Publishing, an imprint of Bonnier Books UK.

The moral rights of the authors have been asserted.

Copyright for the Polish edition and translation © Wydawnictwo JK, 2019

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani rozpowszechniana za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych bez uprzedniego wyrażenia zgody przez właściciela praw.

ISBN 978-83-66380-25-7

Wydanie I, Łódź 2019

Wydawnictwo JK

Wydawnictwo JK, ul. Krokusowa 3,

92-101 Łódź

tel. 42 676 49 69

www.wydawnictwofeeria.pl

Konwersję do wersji elektronicznej wykonano w systemie [Zecer](#).

Od Autorki

Uwaga dotycząca poufności: przedstawione tu zdarzenia opierają się na moim doświadczeniu klinicznym, lecz aby zagwarantować niemożliwość identyfikacji opisywanych postaci, pozwoliłam sobie zmienić bardzo wiele szczegółów. W niektórych miejscach opowiadana historia może stanowić zlepek doświadczeń z kilku różnych sytuacji, co ma na celu ochronę tożsamości wszystkich wspomnianych osób.

PROLOG

Ruda, pylista droga skąpana w rudym świetle świtu, do tego ledwo słyszalny odgłos strzałów. W oddali pierwsi niewyraźni uchodźcy, powoli ściągający w kierunku miasta. Na czele odwrotu kobiety i dzieci niosące na głowach worki na śmieci i materace. Opatulone niemowlęta ciasno przywiązane do bioder dorosłych. Niewzruszone, w milczeniu minęły upstrzone śladami pocisków fasady budynków, spoglądając gdzieś poza nas. Wraz z moim operatorem nie mogliśmy uwierzyć naszemu szczęściu. Zestawienie łagodnego porannego światła z okropieństwem wojny dawało pierwszorzędnny materiał telewizyjny, z czego doskonale zdawaliśmy sobie sprawę.

Nim zostałam lekarką, zawodowo zajmowałam się przerabianiem ludzkich żyć na materiał filmowy. Jako dziennikarka produkowałam i reżyserowałam filmy dokumentalne na tematy bieżące, takie jak właśnie ten, o wojnie domowej w Demokratycznej Republice Konga. Był 2003 rok. Konflikt, który Tony Blair określił mianem „blizny na sumieniu świata”, zdążył już pochłonąć 5 milionów istnień, z czego większość ofiar stanowili cywile. Wymęczone miasto Bunia, do którego przylecieliśmy parę dni wcześniej, powszechnie uchodziło za epicentrum masakry. Gwałty i akty przemocy były na porządku dziennym. Zaledwie miesiąc przed naszym przybyciem pięciuset mieszkańców miasta zostało zarżniętych przez bojówki uzbrojone w maczety. Zaimprovizowany szpital miejski, kwaterujący w namiotach, wciąż pełen był pacjentów po amputacjach. Najmłodszy miał siedem lat.

Nawet gdy uchodźcy przyspieszyli kroku, a łoskot broni się nasilił, nie byłam w stanie przestać filmować. Tłum zaczął biec, a następnie się rozpiezchnął. Posłania i dobytek porzucono w kurzu, dzieci łkały. Pokonani bojówkarze dołączyli teraz do cywilów, wciąż uzbrojeni w kałasznikowy, ale umykający już w nieładzie. Kiedy oddziały wojska, przed którymi uchodzili, w końcu przebiły się przez linię drzew, nagle znaleźliśmy się pod ogniem. W powietrzu świstały pociski. Hurmem ruszyliśmy w stronę jedyne go bezpiecznego schronienia w mieście: kompleksu sił pokojowych ONZ, gdzie za drutem ostrzowym kłębiło się już sześć tysięcy uchodźców.

Wewnątrz budynku Narodów Zjednoczonych jakaś dwudziestka dziennikarzy kuliła się na betonowej posadzce, a nad naszymi głowami dudniła strzelanina. Ściany trzęsły się wraz z każdą eksplozją granatu. Modliliśmy się, by tylko nie mieli moździerzy. Byłam pewna, że zostanę zgwałcona, a następnie poćwiartowana. Żałowałam, że tyle wiem na temat morderczych upodobań bojówkarzy z okolic miasta Bunia. Zastanawiałam się, czy mężczyzna z Agence France-Presse, w którego byłam wciśnięta, miałby coś przeciwko, gdybym na chwilę chwyciła go za rękę. Pragnęłam zadzwonić do rodziców i powiedzieć im, że ich kocham. Nasze kamery nie przestawały filmować.

Po czterech godzinach, które wydawały się wiecznością, strzelanina wreszcie ucichła. Prymitywny szpital miejski natychmiast zalała nowa fala poszkodowanych. Miasteczko namiotowe Narodów Zjednoczonych zostało schronieniem dla kolejnych kilkuset uchodźców. Z radością wymknęliśmy się z naszego betonowego bunkra, lecz w sytuacji, gdy zapadał zmrok, a w oddali wciąż dało się słyszeć odgłosy broni, absolutnie nie mieliśmy gdzie się podziać. Na wszystkich ulicach w mieście pełno było bojówkarzy, wyblągaliśmy więc schronienie u uzbrojonych sił pokojowych ONZ. Całą noc przeleżałam na foliowej plandecie pod murami kompleksu, kurczowo ściskając moskitierę. Nie ważyłam się zamknąć oczu. Po latach nasze nagranie pomogło postawić przed Międzynarodowym Trybunałem Karnym i skazać pewnego kongijskiego watażkę. Wtedy jednak filmowanie w mieście Bunia wydawało się nie

wyczynem, a raczej aktem monumentalnej głupoty. Straciłam grunt pod nogami i poruszałam się po omacku.



W wieku 29 lat porzuciłam karierę reporterki telewizyjnej na rzecz medycyny, choć w tym celu musiałam się przekwalifikować. Kiedy zrezygnowałam z zajmowania się tematami bieżącymi na rzecz pracy opiekuńczej, wyobrażałam sobie, że strefę wojny pozostawiam za sobą. Lecz paradoksalnie – biorąc pod uwagę, że szpitale winny być bastionami leczenia – najbardziej przerażającym doświadczeniem w moim zawodowym życiu nie były tamte godziny pod ostrzałem na kongijskich polach śmierci, a mój pierwszy nocny dyżur w szpitalu klinicznym w Wielkiej Brytanii. Gdyby ktokolwiek mi to zawczasu przepowiedział, wyśmiałabym go i uznałabym, że dramatyzuje. Okazało się jednak, że dla mnie nic nie mogło się równać trwodze, gdy z uczelni medycznej zostałam wypłuta wprost w świat pełen krwi, bólu, cierpienia i konania, po którym, jak sądziłam, musiałam poruszać się z doskonałym rozeznaniem, gdy tymczasem czułam się zupełnie nieprzygotowana do tego zadania.

Perspektywa pierwszych nocnych dyżurów zawisła nade mną niczym wyrok więzienia. Jako świeżo upieczona lekarka znałam dwadzieścia osiem przyczyn zapalenia trzustki, nazwy wszystkich dwustu sześciu kości w ciele człowieka, neurofizjologię stresu i strachu, ale nie miałam zielonego pojęcia o podejmowaniu nagłych decyzji, które w razie pomyłki mogą oznaczać czyjąś śmierć. Nikt mnie nie nauczył, co *robić* z całą tą moją wiedzą. Nie byłam nawet pewna, czy potrafię właściwie wyselekcjonować chorych pacjentów spośród tych, o których nie musiałam się martwić. A mimo to w słabo oświetlonych nocą salach szpitala życie kilkuset pacjentów miało właśnie spocząć, przynajmniej z początku, w moich niedoświadczonych rękach. Czułam się jak szarlatanka w białym fartuchu.

Aby jakoś uporać się z syndromem oszusta, przygotowywałam się do moich nocek niczym do kampanii wojennej. Mój mąż, pilot myśliwca – człowiek,

któremu powietrzne pojedynki za sterami odrzutowca Tornado F3 ledwie podnosiły tętno – doradził mi, że najważniejsze jest, bym za wszelką cenę „zachowała chłód”. W ramach z góry skazanej na niepowodzenie próby osiągnięcia owego nieuchwytnego wewnętrznego chłodu, którym cechuje się Dave, sięgnęłam po to, co już znałam: po podręczniki. Powtarzałam instrukcje postępowania w każdej sytuacji nagłego zagrożenia życia, jaka tylko przychodziła mi do głowy, aż – przynajmniej w myślach – zyskałam we wszystkich biegłość niczym George Clooney. Zaopatrzyłam się w zapasy dietetycznej coli, nerkowców oraz podnoszących morale batonów czekoladowych. Na dno plecaka schowałam kieszonkowy przewodnik po medycynie ratunkowej i wybrałam wygodne buty, by móc biegać do najpilniejszych wezwań. A kiedy o dwudziestej pierwszej stawiałam się na pierwsze w życiu przekazanie szpitalnej zmiany, przejęłam dyżurny pager – elektroniczne urządzenie, za pomocą którego pielęgniarki miały kontaktować się ze mną nocą – markując rutyniarską nonszalancję, podczas gdy w skrytości ducha chciało mi się wymiotować.

Zdający zmianę lekarz stażysta przekazał mi ledwie czytelną listę zleceń – który z pacjentów wymaga wkłucia dożylnego, wykonania badania krwi bądź założenia cewnika – po czym zniknął w mroku nocy. Lekarz specjalista, do którego miałam zwracać się po pomoc, gdyby sytuacja mnie przerosła, powiedział mi wprost, że całą noc będzie zajęty na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, lecz bym w razie absolutnej konieczności go wezwała. Pozostali lekarze, co do jednego roztaczający nieznośną aurę kompetencji, rozeszli się.

Pik. Zaczęło się. Pielęgniarki wywoływały mnie do leżących w ich salach pacjentów, którym łomotało serce, ciśnienie krwi nagle leciało w dół czy też niepokojąco spadała saturacja. Pik. Wszystkie chciały, bym natychmiast przysłała ocenić stan ich pacjentów. Lecz nim jeszcze zdążyłam odpowiedzieć na pierwsze wezwanie, pager rozświetlił się jeszcze dwa razy.

„Na miłość boską – chciałam im powiedzieć – wydzwońcie kogoś innego, przecież żaden ze mnie doktor”.

Nikogo innego, rzecz jasna, nie było. Byłam sama na początku zmiany, chciało mi się płakać, a lista zadań zapełniała już dwie strony.

Jednym z pierwszych pacjentów, do których tej nocy zajrzałam, był pan Frith. Wszelkie parametry, które przez telefon pospiesznie wymieniła mi pielęgniarka, miał niedobre. Za szybkie tętno, za niskie ciśnienie krwi, poziom saturacji ledwie pozwalający na utrzymanie przytomności. Nawet ja rozumiałam wystarczająco dużo, by popędzić prosto do niego. Leżał sam w półmroku, dziko przewracał oczyma, krótkimi, pełnymi wysiłku łykami łapał powietrze, wargi miał wyraźnie posiniałe, i starał się porozumieć rwanymi monosylabami. Był emerytowanym lingwistą po siedemdziesiątce, a do szpitala trafił jakieś dziesięć dni wcześniej z powodu lekkiego zawału serca, który uległ komplikacji w wyniku odszpitalnego zapalenia płuc. Wszystko to było bezdyskusyjnie odwracalne. Nie było powodu, by nie miał bezpiecznie powrócić do domu i żony, z którą żył od czterdziestu lat. Lecz w tym momencie wyglądał na umierającego. Jego pielęgniarki nie było nigdzie widać.

Byłam pewna, że coś jest potwornie nie tak, choć nie potrafiłam stwierdzić co. Odgłosy dochodzące z jego klatki piersiowej, wzmocnione moim stetoskopem, nie przypominały niczego, co dotychczas słyszałam. Coś jakby zgrzytanie i grzechotanie, bardziej mechaniczne aniżeli ludzkie – brzmiało to paskudnie i nie tak, jak trzeba. Domyślałam się, że serce pana Fritha niedomaga, w wyniku czego płyn zalewa i zajmuje jego płuca. Jeśli miałam rację, to znaczyło, że na moich oczach właśnie się topi.

W przerażeniu czym prędzej naciągnęłam mu na twarz maskę tlenową i pognałam do dyżurki, by znaleźć jego pielęgniarkę.

– Przepraszam, kto się zajmuje panem Frithem? – spytałam siedzące za blatem trzy pielęgniarki.

– Kim? – odparła jedna z nich. – Frithem? A, chodzi o czwórkę. Miriam. Ma przerwę.

– No to... może pani mi pomoże? – spytałam zdecydowanie zbyt niepewnym tonem.

- Nie. To nie mój pacjent.
- Chyba... Chyba potrzebuję pomocy.
- To w takim razie powinna pani wezwać szefa, prawda?

Tak też zrobiłam. Nie wiedziałam, co innego mogę zrobić. Pagerem wydzwoniłam lekarza specjalistę raz, drugi, kolejny. Ale moje sygnały pozostawały bez odpowiedzi. Ani pielęgniarki, ani bardziej doświadczonego lekarza, który mógłby mi pomóc, a tymczasem pacjent był na skraju śmierci. W akcie desperacji zbiegłam siedem pięter schodami na Szpitalny Oddział Ratunkowy, aby spróbować fizycznie ściągnąć mojego zaginionego lekarza specjalistę do łóżka pacjenta. I właśnie w momencie, gdy ja w panice przeczesałam SOR, szukając pomocy, serce pana Fritha przestało bić.

Wszystko tej nocy robiłam nie tak, poczynając od mojej pożałowania godnej potulności. Istnieje kodeks postępowania, którego nikt cię na studiach medycznych nie nauczy, a który osiąga efekty. Kiedy na przykład trafia ci się pacjent o krok od śmierci, z miejsca wołasz ile sił w płucach „Potrzebna pomoc!”, a personel medyczny w liczbie czterech czy pięciu osób wyrasta jak spod ziemi. Jeszcze lepiej – i to nie żadna czarna magia – po prostu wcisnąć czerwony przycisk alarmowy, jaki znajdziemy obok łóżka każdego pacjenta, a personel hurmem ruszy z odsieczą. Jeśli pacjent jest o krok od zatrzymania krążenia, emitujesz alert przez szpitalną centralkę i w chwilę potem przy łóżku powinna się zjawić doborowa ekipa speców od reanimacji.

Ja nie zastosowałam się do kodeksu. Zachowałam się nieśmiało i grzecznie w sytuacji, w której powinnam była wykazać się asertywnością. Nie dawałam pielęgniarkom właściwych znaków, a brakło mi wiedzy praktycznej, wedle której alert należy wszczynać w przypadku każdego pacjenta, który twoim zdaniem jest o krok od przepaści, a nie tylko tych, którzy już w nią spadli. Być może to strach przed byciem przyłapanym na niewłaściwej decyzji – przed wstydem, że oto drobną niedyspozycję pacjenta wzięliśmy za sytuację prawdziwie krytyczną – powstrzymuje młodych lekarzy przed wzywaniem posiłków. W rezultacie taka powściągliwość może kosztować pacjentów życie.

Tej nocy w chwili alertu byłam najmłodszym członkiem ekipy reanimacyjnej, a zarazem tym, który znajdował się najdalej od łóżka pana Fritha. Wciąż byłam na SOR-ze, gdzie na próżno szukałam lekarza specjalisty. Cztery przenikliwe piknięcia obwieszczające wezwanie do zatrzymania krążenia specjalnie obmyślano tak, by człowiek stanął jak wryty i skupił uwagę na skrzeczącym, ledwo słyszalnym głosie operatorki, która informuje, gdzie należy pośpieszyć.

„Zatrzymanie krążenia u dorosłego. Zatrzymanie krążenia u dorosłego. Ekipa reanimacyjna na poziom 7. Powtarzam, poziom 7”.

W tym przypadku dokładnie już wiedziałam, gdzie się skierować. Z przerażającą jasnością umysłu musiałam stawić czoła świadomości, że fizycznie opuściłam pacjenta akurat tuż przed tym, jak jego serce przestało bić. Z przerażeniem i nadzieją, że chodzi jednak o kogoś innego, wbiegłam siedem pięter po schodach akurat w porę, by usłyszeć, jak kierujący ekipą konsultant pyta:

– Kim u diabła jest ten Clarke, który jako ostatni widział pacjenta?

– To ja – wymamrotałam na granicy słyszalności, a oczy wszystkich zwróciły się w moją stronę.

Wpis w dokumentacji pacjenta, którą teraz trzymał konsultant, nagryzmoliłam w pośpiechu, a do tego nagle przerwałam, gdy wybiegłam w panice. Musiał zatem wyglądać na żałośnie niewystarczający.

– Przepraszam – wyszeptałam, cała płonąć ze wstydu. – Nie wiedziałam, co robić. Poszłam po pomoc.

Lekarz specjalista, który zignorował sygnały wysyłane przeze mnie na pager, stał w milczeniu obok konsultanta i hardo mierzył mnie wzrokiem. Nie śmiałam napomknąć o jego udziale w sytuacji – czy też raczej o tegoż braku.

Pan Frith zniknął pod płataniną kabli, rurek i elektrod od defibrylatora. Zespół podał mu już dożylnie leki mające odciążyć serce oraz płuca. Brutalne uciskanie klatki piersiowej okazało się skuteczne, a pierwszy impuls elektryczny przywrócił sercu normalny rytm. Pacjent zaczął się różowić i otworzył oczy, ponownie budząc się do życia. Z poczucia ulgi i wdzięczności chciało mi się

płakać. Ot, zręczna, podręcznikowa, doskonała jak rzadko akcja reanimacyjna – tyle tylko, że gdyby jakiś lepszy lekarz lepiej wykonał wcześniej swoją pracę, być może w ogóle dałoby się jej uniknąć.

Podczas gdy zespół krzątał się przy przewozie pana Firtha na oddział intensywnej terapii, ja czułam się niekompetentna jak nigdy dotąd. Pod wpływem wstydu i poczucia winy chciałam rzucić medycynę, nim na dobre rozpoczęłam z nią przygodę.



Brytyjscy lekarze rezydenci – *junior doctors* – często określane są przez polityków mianem „kręgosłupa publicznej służby zdrowia”, koźmi pociągowymi, które swą harówką – pospołu z pielęgniarkami, ratownikami i wszystkimi innymi sprzymierzeńcami, którzy tyrają na pierwszej linii – utrzymują NHS ¹ przy życiu. Lecz w chwili, gdy stawiamy w szpitalu pierwsze kroki, zazwyczaj z głową pełną wyuczonych faktów, lecz bez większego doświadczenia życiowego, nierzadko towarzyszy nam poczucie osamotnienia i skrywane lęki. W zawodzie, który powinien opierać się na współczuciu, wykształcenie kręgosłupa przebiega niekiedy brutalnie.

Być może pracownicy służby zdrowia mogą się hartować jedynie przez ciągłą styczność z sytuacjami na granicy życia i śmierci, aż w końcu ich umiejętności, fachowa wiedza i grubość skóry pozwolą im sobie z nimi radzić. Co jednak, jeśli proces ten zachodzi w systemie tak przeciążonym i borykającym się z takimi brakami kadrowymi, że lekarze, jak również wszelcy inni pracownicy systemu, mają wrażenie, iż notorycznie mierzą się z niemożliwymi wręcz przeciwnościami, aby tylko zapewnić swoim pacjentom bezpieczeństwo, nie mówiąc już o otaczaniu ich współczuciem i przykłądną opieką? Że nawet jeśli młody lekarz zdobył doświadczenie, by radzić sobie z wszelkimi wyzwaniem natury medycznej, to czuje się w swej działalności coraz to bardziej sparaliżowany przez system, który sypie się i podlega cięciom?

W 2016 roku pytania te mocno wyeksponował spór o warunki pracy pomiędzy rezydentami a rządem. Konflikt popchnął tysiące lekarzy takich jak ja do strajku, podczas gdy powinniśmy zajmować się pacjentami. Między władzami a środowiskiem medycznym rozgorzała wojna na słowa tak toksyczna, że naprawa jej niszczycielskich konsekwencji zajmie całe lata. Wielu lekarzy, w tym moich przyjaciół, popchnęła do porzucania szeregów NHS na niespotykaną dotąd skalę. Ostatecznie zaś, po miesiącach konfliktu, doprowadziła do być może dwóch najsmutniejszych dni w dziejach NHS: pierwszego w kraju generalnego strajku lekarzy, w ramach którego rezydenci całkowicie zaprzestali pracy. W sporze o sytuację lekarzy rezydentów nie było zwycięzców, nikt jednak nie stracił tyle, co pacjenci.

Zdaniem strony rządowej przez cały czas sporu gniew, zamęt i rozgoryczenie skupiały się wokół jednej, jedynej kwestii: niezgody lekarzy rezydentów na rezygnację z sobotnich nadgodzin. Jak utrzymywały władze, nasza krnąbrność uniemożliwiła byłemu premierowi Davidowi Cameronowi dotrzymanie wyborczego zobowiązania, wedle którego miał zapewnić elektoratowi „prawdziwie całotygodniową publiczną służbę zdrowia”. A stawka była naprawdę wysoka. Wedle ministra zdrowia Jeremy’ego Hunta w Zjednoczonym Królestwie co roku niepotrzebnie umierało jedenaście tysięcy osób, ponieważ zbyt niewielu lekarzy pracowało w weekendy.

Mocne słowa ministra, odwołujące się do emocji. O ile jako lekarka wzdrygałam się na każdą taką insynuację, o tyle jako dziennikarka dostrzegałam w nich szczwaną i skuteczną strategię polityczną. O sztuce zniekształcania obrazu rzeczywistości uczyłam się od najlepszych. Jakies osiemnaście lat wcześniej, jako młodziutka współpracowniczka w programie politycznym Jonathana Dimbleby’ego na kanale ITV pomagałam przygotowywać wywiady, których przebieg ze wszystkich sił starali się kontrolować najsprawniejsi spin doktorzy labourzystów – Alastair Campbell i Peter Mandelson. Przeprowadziliśmy rozmowę z Tonym Blairem na mniej więcej tydzień przed zwycięskimi dla niego wyborami z 1997 roku. Pamiętam, jak siedziałam na

podłódze skulona przy tym ekranie, aby wybrać fragmenty wypowiedzi do wykorzystania w trakcie przerwy na reklamy, kiedy zawisła nade mną jakaś postać.

– Traci pani tylko czas – oznajmił Campbell, szczerząc się smutno. – Wasz chłopak niczego od mojego nie uzyska.

Miał całkowitą rację. Nie udało nam się.

Wykorzystywanie strachu do budowy kapitału politycznego to taktyka stara jak sama polityka. Nowością przy tej okazji był cel ataku – nie cudzoziemcy, imigranci, nieroby czy muzułmanie, a sama profesja lekarza. W 2015 roku nowy większościowy gabinet konserwatystów, w końcu wyswobodziwszy się z koalicji z liberalnymi demokratami, wziął na cel ustawę o wynagrodzeniach dla pracowników NHS. Zarówno lekarze rezydenci, jak i konsultanci czy lekarze rodzinni stanęli przed perspektywą renegocjacji kontraktów, ale w pierwszej kolejności Jeremy Hunt postanowił zabrać się za nas. Być może uznał, że *junior* w określeniu *junior doctor* to oznaka słabości.

Strategia była prosta. Najpierw zasiać wśród ludzi strach stwierdzeniem, że co roku jedenaście tysięcy osób będzie umierać w weekendy, ponieważ lekarze są zbyt leniwi czy też zbyt chciwi, by wtedy pracować. Następnie tak pieczołowicie wzniecone obawy uśmierzyć, obiecując rozwiązanie: całotygodniową opiekę zdrowotną, której obecnie tak w kraju brakuje. Wreszcie – i to posunięcie najśmielsze – nalegać, że takową całotygodniową opiekę zagwarantuje „neutralna pod względem kosztów” renegocjacja umów z lekarzami rezydentami. Równocześnie w swojej narracji rząd wygodnie pomijał drobny fakt, że poprawa poziomu najpilniejszych usług wymagałaby zwiększenia liczby pracowników oraz nakładów finansowych. Czyli przeszkodą na drodze do zapewnienia bezpiecznych weekendów nie był skarb państwa, a lekarze rezydenci.

W chwili rozpoczęcia sporu miałam za sobą dziesięć lat pracy dziennikarskiej i sześć jako lekarka w szpitalu, czyli dość, by z nerwowej nowicjuszki przeistoczyć się w doświadczoną i cenioną członkinię szpitalnej ekipy. Z roku na

rok obserwowałam skutki cięć budżetowych; pacjenci coraz dłużej czekali na leczenie, lekarze po cichu znikali z grafików, a proces rekrutacji stawał się jeszcze bardziej problematyczny. Mimo to byłam dobrej myśli. Po sześciu latach medycyny i rozlicznych egzaminach podyplomowych byłam chętna i gotowa zabrać się do upatrzonej specjalizacji z medycyny paliatywnej. Przygnębiające, niekiedy zapadające na długo w pamięć wyzwania związane z pomocą pacjentom u kresu życia, aby do końca mogli się nim jak najpełniej cieszyć, poruszyły we mnie jakąś szczególną strunę. Ani przez chwilę nie przeczuwałam, że lekarze rezydenci znajdą się na celowniku rządowej maszyny propagandowej ani też jak niszczycielska i demoralizująca okaże się ta sytuacja.

Z podwójnej perspektywy lekarki i dziennikarki przyglądałam się zbulwersowana, jak rząd bez trudu ogrywa związek zawodowy lekarzy (British Medical Association – BMA, Brytyjskie Towarzystwo Medyczne). Ale o co tak naprawdę chodziło? Jeśli pominąć bezlik oskarżeń i zarzutów, co w istocie popchnęło pokolenie młodych lekarzy do porzucenia pacjentów i podjęcia strajku? Nawet Jeremy Hunt nie mógł naprawdę uważać, że jedynym celem, jaki nam przyświecał, było zachowanie naszych sobotnich stawek. Był to złożony i pełen niuansów spór, w równej mierze dotyczący pensji, co bezpieczeństwa pacjentów, poziomu zatrudnienia i morale. Nawet samo określenie *junior doctor* nie oddawało olbrzymiej różnorodności sytuacji kształcących się lekarzy, zarówno dwudziestotrzyletnich singli świeżo po studiach medycznych, jak i trzydziesto- czy czterdziestoparoletnich rodziców, doświadczonych medyków o krok od uzyskania statusu konsultanta specjalisty.

Z mojego punktu widzenia spór dotyczący lekarzy rezydentów – decydujący moment w dziejach NHS – był głęboko zakorzeniony w szerszej kondycji współczesnej publicznej służby zdrowia. Strajki były rozwiązaniem drastycznym, ostatnią deską ratunku. Po raz pierwszy od ponad czterdziestu lat zdarzyło się, by młodzi lekarze opuścili pacjentów, a tak się stało w osiem różnych dni. Dla większości z nas decyzja o strajku była aktem desperacji wynikającym z naszych doświadczeń na pierwszej linii systemu opieki

zdrowotnej. Nasza służba zdrowia cierpi na dojmujący niedobór lekarzy. Po prostu brak jest pieniędzy, by zatrudnić ich wystarczająco wielu. Statystyki Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) wykazują, że mamy zaledwie 2,8 praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców, czyli mniej niż niemal każdy kraj w Europie, w tym Polska, Łotwa oraz Litwa. Dla porównania w Niemczech współczynnik ten wynosi 4,1 lekarza, zaś w Grecji 6,3 lekarza².

Oznacza to braki kadrowe, które dla rezydentów są w najlepszym wypadku wyczerpujące, w najgorszym zaś druzgocące. Nie zliczę sytuacji, kiedy przychodziło mi brać na siebie podwójne obowiązki, gdy w grafiku pojawiała się nieobsadzona luka. Takie dyżury z luką w grafiku to ponure, niewdzięczne wprawki w gaszeniu pożarów, a do tego trafiają się coraz to częściej. Kiedy w 2009 roku rozpoczynałam pracę, na szczęście stanowiły rzadkość, obecnie jednak stają się normą. Boimy się ich, ale być może większy strach powinni odczuwać pacjenci. Przecież bez względu na to, jak wspaniale lekarz opanował sztukę resuscytacji, nie potrafi być w dwóch miejscach naraz. Kiedy braki kadrowe sprawiają, że jeden lekarz musi nosić przy sobie dwa pagery alarmowe, ryzyko, że któregoś pacjenta nie uda się odratować, ulega podwojeniu. Niedobór lekarzy to zagrożenie dla życia.

Kolejną ofiarą nadmiernego obciążania lekarzy pada cecha, dzięki której pierwotnie zainteresowaliśmy się medycyną i na której utratę szczególnie nie możemy sobie pozwolić: życzliwość. Mówi się, że NHS funkcjonuje wyłącznie dzięki dobrej woli jej personelu: lekarzy, pielęgniarek i pozostałych pracowników służby zdrowia, którzy gotowi są dać z siebie wszystko nie dla pieniędzy, podziękowań, pochwał czy autopromocji, lecz dla wynagradzającego trudności poczucia, że pomogło się pacjentowi. Jeśli tak jest w istocie, to warunki pracy nieustannie nadwyrężające naszą zdolność do okazywania życzliwości zagrażają zarówno przetrwaniu NHS, jaki i, w krótszej perspektywie, relacjom między lekarzem a pacjentem. Kiedy brakuje lekarzy, kiedy nie ma szans na to, by w przewidzianym czasie pracy uporać się z przydzielonym zakresem obowiązków, wówczas na dyżurze można zajmować

się jedynie zapewnianiem bezpieczeństwa pacjentom. Rozmowa z nimi i ich bliskimi nieuchronnie spada na ostatnią pozycję listy zadań. Ludzki wymiar takiego kontaktu stał się luksusem, który warunki pracy wykluczały. Z lekarzy robi się zahartowane maszyny, a pacjentów pozostawia się samych sobie. Wiesz, że to nie w porządku, zaczynasz nienawidzić tego, czym się stałaś, a być może wręcz rozważasz porzucenie zawodu, który niegdyś kochałaś z całej duszy.

Dotarliśmy już do tego etapu. Pytanie, które sprawiło, że w 2016 roku z ciężkim sercem i pełną wątpliwości dołączyłam do grona pikietujących, nie brzmiało „Jak mogę wybronić swe sobotnie nadgodziny?”, lecz „Jak mogę w dalszym ciągu okazywać współczucie i człowieczeństwo w ramach systemu publicznej służby zdrowia, który się rozpada?”. Podobnie jak tylu innych lekarzy rezydentów wiedziałam, że nic więcej z siebie dać nie mogę. Kontrakt, który wymagałby od nas rozciągnięcia mocy przerobowych już nie na pięć, a na siedem dni, bez wątpienia doprowadziłby mnie do załamania.



Oto książka o pracy w ramach instytucji, w której przyszłam na świat, w której urodziłam dziecko i w której najprawdopodobniej przyjdzie mi umrzeć, o ile będzie wówczas jeszcze istnieć. Lekarz pracujący w NHS uratował życie mojego nowonarodzonego syna, a gdy piszę te słowa, zespół onkologów NHS stara się nie dopuścić, by rak odebrał życie mojemu ojcu. Podobnie jak w przypadku tylu innych rodzin w Wielkiej Brytanii, wielu najradośniejszych, najbardziej podniosłych, najbardziej wstrząsających i najbardziej poruszających chwil w życiu moi bliscy doznali właśnie w placówkach brytyjskiej publicznej służby zdrowia. I tak jak tylu innych lekarzy, pielęgniarek, położnych, noszowych, fizjoterapeutów, radiologów, farmaceutów i dietetyków z NHS, jestem bezwstydnie stronnica, gdy mowa o instytucji, której zawodowo służę. Fakt, że jako zbiorowość jesteśmy skłonni płacić na tyle wysokie podatki, by zagwarantować, że nikt nie zostanie pozbawiony pomocy medycznej, bo go na nią nie stać, sprawia, że odczuwam autentyczną dumę z bycia Brytyjką. Cieszę

się, że mogę zapewniać opiekę pacjentom od kołyski aż po grób w oparciu o ich potrzeby kliniczne, nie zaś wypłacalność. To ogromny przywilej.

Dzień w dzień widzę, jak zwyczajny personel NHS wykonuje nadzwyczajną pracę – opatrując rany, przekazując złe wieści, trzymając za rękę, wycierając z ekskrementów, budząc zatrzymane serca, zamykając powieki właśnie zmarłym – a wszystko to z ogromnym współczuciem i troską. Kocham moją pracę. Nie potrafię wyobrazić sobie zawodu bardziej satysfakcjonującego i dającego większe poczucie spełnienia aniżeli medycyna. Obawiam się jednak, że dotarliśmy do punktu, w którym najcenniejszy zasób NHS – jego personel – czuje się śmiertelnie wyczerpany. Dobra wola i życzliwość, bez której NHS nie przetrwa, są nieubłaganie eksploatowane poprzez braki w finansowaniu, braki kadrowe i coraz to bardziej nierealistyczne oczekiwania stawiane słabnącej sile roboczej. Oto nieopisana dotąd opowieść o wyzwaniach wiążących się z zachowaniem życzliwości na nadwyrężonej pierwszej linii działań publicznej służby zdrowia.

-
1. National Health Service – brytyjski system publicznej służby zdrowia (przyp. tłum.). [\[wróć\]](#)
 2. Raport Health at a Glance 2015, OECD, 2015 (OECD Publishing, Paryż), dostępny pod adresem http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en. (W 2018 roku w przypadku Polski współczynnik ten spadł do 2,4 lekarza na 1000 mieszkańców, co oznacza ostatnie miejsce wśród krajów UE – przyp. tłum.) [\[wróć\]](#)

ROZDZIAŁ PIERWSZY

SŁOWA

Cztery dni przed wyborami powszechnymi w 1997 roku, które miały przynieść Tony’emu Blairowi historyczne zwycięstwo, ówczesny premier John Major utknął w samochodzie z kierowcą w korku w śródmieściu Londynu. Dokładnie o godzinie 13 powinien udzielić wywiadu na żywo w ogólnokrajowej telewizji. Była 12:50, pogoda jak na kwiecień zaskakiwała ciepłem, a temperatura w studiu telewizyjnym rosła.

– W dupie mam, że są korki. Sprowadź tu, kurwa, premiera, i to, kurwa, już, albo z wywiadu, kurwa, nici, rozumiesz?

Pytanie skierowane było do mnie, najmłodszej członkini ekipy programu Jonathana Dimbleby’ego w ITV. Zszokowana wbiłam wzrok w mojego redaktora, czując się w pełni odpowiedzialna za zakorkowane ulice stolicy i marząc, by w jakiś sposób wyciągnąć premiera z jego unieruchomionego wozu i magicznie przerzucić do studia. Miałam dwadzieścia trzy lata, byłam mało pewna siebie, a do tego przekonana, że wszystko, łącznie z londyńskim ruchem ulicznym, to moja wina.

Redaktor z pogardą otaksował mnie wzrokiem.

– Idź i zaczekaj na niego na ulicy. I jak tylko się zjawi, kurwa jego mać, ściągnij go tu natychmiast. Wyrażam się, kurwa, jasno?

O 12:58 błyszczące czarne auto w pośpiechu zajechało pod wejście do studia. Czym prędzej wprowadziłam Johna Majora do środka. Gdy krętymi korytarzami zmierzaliśmy na zaplecze studia do transmisji na żywo, zadał mi trafne pytanie:

– Czy macie tutaj ustęp?

Domyślałam się, że tkwił w korku ulicznym nie wiadomo jak długo. Pewnie rozsadzało mu pęcherz. Lecz w owej chwili, przytłoczona stresem i niepokojem, po prostu nie byłam w stanie zrozumieć, co jego fikuśne sformułowanie miało znaczyć. Ustęp? Nie miałam pojęcia, o co premier mnie pyta. Wiedziałam jedynie, że jeśli do godziny 13 nie znajdzie się w studiu, moja krótka kariera w telewizji dobiegnie końca.

– U... Ustęp? Przykro mi, panie premierze, ale raczej nie mamy.

Premier zgromił mnie wzrokiem i zmiął w ustach przekleństwo, mimo to jednak pozwolił mi się poprowadzić na plan, by rozpocząć godzinny wywiad na żywo. Na moment przed pierwszą rozbrzmiały pierwsze dźwięki naszej czołówki. Odetchnąwszy z ulgą, znienacka doznałam objawienia: premier chciał po prostu pilnie skorzystać z toalety, pytał o sanitariat. Słowa. Potęgą niefortunnie dobranego zdania. Zastanawiałam się, czy wystawiony na ciężką próbę pęcherz negatywnie wpłynie na jego postawę w rozmowie.



Szesnastego lipca 2015 roku minister zdrowia wyruszył na wojnę. Ulubioną bronią Jeremy’ego Hunta – jak przystało na byłego specjalistę od PR, który został politykiem – zawsze będą słowa, a tym razem użył ich z porażającą determinacją. O ile John Major doznał niepowodzenia za sprawą kolokwialnego anachronizmu, o tyle przemówienie, które tego ranka Hunt wygłosił w siedzibie poświęconemu służbie zdrowia think tanku King’s Fund, zdawało się dokładnie obliczone na rozwścieczenie lekarzy oszczerstwami na temat ich poczucia powołania.

Wedle Hunta pacjenci niepotrzebnie umierali w szpitalach, ponieważ konsultanci odmawiali pracy w weekendy, co powodowało wzrost liczby zgonów w te dni. Precyzyjnie rzecz ujmując, co roku można było uniknąć sześciu tysięcy zgonów, czyli śmierci na masową wręcz skalę¹. Później podciągnął tę liczbę do jedenastu tysięcy weekendowych śmierci rocznie, lecz nawet ostrożniejszy z szacunków zdawał się absolutnie nie do obrony. „Kiedy

czyni się z medycyny zawód od poniedziałku do piątku – powiedział owego ranka w programie *Today* na antenie BBC Radio 4 – konsekwencje są katastrofalne”². Jak podkreślał, praca siedem dni w tygodniu powinna stanowić „element medycznego powołania, w którym chodzi przecież o to, by pacjenci mogli na swoim lekarzu polegać”. Wniosek był jasny: lekarze są za mało profesjonalni i nie dość oddani pacjentom, by poświęcić swoje soboty i niedziele.

Treść przemówienia objęto trwającym do północy embargiem, przez co następnego ranka Hunt zdominował większość pierwszych stron gazet. Sama o jego ataku dowiedziałam się o czwartej rano – ot, konsekwencje posiadania w domu czterolatki z kłopotami z pęcherzem. Kiedy już otuliłam córeczkę do snu, popełniłam nocny grzech i zerknęłam na newsy w smartfonie. Błąd. Choć tym razem Hunt obrał sobie za cel nie lekarzy rezydentów, a naszych kolegów konsultantów, po chwili płonęłam białą furją.

W swoim przemówieniu minister zdrowia sugerował, że w sobotę i niedzielę prawdopodobieństwo śmierci pacjentów było o 15 procent wyższe – miał to być tak zwany „efekt weekendu” – ponieważ luka prawna w kontraktach umożliwiała rezydentom niepodejmowanie pracy w weekendy w szpitalach podlegających NHS. Zamiast tego oferowali rzeczonym szpitalom swe usługi jako lekarze na zastępstwo, prywatni zleceniobiorcy, których horrendalne stawki weekendowe, sięgające 200 funtów za godzinę, rujnowały budżet NHS. Takich chciwych konsultantów Hunt zestawiał z lepszymi od nich altruistami, którzy co weekend „doglądali w szpitalach pacjentów, wiedzeni profesjonalizmem i życzliwością, za które często ani nie otrzymywali podziękowań, ani nie zdobywali uznania”.

Wciąż jeszcze otumaniona, z początku nie potrafiłam rozszyfrować znaczenia tych zarzutów. Przez sześć lat jako rezydentka pracowałam w weekendy na różnych oddziałach w rozmaitych szpitalach, zazwyczaj co miesiąc w innym. SOR, chirurgia ogólna, kardiologia, intensywna terapia internistyczna, gastroenterologia – do wyboru, do koloru. Było jednak coś, co te robocze

weekendy łączyło. Przy każdej okazji towarzyszył mi konsultant, który tak w sobotę, jak i w niedzielę prowadził poranny obchód po salach. Przez resztę dnia wystarczyło wezwać go przez telefon. A kiedy miałam nocny dyżur, w razie potrzeby mogłam zadzwonić do niego o dowolnej porze. Jeśli jego wiedza fachowa okazałaby się niezbędna, natychmiast stawiałby się z powrotem w szpitalu. Z moich obserwacji wynikało, że weekendy dyżurujących konsultantów zaczynały się na dobrą sprawę w piątek wieczór i rozciągały na pełne sześćdziesiąt godzin, bez jakiegokolwiek przerwy, aż po poniedziałkowy poranek.

A zatem o co właściwie chodziło Huntowi tego dnia, w którym ruszył łańcuch wydarzeń prowadzących do strajku NHS? Przedstawiony przezeń obraz doświadczonych lekarzy jako dezertujących dyletantów tak wielce odbiegał od moich własnych obserwacji, że zdezorientowana gapiłam się na ekran. Wtem pojęłam. Była to klasyczna zagrywka polityczna polegająca na połączeniu faktów z hipotezami dla stworzenia argumentacji pozornie nie do odparcia. Konsultanci faktycznie mieli w swoich umowach klauzulę pozwalającą im nie podejmować pracy w weekendy – lecz dotyczyła ona działań rutynowych, nie interwencji w nagłych przypadkach. Mogli odmówić jedynie podjęcia się niepriorytetowych działań, takich jak zabiegi planowe czy dodatkowe weekendowe wizyty w przychodni. Weekendy „dyżurne” – czyli te, podczas których zajmowali się pacjentami przebywającymi na oddziale, a także ewentualnymi nowymi przyjęciami – były niemal we wszystkich przypadkach obowiązkowe. Hunt pominął tę kluczową różnicę, aby odmalować straszliwą wizję masowych i możliwych do uniknięcia zgonów, za które należało winić konsultantów. Tyle że ci, z którymi pracowałam w weekendy, nie byli tam w charakterze lekarzy na zastępstwie, ale jako pracownicy NHS, więc i tak zapewniali opiekę siedem dni w tygodniu.

Podsyciwszy obawy mylnymi słowy o konsultantach-weekendowych bumelantach, Hunt od razu przystąpił do ich uspokajania. Problemowi, który dopiero co sam sztucznie stworzył, zamierzał zaradzić zmianami w kontraktach.

Chciał je wymóc na lekarzach choćby siłą: „Oczekuję, że do końca tej kadencji parlamentarnej większość lekarzy zatrudnionych w szpitalach będzie pracować na całotygodniowych kontraktach”. Związkowi zawodowemu lekarzy BMA przedstawił sześciotygodniowe ultimatum: jeśli w tym okresie nie dojdą z Huntem do porozumienia w kwestii nowych kontraktów dla konsultantów, porozumienie zostanie im narzucone.

Był to doskonały przykład politycznej manipulacji. Bierzymy trochę prawdy, dosypujemy garść kłamstw, insynuujemy, rzucamy oskarżenia i manipulujemy danymi, aby zagwarantować, że nasze racje, jakkolwiek wątpliwie umocowane w faktach, przebiją się na upragnione przez nas powierzchowne nagłówki.

Przez resztę nocy gotowałam się w bezgłośnej furii. Sugestia, że ktokolwiek z nas, czy to rezydent, czy konsultant, miałby wykorzystywać klauzule weekendowe dla własnych finansowych korzyści, była tak głęboko obraźliwa, że nie pozwalała mi zasnąć. O lekarzach można powiedzieć wiele – że są nadęci, uparci, aroganccy, zadufani w sobie – lecz nie spotkałam dotąd żadnego, który wstąpiłby w szeregi NHS po to, by się szybko wzbogacić. Jeśli zależałoby nam na trzaskaniu kasy, zdecydowalibyśmy się na karierę biznesową w londyńskim City, a nie na medycynę. Zdecydowanie więcej forsy, zdecydowanie mniej płynów ustrojowych – a przynajmniej taką miałabym nadzieję.

Mój gniew tylko po części rozpałały insynuacje pod adresem moich starszych kolegów. Kto wie, czy nie bardziej rozwścieczyła mnie bezczelność tej zagrywki – cyniczne przekręcenie faktów w celu nastawienia opinii publicznej przeciwko lekarzom i ich związkowi. Czy istnieje skuteczniejszy sposób na wygranie sporu branżowego niż skąpanie go we krwi, której rozlewem dałoby się uniknąć? Wedle narracji Hunta niezgoda BMA na kapitulację kosztowała życie sześciu tysięcy osób rocznie. Jakżeż ci konsultanci mogli żyć ze świadomością, ile krwi mają na rękach? Jakże opinia publiczna mogła nie opowiedzieć się przeciwko nim? Było to zagranie nieszczerze, zwodnicze i doprawdy genialne – wizerunkowy majstersztyk.

Rankiem w dniu publikacji przemówienia Hunta, otumaniona brakiem snu i wciąż dysząc ze złości, zjawiłam się w pomieszczeniu socjalnym dla lekarzy w moim szpitalu. W pokojach tych nawet w najlepszych okolicznościach nieuchronnie robi się bałagan. Na paskudnych kanapach można zastać resztki po jedzeniu na wynos, porzucone fartuchy, brudne szpitalne koce, z dawna zagubione stetoskopy, a czasami i czyjś gnijący trampek. Bywałam w pomieszczeniach socjalnych, gdzie pod podłogą roiło się od karaluchów, które wychodziły na powierzchnię, by dotrzymywać towarzystwa lekarzom na nocnych zmianach. Czasami przed świtem widywałam, jak z przewodów wentylacyjnych w suficie wyglądał szczur. Pokojom socjalnym dla lekarzy daleko do splendoru. Lecz 16 lipca rano najszeptniejsze były padające tam określenia. Pięć czy sześć zespołów pilnej pomocy medycznej siedziało nad listami przyjętych pacjentów, jak gdyby omawiali istotne tego dnia sprawy i problemy przed przystąpieniem do porannego obchodu. Tyle tylko, że tym razem mówiło się wyłącznie o Jeremym. A „mówiło się” oznacza w tym przypadku nieskrępowany potok dosadnych wulgaryzmów. Mam na myśli inwektywy światowej klasy, iście starotestamentową furię, którą okazywali zarówno konsultanci, jak i rezydenci.

Kiedy tak używaliśmy sobie na ministrze zdrowia, moją uwagę zwróciło niezwykle poczucie jedności pomiędzy starszymi i młodszymi stażem lekarzami, którzy pod ostrzałem okazali się niepodzielni. Hunt mógł przewidzieć gniew, jaki wywoła jego przemówienie, mógł się nawet jego perspektywą rozkoszować, lecz z czasem okazało się, że ta solidarność go zaskoczyła. Lekarze zazwyczaj wykazują się silną mentalnością plemienną. Interniści obgadują chirurgów, konsultanci rezydentów, a przedstawiciele każdej z medycznych specjalizacji potajemnie uważają się za lepszych od pozostałych. Lecz tego dnia wszyscy byliśmy po prostu lekarzami. Rozgniewaną, skrzywdzoną, spójną zbiorowością. Coś się we mnie przesunęło, pękła pewna granica i poczułam, że nie jestem sama.



Mniej więcej dwa lata wcześniej, o czwartej nad ranem pewnej niedzieli weekendowa nocna zmiana zdołała mnie pokonać.

Pośród standardowego zalewu piknięć, którymi pielęgniarki wzywały mnie od jednego pacjenta do drugiego, odebrałam wezwanie z onkologii. Nietypowo w środku nocy karetka przywiozła pacjentkę wymagającą przyjęcia na oddział paliatywny. Tego rodzaju przyjęcia zazwyczaj planuje się z wyprzedzeniem, aby umierającym pacjentom oszczędzić męczących przejazdów o nieludzkich porach. Nikt do końca nie wiedział, dlaczego ta pacjentka zjawiła się akurat wtedy.

– Oczywiście, zaraz tam będę – zaszczębiotałam radośnie, zarazem w myślach przeklinając los, że każe mi świtem przyjmować pacjentkę w stanie terminalnym. Nie to, żebym była zupełnie bez serca, ale po nocnym gaszeniu pożarów przez czternaście czy piętnaście godzin z rzędu czasu i energii zostaje tylko na sytuacje nagłe. Kiedy jeden lekarz dyżurny przypada na kilkuset pacjentów rozsianych po różnych piętrach szpitala, dotarcie w porę do tych z udarem, krwotokiem, zawałem serca czy zagrażającym życiu wstrząsem septycznym wymaga bezwzględnej, zautomatyzowanej skuteczności w działaniu. Nocami napięta obsada praktycznie uniemożliwia troskliwą opiekę nad pacjentami. A teraz, pośród rutynowego zgiełku, zjawiła się pacjentka, która właśnie była w trakcie procesu umierania. Potrzebowała opieki hospicyjnej – bezgranicznego współczucia, cierpliwości i czasu – a ja, zniewolona wciąż pikającym pagerem, po prostu nie mogłam jej tego zapewnić.

Nim weszłam do sali pacjentki, poprosiłam pielęgniarki, by wstrzymały się z wywoływaniem.

– Wzywajcie mnie wyłącznie w nagłych przypadkach – poprosiłam, przewidując, że zastanę kogoś w stanie niekontrolowanego cierpienia, kto być może ma pożegnać się z życiem bez godności czy też ukojenia.

Tymczasem w pokoju panowała zupełna cisza. Przycupnięci wokół łóżka członkowie rodziny przesłaniali pacjentkę, a ich ramionami wstrząsał niemy szloch. Szlochali matka, ojciec, siostra, brat, a jak się okazało, gdy się rozsunęli, także i sama pacjentka, młoda kobieta po dwudziestce. Czułam się raczej jak intruz aniżeli uzdrowicielka, oto bowiem naruszałam zbiorową rozpacz gęstą jak krew. Członkowie rodziny jak jeden mąż zwrócili się w moją stronę, a oczy błyszczały im od łez i nadziei, że będę mogła coś im dać, cokolwiek. Rzut oka wystarczył, bym wiedziała, że nie mogę. Pacjentka była w terminalnej fazie raka szyjki macicy. Zbyt młoda, by zbliżyć się do śmierci, wyglądała na wychudzoną, pokonaną i tak bardzo wycieńczoną wysiłkiem, jakiego wymagało utrzymanie się przy życiu, jak to tylko u osoby wciąż żywej możliwe. Nasze spojrzenia się spotkały. Jeszcze nigdy dotąd nie widziałam, by ktoś był aż tak zmęczony, by tak słabo trzymał się życia. Wyblakła, pobladła, ta kobieta była zwiewna jak powietrze. Wiedziałam, że wie równie dobrze jak ja, że umiera. Słowa były zbędne, jej wygląd mówił wszystko.

Domyślając się, że mówienie sprawi jej wysiłek, ja również przykucnęłam przy łóżku i delikatnie ujęłam jej dłoń.

– Nazywam się Rachel – powiedziałam. – Jestem pani lekarką i jestem tu, aby pani pomóc. Ma pani na imię Sarah, prawda? Jeśli tylko możliwe, proszę mi powiedzieć, jak się pani czuje. I jak mogę pani pomóc.

Powoli, jakby zbierając pozostałe resztki sił, niezauważalnie pokręciła głową. Wydała z siebie ledwo słyszalny szept:

– Nie może pani.

Poczułam się zbędna, bezsilna, zbyt nieudolna, by coś naprawić.

– Czy odczuwa pani jakiś ból? – spytałam cicho. Ponownie słabo pokręciła głową. – Czy cokolwiek sprawia pani dyskomfort? – Ta sama reakcja. – Czy cokolwiek mam dla pani zrobić? – I znowu.

Pozwoliła mi się przebadać tak szybko i pobieżnie, jak tylko mogłam z zachowaniem bezpieczeństwa. Rak odarł ją ze wszystkiego do skóry i kości, wiedziałam więc, że każdy nieamortyzowany ruch może jej sprawić

niepotrzebny ból. Oddech miała płytki i grzechoczący. W sercu słyhać było szmery między uderzeniami, którymi starała się wbrew przeciwnościom podtrzymać krążenie krwi. Brzuch, pomimo wydatnego wodobrzusza spowodowanego nowotworem, nie był szczególnie twardy. Skórę miała całą, kończyny ciepłe. Nie znalazłam niczego, co wymagałoby natychmiastowej interwencji.

U kresu życia zwykle u wszystkich pacjentów pojawiają się te same objawy. Często, rzecz jasna, przede wszystkim chodzi o ból, lecz w bardzo wielu przypadkach współczesna medycyna znajduje coraz to doskonalsze sposoby na zapanowanie nad tym nawet najtrudniejszym do uśmierzenia. Powszechnie spotyka się także brak tchu, płuca bowiem zajmuje płyn, guz albo stan zapalny. Trzecim wielkim wyzwaniem opieki paliatywnej jest zapanowanie nad pobudzeniem, niepokojem i lękiem, gdyż tak zwane anksjolityki – leki przeciwlękowe – w dużych dawkach mogą sprawiać, że pacjenci staną się zbyt senni, by w pełni zdawać sobie sprawę z własnego położenia.

Nie wydawało się, by mojej pacjentce dokuczał niepokój czy ból. Mimo to musiałam zyskać pewność. Spytałam ją wprost:

– Czy pani się boi? – Znów zaprzeczyła drobnym ruchem głowy. Zastanawiałam się, czy obezwładniające zmęczenie zniszczyło w niej resztki strachu. Być może w śmierci dostrzegała już wybawienie od męki – a wręcz harówki – jaką stało się pozostawanie przy życiu. Choć było jasne, że jej śmierć nadchodzi, chwilowo zdawała się wolna od wszelkich niepokojących objawów. Spytałam ją, czy chce, bym porozmawiała z jej rodziną, a gdy na to szeptem przystała, przeszliśmy do standardowo malutkiego pomieszczenia, jakie NHS przewidział na spotkania z bliskimi.

Moja dwudziestoczteroletnia pacjentka z rakiem przeżyła ponad rok. Przeszła radykalną, okaleczającą operację, ale nie udało się usunąć guza, który – jak się później okazało – zdążył już dokonać przerzutów na inne części jej ciała. Chemioterapia zyskała dla niej nieco czasu, lecz nie dała jej nadziei na wyleczenie. Rozmowę prowadziła ze mną jej matka. Nie okazywała emocji,

podczas gdy dwoje rodzeństwa płakało z pochylonymi głowami, ojciec zaś stał twarzą do ściany, nie spoglądając na mnie. Jeszcze jeden brat chorej przebywał za granicą, w Ameryce Południowej, i wedle słów matki gotowy był rzucić wszystko i natychmiast wrócić do domu, jeśli istnieje niebezpieczeństwo, że Sarah umrze.

Lekarze starają się unikać pochopnego prognozowania. Jeśli nie jesteśmy w stanie dokładnie ocenić, ile komuś pozostało życia – a nader często nie jesteśmy – nie spieszymy się przedstawiać potencjalnie mylących spekulacji. W szczególności lekarze rezydenci, którzy nie mają jeszcze wieloletniego doświadczenia, które naszym starszym kolegom wyostrzyło zdolności przewidywania losu pacjenta, są dojmująco świadomi własnych ograniczeń. Sama byłam bardzo niedoświadczona, miałam za sobą ledwie cztery lata praktyki zawodowej. Ale była druga albo trzecia w nocy, a matka Sary zadała proste, lecz ważne pytanie: czy jej syn powinien wsiąść w pierwszy samolot do domu?

Nie musiałam udzielać szczerzej odpowiedzi. Mogłam naściemniać, wykorzystać swój brak doświadczenia i uchylić się od trudnej rozmowy. Rano musieliby ją odbyć moi bardziej obeznani koledzy. Ale wydało mi się to tchórzliwe. Choć więc nie mogłam zaoferować im żadnej pociechy, przynajmniej mogłam dać im prawdę. Toteż po przedstawieniu istotnych zastrzeżeń co do trudności ze stawianiem dokładnych prognoz powiedziałam, że tak, brat Sary powinien złapać pierwszy nadarzący się samolot, ponieważ z jego siostrą jest bardzo, ale to bardzo niedobrze. Możliwe było, że zaraz umrze. Nie zdziwiłoby mnie wcale, gdyby nie przeżyła kolejnych kilku dni.

Czas na moment zastygł, po czym pomieszczenie rozbrzmiało smutkiem. Poprzez wrzaski, szlochy i wycia rodzina dała wyraz swej rozpacz. Ojciec Sary raz za razem uderzał pięścią w ścianę, jęcząc i kręcąc głową. Sama siedziałam zdjeta przerażeniem w obliczu emocji, jakie rozpętałam. Mężczyzna odwrócił się w moją stronę, niemalże warcząc z wściekłości.

– Nie będziesz jej szprycować. Nie zabierzesz jej nam. Nie dam ci jej otumanić. Bóg mi świadkiem, zabiję cię, jeśli ją odurzysz.

Reszta rodziny zwróciła się przeciwko niemu.

– Tato – krzyknęła siostra chorej – pani doktor nie będzie jej odurzać. Chce jej tylko zapewnić komfort.

Ojciec w odpowiedzi tym agresywniej uderzył pięścią w ścianę. Żona krzyczała na niego, żeby przestał. Członkowie rodziny przerzucali się oskarżeniami, a ja czułam się jak okruch pochwycony przez wir. Zdawałam sobie sprawę, że to nie ja, a nowotwór rozszarpał ich świat na kawałki, lecz mimo to czułam się odpowiedzialna. Chcąc dać im czas na przyswojenie prognozy, wyszłam z pokoju, by uzupełnić dokumentację pacjentki. Być może starałam się ukryć.

Po powrocie spostrzegłam, że gniew opadł. Jego miejsce zajęły przybicie i rezygnacja. Ojciec Sary w dalszym ciągu nie patrzył mi w oczy, lecz teraz płakał bezgłośnymi łzami z pozostałymi członkami rodziny. Zaczęłam mówić o delikatnej równowadze pomiędzy minimalizowaniem dokuczliwych objawów a zagwarantowaniem, że pacjentka pozostanie tak przytomna, jak to tylko możliwe. O tym, że moim bezwzględnym priorytetem jest zapewnienie Sarze komfortu. Że – jak obiecałam – nie ustnę w wysiłkach, by zadbać o to, by kres jej życia był jak najlepszy. Omówiliśmy możliwy przebieg wypadków w nadchodzących godzinach i dniach. Aż wreszcie skończyły się nam słowa.

Kiedy już miałam wyjść, moja dłoń zawisła niepewnie nad klamką. Zdruzgotałam tę niezwykle oddaną sobie rodzinę i wydaje mi się, że chciałam to jakoś odpokutować.

– O ile... nie ma pani nic przeciwko – zwróciłam się do matki Sary – przed wyjściem chciałabym coś powiedzieć.

Wstała i stanęłyśmy naprzeciwko siebie. Gdy mówiłam, nieco podenerwowana i oszołomiona świadomością, że ryzykuję, ani na moment nie oderwała ode mnie spojrzenia.

– Kiedy weszłam dziś do pokoju Sary, spostrzegłam dwie rzeczy. Po pierwsze zauważyłam pacjentkę, chorą tak bardzo, jak to tylko możliwe. Sama pani wie, że nie musiałam kończyć medycyny, by dostrzec, jak źle jest z państwa córką. Ale zobaczyłam tam coś jeszcze. Ujrzałam kogoś otoczonego miłością. Byliście tu wszyscy i dawaliście jej to, czego najbardziej było jej potrzeba. Otaczaliście ją miłością. Widziałam wiele osób, które umierały w samotności. Z Sarą tak nie jest. Wie, że jest kochana. Dzięki wam.

Może moje słowa były ckliwe i rażąco niestosowne. Ale bez wątplenia były szczere. Zbyt wiele razy trzymałam za rękę starszych, zapomnianych pacjentów i pod nieobecność rodziny czy przyjaciół jako jedyna towarzyszyłam im, gdy wydawali ostatnie tchnienie. Fakt, że całe ludzkie życie może sprowadzić się do tego – do końca tak błahego, że ani jedna osoba go nie opłacze, a nawet nie zauważy – nie przestaje mnie przerażać. Ku mojemu zdziwieniu, matka Sary podeszła i mnie objęła, dziękując w potoku łez.

Byłam wykończona. Wyszłam, żeby również się nie rozpłakać.

W dyżurce pielęgniarek lista nowych zadań, jaka narosła od chwili, gdy odłożyłam pager, zajmowała niemal całą kartkę A4. Serce mi struchlało. Całą noc czekało mnie nadganie zaległości. Jakby na zawołanie ożył mój pager ratunkowy. „Zatrzymanie krążenia u dorosłego. Zatrzymanie krążenia u dorosłego. Sala 6A. Ekipa reanimacyjna do sali 6A”. Bóg Nocnych Dyżurów postanowił zagrać nieczysto.

– Aj, właśnie miałam ci po tym wszystkim zrobić herbaty – oznajmiła dyżurna pielęgniarka, gdy klnąc pod nosem, popędziłam korytarzem.

Mniej więcej w tym czasie dyrektor do spraw medycznych NHS England, kardiochirurg znany jako profesor sir Bruce Keogh, zaczynał przebijać się w mediach z narracją dotyczącą nowej, ważnej misji, jaką miał być „całotygodniowy” NHS. Nawet tego weekendu w gazetach pełno było jego wypowiedzi, a w każdej rażąco pomijał kwestię tego, skąd miałyby się wziąć środki na jego wizjonerską, nową, całotygodniową służbę zdrowia.

Kilka godzin, jedno wezwanie reanimacyjne i małą górę zleceń po spotkaniu z Sarą później zwolniłam na parę minut, by wysiorbać nieco kofeiny pod postacią dietetycznej coli – mojej ulubionej używki podczas nocnych dyżurów. Rzuciłam okiem na jeden z nagłówków poświęconych Keoghowi i coś we mnie nie wytrzymało. Tylko wyjątkowo odklejony od skrzeczącej szpitalnej rzeczywistości aparatczyk z NHS mógł upierać się przy całotygodniowej służbie zdrowia przy braku całotygodniowego finansowania. Pięć minut później poprzez mgiełkę furii zdałam sobie sprawę, że właśnie wysmażyłam roboczą wersję listu do ogólnokrajowej gazety. Przez kolejne tygodnie i miesiące skrupulatnie rozważałam, czy wysłać list do publikacji. Ostatecznie uznałam, że uwypuklenie moich niepokojów co do potencjalnych kosztów, jakie pacjenci poniosą w razie rozszerzenia opieki bez adekwatnego finansowania, było nie tylko możliwe do usprawiedliwienia, ale wręcz niezbędne, albowiem moim podstawowym obowiązkiem jako lekarki było zawsze działać w najlepszym interesie pacjentów. List brzmiał następująco:

Szanowny Panie,

Jest czwarta nad ranem, a ja jestem lekarką rezydentką i piszę z weekendowej nocnej zmiany w szanowanym szpitalu klinicznym. Odpowiadałam na wezwania do zatrzymania krążenia, reagowałam na zagrażające życiu krwotoki i wstrząsy septyczne, trzymałam za dłoń młodą kobietę umierającą na raka, usiłowałam pocieszyć jej rodzinę, przemierzyłam mile ciemnych korytarzy, gdzie chwilami chciałam szlochać z wyczerpania, zapomniałam o jedzeniu, zapomniałam o picciu, sięgałam do najgłębszych rezerw posiadanej siły, aby w tę niekończącą się noc móc wciąż dawać moim pacjentom współczucie, życzliwość, a przede wszystkim właściwe leki.

Teraz zaś, skulona nad dietetyczną colą przy laptopie, czuję się porażona kompletną absurdalnością fantastycznych pomysłów politycznych profesora sir Bruce'a Keogha, rządu oraz opozycji, wedle których całotygodniowa opieka zdrowotna w ramach NHS jest możliwa bez należytego zwiększenia finansowania.

Czy naprawdę nie zdają sobie sprawy z tego, jak rozpaczliwie skąpymi dysponujemy środkami? Nie wydaje mi się. To prosta arytmetyka. Udawanie, że NHS jest w stanie zapewnić całotygodniową opiekę bez dodatkowych funduszy jest nie tylko oznaką hipokryzji, a bezpośrednim zagrożeniem dla pacjentów.

Pozostaję z szacunkiem
dr Rachel Clarke

Sama miałam się o tym dowiedzieć dopiero wiele miesięcy później, lecz mój list – którego ukazanie się dość mocno zirykowało władze zatrudniającego mnie szpitala – wyrażał istotę sprzeciwu wielu lekarzy rezydentów wobec całotygodniowej krucjaty Jeremy’ego Hunta. Bez wątpienia nie była to wrogość wobec samej koncepcji polepszenia opieki w weekendy. Choć materiał dowodowy w sprawie „efektu weekendu” był dyskusyjny – niektóre badania wykazywały wzrost liczby zgonów w weekendy, inne niczego takiego nie dowodziły – ja szczerze sobie życzyłam, by weekendy w moim szpitalu były lepiej obsadzone. Rezydenci lepiej niż ktokolwiek inny zdają sobie sprawę, że o ile niektóre części szpitala, takie jak SOR, są w równym stopniu obsadzone bez względu na dzień tygodnia, o tyle większości pacjentów przyjętych na oddziały pilnuje szkieletowa załoga lekarzy, których głównym zadaniem jest postarać się zapewnić im bezpieczeństwo do poniedziałku rano, kiedy szpital wznawia zwykle funkcjonowanie w pełnym zakresie. Zdarza się, że pacjenci, poza pilnymi przypadkami, na dwa dni wpadają w stan zawieszenia i ze względu brak weekendowych mocy przerobowych pozbawieni zostają dostępu do diagnostyki obrazowej i innych badań.

Od polityków odróżniała nas jednak świadomość, że ulepszonej opieki weekendowej nie da się uzyskać samą tylko narracją. Wymagało to zasobów pieniężnych oraz ludzkich. Personel pracujący na pierwszej linii doskonale wiedział, że podstawową przeszkodą na drodze do zapewnienia lepszej opieki w weekendy nie była kwestia zmiany warunków naszych kontraktów, lecz skończona liczba dostępnych w ramach NHS lekarzy, pielęgniarek i innych

pracowników służby zdrowia. Bez zatrudnienia dodatkowych ludzi istniały jedynie dwa sposoby, by uporać się z weekendowymi brakami kadrowymi: albo odsunąć nas od pacjentów w okresie od poniedziałku do piątku, albo też zmusić, byśmy pracowali netto więcej godzin. Wątpiłam, by którekolwiek z tych rozwiązań mogło zapewnić pacjentom bezpieczeństwo.

O dziesiątej rano, oszołomiona ze zmęczenia, wreszcie ruszyłam do domu. Prowadzenie samochodu po nocnym dyżurze bywa niebezpieczne. W ostatnich latach w Wielkiej Brytanii kilkoro lekarzy rezydentów zginęło, zasnawszy za kierownicą. Zresztą i dla mnie powrót do domu po pierwszym weekendzie wielkanocnym spędzonym na dyżurze o mały włos nie skończył się tragicznie. W ułamku sekundy, na który opadły mi powieki, wpakowałam się prosto na zaparkowane auto. Na szczęście cudem wyszłam z kraksy bez szwanku. Rankiem po nocy, kiedy poznałam Sarę, zatrzymałam się z innego powodu. Nie dlatego, że oczy mi się zamykały, lecz ponieważ niespodziewanie oślepiły mnie łzy. Przez całą noc nie płakałam, ale teraz, w zatoczce dwujezdniowej szosy, wciąż w tych samych adidasach i śmierdzącym stroju, myślałam, że nie przestanę.

Była ponad dziesięć lat ode mnie młodsza, a rak zeżarł ją na oczach rodziców. Próba udzielenia im pomocy przy jednoczesnym zadbaniu o bezpieczeństwo wszystkich innych powierzonych mi na tę noc pacjentów wymagała ogromnej wytrzymałości, lecz ani przez moment nie dopuszczałam myśli, że mogłabym próby tej nie podjąć – wydawałoby mi się to nieludzkie. A nie był to jakiś szczególny wypadek. Ot, rutynowa, codzienna sytuacja. Tak w jedną noc przedstawiała się pierwsza linia działań w ramach NHS. Poprzecierana, ledwie sklecona, niebezpiecznie skąpo obsadzona, uparta, z trudem utrzymywana przez niezmordowane zastępy pielęgniarek, lekarzy i innych pracowników nieczekających na podziękowania ani niespodziewających się uznania, lecz po prostu ze spuszczoną głową robiących swoje. Każdego dnia na terenie całego kraju w szpitalach rozgrywały się tysiące takich scenariuszy.

W takich oto okolicznościach 16 lipca 2015 roku Jeremy Hunt postanowił dokonać zamachu na wysiłki opiekuńcze lekarzy. W pełni świadomie przedstawił nas jako leniwych i chciwych. Było to równie wykalkulowane, co agresywne.

Znieważona, zdumiała i wściekła obsada pierwszej linii szykowała się do kontrataku.

ROZDZIAŁ DRUGI

CZYNY

Aż do lata 2015 roku w dziedzinie mediów społecznościowych byłam poczciwiną z gatunku tych, co to na Facebooku przyjaźnią się wyłącznie z rzeczywistymi znajomymi, na Twitterze śledzą jakieś trzy osoby, poczynania nastolatków na Snapchacie uważają za absolutnie przerażające (czy moje dzieci za dziesięć lat naprawdę będą oddawać się sextingowi?) i w żadnym razie nie wiedzą, co to „mem”. Kiedy na facebookowej osi czasu wyskakiwało mi zdjęcie uroczego kotka, z niewiadomych przyczyn „polubione” przez 2,3 miliona osób, ogarniało mnie przede wszystkim uczucie poirytowania. WhatsApp z kolei brzmiał złowieszczo – nieco zbyt podobnie do Snapchata, jak na mój gust.

Lecz w weekend zaraz po oddaniu przez Jeremy’ego Hunta pierwszej salwy w kierunku lekarzy nawet taka zrzędliva, stara ludystka jak ja dzięki potędze mediów społecznościowych dostała energetycznego kopa. Anonimowy lekarz rezydent wpadł na pomysł, jak w doskonale nowoczesny sposób odpowiedzieć na twierdzenia Jeremy’ego Hunta, jakoby lekarze nie pracowali w weekendy: hasztagiem. Lekarz ów, mający spędzić w pracy po trzynaście godzin w piątek, sobotę i niedzielę zaraz po przemówieniu Hunta, ukuł slogan doskonały. Brzmiał on po prostu #ImInWorkJeremy – #JestemWPracyJeremy.

Lekarz rozpoczął kampanię w piątkowy wieczór. W ciągu paru godzin Twitter i Facebook wypełniły się zdjęciami lekarzy rezydentów, konsultantów, pielęgniarek i ratowników medycznych zajętych pracą w szpitalach i przychodniach na obszarze całego Zjednoczonego Królestwa. W ramach spontanicznej erupcji oddolnego oporu personel NHS jak kraj długi i szeroki

pokazywał wąż ministrowi zdrowia, który ośmielił się zastraszyć nieświadomą opinię publiczną mylącym stwierdzeniem, że NHS nie jest gotowe dbać o ludzi siedem dni w tygodniu.

Do akcji dołączyły tysiące pracowników służby zdrowia, a hasło #ImInWorkJeremy stało się jednym z najpopularniejszych hashtagów tego weekendu. Tendencję, ma się rozumieć, zauważyły media mainstreamowe, a ogólnokrajowa prasa przez cały weekend publikowała materiały o tym, jak „personel NHS ruszył na Twittera, aby potępić Jeremy’ego Hunta”, jak to ujęli w „Daily Mail”³. #ImInWorkJeremy rozprzestrzeniło się viralowo.

PR-owcy Hunta w ministerstwie zdrowia, zapewne wstrząśnięci zaciekłością reakcji, jaką na siebie ściągnął, postanowili, że sami również spróbują spontaniczności w mediach społecznościowych. Tak więc w sobotę rano Hunt wziął się do promowania dowodów na własną pracę w weekendy, tweetując zdjęcie, na którym towarzyszył zespołowi neurochirurgów z University College London Hospital. Entuzjastyczny podpis głosił: „Fascynująca wizyta na UCLH, okazja, by zobaczyć operację mózgu pod inspirującym przywództwem Neila Hitchena. Dziękuję za gościnę”⁴. Przy okazji niefortunnie strzela do własnej bramki, bowiem na wrzuconym przez niego zdjęciu widać tablicę z wypisanymi nazwiskami pacjentów odwiedzanego oddziału neurochirurgii. Hunt właśnie podzielił się ich danymi z siedemdziesięcioma tysiącami osób, które wówczas śledziły go na Twitterze, co stanowiło rażące naruszenie prywatności pacjenta. Choć fotografię naprędce edytowano, usuwając kompromitujące informacje, rozwścieczeni lekarze – w których imperatyw ochrony poufności pacjentów zakorzeniony jest bardzo głęboko – masowo wezwali go do przeprosin. Jak pewna lekarka – Lauren Nicole Jones – ujęła to na Twitterze: „Gdybym ja udostępniła ponad 70 tysiącom ludzi zdjęcie umożliwiające identyfikację pacjenta, zasłużyłabym na zwolnienie z szeregów NHS”⁵. Być może prywatnie Hunt przeprosił wszystkich pacjentów, których rzecz dotyczyła, lecz na forum publicznym żadnych przeprosin nie było.

Ja również pracowałam w ten weekend – doglądałam pacjentów w poważnym stanie na Oddziale Diagnostycznym Nagłych Przypadków mojego szpitala. Jak zwykle, zapotrzebowanie było ogromne, a pracujący ze mną konsultanci i inni rezydenci ścigali się z presją czasu, aby zająć się każdym pacjentem z należytą skrupulatnością i starannością. Lecz nawet ja, przy całym swoim sceptycyzmie wobec mediów społecznościowych, znalazłam dziesięć sekund, by strzelić sobie fotkę smartfonem i wrzucić ją na moje nowe konto na Twitterze, którego na razie nikt nie obserwował. Tak jak w przypadku wszystkich innych uczestników akcji, fenomen hasła #ImInWorkJeremy zawładnął moją wyobraźnią i wysyłając tweeta, poczułam, że wyrażam sprzeciw, choćby nawet na mikrą skalę, wobec podejmowanej na poziomie rządowym kampanii dezinformacyjnej.

Z perspektywy czasu wiem, że w weekendowym proteście w mediach społecznościowych jak w soczewce skupiły się najistotniejsze cechy sporu pomiędzy lekarzami a rządem, który – jak wkrótce się okaże – miał trwać rok. Po pierwsze, dowiódł, że bez względu na wytężone starania ministerstwa zdrowia, mające na celu kontrolowanie przekazu, energia i szybkość mediów społecznościowych umożliwia im niekiedy odwrócenie założonej narracji. Władze wychodziły z siebie, aby zapanować nad swoją opowieścią o „efekcie weekendowym”, posuwając się wręcz do tego, że okryte ponurą sławą wystąpienie Hunta udostępniły mediom na zasadzie „zero kontaktu”, co oznaczało, że z wyprzedzeniem dopuściły dziennikarzy do jego treści pod warunkiem, że ci nie będą się kontaktować z osobami, których wystąpienie dotyczy. Taka kontrowersyjna i nieczęsto stosowana zagrywka zagwarantowała, że w początkowych publikacjach poświęconych sprawie nie pojawił się punkt widzenia lekarzy, dzięki czemu resort mógł swobodnie próbować zdominować narrację na ten temat.

Z drugiej strony kapryśne prawidła internetu wymykają się władzy ministerialnych spin doktorów. Tak jak w przypadku uroczego kotka, który w niewyjaśniony sposób zgromadził 2,3 miliona fanów, któż mógł przewidzieć, że zaimprovizowany hashtag zwykłego lekarza tak zelektryzuje 1,4 miliona osób

zatrudnionych w strukturach NHS? Albo że zdoła przestawić – przynajmniej chwilowo – skupienie mediów z rzekomo leniących się konsultantów na etatach w NHS ku niecej praktyce ministra zdrowia, który sugerował, że w szpitalach w weekendy nie uświadczy się lekarza. Pracowników biura prasowego w ministerstwie musiało to strasznie irytować.

Drugim aspektem weekendowej inicjatywy, którzy rzucał się w oczy, była rola BMA: związek, miał przewodzić kampanii #ImInWorkJeremy, dopiero po wszystkim się do niej podłączył. Pojedynczy lekarz rezydent uczynił dla przeciwstawienia się retoryce Jeremy'ego Hunta więcej niż całe BMA przez ostatnie trzy doby. Tak oto przedstawiały się okoliczności, w których miał się rozegrać nader współczesny spór pracowniczy: działalność związku zawodowego raz za razem będą przyćmiewać starania jego szeregowych członków, zaś smartfon okaże się silniejszy od miecza.

W owym czasie nie miałam o tym pojęcia. Wiedziałam jedynie, że wbrew temu, co głosił Jeremy Hunt, tej soboty i niedzieli ramię w ramię ze mną pracował konsultant, który swoją obecnością – swoimi czynami – zadawał kłam rządowej narracji. Jak zawsze zjawił się na godzinę przed rezydentami, by poprzez diagnozy i przyjęcia do szpitala wszystkich pacjentów niewymagających interwencji chirurgicznej pomóc rozładować pilną „porcję” pacjentów. „Wściekły Pies”, jak zwykliśmy go przezywać (choć nie wtedy, gdy mógł nas usłyszeć), był kimś w rodzaju szpitalnej legendy. Zbliżał się już do emerytury i wzbudzał powszechny szacunek, gdyż cechował się pragmatyzmem, empatią i wiedzą encyklopedyczną, a zarazem mówił prosto z mostu, klął jak szewc i ani trochę się nie przejmował dętymi autorytetami. Przed czterema dekadami, gdy był studentem medycyny na stażu w szpitalu w Kenii, miejscowy personel nadał mu przydomek *mbwa kali*, co w suahili znaczy „wściekły pies”, a to ze względu na straszliwy gniew, w jaki wpadał za każdym razem, gdy odnosił wrażenie, że pacjentem nie zaopiekowano się jak trzeba, i to pomimo że sam nie był jeszcze wykwalifikowanym lekarzem.

Tego ranka Wściekły Pies był nam rozpaczliwie potrzebny. Choć wybiła dopiero dziesiąta rano – a od corocznego zimowego kryzysu służby zdrowia dzieliło nas jeszcze całe sześć miesięcy – oddział był już tak zapchany, że brakowało łóżek.

– Wielkie nieba! – droczyliśmy się z nim. – Co pan tu robi? Jest sobota. Powinien pan parkować swoje porsche w okolicach osiemnastego dołka.

Wymamrotał coś nienadającego się do powtórzenia, a dotyczącego kijów golfowych i osoby ministra zdrowia, po czym stanęliśmy do walki z odwieczną lipcową zimą.

Kiedy szpital nie dysponuje wolnymi łózkami, na których można położyć nowo przyjętych, przybyszy takich porzuca się na tymczasowych stanowiskach w ramach SOR-u i powstałego na jego podstawie Oddziału Diagnostycznego Nagłych Przypadków. W takich sytuacjach ambulanse czasami muszą czekać na szpitalnym podjeździe, niezdolne wyładować pasażerów, ponieważ wszystkie łóżka SOR-u zajmują już pacjenci, którzy sami czekają na zwolnienie się łóżek na oddziale odpowiednim do ich dolegliwości. Ratownicy, którzy chcieliby czym prędzej ruszać do kolejnych wezwań, muszą tkwić bezczynnie w pojazdach, niekiedy wręcz całymi godzinami, aż w końcu ktoś wykombinuje w szpitalu jakieś miejsce, w którym da się umieścić uwięzionego w karetkce pacjenta. Nie dziwota, że kierownicy SOR-ów uciekają się niekiedy do rozstawiania w korytarzach noszy w roli łóżek albo też usiłują zamaskować rejony, gdzie tymczasowo upchnęli nosze, przy pomocy wymuskanych określeń („Centrum” czy „Atrium” – a na pewno nie „Korytarz Rozpaczliwie Zawalony Noszami, Bo Szpital Pęka W Szwach”). Robią, co tylko się da, by zredukować paralizujące zastoje w przepływie pacjentów przez szpital.

Ukochane przez brytyjską prasę słówko „zapchaj-łóżka” (*bed blockers*) sugeruje, że za cały ten zator należy jakoś winić samych pacjentów. Lecz oczywiście, aby kogoś przyjąć, kogoś trzeba wypisać, więc kiedy pracownicy opieki społecznej – konieczni, by bezpiecznie wypisać słabujących pacjentów – sami gonią w piętę, bezradni pacjenci nie mają żadnych szans. Podobnie, na

dobrą sprawę, jak kierownictwo szpitala. Bez względu na to, jak kreatywnie szefostwo placówki mierzy się z problemem zwalniania przestrzeni, w sytuacjach, gdy braki w opiece społecznej sprawiają, że pacjenci kwalifikujący się do wypisu zalegają tygodniami, a niekiedy nawet miesiącami na łóżkach dla pilnych przypadków, dyrektor ma związane ręce.

Na początku kariery medycznej, gdy po raz pierwszy ujrzałam ambulansie tłoczące się przed naszym SOR-rem, poczułam żal, że nie jestem już dziennikarką. System ewidentnie nie działał, ja zaś uważałam, że opinia publiczna ma prawo o tym wiedzieć. W tych zakorkowanych realiach było jak najbardziej możliwe, że z powodu braku funduszy potrzebnych do zainstalowania podnośnika przy schodach w domu jakiegoś starszego pacjenta, gdzieś po drugiej stronie hrabstwa inny pacjent będzie leżał na podłodze z zatrzymaniem akcji serca, bowiem tak pilnie potrzebna mu karetka bezsensownie utknęła na podjeździe szpitala. Przy czym doszłam do wniosku, że skoro czynnikiem ograniczającym były fundusze, to żadna liczba ratowników, pielęgniarek, lekarzy czy zarządców szpitala nie zdołałaby temu zapobiec. Brzemię spoczywało na tych, którzy trzymali kiesę – na politykach, którzy zapewniali nas, że NHS ma się świetnie, jednocześnie skąpiąc opiece społecznej środków, które pozwoliłyby bezpiecznie wypisywać pacjentów ze szpitali w systemie NHS. Jeremy Hunt zapewniał nas, że głęboko przejmuje się zgonami, których dałoby się uniknąć. Lecz najwyraźniej niektórymi zgonami przejmował się bardziej niż innymi.

Tymczasem na moim Oddziale Diagnostycznym pacjentów w poczekalni tylko przybywało. Każdy z nich mógł mieć potencjalnie zagrażający życiu udar, zakrzep, infekcję, do wyboru, do koloru – aby to stwierdzić, po prostu musieliśmy mieć miejsce, by ich zbadać. Temperatura rosła w każdym tego słowa znaczeniu. Pacjenci i ich bliscy zaczęli sprawiać wrażenie równie wściekłych co zaniepokojonych (i było to w pewnym sensie krzepiące: pacjenci w naprawdę złym stanie nie mają głowy do tego, by się wściekać). Zgnębiona i zażenowana odwracałam spojrzenie za każdym razem, gdy przechodziłam obok

nich, żywiąc nadzieję, że nie weźmie mnie na cel żaden rozgniewany członek rodziny chorego, który akurat potrzebuje się na kimś wyżyć. Moje rezerwowe tajne pomieszczenie diagnostyczne – na dobrą sprawę składzik, do którego wciśnięto kanapę – zajął w międzyczasie pewien chytry kolega rezydent. Dosłownie nie było gdzie zajmować się pacjentami, którzy cały czas napływali przez drzwi wejściowe.

Wytchnienie, o dziwo, przyniósł mi pager alarmowy. Niekiedy jedynym skutecznym antidotum w sytuacji, gdy szpital jest tak przepełniony pacjentami, że po prostu nie sposób należycie wykonywać swej pracy, jest idealne skupienie nad zatrzymaniem akcji serca. W chaosie starań mających na celu przywrócenie krążenia leży przynajmniej ta pociecha, że można się poczuć jak pełnosprawny lekarz.

W przypadku wezwań do nagłego zatrzymania krążenia nigdy do końca nie wiesz, co zastaniesz na miejscu. Możliwe, że nim dobiegniesz do wskazanego łóżka, pacjent zdążył już przebudzić się z niewinnego omdlenia i twoja obecność okazuje się zupełnie niepotrzebna. Kiedy indziej zaś na poduszce zastajesz twarz już poszarzałą i wykrzywioną martwością. Serce przestało pracować, krążenie stanęło, taki pacjent jest już martwy – a twoim zadaniem jest przywrócić go do życia. Zgromadzony przy łóżku personel być może ogarnęła niepewność, a nawet panika, defibrylator może nie jest podłączony, jeszcze nie zaczęto uciskania klatki. Pewnego razu znajoma lekarka dyżurna, po raz pierwszy w karierze wezwana do zatrzymania krążenia, przybiegła co tchu do łóżka, by usłyszeć od pielęgniarek, że nie wolno jej nic zrobić, bo pacjent wypełnił „DNACPR” – co oznaczało, że w dokumentacji mają charakterystyczny fioletowy formularz z zastrzeżeniem, by „Nie podejmować resuscytacji krążeniowo-oddechowej”. Tyle tylko, że po paru cennych minutach bezczynności, podczas których ktoś namierzał brakującą dokumentację, okazało się, że pielęgniarki pomyliły dwóch różnych pacjentów. Zmarły, dla którego moja koleżanka nic nie zrobiła – czego świadomość prześladowuje ją po dziś dzień – jak najbardziej zgadzał się na resuscytację.

Najlepiej, gdy w sytuacji zatrzymania krążenia obywa się bez paniki i bałaganu, bo ktoś o cichym autorytecie przejął wodze, każdemu z członków zespołu ratunkowego przydzielił konkretne zadania, w jasny sposób na bieżąco komentował ich działania i własną niewzruszoną postawą roztaczał wokół opanowanie. Ten akurat przypadek był tego podręcznikowym przykładem. Kiedy znalazłam się przy łóżku pacjenta, liczna ekipa lekarzy i pielęgniarek, którym przewodził starszy lekarz specjalista (co w hierarchii oznacza jeden stopień poniżej konsultanta), prowadziła już drugą serię ucisków klatki piersiowej. Pierwsze wyładowanie elektryczne z defibrylatora nie przywróciło akcji serca, nie znaczyło to jednak, że nie uda się to przy następnej próbie. Zespół – zrelaksowany, opanowany – sprawiał wrażenie, jakby w ogóle się nie spieszył. Było doskonale.

Pacjentka, pani Bridges, zbliżająca się do osiemdziesiątki mężatka z udokumentowanymi wcześniejszymi przypadkami arytmii, została przyjęta tego ranka z ostrym zapaleniem płuc na leczenie antybiotykami podawanymi dożylnie. Wyglądało na to, że nikt nie orientuje się zbyt w jej ogólnym stanie zdrowia ani w prowadzonym trybie życia, a kiedy drugi wstrząs także nie zdołał przywrócić jej akcji serca, rozgorzała zaciekle dyskusja między dwoma najstarszymi stopniem lekarzami: specjalistą, który przewodził działaniom resuscytacyjnym, a innym specjalistą z Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej. Specjalista z OIOM-u spytał, czy naprawdę zamierzamy kontynuować akcję w sytuacji, gdy pacjentka ewidentnie nie kwalifikuje się na łóżko na OIOM-ie. Przyszła pora, by pogodzić się z sytuacją i zaprzestać tych szczytnie umotywowanych, lecz daremnych działań, które na tym etapie poniżały tylko pacjentkę.

– Nie posuwamy się do przodu – zauważył. – To zupełnie bezcelowe.

– Ale... kto zna pacjentkę? – spytałam. – Czy ktoś tu w ogóle zna tę pacjentkę?

Nikt nie odpowiedział. Wpis lekarza przyjmującego w karcie pani Bridges był zbyt pobieżny, by dać rzeczywisty wgląd w „przedchorobowy poziom

funkcjonowania” – jak zwykliśmy określać kondycję, w jakiej był pacjent, nim powaliła go choroba. Przy uciskach klatki tak brutalnych, że wszyscy zanotowaliśmy charakterystyczne chrupnięcie łamanych żeber, dwóch najwyższych stopniem obecnych lekarzy w dalszym ciągu spierało się co do tego, czy należy już odpuścić. Po cienkich bawełnianych prześcieradłach powoli rozlewała się krew z tętnicy, którą właśnie nakłułam, aby pobrać pilną próbkę krwi. Wyglądało to tak, jakbyśmy tę panią napadli.

W idealnym świecie lekarze i pielęgniarki zgromadzeni nad łóżkiem, które dla pacjenta może się okazać łóżem śmierci, z absolutnym spokojem i powagą rozważyliby za i przeciw decyzji o wstrzymaniu resuscytacji. Mądrze i bez pośpiechu przeanalizowalibyśmy możliwe zagrożenia i korzyści wiążące się z kontynuacją akcji, a już najlepiej, gdyby w centrum rozmowy znaleźli się członkowie rodziny pacjentki. Tyle tylko, że to akurat czasu ekipie resuscytacyjnej brakuje. Jedynie co czwarty pacjent, u którego podczas pobytu w szpitalu dochodzi do nagłego zatrzymania krążenia, dożywa wypisu, a w przypadku tych, którym serce przestaje bić poza terenem placówki, współczynnik przeżywalności wynosi niespełna 10 procent. Każda sekunda opóźnienia zmniejsza szanse na przywrócenie akcji serca. Toteż w skrajnych przypadkach, niekiedy zalani potem od wysiłku wkładanego w masaż serca, gorączkowo oceniamy szanse pacjenta, zerkając na zegarek i próbując ocenić, czy warto się jeszcze starać.

Tu nie chodzi o to, że egocentryczni lekarze zabawiają się w Boga. Bywają sytuacje gorsze niż śmierć. Jak choćby katastrofalny uraz mózgu w wyniku hipoksji, czyli niedotlenienia. Podczas „nieczynności” krążeniowej – czyli kiedy serce przestało bić, a krew dociera do mózgu jedynie dzięki brutalnej sile ludzkich pięści napierających na mostek – hipoksyjny uraz mózgu może wprowadzić pacjentów w stan mrocznej egzystencji przy minimalnej świadomości, w którym pamięć i osobowość zostają bezpowrotnie utracone. Kiedy tylko trafia mi się zmiana na Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej, zazwyczaj zastaję tam jednego lub dwoje takich pacjentów –

szczytnymi staraniami ocalonych od śmierci, lecz jakim trwałym kosztem ludzkim?

Lekarz specjalista z OIOM-u wezwał na odsiecz konsultanta, któremu podlegał. Obydwaj zgodnie utrzymywali, że resuscytację trzeba zakończyć. Podczas gdy pielęgniarki i lekarze zwinnie wymieniali się przy uciskaniu klatki piersiowej pani Bridges, wyczuwałam, że lekarz specjalista prowadzący akcję resuscytacyjną zaczyna ulegać presji wyższego stopniem konsultanta, który decydował o wpuszczeniu na OIOM. Jeśli i tak dla pacjentki nie dałoby się znaleźć łóżka, to po cóż odzierać ostatnie chwile ludzkiego żywota z resztek godności? Przez zwiewne nylonowe zasłony, które symbolicznie oddzielały nas od reszty oddziału, rozmowę słyszeć mogło kolejnych dwudziestu pięciu pacjentów wraz z członkami ich rodzin. Wydawało się, że o tym, czy ta akurat pacjentka będzie żyć, czy umrze, zaraz zadecyduje to, który z lekarzy zebranych przy jej łóżku ma najsilniejszą osobowość i najdonośniejszy głos. Teraz liczyła się pozycja w hierarchii.

Sama byłam w niej zdecydowanie za nisko, by mieć jakikolwiek wpływ, lecz instynkt zdecydowanie mi podpowiadał, że powinniśmy jeszcze popробować. Nikt z nas nie znał pani Bridges. Nie mieliśmy okazji jej poznać i osobiście ocenić jej wytrzymałości fizycznej. Równie dobrze na co dzień mogła być w lepszej kondycji niż my sami. Przypuszczenie, że jej kruchość skaże nasze wysiłki na niepowodzenie, mogło być słuszne – ale nie musiało. Było mi niedobrze od poczucia własnej bezsilności. Zależało mi na tym, by pacjentka dostała jeszcze szansę. Jako córka siedemdziesięcioparolatki, która jeszcze do bardzo niedawna w ramach relaksu wspinała się po górach i spędzała wakacje za kołem podbiegunowym, byłam być może stronnico nastawiona i nadmiernie sugerowałam się uczuciami. Znałam jednak kogoś, kto nie był.

– Biegiem – szepnęłam do lekarza dyżurnego. – Leć po Wściekłego Psa. Natychmiast go tu ściągnij. Powiedz, że to sytuacja krytyczna.

W międzyczasie sama w pewien sposób zagrałam rangą. W ściśle zhierarchizowanym świecie medycyny jedynym atutem silniejszym od

starszeństwa jest właściwość terytorialna. Liczy się nie tylko tytuł, ale i rewir. Ostatnie słowo należy do konsultanta, pod którego pieczęcią pacjenta przyjęto do szpitala, a w tym przypadku oznaczało to Wściekłego Psa.

– Obawiam się, że nie możemy przerwać resuscytacji, dopóki nie zjawi się tu mój konsultant. Już jest w drodze – odezwałam się, starając wykrzesać z siebie możliwie zdecydowany ton. Nikomu się to nie spodobało, ale masaż serca trwał dalej.

Akurat kiedy Wściekły Pies pojawił się przy łóżku, pani Bridges zaskoczyła nas wszystkich. Wraz z kolejnym wyładowaniem z defibrylatora jej serce wskoczyło w słaby, ale stabilny rytm. Z niedowierzaniem wpatrywaliśmy się w wykres EKG, a tymczasem między konsultantami rozegrała się pełna napięcia rozmowa.

– Wobec braku dowodów świadczących o czymś przeciwnym, musimy chyba założyć, że ta kobieta przed chorobą jakoś funkcjonowała, nieprawdaż? – zapytał Wściekły Pies głosem wyrażającym uprzejmą groźbę godną Vito Corleone. –

A wzięwszy pod uwagę, że na zapalenie płuc można migiem zadziałać antybiotykami, być może w tym przypadku należałoby uznać za stosowne przydzielenie łóżka na OIOM-ie?

Dla szefa OIOM-u była to propozycja nie do odrzucenia.

W takich chwilach – gdy jest się lekarzem rezydentem o zbyt niskiej randze i zbyt skąpym doświadczeniu, który czuje się niepewnie, przytłoczony własną nieudolnością – najbardziej pod słońcem łakniesz wsparcia ze strony konsultanta. By ktoś potężnego kalibru walczył po twojej stronie w imieniu pacjenta. Ktoś mógłby zatem dowodzić, że w istocie wydarzenia, jakie rozegrały się tego sobotniego ranka na moim oddziale diagnostycznym, dokładnie obrazowały, że Jeremy Hunt ma rację: obecność konsultanta w weekendy może ratować życie. W takiej argumentacji przeszkadzał, ma się rozumieć, fakt, że Wściekły Pies, zamiast machać sobie kijem z kolegami na polu golfowym, był obecny i spędzał sobotę wraz ze mną w szpitalu. Nie ulegało wątpliwości, że

firma, w której pracowałam, i tak zapewniała już całotygodniową publiczną opiekę zdrowotną. Coś się tu nie zgadzało.

Nawet w tych pierwszych dniach konfrontacji między rządem a lekarzami rezydentami miałam poczucie, że istota naszego sporu leży gdzieś zdecydowanie głębiej aniżeli w samych warunkach naszego zatrudnienia. Wściekłość reakcji przeciwko Jeremy'emu Huntowi sprawiała wrażenie erupcji czegoś głęboko zakorzenionego i toksycznego, jak gdyby minister poprzez podważenie profesjonalizmu lekarzy niechcący uwolnił wzbierające od lat pokłady ropiejącego gniewu i niezadowolenia.

Najpilniejszym dla mnie pytaniem nie było to, czy lekarze rezydenci powinni podjąć się strajku, ale dlaczego w ogóle rozważamy tak drastyczne posunięcia. Jak to się stało, że z pałających entuzjazmem idealistów, którzy zjawiali się na oddziałach pełni wielkich marzeń o uzdrawianiu i robieniu czegoś znaczącego, przeistoczyliśmy się we wściekłych, upartych, a teraz jeszcze głośnych działaczy, którzy za nic w świecie nie godzili się na zmianę, którą uznali za pogorszenie warunków pracy, tym bardziej, że spowodowana została przez ministra zdrowia, który właśnie ich obraził? A co najważniejsze, co ów wybuch gniewu mówił nam o aktualnym stanie samego systemu opieki zdrowotnej?

ROZDZIAŁ TRZECI

EGZALTACJA

Jeżeli chodzi o wyznaczniki sukcesu w dziedzinie medycyny, propozycja grama heroiny od upojonego, biorącego w żyłę narkomana w stanie delirium to niekonwencjonalny dowód uznania. Lecz taka właśnie oferta – półprzytomnie złożona obietnica twardego narkotyku – sprawiła, że poczułam się jak królowa świata.

Mickey był na Oddziale Ratunkowym postacią dobrze znaną. Po latach ostrego ładowania większość żył w organizmie miał zniszczonych i tylko dzięki sączącej się ranie w pachwinie był w stanie z łatwością wstrzykiwać sobie stale heroinę. Co jakiś czas za sprawą zakażonej igły czy też jakiegoś okropieństwa, którym posłużono się przy krojeniu heroiny, w jego krwiobieg dostawały się stada bakterii, nieuchronnie siejąc spustoszenie w tej części ciała, gdzie się akurat umiejscawiały. W wieku dwudziestu dziewięciu lat jedno z bioder miał już wyniszczone przez zapalenie tkanki kostnej, a swego czasu potrzebował operacji na otwartym sercu, w ramach której wymieniono mu gnijącą, zainfekowaną zastawkę. Teraz metaliczne klikanie wszczepionej zastawki zastępczej słychać było z końca jego szpitalnego łóżka.

Tego dnia z ulicy zgarnęła go policja, a następnie przywiozła go nam pogotowie. Miał wysoką gorączkę i wariackie tętno, a przy tym nie do końca spójnie się wyrażał. Czym prędzej dokonałam oceny jego stanu – czas miał tu znaczenie kluczowe – i ustaliłam, że przede wszystkim potrzebne mu było wejście dożylnie, wenflon, przez który mogłabym pobrać krew na pilne badania,

a w razie potrzeby podać ratujące życie antybiotyki i płyny. Mickey był obrzydliwy, młócił powietrze rękami i śmiał się z moich zamiarów.

– Nie masz szans wkłuć we mnie igły, złotko. Nigdy w życiu.

– Czyżby? Ale może da mi pan spróbować, co? Jestem pewna, że mi się uda.

Moja pewność siebie bardzo go rozbawiła. Po latach wstrzykiwania żyły miał tak poorane, że wbicie się w nie igłą graniczyło z niemożliwością.

– Dam ci jedną szansę – oznajmił. – Tylko jedną. I założę się o gram heroiny, że ci się nie uda.

– O gram? Proszę bardzo, umowa stoi.

Jeśli w pierwszych tygodniach mojej praktyki lekarskiej ktoś by mi powiedział, że będę rozkoszować się wyzwaniem polegającym na wkłuciu się w zakażone, zniszczone, pozarastane żyły, powiedziałabym mu, by gadał zdrów. Lekarze tuż po studiach zazwyczaj wykazują się nieudolnością w procedurach praktycznych, a ja nie byłam pod tym względem wyjątkiem. Zazwyczaj ćwiczyliśmy jedynie na plastikowych fantomach i na sobie nawzajem. Ja miałam szczęście: dysponowałam własnym, żywym fantomem do ćwiczeń. Mój biedny, wymęczony mąż, gdy tylko wróciliśmy z podróży poślubnej, odważnie pozwolił swojej świeżo poślubionej żonie-studentce medycyny pokłuć się igłami. I trzeba przyznać, że potrzebowałam takiej wprawy. Pierwsza osoba, od której w ogóle pobierałam krew, także nieopierzony student medycyny, zataiła przede mną swą intensywną fobię wobec igieł. Ćwiczyliśmy całą grupą. Kiedy wbiłam mu igłę w ramię, omdlał na krzesło, na którym siedział, i zaklinował się między podłokietnikami. Był zatem unieruchomiony, a nagły spadek ciśnienia krwi pozbawił jego mózg zwyczajowej dawki tlenu, co – ku mojemu przerażeniu – wywołało atak epilepsji. Studenci starszych lat, którzy dzielnie doglądali naszych wysiłków, ściągnęli go, toczącego pianę z ust, na ziemię, gdzie z wolna odzyskał kolory i przytomność. Po ramieniu spływała mu strużka krwi z miejsca, w którym moja igła, jak ponuro skonstatowałam, trafiła w cel.

Przeskoczmy teraz rok czy dwa do przodu; w międzyczasie przeistoczyłam się, o dziwo, w wenflonową ćpunkę, która lubi, gdy żyła do wkłucia jest

możliwie trudna. Przyglądając się ramionom, nogom, dłoniom i stopom Mickeya na próżno szukałam miejsca, które w mojej ocenie poddałoby się igle. Odkryłam, że istnieje pewna możliwość. Po wierzchu kciuka jego prawej dłoni wiła się kręta, lecz prężna żyła, z której na moje oko nigdy dotąd nie korzystał. To była szansa, której mi brakło. Zawiązałam stazę tak ściśle, jak tylko byłam w stanie, po czym delikatnie wepchnęłam mu igłę w kciuk. Chwila oczekiwania i koniec mej igły wypełnił się krwią. Wkłułam się.

Podczas gdy ja zwinnie odciągnęłam krew i umocowałam wenflon plastrem, Mickey wychwalał moje zalety na cały oddział.

– Ja pierdolę, udało jej się! Ja cię pierdolę! I to za pierwszym razem.

Ale ja nie dałam się zdekoncentrować.

– To gdzie ta moja heroina? – spytałam śmiertelnie poważnie. – Mieliśmy umowę, nie? Chcę mój gram hery.

Mickey ze śmiechu zarzucił głową w tył, wystawiając gnijące uzębienie pod światła sufitowe, a ja tymczasem miałam ochotę odtańczyć taniec zwycięstwa. Pragnęłam, by cały świat przyszedł zobaczyć igłę, którą na przekór wszystkiemu ryzykownie wbiłam akurat w kciuk narkomana. Wiedziałam, że tak naprawdę to nic takiego, że wkłucie na pewno nie wytrzyma ilości płynów i lekarstw, jakie musieliśmy podać mężczyźnie, lecz to drobne osiągnięcie – udało mi się wkłuć w niewkłuwalnego Mickeya! – sprawiło, że z radości chciałam wyrzucić pięści w powietrze.



Te pierwsze tygodnie i miesiące w roli miotającego się młodego lekarza obfitują w chwile niespodziewanej radości, gdy odkrywasz w sobie nowe umiejętności, które przysły niepostrzeżenie. Nic jednak nie dorównuje czystej egzaltacji wobec świadomości, że bez cienia wątpliwości właśnie po raz pierwszy uratowałaś komuś życie.

Parę miesięcy po tym, jak w moim przekonaniu zawiodłam swego pacjenta, pana Fritha, który podczas mojego pierwszego nocnego dyżuru zawisł na granicy

życia i śmierci, otrzymałam, jak to widzę z perspektywy czasu, szansę odkupienia. Wyczerpujący weekendowy dyżur miał się ku końcowi. Niedzielny wieczór; dochodziła dwudziesta pierwsza, o której czekało nas przekazanie zmiany i wolność. Wraz z Tessą, drugą lekarką dyżurną, spędziłyśmy właśnie czterdzieści pięć z ostatnich siedemdziesięciu dwóch godzin na doglądaniu potrzeb medycznych kilkuset pacjentów szpitala. Byłyśmy wykończone, wyprute i z utęsknieniem wyczekiwałyśmy końca.

Ja, podenerwowana, niecierpliwie łaknąca wyjścia na wolność, zajmowałam się paroma ostatnimi zleceniami na oddziale, gdy Tessa odezwała się przez pager z oddziału piętro wyżej.

– Rach, zajrzesz tu do mnie i rzucisz okiem na tego gościa? Ma zapalenie płuc, przepisałam mu antybiotyki, ale... Sama nie wiem... coś mi się w nim nie podoba. Chciałabym, by spojrzął na niego ktoś jeszcze.

Tessa była moją przyjaciółką i towarzyszką niedoli na najniższym szczeblu medycznej drabiny. Jako równie niedoświadczone, lojalne kamratki, zjednoczone w boju – tym bowiem w znacznej mierze wydawała się na początku nasza praca – co do zasady byłyśmy gotowe rzucić wszystko, by z miejsca pospieszyć drugiej na pomoc. Lecz to konkretne sformułowanie, którego użyła, mówiąc, że „coś jej się nie podoba” w pacjencie, sprawiło, że po plecach przebiegł mi dreszcz zaniepokojenia. Zdążyłam już w bolesny sposób się nauczyć, że instynktowny niepokój u nawet najmniej doświadczonego lekarza, który wyczuwa, że coś jest nie tak – choć przez brak wiedzy czy doświadczenia być może nie umie dokładnie określić dlaczego – może zwiastować nadciągającą katastrofę. Czym prędzej popędziłam na górę do koleżanki.

Tessa prosiła o skonsultowanie pana Brewera, sześćdziesięciokilkulatka z niedawno zdiagnozowanym rakiem jelita grubego, ze względu na podwyższoną temperaturę ciała i nieco obniżony poziom saturacji. Podczas osłuchiwania klatki piersiowej charakterystyczne trzeszczenie u podstawy jednego płuca pozwoliło jej postawić diagnozę zapalenia płuc, na które przepisała pacjentowi antybiotyki. Kiedy po cichu uzupełniała jego dokumentację, wybiegając myślami do piwa po

dyżurze, usłyszała zmianę w brzmieniu jego oddechu. Pan Brewer właśnie wrócił do łóżka z toalety. Dotychczas swobodny i gadatliwy, teraz zbladł i sprawiał wrażenie zgnębianego. Twierdził, że w klatce piersiowej nic go nie boli, a gdy Tessa osłuchiwała go przez stetoskop, nie zauważyła nic nowego. Po prostu wyglądał... nie tak.

Ja miałam tę przewagę, że nie widziałam pana Brewera, gdy czuł się dobrze, więc świeżymi oczyma spjrzałam na człowieka, z którym ewidentnie było bardzo źle. Instynkt Tessy się nie mylił. To absolutnie nie było zwyczajne zapalenie płuc. Coś tu się nagle zmieniło. Kiedy Tessa pobiegła po pielęgniarkę, by ściągnąć sprzęt do monitorowania w czasie rzeczywistym parametrów życiowych pacjenta, ja przystąpiłam do oceny jego stanu wedle protokołu ABC¹, którego przy ewaluacji sytuacji nagłych powinien przestrzegać każdy lekarz.

Wiedziałam, że dróg oddechowych nic nie blokuje, jako że pacjent był w stanie szeptać, co prawda ledwo słyszalnie. W tym momencie nie zwróciłam uwagi na głębię jego słów, słów człowieka, który wyglądał, jak gdyby umierał, a co gorsza – po którym było widać grozę kogoś, kto jest tego świadom:

– Proszę... powiedzieć... żonie... żeby... się o mnie... nie martwiła. – Musiałam pozostać niewzruszona. Nie było czasu, by dać dojść do głosu uczuciom.

Jego oddech brzmiał straszliwie. Tym razem znałam ten odgłos aż nazbyt dobrze. Podobnie jak wcześniej u pana Fritha, w klatce piersiowej pana Brewera słychać było potworne, wilgotne rżenie pacjenta, który topił się we własnych płynach ustrojowych. Wiedziałam, że płuca ma zalane.

Z krążeniem było nie lepiej. Dłonie miał lepkie, chłodne i spocone. W miejscu na nadgarstku, gdzie powinien być puls, niczego nie wyczułam. Ciśnienie krwi musiało zlecieć mu na łeb, na szyję.

Wszystko to sugerowało jedną diagnozę. Pomimo że pacjent nie czuł w klatce bólu, byłam pewna, że podczas pobytu w łazience doznał masywnego zawału serca. Gdy zjawily się pielęgniarki, by podpiąć kable i monitor, poprosiłam jedną

z nich, by pobiegła po morfinę do podania dożylnego oraz diuretyki, dzięki którym płyn z płuc i z serca mógłby opaść. Bez nich serce nie byłoby w stanie prawidłowo bić i nieuchronnie doszłoby do zatrzymania krążenia. Pielęgniarka odmówiła.

– Słucham? – spytałam.

– Ciśnienie krwi ma żadne. Jak mu pani poda te leki, to go pani zabije. Jest pani niekompetentna. Nie ma mowy, bym mu to podała.

Nie było czasu na dyskusję o fizjologii ani nawet na wezwanie ekipy ratunkowej. Płuca pana Brewera były teraz tak przepełnione płynem, że z jego ust zaczęła wydobywać się krwawa piana, a on sam tracił przytomność. Pozostały mi, czy też raczej jemu, ledwie sekundy. Nie miałam czasu, by w siebie wątpić. Tak więc niemal warcząc – tak olbrzymią odczuwałam presję – wykrzyknęłam:

– Przynieś mi leki! I to już. Sama je podam.

Nie było to z mojej strony profesjonalne, a już na pewno nie było uprzejme, ale każdy skrawek mojej lekarskiej intuicji dopominał się, bym podała mu te leki. Tyle że pielęgniarka miała rację. Jeśli się myliłam, moje działania najprawdopodobniej go zabiją.

Bez wahania, działając czysto instynktownie, wstrzyknęłam dziesięć miligramów morfiny prosto w żyłę pana Brewera. W pierwszej chwili nic. Wtem, na naszych przerażonych oczach, sinoniebieska maska rychłej śmierci zaczęła ustępować zwyczajnemu, zdrowemu zaróżowieniu, oto bowiem krew od nowa zaopatrywała jego spragnione tlenu tkanki. Zupełnie jakbyśmy wskrzesiły zmarłego, jakbyśmy dokonały rezurekcji.

Kiedy parametry pana Brewera zaczęły wracać do normy, wykonaliśmy elektrokardiogram. Wykres pokazał, że pacjent istotnie doznał potężnego ataku serca. Dopiero gdy kardiolicy zabrali go na Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej, zaczęło do mnie docierać, co właśnie zrobiłam. Podjęłam ryzykowną decyzję, opartą na czymś bardziej nienamacalnym niż schludny protokół w rodzaju ABC – było to subtelne połączenie rozwijającego się

instynktu, umiejętności rozpoznawania schematów oraz rozumienia fizjologii niewydolności serca, które uzyskałam w salach wykładowych i bibliotekach. Właśnie odkryłam, że bycie dobrym lekarzem polegało co najmniej w równym stopniu na opieraniu się na instynkcie i doświadczeniu, co na procedurach i wytycznych. Czułam się rozdygotana, przygnieciona przeciwnościami, które ledwie co udało mi się przezwyciężyć, wstrząśnięta wyobrażeniami, co by było, gdyby.

Faktem było, że wraz z Tessą właśnie uratowałyśmy komuś życie. Gdybyśmy nie zadziałały na podstawie świeżo wykształconego instynktu, pan Brewer niemal z pewnością doznałby zatrzymania krążenia. Bardzo chciałabym udawać, że mądrze i dogłębnie przemyślałyśmy to doświadczenie kliniczne, lecz w rzeczywistości byłyśmy po prostu rozpromienione. Wyszłyśmy w noc z poczuciem, że wreszcie jesteśmy jak prawdziwi lekarze – zdecydowane, odważne, kierujące się przeczuciem, tak jak bohaterowie w białych kitlach, których można zobaczyć w telewizji. Później, pijane euforią oraz wódką, przesiedziałyśmy pół nocy, kompulsywnie przeżywając całą sytuację szczególnie. W naszej naiwności czułyśmy się tymczasowo niezniszczalne. Przez tę jedną noc w myślach rządziłyśmy szpitalem.

Nie trzeba mówić, że w medycynie sprawy zazwyczaj toczą się tak, iż właśnie wtedy, kiedy czujesz, że coś opanowałaś, następne doświadczenie na bank sprowadzi cię z powrotem na ziemię. Lecz przy okazji wzlotów i upadków, w jakie obfitował mój pierwszy rok jako lekarki – przy okazji miotania się między rozczarowaniem a spełnieniem, między radością i rozpaczą – zaczęłam kolekcjonować w sobie twarze dające mi poczucie balastu i solidności bez względu na to, co mnie tego dnia czekało. Były to twarze pacjentów, z którymi – gdy nasze ścieżki chwilowo się przecięły – nawiązałam ludzką więź, która po cichu przetrwała.

Niewiele było trzeba, żeby coś zmienić. Podczas wyczerpującej zmiany na Oddziale Chirurgii Ratunkowej – na dzikim obszarze, gdzie, pośród pacjentów oczekujących na zabieg i tych pooperacyjnych, jako lekarze dyżurni najczęściej

musieliśmy radzić sobie sami, podczas gdy nasi starsi koledzy zajęci byli na bloku operacyjnym – przy wczesnoporannym obchodzie moją uwagę zwróciła pewna dziewiętnastolatka. Dzień wcześniej Ellie pospiesznie trafiła na stół w celu usunięcia ostro zainfekowanego wyrostka robaczkowego. Teraz, pomimo dobrej nowiny, że jeszcze tego dnia będzie mogła wrócić do domu, wyglądała na zaniepokojoną i niepewną. Gdy mój konsultant z arogancją przemknął do następnego pacjenta, rzuciłam do niej szeptem:

– Wrócę tu i pogadamy.

W późniejszej rozmowie okazało się, że Ellie martwiła się, bo odkąd rano usunięto jej cewnik, nie była w stanie oddać moczu. Choć coraz boleśniej odczuwała parcie na pęcherz, wciąż nie mogła go opróżnić. Wystarczyła pięciominutowa pogawędka. Nauczyłam ją sztuczek, które niekiedy się przydają, takich jak odkręcanie kranu czy wkładanie dłoni do ciepłej wody – i opowiedziałam, jak po cesarce przy pierwszym dziecku sama coraz to bardziej się denerwowałam, przekonana, że już nigdy nie wyjdziemy ze szpitala, bo nie potrafiłam uruchomić pęcherza. Przy drobnej zachęcie ze strony pielęgniarek Ellie zdołała wyjść do domu w porze obiadu. Parę tygodni później do dyżurki dostarczono odręcznie napisany liścik, w którym dziękowała mi za okazaną życzliwość. Z mojej strony to była drobnostka, pięciominutowa próba okazania empatii, lecz dla niej było to coś ważnego.

Od czasu do czasu zdarzało mi się korzystać z cech wyćwiczonych nie na studiach medycznych, a w poprzednim życiu dziennikarki. Kiedy polowałam na newsa, nieustępliwość, wytrwałość i upór, by nie godzić się z odmową, stanowiły dla mnie podstawowe narzędzia pracy. Nigdy bym nie przypuszczała, jak istotne się okażą, gdy przyjdzie skutecznie działać w skrzeczącej, dysfunkcyjnej rzeczywistości szpitalnej biurokracji. Rzadko kiedy los pacjenta spoczywał całkowicie w moich rękach. Zazwyczaj aby coś załatwić, należało pokonać – a niekiedy świadomie obejść – skomplikowane systemy, które często zdawały się zaprojektowane po to, by marnować nasz czas i uniemożliwiać przyzwoitą opiekę nad pacjentem. Szpitalne systemy komputerowe, które nie

przystawały do stawianych im wymagań; wyniki badań obrazowych, do których dostęp miał wyłącznie zespół przeprowadzający badanie, a nie lekarz, który je zlecił; centrala tak beznadziejnie słabo obsadzona, że nim ktoś tam odbierze, człowiek zdążyłby usunąć wyrostek robaczkowy. Niekiedy bardziej niż lekarką czułam się zawaloną papierami, biegającą z dokumentami i w znacznej mierze zbędną sekretarką.

W przypadku jednego pacjenta mój upór przybrał postać obsesji. Na jednym z moich dyżurów na Oddziale Chirurgii Ratunkowej zjawił się ktoś, czyja wojskowa precyzja zdawała się antytezą panującego wokół chaosu, smrodu i harmidru. Major Robert Ashdown był niedawno emerytowanym oficerem armii, który za tydzień miał wraz z córką wspiąć się na szczyt Kilimandżaro. Tego ranka obudził się z obezwładniającym bólem brzucha i pogotowie przywiozło go na oddział. Teraz podczas badania stwierdziłam u niego klasyczny „ostry brzuch” – wyjątkowo wrażliwy na dotyk, a zarazem chroniony przez potwornie napięte mięśnie brzuszne, co sugerowało, że źródłem podrażnienia w jamie brzusznej jest krew lub infekcja. Pod wpływem delikatnego nacisku cicho wypuścił powietrze przez zaciśnięte zęby. Ktokolwiek inny już by krzyczał. Zupełnie jakbym dotykała desek parkietu.

– Strasznie przepraszam – powiedziałam. – Muszę to zrobić, aby postawić diagnozę.

– Niech pani robi, co pani musi – polecił. – Proszę kontynuować.

Nienagannie ubrany major, przy którego posturze ktoś stojący na baczność wyglądałby na zgarbionego, po raz pierwszy w życiu został przyjęty do szpitala. Pilna tomografia wykazała pokaźną ilość płynu w okolicach żołądka, a wyraźna anemia widoczna w badaniach krwi sugerowała, że płyn ten to niemal z pewnością krew. Poprzez wprowadzoną rurkę odciągnęliśmy mu jej całe litry; niemniej jednak – powoli, ale nieustająco – wciąż się zbierała. Za każdym razem, kiedy już się wydawało, że krwawienie wreszcie ustało, krew znów zaczynała się sączyć i w efekcie zalewać jamę brzuszną, a ja znów wydzwaniałam do banku krwi.

Przez cały ten czas żona i trzy córki majora Ashdowna w opanowaniu czuwały przy jego łóżku, wykazując się taką samą nienagannością i rezerwą. Żadna nie okazywała niepokoju ani strachu. Jako że wciąż nie byliśmy w stanie postawić diagnozy, mój konsultant nie miał wyboru i musiał zabrać pacjenta na blok. Operacja wyjawiała kryjący się pod wielkim skrzepem krwi nowotwór żołądka, który zajął pobliskie naczynia krwionośne, powodując krwawienie zbyt obfite i rozproszone, aby dało się mu zaradzić. Nie pozostawało nic innego jak ściśle upchać jamę brzuszną gazą i ponownie ją zaszyć, tymczasowo tamując krwotok, a następnie zapewnić majorowi Ashdownowi komfort do czasu, gdy krwawienie powróci, co musiało nastąpić.

– Ile mi zostało? – zapytał tego wieczoru chirurga.

– Pewności mieć nie mogę, ale szacowałbym, że najwyżej parę dni. Tylko ucisk powstrzymuje krwawienie. Obawiam się, że nic się nie da zrobić.

Sytuacja miała w sobie coś wyjątkowo przerażającego. Major Ashdown, w pełni przytomny i opanowany, w stanie tylko lekkiego dyskomfortu wynikającego z nacięcia powłok brzusznych, stanął wobec faktu, że w nieokreślonym momencie w perspektywie dwóch czy trzech dni zacznie krwawić z guza, a kiedy to nastąpi, wykrwawi się na śmierć.

Później tego wieczoru, kiedy miałam już iść do domu, ponownie do niego zajrzałam. Rodzina wyszła zjeść kolację, mogliśmy więc porozmawiać o tym, co go czekało.

– Gdzie by pan wolał być? – spytałam. – Czy chce pan wrócić do domu, czy raczej zostać tutaj?

– Nie wydaje mi się, by żona to zniosła, gdyby krwotok przytrafił mi się w domu – zauważył – ale jest takie miejsce, gdzie chyba chciałbym się znaleźć.

Nasze miejscowe hospicjum służyło z doskonale zaopatrzonego wózka z alkoholem. Jeśli nieuleczalnie chorzy na coś zasługują, to na pewno na przyzwoity trunek do obiadu czy kolacji. W chwili obecnej major Ashdown tkwił na frenetycznym, hałaśliwym oddziale chirurgicznym, gdzie cały czas towarzyszyły mu pikania aparatury, stukoty, jęki i wołania. Tymczasem

w ostatnich dniach życia pragnął znaleźć się w miejscu pełnym ciszy i spokoju, gdzie mógłby przebywać z rodziną, a zarazem liczyć na fachową opiekę po nadejściu krwotoku. Problem? Łóżka w hospicjum były na wagę złota. Dostać się tam można było jedynie z objawami na tyle trudnymi i dokuczliwymi, że wykraczały poza możliwości działania lekarzy ogólnych i zwyczajnych oddziałów szpitalnych. Major Ashdown nie miał żadnych objawów. Zarazem jednak stał – co prawda okazując przy tym absolutny stoicyzm – przed perspektywą pewnej śmierci w ciągu dnia czy dwóch. Nie mogłam nawet udawać, że wyobrażam sobie, jak się musi z czymś takim czuć.

– Nic nie mogę obiecać – powiedziałam – ale postaram się, jak tylko mogę.

Następnego ranka, pośród tysiąca innych zadań, zaczęłam wydzwaniać do hospicjum. W pierwszej kolejności wyjaśniłam sytuację pielęgniарce oddziałowej. Wyraziła zrozumienie, lecz powiedziała, że major nie spełnia kryteriów. Po bezwstydnym namawianiu i błaganiach zgodziła się połączyć mnie z lekarką oddziałową. Znow taka sama rozmowa, ten sam sceptycyzm, ostatecznie jednak niechętna zgoda, bym porozmawiała z jej przełożoną.

Było już późne popołudnie. Zaczynałam żałować, że cokolwiek majorowi powiedziałam. Jego rodzina była zachwycona myślą o przeniesieniu do hospicjum, co nie zależało jednak ode mnie.

– Wiemy, że się pani uda – usłyszałam od nich. Sama byłam niemalże pewna, że się nie uda. Odbyłam pełną napięcia rozmowę ze specjalistką z hospicjum. Odpowiedź brzmiała „nie”. Przekonywałam, argumentowałam, aż w końcu lekarka z oporami zgodziła się, bym porozmawiała z jej konsultantem. Niewiele odbyłam w życiu ważniejszych rozmów przez telefon.

– Wiem, że z jednej strony nie spełnia on żadnego z kryteriów – przyznałam. –

Nie ma trudnych w leczeniu objawów, na dobrą sprawę nie ma żadnych fizycznych objawów. Ale żyje ze świadomością, że lada chwila dojdzie do potężnego krwawienia, które oznaczać będzie pewną śmierć. Zostało mu bardzo mało czasu, a miejsce, w którym jest, zupełnie nie nadaje się do jego spędzenia –

wiadomo, jak wygląda Oddział Chirurgii Ratunkowej. Proszę, dajcie mu przeżyć tych parę ostatnich dni z rodziną w spokojnym otoczeniu.

Nastąpiła długa pauza. Wstrzymałam oddech. Konsultant powiedział, że niespodziewanie tego wieczoru w hospicjum zwolniło się łóżko i że przydzielili je majorowi Ashdownowi. Odłożyłam słuchawkę i powoli wypuściłam powietrze. Poszłam, by przekazać informację majorowi i jego bliskim.

– Panie Robercie, jeszcze dziś może pan pojechać do hospicjum – oznajmiłam. – Mają tam dla pana łóżko.

Czasami gdy mężczyzna – a zwłaszcza wojskowy, który całym sobą roztacza aurę siły i opanowania – wybucha płaczem, może się to wydać niezręczne, wstydlive, jak gdyby się zapomniał. Lecz tym razem wszyscy szlochaliśmy bez skrępowania: major, który do ostatnich posiłków miał cieszyć się wybornym winem; rodzina, która miała spędzić z nim w spokoju i komforcie ostatnie i jakże cenne wspólne godziny; wreszcie lekarka prowadząca, która okazała się dostatecznie upierdliwa, by skutecznie zawalczyć o dobro swojego pacjenta.

Później dowiedziałam się, że zmarł po dwóch dniach, otoczony rodziną, w prywatnym pokoju z widokiem na ogród hospicjum, gdzie trawę przychodziły dziobać bażanty. Tego weekendu w supermarkecie wybrałam najdroższą butelkę whisky single malt, jaką tylko znalazłam na półkach, jako swój skromny wkład do zawartości wózka z trunkami.

Ratowanie życia to coś kuszącego. Na samym początku pracy w zawodzie lekarki uwielbiałam łapać się na poczuciu, że mogę czegoś *dokonać*. Że nie jestem już miotającym się mołem książkowym, a kompetentną, zdolną lekarką. Niebawem jednak odkryłam, że te początkowe skoki adrenaliny, choć upajające, są krótkotrwałe. Zaczęłam cenić sobie ciche chwile więzi z pacjentami: trzymanie za dłoń, spokojne wysłuchanie najczarniejszych obaw – drobne czyny, które nasycaly każdy dzień znaczeniem i poczuciem spełnienia. Coś, co początkowo wydawało się udręką, teraz zaczynałam odbierać niczym zaszczyt.

1. ABC – anglojęzyczny akronim ułatwiający zapamiętanie najważniejszych czynności przy udzielaniu pierwszej pomocy, to jest sprawdzenie drożności dróg oddechowych (airway), oddechu (breathing) oraz krążenia (circulation) (przyp. tłum.). [\[wróć\]](#)

ROZDZIAŁ CZWARTY

GENIUSZ

Z najwcześniejszych wspomnień Bożego Narodzenia kojarzę niepewne kroki po szpitalnych korytarzach. Co roku wraz z rodzeństwem w rozpuszanej ekscytacji rozrywaliśmy nasze świąteczne skarpety z prezentami, pochłanialiśmy wystawne, odświętne śniadanie, po czym z rodzicami jechaliśmy samochodem do miejscowego szpitala wiejskiego. Były lata siedemdziesiąte – jeszcze zanim Margaret Thatcher rozprawiła się ze zdecydowaną większością takich małych, lokalnych placówek, niekiedy niewiele większych od domu jednorodzinnego, które oszczędzały mieszkańcom wioski konieczności podejmowania większej wyprawy do szpitala rejonowego i gdzie mogli być leczeni blisko domu, gdzie zajmował się nimi ten sam lekarz rodzinny, obeznany ze stylem ich życia i trapiącymi ich dolegliwościami. Muszę przyznać, że pod względem finansowym te lecznice były nierentowne i ekonomia skali uzasadniała ich zamknięcie. Zarazem jednak wraz z centralizacją NHS pod rządami Thatcher wiejscy pacjenci utracili coś bezcennego – intymność tamtejszej opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, a przez to – i człowieczeństwo.

Mój ojciec, który na okrętach Royal Navy przemierzył świat jako anestezjolog wojskowy, postanowił osiąść w roli lekarza rodzinnego w wiosce nieopodal małego miasta handlowego w regionie West Country, a jednocześnie sprawował funkcję anestezjologa w miejscowym szpitalu wiejskim. Dzieci przychodziły tam na świat, a pradziadkowie umierali. Ojciec znał każdego pacjenta. Co roku piątka czy szóstka pacjentów, właściwie zawsze ludzi osiemdziesięcio- czy dziewięćdziesięcioparoletnich, zostawała w szpitalu na Boże Narodzenie.

Nieodmiennie odwiedzał ich wtedy wraz z własną młodą rodziną na doczepkę. Pamiętam uśmiechnięte pielęgniarki, które faszerowały nas słodyczami z mieszanki Quality Street, i moje rozważania, ile z nich zdołam zachomikować, nim mama i tata się połąpią. Miałam wtedy ledwie pięć czy sześć lat i tak naprawdę bałam się momentu, kiedy wychodziłam od pielęgniarek, by spotkać się z pacjentami ojca. Całą rodziną przechodziliśmy od łóżka do łóżka, a ja zawisałam niepewnie u boku kogoś nieznanego, podczas gdy tata ucinał sobie z tą osobą życzliwą i swobodną pogawędkę. Niekiedy jego pacjenci byli tak sędziwi i wąpli, że miałam wrażenie, jakby zaraz mieli umrzeć. Od jodyny i płynów ustrojowych, które nadawały szpitalowi charakterystyczny zapasek, odczuwałam zawroty głowy. Rzadko kiedy, jak pamiętam, przy łóżku tych starszych pacjentów zastawaliśmy ich własną rodzinę. Często można było odnieść wrażenie, że wizyta lekarza rodzinnego stanowiła dla nich jak dotąd najjaśniejszy moment w tym świątecznym dniu.

Przy całej niepewności co do tego, co miałam powiedzieć, jak się zachować i czy ktoś zaraz nie wyda przede mną ostatniego tchnienia, jedno było dla mnie absolutnie jasne. Te wszystkie twarze, tak pomarszczone i wymęczone, w chwili przybycia mojego ojca rozświeślały się niezmaconą radością. Widziałam, że świąteczna wizyta lekarza rodzinnego była dla nich czymś ogromnie ważnym. A kiedy wraz z rodzeństwem podchodziłam bliżej do ich łóżek, często wręcz promienieli wobec sposobności rozmowy z małym dzieckiem. Jakoś wiedziałam, że pomimo mojej niezdarności i żywionych obaw nasze wyrzeczenie się części świątecznego poranka było niczym w porównaniu z tym, ile te wizyty znaczyły dla przykutych do łóżka pacjentów ojca. Z czasem, już jako nastolatka, zaczęłam cieszyć się na te coroczne odwiedziny. Podobnie jak matka i ojciec, czerpałam przyjemność z poczucia, że robię coś istotnego, choćby nawet na niewielką skalę.



Podobnie jak wiele dzieci lekarzy i pielęgniarek, wcześniej odkryłam pozbawione upiększeń realia medycyny. Raz, na szkockich wyżynach, złamałam rękę, bo huśtałam się na linie nad rzeką i upadłam na ramię do koryta. W drodze do szpitala ojciec napomknął – by dodać mi otuchy – że lekarze zapewne rozkroją mi ramię i poskładają połamane kości przy pomocy metalowych klamer. Kaszel czy przeziębienie w żadnym razie nie dawały powodu, by opuścić lekcje. Nie iść do szkoły mogliśmy dopiero w stanie agonalnym, a nawet wówczas matka ciągnęła nas do poradni planowania rodziny, gdzie spoceni i nieszczęśliwi zalegaliśmy na kanapie kupionej ze środków NHS, podczas gdy mama uczyła miejscową młodzież o antykoncepcji.

Żadna inna matka nie snuła takich opowieści jak moja. Jako była pielęgniarka w londyńskim szpitalu okulistycznym Moorfields lubiła, ku naszej pełnej grozy rozkoszy, opisywać ukryte poza zasięgiem wzroku słoje z pijawkami lekarskimi. Czyż istnieje lepszy sposób, by usunąć krew uwięzłą w środku oka po stłuczeniu lub zapaleniu gałki ocznej, niż sięgnąć po istotę przez tysiące lat ewolucji doskonalącą się w jednej jedynej czynności: niezauważalnym usuwaniu krwi? Czasami nocą nie spałam, wyobrażając sobie pacjenta, który leży otulony białą bawełnianą pościelą i próbuje zasnąć z tłustym czarnym krwiopijcą wczepionym w gałkę oczną. Co znamienne, bynajmniej nie byłam przerażona tym obrazem. Ja po prostu chciałam zobaczyć go na własne oczy.

Obecnie zauważam, jak taka lekko skrzywiona relacja względem organizmu i jego funkcji wykształca się u moich dzieci. Kiedy mój syn miał cztery lata, pani w przedszkolu spytała go, co się dzieje, jeśli się nie pije dostatecznie dużo wody. Zamiast odpowiedzieć, że ktoś taki czuje się spragniony, wyjaśnił, że dochodzi do odwodnienia i może to być bardzo niebezpieczne dla nerek. Mniej więcej w tym samym okresie zaczął również od czasu do czasu zarabiać: co parę tygodni zostawał ćwiczebnym pacjentem na testach z pediatrii w mojej szkole medycznej. Podenerwowani studenci, często ze znikomym doświadczeniem w kontakcie z dziećmi, próbowali go namówić, by dał im się przebadać. Wszystko zależało od tego, czy się do nich przekona. Pewnego razu wyjątkowo

niezdarny student przybrał ów powolny, głośny ton, którym ludzie niekiedy starają się zaskarbić sympatię małych dzieci, jak gdyby były one niepełnosprawne umysłowo.

– Hej, maluchu, wiesz, co to takiego? – spytał z przesadnym entuzjazmem, klekocząc lekko zawieszonym na szyi stetoskopem. – To moje magiczne uszy! Może pobawimy się teraz tymi magicznymi uszami?

Syn spojrzał na niego z wrogością.

– To stetoskop – oznajmił prosto z mostu. – Dzięki niemu posłuchasz mi serca. Skasowany przez czterolatka nieborak prawie się rozplakał. Nigdy nie pozbierał się całkowicie po tym doświadczeniu.

Jako dziecko czułam się rozdarta pomiędzy nauką i sztuką. Kiedyś, gdy matka z mozołem wyczesła z moich długich włosów jajeczka wszy, ja z najwyższą ostrożnością zachowałam jedno z nich, aby przyjrzeć mu się bliżej przez mój mikroskop. W weekendy, gdy zabierałam naszego psa na spacer w teren, lubiłam wyszukiwać sobie wypluwki, a potem całymi godzinami rozdzielałam malutkie kosteczki gryzoni, obsesyjnie umieszczałam je wraz z podpisami na kartonie, a następnie wypisywałam melodramatyczne wiersze poświęcone niewczesnym mysim zgonom. Pewnego dnia znalazłam w zaroślach, do połowy ukrytą wśród paproci i jeżyn, kompletną czaszkę krowy. Ważyła tyle, że ledwie ją podniosłam. Udało mi się ją zataszczyć do oddalonego o parę mil domu, a kiedy rodzice oznajmili, że nie mogą trzymać krowiej czaszki w pokoju, podarowałam ją szkolnej pracowni plastycznej, aby kolejne pokolenia dzieci mogły odtąd rysować jej kontury.

Po ukończeniu studiów w zakresie filozofii, polityki i ekonomii – na tym samym kierunku co Jeremy Hunt, aczkolwiek w innych latach – wkroczyłam w świat dziennikarstwa z głową pełną górnolotnych wyobrażeń o tym, jak zmieniać świat potęgą ludzkich historii. Lecz nawet gdy pracowałam nad filmami na tematy takie jak wzrost wpływów Al-Ka'idy w Wielkiej Brytanii, „podkrecone” dane Tony’ego Blaira uzasadniające wojnę w Iraku, afera Moniki Lewinsky czy też stan brytyjskiej policji i państwowej służby zdrowia, wciąż

wzdychałam do medycyny. Przy okazji odwiedzin w domu rodzinnym łapczywie pochłaniałam każde słowo ojca, który dzielił się opowieściami ze swej praktyki lekarskiej, zawierającymi w sobie całą brutalność, szpetotę i piękno medycznego fachu. Chciałam tak jak on umieć czytać z ludzkiego ciała jak z otwartej książki i dzięki zdobyciom nauki naprawiać jego dolegliwości. Przede wszystkim zaś nurtowało mnie podejrzenie, że w bezlitosnym świecie telewizji skupiającej się na tematach politycznych i bieżących – przy wielkim nagromadzeniu ego, ambicji, a często i bezwzględności – nie byłam i nigdy nie będę sobą. Nikt się nie nabierał na pancerz twardzielki, który przywdziewałam do pracy, a już z pewnością nie ja. Tak bardzo pochłaniało mnie udawanie Boba Woodwarda, że bałam się, że przegapię pracę, do której byłam stworzona.

– Co? – spytał z niedowierzaniem mój szef, gdy powiedziałam mu, że rozważam przekwalifikowanie się. – Czemu miałabyś rezygnować z telewizji tylko po to, by skończyć jako biedna lekareczka rodzinna na pół etatu? Zanudzisz się na śmierć. Chyba oszalałaś.

Było w tym sporo racji. Telewizja, nawet w wydaniu polityczno-newsowym, to splendor, pieniądze i wpływy. W ramach obowiązków zawodowych zjeździłam świat, przeprowadziłam wywiady z członkami rządów, miałam styczność z głowami państw, cieszyłam się dostatkiem i mocą nadawania sprawom rangi, o jakich odtąd mogłabym tylko pomarzyć. Rezygnacja z tego wszystkiego, aby powrócić na uczelnię jako studentka pierwszego roku medycyny, byłaby aktem bądź odwagi, bądź też szaleństwa. Ale choć moje wielkomięskie życie w mediach cechowała pewna powierzchowna atrakcyjność, ja chciałam robić to, o czym w żadnym razie nie wolno wspominać na rozmowie kwalifikacyjnej na studia medyczne. Chciałam pomagać ludziom. Nie pośrednio, poprzez wpływy medialne, tylko własnymi rękoma, dzień po dniu.

Obecnie część lekarzy zdaje się wierzyć, że powołanie lekarskie to nonsens służący wywyższaniu samego siebie. Jak to ujął amerykański lekarz i autor książek Louis Profeta, medycyna „to po prostu praca”, nie bardziej szczególna i ważna niż jakakolwiek inna. Gardzi on lekarzami, którzy pragną, „by im

nadskakiwano i chwalono za to, jacy to oni [są] empatyczni i jak to wykonują najtrudniejszy zawód na świecie, i że nikt tej pracy nie pojmuje ani nie potrafi docenić, jaka jest ciężka”⁶. To jasne, że wykonywanie tej akurat czy innej pracy nie czyni człowieka z automatu lepszym ani też bardziej pracowitym od innych, bez wątpienia też niektórzy lekarze wykazują się kompleksem wyższości rozmiarów niedużej planety, aczkolwiek osobiście spotkałam takich bardzo niewielu. Ale nie o to chodzi. Medycyna to „po prostu praca” tylko w tym sensie, w jakim narodziny, śmierć, kalectwo czy rozpacz po utracie kogoś bliskiego to po prostu chleb powszedni. Za drobną niedogodność uznać można zgubienie kluczy od domu albo mandat za przekroczenie prędkości, ale nie utratę kończyny albo nowotwór w fazie terminalnej. Zawsze wydawało mi się, że to zaszczyt i przywilej zanurzyć się zawodowo w świecie ludzkiej choroby – cierpień innych ludzi, ich bólu, nadziei i obaw – bez względu na to, czy robi się to w charakterze pielęgniarki, lekarza, dietetyka, położnej czy też noszowego. I nie wstydzę się powiedzieć, że mnie – co być może było nie do uniknięcia, zważywszy na mnogość lekarzy i pielęgniarek w mojej rodzinie – wydawało się to powołaniem.

Zaczęłam dorabiać na czarno, aby przygotować się do egzaminów maturalnych z przedmiotów ścisłych. Tuż przed trzydziestymi urodzinami byłam gotowa, by przez pięć lat studiów medycznych sama się utrzymywać: w trakcie roku akademickiego podejmowałam się zleceń jako maszynistka, a podczas długich letnich wakacji kręciłam filmy dokumentalne na zamówienie. Z trudem godziłam zarabianie na życie z nauką, lecz od samego początku czułam się wyzwolona, jakbym w końcu robiła to, co powinnam. Wszystko mi się podobało. Skomplikowane zagadnienia naukowe, prosektorium, rozmowy z pacjentami, poczucie, że wpaja mi się wiedzę i rygor, które będą stanowić podporę mojej późniejszej praktyki, sam luksus tego, że znowu się uczyłam.



Po dwóch latach studiów medycznych moja wcześniejsza i nowa ścieżka życia szczęśliwie się zeszyły, kiedy podczas wakacji udałam się do Phoenix w stanie Arizona, aby nakręcić dokument poświęcony wyjątkowemu dokonaniu na polu neurochirurgii.

Brett Kehrer, młody, dwudziestokilkuletni farmer z głębokiej pensylwańskiej prowincji, od lat borykał się z koszmarnymi bólami głowy. W końcu jego ubezpieczyciel zgodził się pokryć koszt rezonansu magnetycznego. Badanie przyniosło druzgocącą diagnozę. Z boku jednej z najważniejszych tętnic w ludzkim ciele – tętnicy podstawnej – nadymał się tętniak. Tętniaki zazwyczaj zaczynają się od niewielkiego lokalnego osłabienia ściany tętnicy, na które pulsująca krew nieubłaganie napiera, aż w końcu tętnica zaczyna się wybrzuszać w delikatną, wypełnioną krwią torebkę. Ściany coraz to bardziej się naciągają, aż nieuchronnie przychodzi ten dzień, kiedy nie są dłużej w stanie znieść wysokiego ciśnienia krwi. Kiedy pęka tętniak umiejscowiony w mózgu, wywołany tym krwotok często bywa katastrofalny w skutkach. Tętniak Bretta był jednym z największych, jakie kiedykolwiek zaobserwowano w badaniu metodą rezonansu. Już same jego wymiary skłoniły kilku neurochirurgów do wniosku, że jest on po prostu niemożliwy do zoperowania. Brettowi miało pozostać czekanie na moment, kiedy tętniak pęknie i bez wątpienia go zabije.

Ale jego rodzina ani myślała się poddawać i dzięki swej nieustępliwości dotarła do Roberta Spetzlera, jednego z wiodących amerykańskich neurochirurgów. Spetz, jak zwykli go nazywać w jego szpitalu w Phoenix, sformułował godną uwagi, odmienną opinię. Był gotów podjąć się operacji, był wręcz pewien, że zabieg się powiedzie, lecz tylko pod warunkiem, że wpierv zatrzyma bicie serca Bretta i spuści z jego ciała krew, aby odbarczyć ogromnego tętniaka i zyskać przestrzeń, w której mógłby bezpiecznie operować. Technikę, której Spetz przed dwudziestu laty był pionierem, nazwano operacją w hipotermii na zatrzymanym sercu. Opiera się ona o zasadę, że im niższa temperatura ludzkiego mózgu, tym powolniej przebiegają w nim procesy metaboliczne, a co za tym idzie, tym niższe jego zapotrzebowanie na tlen. Tak

jak dziecko, które godzinami znajdowało się pod lodem, może się potem cudownie przebudzić, tak też Spetz mógł schłodzić swych pacjentów z zatrzymanym krążeniem do stanu anabiozy, w którym mogli przetrwać do godziny bez działającego serca, mózgu, krwi ani też tlenu. Na dobrą sprawę ceną, jaką Brett miał zapłacić za jedyną szansę na przeżycie, było tymczasowe poddanie się śmierci.

Na trzy dni przed operacją Brettą wylądowałam w Pensylwanii. Pobielone drewniane zabudowania farmy Kehrerów stały głęboko pośród pól wysokiej do pasa pszenicy i jęczmienia. Brett, łagodny olbrzym, mierzył dobre trzydzieści centymetrów więcej ode mnie i był uosobieniem krzepy i uprzejmości. Podobnie jak cała jego rodzina oraz Ann, sympatia z dzieciństwa, a teraz narzeczona, wprost tryskał życzliwością i staroświeckimi wartościami chrześcijańskimi. Jak mi powiedział, gdyby nie wiara, nie byłby w stanie wytrzymać oczekiwania na operację. Dzień przed jego wylotem do Phoenix cała miejscowa społeczność zebrała się na popołudniowe niedzielne przyjęcie pod gołym niebem, które wydali na cześć swojego chłopaka z sąsiedztwa. Byli skrzypkowie, były tańce do muzyki country, pieczony świniak, kolby kukurydzy z rusztu, góry siana, na które dzieci mogły się wdrapywać, dla dorosłych zaś piwo z kija. Okazja zgromadziła cztery pokolenia miejscowych, kilkaset osób, które przybyło, aby z rozmachem pożegnać Brettą, dając tym samym nadzwyczajny wyraz łączącego tę społeczność ducha. Nikt z nich nie wiedział, czy jeszcze kiedyś go zobaczą. Scena przesycona była głębią i blaskiem słońca środka lata.

– Mam szczęście, że mam Boga, któremu mogę zaufać – wyznał mi Brett, gdy zapadał zmrok. – Wierzę, że jest mi pisane poślubić Ann tej jesieni. I wierzę w doktora Spetzlera.

W świecie neurochirurgii, gdzie gra idzie o wysoką stawkę, Spetz cieszył się reputacją specja od operacji, których inni nie wazyli się podejmować. W sytuacji, gdy możliwe skutki operacji mózgu obejmują tak pustoszące uszkodzenia, że może to oznaczać los gorszy od śmierci, takie podejście wywoływało kontrowersje. Spetz uwielbiał ryzyko: zdarzało mu się narażać swoje dłonie

chirurga podczas zjazdów na rowerze górskim w dół skalistych szczytów Arizony czy też wyskakiwać z helikopterów, by poszaleć na nartach na najtrudniejszych stokach Alaski. Wysoki, szczupły i długonogi, z wyglądu przypominał alpinistę. Swoje umiejętności przy stole operacyjnym w znacznej mierze przypisywał własnej wytrzymałości fizycznej, dzięki której potrafił wytrzymać trwającą osiem czy więcej godzin operację bez choćby jednego spowodowanego zmęczeniem drgnięcia dłoni, które upośledzałoby precyzję jego ruchów.

Tętniaki to w neurochirurgii odpowiednik skakania na nartach z helikoptera. Ich naprawa wymaga takiej umiejętności zachowania spokoju pod presją, że większości z nas poszłoby w pięty. Serce pompuje przez mózg jedną czwartą naszej krwi – około litra na minutę – i jeśli neurochirurg niechcący przedrze cieniutką jak papier ścianę tętniaka, jego pole operacyjne w jednej chwili zamienił się w krwawą rzeź. Wyobrażam sobie, że działanie przy tętniaku mózgu przypomina rozbijanie bomby – tyle tylko, że w tym wypadku jeden fałszywy ruch powoduje śmierć nie samego operatora, a jego pacjenta.

Spetz wyjaśniał na filmie, że tętnica podstawna dostarcza krew do niezwykle ważnego pnia mózgu, to jest do części mózgu odpowiadającej za oddychanie, rytm serca, ciśnienie krwi, mowę, przełykanie, słuch i poczucie równowagi. Jeśli podczas zabiegu Spetz nieumyślnie przerwałby dopływ krwi do tego obszaru, Brett po przebudzeniu mógłby doznać autentycznie przerażającego „syndromu zamknięcia”. Tacy pacjenci, choć w pełni świadomi i przytomni, nie są w stanie z własnej woli poruszyć żadną częścią ciała z wyjątkiem oczu, co w moim przekonaniu stanowi najbliższy rzeczywisty odpowiednik pobytu w czyścicu. Nadzwyczajne środki w postaci zatrzymania serca w stanie głębokiej hipotermii miały na celu zminimalizowanie ryzyka, że chirurg swoim skalpelem poczyni podobnie katastrofalne zniszczenia.

Kiedy w przeddzień operacji filmowałam rozmowę Spetza z Brettem, dostrzegłam u neurochirurga jeszcze inną zdolność: nawet kiedy szczerze opisywał najgorszy z czarnych scenariuszy, emanował niesłychaną pewnością

i życzliwością. Obserwowałam, jak Brett wraz z rodzicami odprężają się niemalże w oczach, wysłuchując odpowiedzi, których Spetz udzielał z pełnym spokojem autorytetem. Zdawał się w zupełności oswojony z ryzykiem. Nawet gdyby nie mieli swojej wiary w Boga, Spetz stanowiłby jej niezły zamiennik. Człowiek aż się garnął, aby mu zaufać.

Uściskałam Bretta na pożegnanie, boleśnie świadoma, że być może to ostatnie słowa, jakie między nami padają. Następnego ranka zastałam go w świetle reflektorów bloku operacyjnego, w zielonej koszuli operacyjnej, z zalepionymi oczyma i ogoloną głową, którą przytwierdzono do stołu operacyjnego przy pomocy wwierconych w czaszkę metalowych zapieć. Ruszył pierwszy etap operacji. Spetz wraz z asystą zdążyli już odsunąć skórę z głowy Bretta i wycinali teraz okienko w jego czaszce. Jak w przypadku wszelkich dużych operacji, na sali czuło się atmosferę ekscytacji i wyczekiwania. Zebrał się tłumek lekarzy chętnych, aby się przyglądać. Przypadek, na swój sposób równie emocjonujący co *Król Lear*, zapowiadał dramatyzm i suspens, jakich nie powstydziliby się żadna przyzwoita produkcja teatralna. Piła elektryczna brzęczała niczym wiertło u dentysty, a pielęgniarka chirurgiczna spryskiwała czaszkę wodą, aby ją schłodzić i wyłapać kostny pył, który unosił się ze świeżo przepiłowanej krawędzi. Kiedy Spetz wreszcie podniósł do obiektywu duży, wycięty w jednym kawałku fragment czaszki, by następnie odłożyć go do oczekującego naczynia w kształcie nerki (czemu towarzyszył odgłos, jakby porcelana zadzwieczała o metal), mój operator kamery poczuł, że nachodzą go mdłości.

Mózg Bretta był teraz odsłonięty. Nastąpiła cisza, podczas której w odpowiedniej pozycji ustawiono masywny fotel operacyjny, z którego Spetz miał operować. Współczesne dwuokularowe mikroskopy chirurgiczne to spektakularne cuda inżynierii ważące około ćwierć tony, które mimo to umożliwiają chirurgowi działanie z niesamowitą precyzją. Operator lub operatorka siedzi za mikroskopem i spogląda przez warte dziesiątki tysięcy funtów, supernowoczesne soczewki na potężnie powiększony obraz mózgu. Z takiej pozycji może manipulować różnymi mikroskopijnymi

instrumentami, które z czasem wydają się chirurgowi, jak mi powiedział Spetz, przedłużeniem jego własnych dłoni.

Mózg Bretta, oświetlony jasną ksenonową lampą wbudowaną w mikroskop, widoczny był teraz na zamontowanych na bloku operacyjnym wielkich ekranach. Jego gęsto uzwojona powierzchnia wyglądała niemal zbyt ostro i zbyt jasno, aby mogła być prawdziwa. Spetz siedział nachylony niczym jastrząb nad zdobyczą i powoli, lecz pewnie odrywał mózg od podłoża w czaszce, nie naruszając przy tym żadnej z drobnych żył i tętnic, które pokrywały każdy centymetr jego powierzchni. W końcu dotarł do tętnicy podstawnej i do samego tętniaka, który – na ekranach wielki i złowrogi – mrocznie pulsował w rytm bicia serca.

– Dobra – odezwał się Spetz, odchylając się w fotelu. – To faktycznie nadzwyczajny tętniak. Ekipo, wasza kolej.

Jak na razie wszystko szło dobrze. Teraz do działania mógł przystąpić zespół od zatrzymywania pracy serca. Najskuteczniejszą metodą schłodzenia Bretta było podłączenie jego układu krwionośnego do olbrzymiej kadzi z lodem. Prowadziły przez nią sterylne rurki, wpięte w dużą żyłę z i dużą tętnicę. To one wyprowadzały z organizmu krew, przepuszczały ją przez lód i wprowadzały – chłodniejszą z każdym cyklem – z powrotem. Zafascynowani obserwowaliśmy na monitorze anestezjologicznym temperaturę ciała Bretta, która przez następną godzinę nieubłaganie pikowała w dół. Jego serce zwalniało i biło coraz to bardziej nieregularnie. Przy mniej więcej piętnastu stopniach mięsień sercowy z powodu wychłodzenia przestał się prawidłowo kurczyć, a serce zaczęło migotać i nieopanowanie drżeć. Przez parę chwil wykres EKG dziko skakał, aż wreszcie zamarł w ciszy: serce przestało bić.

Jeśli pominąć fakt wychłodzenia, w tym momencie Brett był, technicznie rzecz biorąc, martwy. Monitor wykazywał, że wszelka aktywność mózgu ustała. Mężczyzna nie oddychał ani się nie ruszał. Jego serce było teraz ledwie nieruchomym mięśniem. Anestezjolog uruchomił stoper, który odliczał czas na bezpieczne przeprowadzenie operacji. Gdyby Spetz go przekroczył, przewlekłe niedotlenienie spowodowałoby w mózgu Bretta nieodwracalne uszkodzenia. Im

więcej krwi dekantowano poza organizm, tym bardziej tętniak flaczał i z napęczniałego monstrum zmienił się w pustą skorupkę. Spetz zyskał teraz przestrzeń, by działać na jego słabych ściankach z nieco większym prawdopodobieństwem, że nie spowoduje śmierci ani uszkodzenia mózgu. Kiedy starał się zacisnąć na szyi tętniaka metalowy klips, wszyscy na bloku wstrzymali oddech. Mogliśmy tylko patrzeć z nadzieją. Wreszcie, mniej więcej po czterdziestu dwóch minutach, Spetz ponownie odchylił się w fotelu. Udało mu się zacisnąć tętniak i przyszła pora, by pacjenta ogrzać.

Operacje z zatrzymaniem akcji serca w głębokiej hipotermii stanowią połączenie wyrafinowanej technicznie nauki z całkiem prostą hydrauliką. Wobec braku pracy serca krew Bretta mechanicznie przepompowano przez rurki zanurzone w ciepłej wodzie, aby stopniowo go ogrzać. Powstrzymując oddech, obserwowaliśmy, jak temperatura ciała powoli rosła. Przez około pół godziny nic się nie działo. Wykres EKG pozostawał nieruchomy. Wtem, jakby w lustrzanym obiciu wcześniejszego procesu, serce zaczęło migotać, a jego wykres na monitorze chaotycznie zadygotał. Od tego momentu, jak tryumf porządku nad chaosem, który wprowadził mnie w zadumę nad wytrzymałością ludzkiego gatunku, pojawiło się normalne bicie serca. Naturalny regulator rytmu serca odnalazł odpowiednie tempo. Serce Bretta znowu działało. Pomimo wysokiego ciśnienia krwi na nowo pompowanej w tętnice klips na szyi tętniaka ani drgnął. Spetz pokonał tętniaka. Było to zwycięstwo neurochirurgii. Tyle tylko, że nie mieliśmy pojęcia, czy Brett jako osoba przeżył to bez szwanku.

Po poważnej operacji neurochirurgicznej anestezjologowie lubią wybudzać pacjenta tak szybko, jak to tylko możliwe. Wszyscy czym prędzej chcą się upewnić, czy nie doznał on istotnych uszkodzeń mózgu. Nie inaczej było w przypadku Bretta. Ledwie w godzinę po tym, jak zszyty, pospinany i zabandażowany wyjechał z bloku operacyjnego, wyłączono mu narkozę i zaczął odzyskiwać przytomność. Spetz pozwolił rodzinie pacjenta go odwiedzić. Następnie my także uzyskaliśmy zgodę, by dołączyć do nich przy

jego łóżku. Ku naszemu zdumieniu Brett miał otwarte oczy. Był przytomny i mówił. Ledwie byliśmy w stanie w to uwierzyć.

– Hej – odezwał się na mój widok, wciąż nieco bełkocąc wskutek narkozy. – Myślisz, że ludkom w Wielkiej Brytanii spodoba się, jak ich pozdrowię?

Dziennikarze, podobnie jak lekarze, nie powinni płakać w pracy. Ale jakże miałam nie płakać? Dzięki nadzwyczajnym umiejętnościom chirurgicznym Spetza, jego niesamowitemu spokojowi w stresogennej sytuacji, wyśmienitej technologii mikroskopu operacyjnego, przecierającym szlaki lekarzom i naukowcom, którzy udoskonaliли technikę zatrzymywania serca, bezbłędnej pracy zespołowej na bloku operacyjnym, technologii stojącej za sztucznym płucosercem, a także, rzecz jasna, wielkiej jak cholera kadzi z lodem, Brett udało się uśmiercić, a potem przywrócić do życia, w którym odrodził się jako człowiek z przyszłością. Mógł zostać mężem, o czym marzył, mógł mieć dzieci, których tak wyczekiwał, mógł dożyć starości, którą miał nadzieję się cieszyć – Spetz dał mu na to wszystko szansę. Gdy zaspany Brett uśmiechał się do nas szeroko, łzy rozradowania i zdumienia popłynęły po policzkach większości obecnych w pokoju. Tak wygląda medycyna w swojej najbardziej olśniewającej odsłonie. Miały jeszcze minąć lata, nim zostanę pełnoprawną lekarką, ale nie mogłam wyobrazić sobie, bym mogła poświęcić się czemuś pokorniejszemu czy też dającym większe poczucie spełnienia.



Mniej więcej dziesięć lat później, w ogniu sporu o sytuację rezydentów, przewodnicząca Królewskiego Kolegium Lekarzy Jane Dacre usilnie starała się dotrzeć do rozczarowanych lekarzy drogą kampanii w mediach społecznościowych przy zastosowaniu hashtagu #medicineisbrilliant – #medycynajestgenialna. Podobnie jak wiele innych wiodących postaci medycznego establishmentu, czuła się wstrząśnięta rozzaleniem i gniewem, jakie w wyniku sporu ujawniły się po stronie lekarzy rezydentów. W owym czasie uznałam jej inicjatywę za myślenie życzeniowe pozbawione jakiegokolwiek

związku z rzeczywistością. Geniusz medycyny, podobnie jak umiłowanie mojej pracy, rzecz niegdyś dla mnie oczywistą, już dawno temu zszargały huraganowe ataki ze strony mediów oraz kampania polityczna prowadzona przez ministra zdrowia. Przypomnienie o tym, jak satysfakcjonująca była niegdyś ta praca, działało więc niczym dolanie oliwy do ognia. Dziś jestem gotowa przyznać jej rację. Od rozpoczęcia studiów medycznych byłam pod ogromnym wrażeniem potencjału medycyny – nadzwyczajnej zdolności ludzkiego ciała do przetrzymania i przetrwania ciężkiej choroby, zdolności lekarzy i naukowców do odkrywania nowych metod leczenia, przede wszystkim zaś zdolności ludzkiego ducha, aby wznieść się ponad przeciwności z godnością i siłą, którą często pozostawało się jedynie zachwycić. Medycyna zdawała się spóźnioną miłością mojego życia. Upajającą, olśniewającą, istotnie genialną – a ja kobietą, która poddała się obsesji.

ROZDZIAŁ PIĄTY

ŻYCZLIWOŚĆ

Czwarty rok studiów medycznych do pewnego stopnia zakłócała mi częsta konieczność sprintu od łóżka pacjenta do toalety – ot, niefortunna konsekwencja wymieszania się oddziaływanych zapachów z typowymi dla pierwszego trymestru porannymi nudnościami. Mój pierwotny rósł z tygodnia na tydzień, a wszystkie mozolnie kreślone diagramy rozwoju płodowego z odbytych wcześniej przeze mnie zajęć z embriologii nabierały emocjonującej wagi i rozmiarów. Z ponurą satysfakcją obserwowałam, jak moje ciało robi dokładnie to, co przewidziały podręczniki fizjologii – w miarę jak zbliżał się termin rozwiązania, kostki puchły mi od nadmiaru płynu, a stawy nabierały niepokojącej giętkości. Byłam pierwszą studentką na wydziale, która zaszła w ciążę, a pod jej koniec wciąż hardo dreptałam na poranne obchody, tylko czekając, aż któryś konsultant odważy się wygłosić lekceważący komentarz.

Sam poród, choć traumatyczny, przyćmiło to, co wydarzyło się już po nim. Nazajutrz po cesarskim cięciu, wciąż odurzona uczuciem miłości i błogości, bez pamięci rozkochana w nowonarodzonym synku, spostrzegłam, że zaczyna się on wiercić i rzucać w swoim zawiniątku. Po odwinięciu kocyka zobaczyłam, jak rączki i nóżki poruszają się w rytmicznych spazmach. Miał atak – w naszym żargonie określany napadem toniczno-klonicznym – aczkolwiek mój zalany endorfinami mózg nie do końca ogarniał, co się dzieje. Podczas gdy mąż popędził po pielęgniarkę, sama jakoś oprzytomniałam na tyle, by nagrać napad smartfonem. Kiedy dyżurny pediatra zjawił się na miejscu, było już po napadzie,

ale po obejrzeniu nagrania poradził, byśmy nie martwili się niepotrzebnie, a tylko bacznie uważali, czy sytuacja się nie powtórzy.

Napad u noworodka może oznaczać cały szereg okropieństw – padaczkę, zapalenie opon mózgowych, okołoporodową encefalopatię niedotlenieniową, krwawienie wewnątrzczaszkowe lub guza – zdecydowanie zbyt wiele koszmarów jak na jedną matkę na studiach medycznych. Już na samą myśl o nich od wzbierającej paniki robiło mi się niedobrze. Więc o nich nie myślałam. Świadomie zastosowałam się do zaleceń pediatry. Nie martwić się. Nie obawiać się najgorszego. To mogło być jednostkowe zdarzenie. Mogło niczego nie znaczyć. W tej sytuacji lekarz po prostu musiał mieć rację; inna ewentualność była nie do pomyślenia.

Dzień obserwacji upłynął bez incydentów. Mały spał, sapał, wzdychał, ssał i wprowadził mnie z powrotem w stan słodkiego omdlenia. Być może, zastanawiali się teraz pediatrzy, ten napad tak naprawdę w ogóle nie był prawdziwym napadem. Fałszywy alarm, błędna diagnoza. Czuliśmy się, jakby nas ułaskawiono – udało nam się o mały włos i uznano, że możemy zabrać synka do domu. Zaczęliśmy się pakować, wciąż niedowierzając – jak być może wszyscy świeżo upieczeni rodzice – że ci ze szpitala mogą tak po prostu pozwolić dwojgu zupełnych amatorów z zerową wiedzą o dzieciach wynieść sobie noworodka. Dave właśnie przyniósł do sali nasz nowiusieńki fotelik samochodowy, gdy wtem, bez ostrzeżenia, sytuacja się powtórzyła. Spazmy, nawet pod kocami, były jednoznaczne. Przed widownią złożoną z trzech innych matek leżących na mojej sali i ich trójki w pełni zdrowych noworodków miał miejsce drugi napad.

Tym razem każdy fakt i wszelkie wyuczone dane statystyczne wyparowały z mojej głowy, oto bowiem nasz malutki synek z główką wygiętą w tył rzucał się i wierzgał na moich oczach. Nie byłam w stanie się ruszyć. Z oddali dobiegał dźwięk, słaby i szpetny, który powoli przybrał postać krzyku. Musiało minąć trochę czasu, bym zrozumiała, że to krzyczałam ja.

Znienacka wszędzie pojawili się członkowie pediatrycznej ekipy ratunkowej gotowi zapanować nad sytuacją. Rozgarnęli kocyki, do siniejących ust przycisnęli maskę tlenową, podpięli elektrody i rurki, aż nasz syn zniknął pod sprzętami mającymi utrzymać go przy życiu. Czym prędzej zabrali go na OION, Oddział Intensywnej Opieki Neonatologicznej, ja zaś pozostałam, desperacko trzymając się pustej kołyski. Tak jak nic nie przygotowało mnie na zapalczywość matczynej miłości, tak też reakcja mojego organizmu na przerażenie sytuacją, w której moje dziecko być może umierało, była obezwładniająca i brutalna. Nie przypominam sobie jakiegokolwiek gestu ani słowa z czyjejkolwiek strony. Ktoś – lekarz, położna albo pielęgniarka – pewnie próbował dodać mi otuchy, ale ich słowa zatarł strach.

Pozostało nam samodzielnie ruszyć śladem zespołu ratunkowego po krętych korytarzach, aż w końcu odnaleźliśmy OION. Na oddziale położniczym ledwie starczało personelu, by uporać się z porodami, nie mówiąc już o oddelegowaniu kogoś, kto by nas tam zaprowadził. Rana mnie piekła i mogłam jedynie wolno się przesuwać, z bólu zgięta w pół. Kiedy dotarliśmy na OION, pediatra rozsmarowywał na odsłoniętych plecach naszego synka środek dezynfekujący, przygotowując się do przeprowadzenia nakłucia lędźwiowego w celu potwierdzenia albo wykluczenia bakteryjnego zapalenia opon mózgowych. Nasze dziecko krzyczało bez opamiętania, choć jego płucka były zbyt małe, by wydać głos mogący na dobre przebić się przez zgiełk maszynierii, pikanie i gorączkową krzątaninę.

– Lepiej, byście tego nie widzieli – powiedział nam ktoś tonem nieznoszącym sprzeciwu i żwawo nas wyprowadził. Pozostawieni sami w pokoju dla członków rodziny, zdeorientowani i pełni obaw, czekaliśmy i czekaliśmy na jakieś wieści. Czułam się zepchnięta do nic nieznaczącej roli. Przez dwadzieścia cztery godziny zapewniałam mojemu synowi wszystko, a teraz nie mogłam dla niego zrobić nic. Inne ręce, inni ludzie zajmowali się nim i podejmowali decyzje. Wyłączeni z obiegu siedzieliśmy w milczeniu na plastikowych NHS-owskich krzeselkach, zielonkawych od światła szpitalnych jarzeniówek.

W końcu pielęgniarka zaprowadziła nas do łóżeczka z przezroczystego pleksiglasu, w którym – profesjonalnie opatulony – leżał teraz nasz syn. Do zabandażowanego nadgarstka spływał mu kroplówką antybiotyk. Mały spokojnie spał. Pediatrzy systematycznie przedzierali się przez listę moich najgorszych obaw: na wypadek infekcji podawali leki przeciwko zapaleniu opon mózgowych, na wypadek guza mózgu zrobili mu tomografię czaszki, przeprowadzili cały szereg badań krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego w nadziei na zidentyfikowanie innej możliwej przyczyny. Zapewniono nas, że jest bezpieczny i w dobrych rękach, lecz nasz świat drżał w posadach.

Było już dawno po godzinach odwiedzin. Dave odprowadził mnie na salę, po czym wrócił do naszego pustego domu. Mogę się tylko domyślać, jak musiał się czuć tej nocy, którą spodziewał się spędzić w domu z żoną i nowonarodzonym dzieckiem. Ja sama leżałam po ciemku za zasłoną, nasłuchując trojga innych dzieci, które płakały z takim wigorem, tak łąpczywie przyjmowały pokarm i z taką miłością były kołysane w ramionach matek, że nie mogłam się doczekać nadejścia poranka. Zadzwonili z OION-u. Nasz syn nie miał już kolejnych ataków, obudził się i był głodny, czy zatem miałam ochotę go nakarmić? Długą drogę na OION pokonałam tak szybko, jak tylko pozwalał mi na to mój kaczy chód, po czym wreszcie wzięłam na ręce moje dziecko, które zażądało pożywienia tak głośno, że moja nadzieja rozpałała się żywym płomieniem.

Poranny obchód trwał w najlepsze, toteż nie widząc nikogo, kogo mogłabym spytać o odpowiednie miejsce do karmienia piersią, przysiadłam na plastikowym krześle na rogu sali i niepewnie zajęłam się dzieckiem. Nagle zdało mi się, że ze wszystkich stron otaczają mnie mężczyźni.

– Co pani sobie wyobraża? – warknął jeden z nich. – Nie może pani tego tutaj robić. Co pani w ogóle wyprawia? Niech się ktoś tym zajmie.

Na twarzy przewodzącego obchodowi konsultanta malowało się zniesmaczenie. Milczałam, zbyt zszokowana, by zdobyć się na odpowiedź, owładnięta uczuciem, że właśnie dopuściłam się zbrodni, na poły obnażając pierś akurat w szpitalu, tymczasem pielęgniarka zwinnie ustawiła wokół mnie

parawan, maskując moją obraźliwą obecność na OION-ie. Przyciągnęła drugie krzesło i postawiła obok. W tym akcie drobnego upokorzenia, który nastąpił po tak okropnej dobie, było coś nieznośnego. Czułam się zdruzgotana i nieistotna. Tymczasem pielęgniarka, której na imię było – nomen omen – Precious¹, jakoś intuicyjnie zdawała się to wszystko czuć i rozumieć. Z czułością pomogła mi poprawić ułożenie synka na piersi i otarła mi łzy. Z uśmiechem ścisnęła mnie za dłoni i zagruchała w autentycznym zachwycie:

– O mój Boże, piękny jest. Doskonały. On jest piękny.

Nie wydaje mi się, bym kiedykolwiek czuła wobec kogoś tyle wdzięczności.

– Naprawdę tak pani sądzi? Serio?

– Jezu! Ten chłopiec jest cudny.

W rzeczywistości, co z czasem przyznałam nawet ja sama, mój syn wkroczył w życie całkiem podobny do Andrew Lloyda Webbera, lecz to nie miało najmniejszego znaczenia. Był idealny. Był piękny. W moich oczach, a teraz także w oczach Precious. Nigdy się nie dowie, ile dała mi swoją życzliwością. Ofiarowała mi akurat to, czego nie miała – swój czas – kiedy sterta kolejnych zleceń z pewnością musiała się jej nawarstwiać. A mimo to siedziała, głaskała mnie po dłoni i zachwycała się moim noworodkiem. Siedziałyśmy tak zdecydowanie zbyt długo. Bez wątpienia tego ranka zapłaciła za swoją dobroć piekielną cenę. I po dziś dzień żałuję, że nie miałam na tyle przytomności umysłu, by jej powiedzieć, ile to dla mnie znaczyło. Że dzięki jej życzliwości – okazanej swobodnie, a jednak bezcennej – znalazłam powód, by uwierzyć, że cokolwiek się jeszcze wydarzy, nie będę w tym wszystkim sama.

Nasz syn opuścił OION po kilku dniach. Mimo wyczerpujących badań nie postawiono mu jednoznacznej diagnozy. Parę dni później uznano, że nadaje się do wypisu i w końcu, zachowując ostrożność, wynieśliśmy nasz fotelik samochodowy oraz nasze dziecko z budynku szpitala i zapakowaliśmy do auta. Pamiętam, że w drodze do domu spojrzałam na Dave'a z podniesioną ze zdziwienia brwią.

– Jak to w ogóle możliwe, że nas z nim puścili? – spytałam. Dowcip z brodą, tym razem rzucony pół żartem, pół serio. – Czy oni powariowali? To nie wiedzą, że nie mamy zielonego pojęcia, co robimy?

Uśmiechnęliśmy się do siebie uszczęśliwieni i przerażeni. Zostaliśmy pełną rodziną. Dziesięć lat później mój syn na szczęście jest absolutnie zdrowy. Lecz choć od czasu, gdy spojrzeliśmy w otchłań, minęła dekada, empatia i człowieczeństwo pewnej pielęgniarki na OION-ie pozostaje trwale wyryte w mej pamięci.



Aż do momentu, kiedy stanęłam wobec perspektywy utraty dziecka, nie wiedziałam, co znaczy rozpacz. Uważałam samą siebie za całkiem empatyczną i sądziłam, że potrafię sobie wyobrazić, jakie to musi być uczucie. Lecz jak się okazało, założenie to było pomyłką – i samo w sobie dowodem na niedostatek wyobraźni. Nie wiedziałam, że to możliwe, by wyssało ci powietrze z płuc albo ugięły się pod tobą kolana czy też byś zaczęła gorączkowo układać się z Bogiem, w którego nie wierzysz, żeby to ciebie zabrał, a nie twoje dziecko, gotowa na wszystko, byle je tylko ocalić. Nie miałam o tym zielonego pojęcia.

Podczas pięcioletnich studiów medycznych dwa przeżycia wpłynęły na moją późniejszą praktykę zawodową bardziej niż cokolwiek wyczytanego z podręcznika. To było pierwsze z nich. Musiałam otrzeć się o nieszczęście, by zakosztować, jak naprawdę smakuje. Teraz już wiedziałam, jak w rzeczywistości niewiele rozumiałam z wpływu, jaki na pacjentów i ich bliskich będą wywierały stawiane przeze mnie pewnego dnia diagnozy raka, przekazywane informacje o śmierci ukochanej osoby, jakie zniszczenie będą siała w ramach moich codziennych obowiązków lekarskich. Istniały całe królestwa bólu i strachu, o których nie wiedziałam prawie nic i o których wiedzieć nie mogłam, chyba że przyszyłoby mi samej przeżyć coś podobnego. Poprzysięgłam nigdy o tym nie zapomnieć. Na poziomie bardziej prozaicznym, lecz równie istotnym, moje krótkie doświadczenie z bycia pacjentką oddziału położniczego nauczyło mnie,

jak doszczętnie szpital potrafi pozbawiać pewności siebie. Niby-wiedza, którą zdobyłam jako studentka medycyny, nijak nie chroniła przed etykietkami z nazwiskiem, anonimowymi koszulami szpitalnymi, kartami pacjenta dostępnymi dla wszystkich poza samym pacjentem, subtelnym odzieraniem człowieka z poczucia sprawczości i tożsamości. To było coś koszmarne. Takie traktowanie sprawiło, że czułam się strasznie mała i odsłonięta.

Mimo że w dalszym ciągu przyswajałam wiedzę w tempie przyprawiającym o ból głowy, nie potrafiłam uwolnić się od przeświadczenia, że na studiach medycznych brakuje czegoś fundamentalnego. Być może tym, czego każdemu empatycznemu lekarzowi z ambicjami potrzeba, jest obowiązkowy pobyt w szpitalu w roli pacjenta. Tymczasem zaś „zdolności komunikacyjne” zdobywamy poprzez warsztaty z aktorami i – jak nam się poszczęści – okazjonalną obserwację lekarzy z prawdziwego zdarzenia podczas trudnych rozmów z chorymi.

Dopiero dzięki własnemu doświadczeniu odkryłam, że przez cały ten znój związany ze studiowaniem medycyny – z mozolnym zdobywaniem wiedzy i umiejętności, które pewnego dnia stanowiąc będą podstawę mojej praktyki lekarskiej – posiadałam już cechę, która bardziej niż cokolwiek innego mogła sprawić, że moi pacjenci będą czuli, że ktoś o nich dba: zwyczajne, codzienne człowieczeństwo. Już wówczas władna odmieniać rzeczywistość moc życzliwego słowa bądź pełnego troski gestu była mi dostępna i mogłam z niej korzystać, aby – tak jak uczyniła to Precious – dopilnować, by moi pacjenci nie czuli się opuszczeni ani samotni. Życzliwość – *kindness* – zawsze oznaczała dla mnie więcej aniżeli szczodrość i przychyłność, wszak *kind* wywodzi się od staroangielskiego rzeczownika *cynd* oznaczającego rodzinę, ród bądź krewniaka. Dla mnie istota życzliwości zasadza się na poczuciu więzi – czyli pokrewieństwa – z innymi. W obcym, dezorientującym świecie szpitala doświadczyłam na własnej skórze, że akt wyciągnięcia pomocnej dłoni do pacjenta jako istoty ludzkiej, jako bratniej duszy, chociaż drobny, może być bezcenny. Z drugiej strony brak takich gestów czynił szpital miejscem posepnym i przygnębiającym.

Miałam wrażenie, że do tej pory studia medyczne w znacznej mierze uczyły nas zachowywania dystansu – tego, jak się od naszych pacjentów odseparować, a nie jak nawiązać z nimi więź. I najpewniej inaczej być nie mogło. Jakże bowiem lekarz miałby skutecznie funkcjonować pośród powszedniego rozkładu, smrodu i upokorzeń związanych z chorobą, pośród całego tego cierpienia i rozpacz, które przenikają szpital? W odróżnieniu od większości studentów medycyny już wcześniej, przy okazji dokumentowania wojny domowej w Demokratycznej Republice Konga, widziałam z bliska zwłoki. Reagowałam wtedy instynktownie: wzdrygałam się i odskakiwałam. Niekiedy musiałam odwracać wzrok, by powstrzymać się od płaczu, kiedy indziej – by nie wymiotować. Pamiętam, jak podczas nagrywania materiału w postawionym naprędcie namiocie szpitalnym Lekarzy bez Granic pielęgniarka oczyszczała nogę dziewczynki. Jak to często w Kongu bywało, większość dzieci cierpiała od ran zadanych maczetami; niektórym, po ataku bojówki na ich wioskę, amputowano dwie, trzy, a nawet cztery kończyny. W tym przypadku rana zionęła w dziecięcym udzie niczym krater po pocisku. Nawet moim niedoświadczonym oczom wydawała się straszliwie zainfekowana. Dziewczynka miała może dziesięć czy jedenaście lat. Jej okrzyki bólu i prośby w języku kongo, by przerwać te męki, były ignorowane przez pielęgniarkę, która w łagodnych słowach, lecz z nieustępliwym profesjonalizmem dalej opatrywała ranę, bez czego jej młoda pacjentka mogłaby nie przeżyć. Fetor gnijącego mięsa był obezwładniający, a zdolność pielęgniarki, by kontynuować pracę mimo powodowanego przy tym ogromnego cierpienia, wykraczała poza moją wyobraźnię.

Być może studia medyczne wznoszą, a nie rozbijają bariery pomiędzy lekarzami a młodymi ludźmi, którymi oni sami dotąd byli, bo to jedyny sposób, by wykształcić lekarską siłę roboczą zdolną zanurzyć się w brutalność choroby. Wszak nikt przecież nie chce, by jego lekarza sparaliżowały sentymenty. Może to właśnie wyrobienie w sobie obojętności, stopień „normalnych” ludzkich

reakcji na okaleczenia i śmierć, umożliwia lekarzom wykonywanie powierzonej im pracy.

Nigdzie wrodzone opory studentów medycyny nie są silniej konfrontowane i przełamywane aniżeli w prosektorium. Nawet po tym, jak na własne oczy widziałam śmierć i umieranie, nic nie przygotowało mnie na akt najdotkliwszego gwałtu, jakim miało mi się wydać dokonanie sekcji ludzkich zwłok.



Ponad setką tłoczyliśmy się przed ciężkimi, wiktoriańskimi wrotami auli od anatomii, czekając, aby po raz pierwszy przekroczyć jej próg. W powietrzu wisiała lekka woń formaldehydu. Korytarz wypełniały nieco zbyt głośne, napędzane brawurą pogawędki ludzi, którzy za wszelką cenę chcieli dowieść, że ani trochę się nie niepokoją. Byliśmy studentami pierwszego roku medycyny i mieliśmy za sobą parę tygodni zajęć. Wszyscy sprawiali wrażenie bardzo młodych i spiętych. W istocie rzeczy większość wciąż miała po zaledwie kilkanaście lat. Wyraźnie starsza, bo dwudziestodziewięcioletnia, troskałam się o to, czy zniosę poranek poświęcony precyzyjnemu obdzieraniu ze skóry ludzkich zwłok. Ojciec uprzednio raczył mnie opowieściami o sekcjach za jego czasów. Wtedy, w latach sześćdziesiątych, ten czy inny bystry dowcipniś nieuchronnie pożyczął sobie z prosektorium ludzką dłoń, a następnie podawał ją na powitanie nieznanemu w pubie, wywołując tym możliwe do wyobrażenia przerażenie, a także uciechę i radość zgromadzonych lekarzy. Czy tego rodzaju rzeczy wciąż się zdarzały? Bałam się, że wyjdę na zbyt pruderyjną i dziwną w oczach towarzystwa z roku.

Tymczasem kiedy profesor anatomii wpuścił nas do środka, uczynił to z najwyższą powagą. Sprawy zmieniły się na lepsze. Zgromadziliśmy się wokół niego, markując nonszalancję, otoczeni przez kilkadziesiąt stołów ze stali nierdzewnej, na których spoczywały zwłoki przykryte białym muślinem. Kątem oka wszyscy ukradkiem zerkali na kontury ciał. Formaldehyd drapał mnie w nozdrza. Niemalże czułam, jak wgryza mi się w skórę. Wzdłuż ścian ciągnęły

się półki, na których stały słoje z preparatami anatomicznymi zanurzonymi w środku konserwującym. Rozpostarte i przyszpilone części ciała na różnych etapach sekcji. Ręce, serca, torsy, głowy. Mnie zafascynował szereg słoików, w których tkwiły uwięzione ludzkie płody, uporządkowane według wielkości od najmniejszych po niemal w pełni rozwinięte. Małe piąstki zaciekle rwące się, by chwytać życie, oczy zamknięte na wieczność. W miarę możliwości byłam przygotowana na pomarszczone zwłoki starca, nie spodziewałam się jednak, że przyjdzie mi się zmierzyć z martwymi dziećmi.

Wykładowca mówił o tym, do kogo należały ciała, które za moment mieliśmy zacząć rozkrawać. Że to czyjaś babcia, czyjś dziadek. Że to ktoś, kto przed śmiercią postanowił, by w przyszłości swe ciało oddać pod nasze ostrza, abyśmy nieporadnie, krok po kroku, mogli się nauczyć, jak opóźnić przybycie innych, wciąż żywych, do tej sali, tych słoików i na te srebrne stoły.

– Każde ciało w tym pomieszczeniu należało do osoby, która dobrowolnie postanowiła oddać wam swoje ciało. Chcieli, abyście się uczyli. Byli przekonani, że powierzając wam swoje ciało, mogą uczynić z was lepszych lekarzy. – Przerwał, by rozejrzeć się po sali. – To dla was zaszczyt i przywilej, że możecie przeprowadzić sekcje tych ciał. Wyobraźcie sobie kogoś u kresu życia, kto myśli, jak po śmierci mógłby pomóc innym, i podpisuje formularze, dzięki którym jego ciało trafi w wasze ręce.

Podczas swojej przemowy wygłaszanej łagodnym, lecz pewnym głosem, niczym ojciec zwracający się do dzieci, zręcznie odwinął plastikową płachtę, po czym setce par oczu ukazało się ciało mężczyzny, który postanowił oddać swe sterane kończyny nam i temu swoistemu życiu po śmierci, które w tygodniowych porcjach odmierzała ciekawość naszych skalpeli. Nie mogłam uwolnić się od myśli, że nawet najukochańsza istota w życiu tego człowieka nie poznała jego ciała tak dokładnie, jak mieliśmy je poznać my.

Jak objaśniał dalej profesor, przez kolejne miesiące zajęć każdy strzępek zabalsamowanego ciała miał być pieczołowicie zbierany i zachowywany. Z końcem roku miało się odbyć nabożeństwo, przy okazji którego rodziny osób,

które były tak uprzejme ofiarować nam swoje ciała, miały zgromadzić się, by pożegnać swych najbliższych. Sami również mogliśmy wziąć w nim udział, a wręcz byliśmy do tego zachęcani. Wykładowca doskonale wiedział, jak dać nam do zrozumienia ogrom tego, czego mieliśmy się właśnie podjąć. Chodziło o istoty ludzkie, naszych pobratymców, którzy powierzyli nam swe ciała, on zaś oczekiwał, że okazemy im szacunek. Niegdysiejsza frywolność i żarciki już dawno, ku mej uldze, przeminęły.

Niewielkimi grupkami rozeszliśmy się do przydzielonych stołów i przygotowaliśmy się do dokonania sekcji ludzkiej tarczycy. Wpierw włożyliśmy cienkie plastikowe rękawiczki i odwinęliśmy ciało z zasłony, uwalniając tym samym chmurę skoncentrowanego aldehydu. Przez następnych sześć miesięcy to ciało miało być „nasze”. Skórę miało zszarzałą, oczy zamknięte, usta rozwarte w wiecznym grymasie – łatwiej mi było myśleć o nim w kategorii „to” niż widzieć w nim człowieka, prędko też zgłosiłam się na ochotnika, aby dokonać pierwszego nacięcia. Wydaje mi się, że pragnęłam uporać się z tabu tak szybko, jak to tylko możliwe. Nacięłam. Zabalsamowane ciało ma konsystencję zimnego wosku. Brak mu elastyczności. Kroci się niczym wyjęty z lodówki parmezan. Coś, co w innych okolicznościach stanowiłoby zbrodnię bezczeszczenia zwłok, teraz dwa razy w tygodniu stawało się naszym rytuałem.

W tych pierwszych dniach zorientowałam się, że o ile nie spoglądam na twarz i nie zastanawiam się nad niegdysiejszym życiem właściciela ciała, jestem w stanie powściągnąć instynkt i się nie wzdrygnąć. A niebawem nie musiałam się zdobywać nawet na taki wysiłek intelektualny. Wraz z obeznaniem przyszło zobojętnienie i już po paru sesjach pokochałam przeprowadzanie sekcji. Umiejętności fizyczne stanowiły dopiero początek. Jak się okazało, nauka anatomii polegała na łączeniu lingwistyki z kartografią. Stopniowo zaczęłam identyfikować po łacinie każdą kość, nerw i mięsień w ciele człowieka, z oddaniem mapując obszary niegdyś stanowiące dla mnie *terra incognita*.

Anconeus. Brachialis. Lunate. Triquetrum. Nowy język, w którym zyskiwałam biegłość, wydawał się równie egzotyczny, co piękny.

Czasami, kiedy późną nocą leżałam na kanapie i powtarzałam anatomię, robiłam nieznaczny ruch – obracałam dłoń do środka albo napinałam kciuk – i ćwiczyłam łacinę przez opisywanie misternych mechanizmów kryjących się za tym działaniem. Na przykład tak prosta czynność jak uniesienie małego palca angażowała *musculus extensor digiti minimi* (mięsień prostownik palca małego), *epicondylus lateralis humeri* (nadknykieć boczny kości ramiennej), piąty staw śródrečno-paliczkowy i *nervus interosseus antebrachii posterior* (nerw międzykostny tylny przedramienia). Zdolna wizualizować i nazwać szeptem każdy element, czułam się jak członkini jakiegoś ekskluzywnego i tajnego stowarzyszenia. W tym wypadku niewtajemniczonymi był ogół społeczeństwa. Nieraz mój chłopak przyłapywał mnie na tym, jak wpatrywałam się uważnie w ścięgna jego ramienia bądź żyły szyi, w pełni świadom, że za spojrzeniem tym nie kryje się pożądanie, a po prostu kolejna próba wczytania się w budowę jego ciała. Wtedy nie widziałam w tym nic dziwnego, aczkolwiek z perspektywy czasu muszę przyznać, że to zdumiewające, że się ze mną ożenił.

Tak jak formaldehyd, który przeniknął naszą skórę oraz ubrania, pozostawiał woń utrzymującą się jeszcze długo po tym, jak kończyliśmy danego dnia zajęcia, tak też mój stosunek do ludzkiego ciała trwale zmienił się za sprawą doświadczenia sekcji. Wcześniej ciała innych były dla między innymi obiektami pożądania, piękna i nieskończonej otuchy, gdy myślałam o mocy zwyczajnego ludzkiego objęcia. Teraz stanowiły także teksty do interpretacji, kryjące podskórne znaczenia, które należało odkryć. Za spontanicznym uśmiechem na powitanie dostrzegałam mięsień śmiechowy, mięsień jarzmowy większy i mięsień jarzmowy mniejszy, które unosiły kąciki ust w powitalny grymas. Z kolei klasycznie niesymetryczne „opadnięcie” twarzy przy udarze mówiło mi, że odpowiedzialny za te mięśnie siódmy nerw czaszkowy został porażony w wyniku niefortunnego zdarzenia w mózgu.

Ceną za sześć miesięcy spędzonych w prosektorium była bez wątpienia utrata niewinności. Ciała nie straciły swego piękna ani atrakcyjności, lecz w przypadku śmierci już mną nie wstrząsały. Sekcje zwłok nauczyły mnie przede wszystkim koniecznej umiejętności dystansowania się od pacjentów. Zamiast martwić się nowo wykształconą twardością, czułam, że zahartowałam się na sposób, który mi się podobał. Nie wyobrażałam sobie, by w pokoju lekarskim było miejsce dla wrażliwców.

1. Precious (ang.) – drogocenna (przyp. tłum.). [\[wróć\]](#)

ROZDZIAŁ SZÓSTY

NIECZUŁOŚĆ

Swego czasu pierwsze lata studiów medycznych służyły temu, by studenci poznali solidne podstawy anatomii, biochemii i fizjologii, nim zostaną wypuszczeni na oddział. Obecnie preferowany model zakłada, że powinni oni stykać się z pacjentami od samego początku, równoległe do procesu zdobywania wiedzy teoretycznej, co ma nieść za sobą korzyści w postaci oswojenia studentów z chorymi i zakotwiczenia całej przekazywanej im teorii w sensownym kontekście. Kilka uczelni nadal woli jednak dawny model, a że sama jestem w pewnym sensie purystką o jasno sprecyzowanym celu, zdecydowałam się na jeden z takich wciąż tradycyjnych wydziałów medycznych: pełne zanurzenie w teorii przez dwa lata, następnie zaś trzy lata życia i oddychania realiami szpitala. Nim otoczyłam się pacjentami, chciałam posiąść wiedzę akademicką. Skutek był taki, że w chwili podjęcia trzyletniej przygody z medycyną kliniczną o jej praktycznym wymiarze nie wiedziałam właściwie nic.

W tamtym czasie mój dziadek, który sam był emerytowanym lekarzem, został pospiesznie przewieziony do szpitala z powodu omdlenia spowodowanego zaburzeniem rytmu serca. Miał dziewięćdziesiąt dwa lata, był lekarzem jeszcze przed powstaniem NHS, a II wojnę światową spędził na niszczycielu Royal Navy na północnym Atlantyku, ochraniając życiodajne dostawy żywności i zaopatrzenia z Ameryki do Wielkiej Brytanii. Do ostatnich dni w szpitalu zachował oficerski sznyt. Po wojnie został lekarzem rodzinnym, a były to czasy, kiedy często ludzie pełniący tę rolę stanowili podporę miejscowych

społeczności. Sama, gdy byłam młodsza, z ekscytacją zasłuchiwałam się w opowieści o tym, jak to jedną ze swoich sędziwych pacjentek wyniósł z płonącego domu, kiedy strażacy uznali, że wejście do środka byłoby zbyt niebezpieczne. Jako dziecko łykałam każde jego słowo.

Spośród jego opowieści, których nigdy nie miałam dosyć, moja ulubiona dotyczyła miejscowego warzywniaka. Czas akcji: tuż po zakończeniu wojny; sklepikarz, którego dzieci mój dziadek przyjął na świat w sypialni na parterze jego własnego domu, zaciągnął go do pomieszczenia na zapleczu sklepu.

– Mam coś dla pana, panie doktorze – wyjął konspiratorskim tonem. – Niech pan je weźmie do domu i da rodzinie. To pierwsze, jakie widzieliśmy od 1939 roku. Proszę dać je swoim dzieciom.

Wyciągnął spore kartonowe pudło owinięte w brązowy papier i przewiązane sznurkiem.

– Jeszcze proszę nie otwierać. Dopiero w domu.

Gdy dziadek ostrożnie rozwinął pakunek na siedzeniu samochodu, wewnątrz pojazdu zalał skoncentrowany aromat kilkudziesięciu pomarańczy. Owoce, niemalże beczelnie jaskrawe, po latach wojennego zaciskania pasa wyglądały niesamowicie egzotycznie. Dziadek posiedział chwilę, przypatrując się podarunkowi, po czym zdecydowanie ruszył, lecz nie z powrotem w stronę domu, a na wzgórze, do miejscowego sanatorium dla dzieci chorych na gruźlicę. W owych czasach, kiedy antybiotyki dopiero raczkowały, jedynymi szeroko stosowanymi metodami leczenia gruźlicy były odpoczynek i świeże powietrze, obydwie równie nieskuteczne. Większość młodych pacjentów sanatorium było bladych i wychudzonych, nieubłaganie marniejących. Tamtejszy personel dobrze znał mojego dziadka.

– Doktorze Rendall! – powitała go siostra. – Proszę, zapraszam do środka.

– Nie mogę zostać, siostró – odparł, przekazując pakunek. – Wpadłem tylko, by zostawić coś dla dzieci. Proszę. Mam nadzieję, że się ucieszą.

Teraz dziadek sam znalazł się w charakterze pacjenta na oddziale intensywnej terapii miejscowego szpitala. Zostawiliśmy go tam w ciągu dnia, słabowitego,

lecz otoczonego komfortem. Otrzymywał koktajl lekarstw nasercowych. Tej nocy, jak to bywa u mężczyzn po dziewięćdziesiątce, obudził się z potrzebą oddania moczu. Była trzecia nad ranem. Choć jego łóżko od toalety dzieliło zaledwie parę metrów, był w pełni świadom, że jako osłabiony chorobą dziewięćdziesięciodwulatek narazi się na niebezpieczeństwo, jeśli spróbuje dojść tam bez niczyjej pomocy. Ryzykował upadkiem, którego mógłby nie przeżyć. Dziadek nie był człowiekiem, któremu prośbienie o pomoc przychodziło naturalnie. Mimo to przycisnął brzęczyk przy łóżku, aby wezwać pielęgniarkę. Raz, drugi, kolejny. Niestety, w tym wiecznym zmierzchu szpitala nocną porą – wśród nieustającego pikania zablokowanych kroplówek, pojękiwania zautomatyzowanych rękawów do pomiaru ciśnienia – pielęgniarek z krwi i kości jest jak na lekarstwo. Stary człowiek, który potrzebował oddać mocz, nie zwracał niczyjej uwagi. Czas niespiesznie sobie płynął.

O piątej rano wybór, jaki mu pozostawał, przedstawiał się ponuro. Mógł bądź to poddać się palącemu uczuciu parcia na nadmiernie rozciągnięty pęcherz i zmoczyć się w szpitalnym łóżku, bądź też spróbować samodzielnie dowlec się do łazienki. Możliwa katastrofa albo pewne upokorzenie. Upaść na szpitalną posadzkę albo przeleżeć resztę nocy, nasiąkając zimnym moczem. Wyobrażam sobie dziadka, potężnego byłego lekarza NHS, jak w półmroku ostrożnie przesuwając swoje metr osiemdziesiąt na brzeg materaca. Jak chwytając łóżko, aby się wesprzeć, prostuje się na moment, po czym niezdarnie staje do pionu. Wysuwając stopę, próbuje zrobić pierwszy krok. I upada, uderza czaszką o podłogę, a stojak od kroplówki przewraca się na niego. Nie do końca wiadomo, jak długo leżał nieprzytomny. Lecz kiedy następnego dnia jego syn, a mój ojciec, zjawił się u jego łóżka, zastał swego ojca sponiewieranego i posiniaczonego, mocno obolałego, ze zwieszoną z boku dopiero co sparaliżowaną lewą ręką.

Lekarza specjalistę prowadzącego poranny obchód czekał najgorszy możliwy koszmar: bliski pacjenta, też lekarz, pełen zwięzłych pytań dotyczących widocznych dowodów na złą opiekę nad kochaną osobą.

– Kto przebadał neurologicznie mojego ojca po upadku i co ustalili?

Wyglądało na to, że nikt nie zadał sobie trudu.

– Bo badanie, które właśnie przeprowadziłem, wskazuje na paraliż lewej górnej kończyny i rozległy krwiałk mózgu. Podejrzewam, że ojciec od wczorajszego ranka ma złamany kark.

Nastąpiła boleśnie długa cisza.

– Czy nikt z państwa zespołu nie wpadł na to, by go przebadać albo obejrzeć mu kark na zdjęciach? Nawet państwa konsultant?

Pospiesznie zorganizowana tomografia potwierdziła, że dziadek istotnie złamał kręgosłup na odcinku szyjnym. Wytrzymał jeszcze dwa dni, niezręcznie upakowany w piankowy kołnierz, po czym zmarł nocą w szpitalnej sali.



Kiedy dziadek umierał, słowa, z którymi mój ojciec wystąpił w obronie własnego ojca przy jego łóżku, z klinicznego punktu widzenia niewiele mi mówiły, wciąż bowiem zanurzona byłam ledwie w teorię medycyny. Wiedziałam tylko, że w tym, jak umarł, było coś straszliwie, niewybaczalnie niewłaściwego. I nawet teraz myśl, że kogokolwiek – a co dopiero kogoś kochanego – miałyby spotkać podobne upokorzenie, sprawia, że coś się we mnie wywraca.

Byłam pewna, że nikt umyślnie nie postanowił traktować mego dziadka nieżyczliwie. Niemniej jednak personel nocnej zmiany, pozornie obojętny, nie odpowiedział na jego wezwania, a przez to pośrednio przyczynił się do jego udreki, upokorzenia, a ostatecznie również fatalnego w skutkach upadku. Jako że nie miałam dotąd okazji przekonać się, jak kiepsko bywa nocami z obsadą szpitala, nie przyszło mi do głowy, że być może pielęgniarki po prostu nie miały wyboru, bo było ich zbyt mało, a pacjentów, którymi miały się zająć, zbyt wielu. Trudno mi było, co być może świadczy o mojej naiwności, zrozumieć, jak coś podobnego mogło się zdarzyć w jakimkolwiek szpitalu, a co dopiero w placówce będącej ponoć przykładem doskonałości publicznej służby zdrowia. Pomyślałam sobie, że coś musi być nie tak, skoro ludzie, którzy postanowili zawodowo poświęcić się opiece nad innymi, swoją biernością narażali teraz pacjentów na

take poniżenia. Przybita różnicą między człowiekiem, którego kochałam, a cieniem człowieka, do jakiego sprowadzili go w szpitalu, miałam wrażenie, że tym razem NHS doszczętnie postradał swoje człowieczeństwo.

W tym właśnie okresie – był to rok 2005 – pacjenci w innym brytyjskim szpitalu, o czym nie wiedziałam, byli wręcz masowo poddawani nieumyślnemu okrucieństwu. Przez lata szpital, o którym mowa – Stafford, przynależny do zakładu opieki zdrowotnej Mid Staffordshire NHS Foundation Trust – traktował pacjentów z tak szokującą brutalnością, że „Mid Staffs” stał się od tej pory skrótowym określeniem na najbardziej barbarzyńskie niedociągnięcia publicznej opieki zdrowotnej, jakie tylko można było sobie wyobrazić. O ile niepokojące sygnały dotyczące złego traktowania i zbyt wysokiej liczby zgonów zaczęły się pojawiać w roku 2007, o tyle potrzeba było jeszcze dwóch lat, nim należycie je zbadano. Szacuje się, że w szpitalu Stafford, który od tamtej pory przemianowano na County Hospital – „szpital okręgowy” – i powierzono w zarząd zakładowi opieki zdrowotnej University Hospitals of North Midlands NHS Trust, niepotrzebnie zmarło kilkuset pacjentów. Pod wpływem rosnących nacisków ze strony pogrążonych w żałobie rodzin władze poleciły mecenasowi sir Robertowi Francisowi przeprowadzenie dwóch śledztw, z których jedno przybrało postać formalnego dochodzenia i ujawniło jeden z największych skandali w dziejach NHS. Sprawozdania mecenas nad wyraz szczegółowo przedstawiają obraz rutynowych zaniedbań, upokorzeń i brutalności, jakich dopuszczał się personel publicznej służby zdrowia:

To opowieść o wstrząsającym i niepotrzebnym cierpieniu setek ludzi. Zawiódł ich system, który zlekceważył sygnały alarmowe, ponad dobro i bezpieczeństwo pacjentów stawiając własny interes branżowy oraz kwestię cięcia kosztów.

Zabrakło troski, współczucia, człowieczeństwa i kierownictwa. Nie dochowywano elementarnych standardów opieki, nie przestrzegano fundamentalnego prawa do godności. Starsi i bezradni pacjenci leżeli niemocy, niekarmieni i pozbawieni niezbędnych płynów. Zostali odarci

z godności i szacunku. Niektórzy pacjenci wobec braku pomocy z dojściem do łazienki musieli załatwiać się w łóżku. Niektórych pozostawiano w pościeli i łóżkach brudnych od ekskrementów. Musieli znosić panujący na ich salach brud. Zdarzały się przypadki obcesowego traktowania przez personel oddziału. Pacjenci, którzy nie byli w stanie samodzielnie jeść ani pić, nie otrzymywali pomocy. Lekarstwa przepisywano, lecz ich nie wydawano. Zarówno SOR, jak i niektóre oddziały posiadały niewystarczającą obsadę, by zapewnić bezpieczną i skuteczną opiekę. Pacjentów wypisywano bez odpowiedniego baczenia na ich warunki socjalne⁷.

Pierwsze sprawozdanie Francisa ujrzało światło dzienne w 2010 roku, to jest w moim pierwszym roku w roli dyplomowanej lekarki. Podobnie jak wielu innym lekarzy w moim szpitalu, czułam się głęboko zawstydzona doniesieniami w prasie, naznaczona poprzez skojarzenia, a do tego skłonna zdystansować się od ustaleń śledztwa tak bardzo, jak to tylko możliwe. Im zagorzalej potępialiśmy opisywany proceder, tym jaśniej dawaliśmy znać – albo przynajmniej taką mieliśmy nadzieję – że sami jesteśmy lekarzami innego, lepszego rodzaju.

– Tutaj nigdy by do tego nie doszło – zapewniał z naciskiem nasz konsultant.
– To niewyobrażalne. Klasyczny przykład kiepskiego kierownictwa. Pozwolono wykształcić się nawykowi, które powinny zostać z miejsca wyplenione.

Sama byłam lekarką ledwie od pół roku, więc w tej sytuacji ogarnęła mnie nietypowa nieśmiałość i zamiast zabrać głos, niechętnie zmilczałam. Wyobraziłam sobie, że podobne oświadczenia padają właśnie w pokojach lekarskich na terenie całego kraju. Odruch obronny był czymś zrozumiałym, lecz prawda nie była taka prosta. Wiedziałam chociażby, że to, przez co mój dziadek przeszedł w zupełnie innym szpitalu, współgrało z opowieściami krewnych pacjentów, którzy zmarli w Mid Staffs. Oznaczało to, że zanik człowieczeństwa nie był odizolowanym przypadkiem. Przynajmniej w jednym innym szpitalu sieci NHS – tym, w którym umarł dziadek – personel zaniedbał, aczkolwiek możliwe, że tylko ten jeden raz, swą fundamentalną powinność, jaką jest

zapewnienie bezpiecznej i troskliwej opieki. Może i mój konsultant uznał za niewyobrażalne, by sytuacja z Mid Staffs mogła powtórzyć się w naszym szpitalu, lecz można powiedzieć, że wyobrażalność odzwierciedla w równym stopniu stan umysłu wyobrażającego, co stan otaczającego go świata. Zresztą sir Robert Francis wymienił wyparcie po stronie pracowników Mid Staffs jako jeden z czynników napędzających niekontrolowane okrucieństwo: personel zamknął oczy i uszy na to, co rozgrywało się dookoła.

Tego wieczoru po powrocie do domu usadowiłam się na kanapie ze sporym kieliszkiem wina i przeczytałam cały raport od deski do deski. Po jakimś czasie kumulujące się wrażenia z lektury kolejnych opisów nieustannego złego traktowania zaczęły przyprawiać mnie o mdłości. I to zawsze pacjenci najbardziej bezbronni, najsłabsi i najstarsi odzierani byli z godności. Szwagierka emerytowanego wykładowcy uniwersyteckiego, który mógłby być moim dziadkiem, opisała głębokie upokorzenie, jakiego doznał, gdy w Mid Staffs pozostawiono go ubrudzonego nieczystościami:

Tamtejsze pielęgniarki nie były wobec niego niemiłe, były przepracowane. Często mieliśmy wrażenie, że gdy prosiliśmy je, by go oporządziły (...) trwało godzinami, nim się zjawiały, by go umyć, a w międzyczasie leżał tak po prostu w brudnym łóżku, w brudnej koszuli nocnej i nie chciał, bym w ogóle wchodziła do sali. Mówił tylko: nie podchodź, nie podchodź, bo cuchnę, a był to człowiek bardzo skrupulatny. Naprawdę zostawiły go tam, by leżał we własnych odchodach⁸.

Była już późna noc, wino z butelki zdążyło w większości zniknąć, a ja zastanawiałam się, jak to możliwe, że dobry personel zszedł na psy, cały czas unikając jednak oczywistego pytania: czy pewnego dnia może to spotkać i mnie? Nawet jeśli nie teraz, to czy kiedyś mogę się stać lekarką z rodzaju tych, które w najlepszym wypadku przymykają oko na cierpienie, a w najgorszym postępują w sposób, który się do niego przyczynia? Francis wskazał szeroki wachlarz rozmaitych przyczyn skandalu, w tym między innymi kulturę zastraszania,

w ramach której wielu pracowników bało się odezwać, a ci, którzy się na to decydowali, czuli, że ich zastrzeżenia były ignorowane. Fakt, że sama tego dnia wykazałam się nieśmiałością – zbyt potulna, by publicznie sprzeciwić się deklaracjom szefa – prezentował się w tym kontekście nieszczególnie. Załóżmy, że mój oddział dzień w dzień stanowiłby środowisko wyzute z ludzkich uczuć. Czy naraziłabym się, protestując, czy też po cichu wzięłabym przykład z kolegów i się dostosowała?

Zeznanie, jakie przedstawił Francisowi pewien lekarz rezydent, nie dawało mi spokoju. Opisał on, jak po przybyciu do Mid Staffs z innego szpitala doznał szoku na widok żałośnie nieadekwatnego poziomu opieki, który tamtejsi lekarze i pielęgniarki z oddziału ratunkowego uważali najwyraźniej za normalny:

Wydaje mi się, że to był proces stopniowy, że sytuacja robiła się coraz trudniejsza i trudniejsza, i [pozostali pracownicy] nie zdawali sobie sprawy, jak bardzo sprawy oddaliły się od możliwych do zaakceptowania standardów i nie sądzę, by ktokolwiek z nich do tego dopuścił, gdyby się to stało z dnia na dzień. Myślę, że ostro by się sprzeciwili, ale to postępowało tak stopniowo, że po prostu tego nie spostrzegli⁹.

Myślami wróciłam do zdarzenia, jakie kilka tygodni wcześniej miało miejsce u mnie na oddziale. OCR, Oddział Chirurgii Ratunkowej, cieszył się reputacją zakładu przetwórstwa pacjentów. Często mogło się wydawać, że jeśli w porę nie zasłużysz sobie na zoperowanie, to chirurdzy wyplują cię tak prędko, jak to tylko możliwe. Słabowitość nie miała tu nic do rzeczy. Jeśli nie czułeś się dość krzepko, by wracać do domu, istniały tysiące sposobów na podrzucenie cię mniej hardym specjalistom, przy czym nieodmiennie to lekarze z intensywnej terapii uznawani byli za tych, którzy stawiają najmniejszy opór.

Ten stereotyp na temat chirurgów pomija, rzecz jasna, czynniki systemowe, które mogą zmuszać do tak oszałamiającego tempa „obsługi” pacjentów. Oddziały chirurgiczne tak błyskawicznie pozbywają się delikwentów między innymi dlatego, że jeśli tego nie zrobią, chirurdzy nie będą mogli przyjąć

kolejnego pacjenta wymagającego operacji. W takim wypadku potrzebujący pomocy chirurgicznej pacjenci, dla których brak miejsca na oddziale chirurgicznym, zmuszeni są czekać na SOR-ze bądź też – co może tym gorsze – są odsyłani na inne oddziały. Zdarza się, że tam nie zostają otoczeni wystarczającą opieką chirurgiczną i zazwyczaj dłużej czekają na konsultację. Miejsca na intensywnych oddziałach chirurgicznych przeznaczone są na możliwie krótkie pobyty właśnie dlatego, że potrzebują ich pacjenci wymagający natychmiastowej interwencji ze strony jedynych klinicystów, jacy mogą im akurat pomóc: chirurgów.

Kontekst ów nie zmienia faktu, że pewien poranny obchód chirurgiczny przybrał nadzwyczajny przebieg. Poprzedniej nocy przyjąłem na Oddział Chirurgii Ratunkowej pewnego starszego pana. Pan Skipton, którego karetka przywiozła z potwornym bólem brzucha, został natychmiast skierowany na tomografię komputerową. Wymęczony, wycieńczony i wystraszony, poprosił mnie, bym nie zostawiała go samego, choć sanitariusze już wieźli go korytarzem.

Następnego ranka, tuż przed pierwszym spotkaniem z pacjentem, mój konsultant przyjrzał się wynikom tomografii. Wszyscy przepychali się, by rzucić okiem na monitor komputera ustawiony za ladą dyżurki pielęgniarek.

– Noo – odezwał się po krótkiej pauzie chirurg. – To ma przesrane, co nie?

Wyniki istotnie wyglądały kiepsko, ale obcesowość chirurga sprawiła, że się aż wzdrygnęłam. Ból u mojego pacjenta wywoływał rozległy guz, który blokował mu światło jelita i agresywnie zajmował resztę jamy brzusznej. Jego wątroba pokryta była przerzutami nowotworowymi. Pacjent miał dziewięćdziesiąt trzy lata, toteż aktywne leczenie złośliwej postaci raka nie wchodziło u niego w grę.

Pan Skipton otrzymywał teraz pokarm i płyny przez kroplówkę podłączoną do ramienia oraz sondę wpuszczoną przez nos. Z niepokojem podniósł wzrok na mojego szefa, który pragnął jak najprędzej dostać się na blok, więc tylko przystanął na chwilę przy jego łóżku. W pośpiechu zaciągnęłam cieniutką zasłonkę. Szef bez choćby słowa wstępu wyjawiał pacjentowi śmiertelny

charakter jego dolegliwości – i to nie wprost. Odwrócił się od łóżka ku skupionej wokół gromadce i wymamrotał w pełni słyszalnym głosem:

– Ściągnijcie tu do niego pielęgniarkę od opieki paliatywnej. – Nikt nie raczył nawet „jemu” powiedzieć, że ma raka.

Na twarzy pana Skiptona pojawiły się oznaki paniki, ja zaś pamiętam, że uchwyciłam spojrzenie siostry oddziałowej, która podobnie jak ja krzywiła się z zakłopotania. Lecz gdyby teraz próbować zaradzić poczynionej szkodzie, zajęłoby to mnóstwo czasu, a obchód pędził już dalej. Miałam moment, w którym mogłam zdecydowanie zareagować. Mogłam, ryzykując gniew konsultanta, pozostać przy łóżku pacjenta. Tymczasem jednak, ku własnemu zawstydzeniu, pilnie podążyłam za szefem, pozwalając, by ktoś inny ogarnął powstały bałagan.

Jedyną różnicą między przypadkiem szpitala Stafford a tym przykrym incydentem był brak członka rodziny, na przykład żony, która po latach, łykając gorzkie łzy, mogłaby opisać nasz brak współczucia niewzruszonemu mecenasowi, a jej słowa skrzętnie wystukałaby siedząca w kąciku stenotypistka, tak oto uwieczniając kolejny obciążający materiał dowodowy. Swoją bierność mogłam rzucić na karb mikrej pozycji na samym dole hierarchii – byłam najmłodszym stażem, a przez to najmniej znaczącym członkiem zespołu lekarskiego – ale nie zmieniało to faktu, że wiedziałam, iż to nie w porządku i nic w związku z tym nie zrobiłam. Wszyscy ponosiliśmy współodpowiedzialność, w tym również i ja. Czy zatem naprawdę byliśmy inni, lepsi niż personel, który dopuszczał do okropieństw w Mid Staffs, nawet jeśli osobiście w nich nie uczestniczył? Czyżby najnowsi rekruci na oddziałach szpitali sieci NHS byli niepostrzeżenie przyzwyczajani – niczym żaby, które bez skrzeku sprzeciwu dają się gotować, o ile tylko wodę podgrzewa się dostatecznie powoli – do niedopuszczalnych poziomów brutalności?

Odpowiedzieć na te pytania było mi o tyle trudno, że straciłam już jednoznaczne wyczucie tego, co „normalne”. W chwili, gdy po raz pierwszy nacięłam skalpelem ludzkie zwłoki, „normalność” przestała być dla mnie tym

samym, czym jest dla moich pozamedycznych znajomych. A kiedy człowiek zacznie już łamać tabu, być może potrzebuje pomocy z zewnątrz, aby wiedzieć, kiedy się zatrzymać. Nie może już polegać na skręcaniu w żołądku czy mrowieniu w kręgosłupie, bowiem wykształcił ponadnormatywną odporność, która pozwala działać wbrew podstawowym ludzkim instynktom lub wręcz – co gorsza – przestać je w ogóle odczuwać.

Mój OCR nie był taki jak Mid Staffs. Tego byłam pewna. Większość pielęgniarek i lekarzy zachowywała się życzliwie i profesjonalnie. Nie głodziliśmy rutynowo pacjentów ani nie pozostawialiśmy ich leżących w kałużach moczu, lecz pod jednym fundamentalnym względem moje miejsce pracy zdawało się nieprzyjemnie podobne. Z mojej perspektywy osoby na pierwszej linii działania widać było jasno, że brakuje nam lekarzy i pielęgniarek. Francis doszedł do wniosku, że pierwotną przyczyną okropieństw, do jakich dochodziło w Mid Staffs, była zdecydowanie za mała liczba personelu na pierwszej linii. Zarząd placówki, zdeterminowany, by uzyskać od władz upragniony status fundacji – „Foundation Trust” – pragnął dowieść swej fiskalnej roztropności poprzez zaoszczędzenie 10 milionów funtów. Cel ten w znacznej mierze osiągnięto kosztem drakońskich cięć personalnych, lekceważąc ostrzeżenia ze strony zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek:

Jestem przekonany co do tego, że oszczędności narzucane rok po roku przez zarząd dogłębnie wpłynęły na zdolność placówki do świadczenia bezpiecznych i skutecznych usług¹⁰.

Gdy spojrzeć wstecz, można dostrzec jeszcze bardziej rozpaczliwy obraz sytuacji – zauważył Francis. Niski poziom opieki w znacznej mierze wynikał z przewlekłego niedoboru personelu, a w szczególności obsady pielęgniarskiej.

Świadectwa nadmiernie obciążonych obowiązkami członków załogi Mid Staffs po części pokrywały się z udręką pobrzmiewającą w relacjach pacjentów i ich

bliskich. Pielęgniarka pracująca tam na oddziale diagnostycznym nagłych przypadków zeznała Francisowi:

Pamiętam, że kiedy zredukowali nam obsadę, musiałyśmy wszędzie dosłownie biegać. Ludzie z innych oddziałów przezywali nasz Bejrutem. Słyszałam, jak tak o nim mówią. Ci z intensywnej terapii mówili na nas Bejrut... Pamiętam, jak mówiłam: to będzie miało konsekwencje, to tak nie może trwać. Bo i cały czas przychodzili do nas bliscy pacjentów i mówili: mama już tyle czasu wzywa pomocy, tak długo ma włączony brzęczyk¹¹.

Inna pielęgniarka wspominała swe strapienie i poczucie winy z powodu tego, że nie jest w stanie zapewnić pacjentom godnej opieki:

W pewnym sensie jest mi wstyd, ponieważ pracowałam tam i mogę pana zapewnić, że robiłam, co mogłam, ale czasami w drodze do domu byłam strasznie sfrustrowana, bo nie mogłam powiedzieć, bym komukolwiek pomogła. Czułam się, jakbym nie pomogła – mimo że odpowiadałam na wezwania brzęczyków, zapewniałam opiekę medyczną, ale nigdy nie miałam poczucia, by to wystarczało. Nie mieliśmy dość personelu, by zajmować się pacjentami, którymi należało się zająć, by zagwarantować im wszystko, czego taki pacjent by potrzebował. To, co robiliśmy, było zaledwie ślizganiem się po powierzchni, a nie tego mnie nauczono¹².

Lekarz rezydent z oddziału ratunkowego w Mid Staffs, który wyraził przypuszczenie co do brutalności rosnącej wraz z upływem czasu, był absolutnie pewny, że fundamentalnym problemem szpitala nie była jakość jego personelu, lecz jego niedostateczna liczba i napięty do granic możliwości system, w ramach którego byli zmuszeni funkcjonować, a który sprawiał, że lepiej było się nie wychylać i w miarę możliwości brnąć przed siebie:

Personelu było po prostu zbyt mało... Naprawdę mało kto przychodzi do pracy, aby odwalić byle jaką robotę, a pielęgniarki z takim podejściem nie spotkałem jeszcze nigdy. Pielęgniarki były tak przeciążone, że ciągle miały nadgodziny, i rozpaczliwie rzucały się z miejsca w miejsce, aby spróbować

zapewnić pacjentom odpowiednią opiekę. Jeśli spędzisz dość czasu w takim otoczeniu, staniesz się nieczuły na odgłosy bólu. Uodpornisz się na nie albo odejdiesz. Nie możesz czuć czyjzegoś bólu, nie możesz w dalszym ciągu pragnąć zrobić wszystkiego, co w twojej mocy, kiedy system wciąż odmawia ci wsparcia, nie jesteś w stanie dobrze pracować. A system w szpitalu odmawiał personelowi pielęgniarskiemu, który robił wszystko, co w jego mocy, i odmawiał lekarzom¹³.

To mnie zaniepokoiło. Byłam lekarką ledwie od paru miesięcy, a odporność na odgłosy bólu była mi już znajoma. W pewnym sensie w tym zawodzie to konieczność. Przykładowo: za każdym razem, gdy oceniałam stopień przytomności pacjenta, a ten w reakcji na mój głos nie otwierał oczu, wciskałam mu kłykcie w mostek z taką siłą, że wszyscy z wyjątkiem najgłębiej nieprzytomnych szarpali się, stękali lub krzyczeli głośno z bólu. Ani przez moment nie miałam przy tym poczucia winy. Wręcz przeciwnie, zadając ból, odczuwałam coś zgoła odmiennego – ulgę – oto bowiem wiedziałam, że uszkodzenia mózgu pacjenta nie były tak poważne, jak się tego obawiałam. Nie spowodowawszy bólu, reakcję na który mogłabym ocenić, nie miałam jak obiektywnie zmierzyć ich poziomu przytomności.

Bardziej prozaicznie rzecz ujmując, zostawiłam za sobą niewprawne próby zakładania kaniuli w żyłach moich pacjentów na początku mojej kariery medycznej. Wtedy ich grymasy w reakcji na moje niezdarne wysiłki sprawiały, że aż pociałam się z poczucia winy. Nauczyłam się jednak, że największe szanse na bezbolesne wkłucie miałam wówczas, gdy traktowałam zadanie jako sprawę czysto techniczną, nie zaś formę kontaktu z drugim człowiekiem. Paradoksalnie, najlepszym sposobem na życzliwość było okrucieństwo. Przemawiałam do pacjentów łagodnie i kojąco, dźgając ich przy tym z determinacją, ale wewnątrz byłam bezlitośnie skupiona i nie czułam absolutnie nic. Metoda się sprawdzała. Stałam się chłodna, ale skuteczna – a skuteczność ta oszczędzała moim pacjentom żalosnej opuchlizny, jaka mogłaby im zostać po działaniu niekompetentnego, choć może i miłego lekarza. Co znamienne, w naszym

szpitalu jedynie dzieciom z automatu przysługiwało prawo do pacnięcia maścią anestetyczną w celu znieczulenia miejsca wkłucia. A i wówczas kierowano się raczej doraźnym interesem aniżeli życzliwością, gdyż rozpaczające smarkacze zaliczają się do najtrudniejszych i najbardziej czasochłonnych w obsłudze pacjentów. Od całej reszty oczekiwano, że wytrzyma te kilka sekund bólu, nawet jeżeli w przypadku pechowej mniejszości o „trudnych” żyłach owe sekundy mogły przeciągnąć się w pół godziny albo i więcej coraz to boleśniejszych prób założenia wenflonu. Nigdy nie przyszło mi do głowy, by spytać, dlaczego, skoro wiedzieliśmy, że dany pacjent ma „trudne” żyły, nie poprzedzaliśmy naszych wysiłków uprzejmym gestem w postaci miejscowej dawki środka znieczulającego.

Na dobrą sprawę nikt podczas studiów medycznych ani razu nie omówił z nami tego, że niekiedy zadanie niewielkiego cierpienia może okazać się koniecznym elementem przy świadczeniu wzorowej opieki medycznej. Ani też nie skłonił do namysłu nad tym, kiedy powodowanie bólu można uzasadnić, kiedy natomiast będzie to po prostu nadużycie. Przypomniał mi się jeden z pacjentów chirurgicznych, który niedawno doznał groźnej infekcji bakteryjnej, z jaką jego organizm ewidentnie sobie nie radził. Źródło zakażenia pozostawało niejasne, poproszono mnie zatem o przeprowadzenie badania *per rectum*, abym palcem w rękawiczce sprawdziła, czy aby nie doszło do zapalenia gruczołu prostaty. Wedle mojej metody diagnostycznej – nie doszło. Lecz kiedy mój konsultant powtórzył badanie, które sama przeprowadziłam z żalosną delikatnością, pacjent zeskoczył z łóżka, skowycząc z bólu, prostatę miał bowiem ewidentnie bardzo wrażliwą. Moje słabe, minimalistyczne podejście – motywowane chęcią oszczędzenia pacjentowi dyskomfortu – w momencie stawiania diagnozy zawiodło na całej linii. Chciałam być delikatna, tymczasem jedynie go zawiodłam.

O ile skuteczne działania medyczne bez wątpienia wymagają pewnego stopnia zdystansowania, o tyle mnie nachodziło niepokojące wrażenie, że na naszym Oddziale Chirurgii Ratunkowej cierpienie pacjentów zaczyna się wydawać

białym szumem – stałym, lecz z konieczności akceptowalnym elementem rozpraszającym. Faktem zaś było, że mieliśmy po prostu zbyt mało lekarzy, by uporać się z pracą na oddziale. Jako lekarze dyżurni ledwie mieliśmy czas, by logicznie rozumować. Mniej więcej setką pacjentów chirurgicznych powinniśmy zajmować się we czwórkę, lecz zwolnienia chorobowe, nocne zmiany oraz urlopy sprawiały, że rzadko kiedy była nas więcej niż trójka, regularnie zaś zostawaliśmy wręcz we dwójkę.

Nasi bezpośredni przełożeni, to jest lekarze podczas specjalizacji chirurgicznej, również byli dramatycznie przeciążeni pracą: usiłowali zapanować nad nowymi przyjęciami, którymi zazwyczaj musieli zajmować się samodzielnie, a jednocześnie służyć pomocą podległym rezydentom i zjawiać się na bloku operacyjnym, by się jednak czegoś nauczyć. Sytuujący się ponad nimi chirurdzy specjaliści oraz konsultanci często nie mogli dotrzeć na oddział nie ze względu na niechęć do opuszczania przychodni czy bloku operacyjnego, lecz ponieważ fizycznie nie byli w stanie. Dyżurny konsultant mógł sprawiać wrażenie sfrustrowanego lub zabieganego, bowiem jednoosobowo odpowiadał za ponad setkę poważnie chorych pacjentów i starał się zajrzeć do każdego z nich w czasie, który zajmowało poddanie narkozie pierwszego pacjenta na bloku operacyjnym. Gdyby spóźnił się z powrotem na blok, oznaczałoby to, że zmusza do czekania na siebie liczący nierzadko ponad dziesięć osób zespół, jak również samego znieczulonego pacjenta. Krótko rzecz ujmując, system – w którym tak bardzo brakowało czasu na jednoczesne dogłębne oglądanie pacjentów na oddziale i działanie na bloku operacyjnym – zmuszał nas wszystkich, bez względu na poziom starszeństwa, byśmy wyzbyli się odruchów życzliwości i zamienili ją na nieczułość. Zupełnie jakbyśmy się prosili o powtórkę sytuacji z Mid Staffs.

W przypadku nas, lekarzy dyżurnych, sama tylko liczba pacjentów i złożoność ich przypadków dzień w dzień przewyższałyby nasze możliwości zapewnienia im bezpieczeństwa, gdyby nie to, że harowaliśmy bez chwili wytchnienia od momentu zjawienia się w pracy aż do wyjścia ze szpitala, co następowało ileś

godzin później, niż teoretycznie powinno. Często oznaczało to pracę od siódmej rano do dziesiątej czy jedenastej wieczorem. Całkiem często na myśl o wysiłku, jakiego wymagać będzie przetrwanie następnego dnia, przepełniało mnie poczucie lęku.

– Ahoj – rzuciła koleżanka, gdy każdego ranka przebierałyśmy się w stroje chirurgiczne. – Już się cieszysz na szesnastogodzinny maraton napastowania?

Śmiałyśmy się smutno z tego komentarza, który – choć prymitywny i niestosowny – jakoś wyrażał poczucie fizycznego pogwałcenia, nieodłącznie towarzyszące pracy, w której nie ma się czasu na jedzenie, picie czy choćby skorzystanie z toalety. Sama byłam akurat oddziałową rekordzistką pod względem przerwanych przerw na siku: w ciągu jednej udaremnionej próby oddania moczu odebrałam pięć wezwań od pielęgniarek. Rozumie się samo przez się, że nasze narzekania ani trochę nikogo nie obchodziły. Konsultanci powtarzali jak mantrę, że za ich rezydenckich czasów było o wiele gorzej – a my nawet nie wiemy, jakie to mamy szczęście, że nie pracujemy jak oni wówczas po 120 godzin w tygodniu.

Być może. Ale w dawnych czasach istniały przynajmniej ekipy lekarskie z prawdziwego zdarzenia, tradycyjne zespoły chirurgiczne, w ramach których konsultant dowodził tą samą drużyną rezydentów przez pół roku albo i dłużej. My zaś byliśmy ledwie pracownikami zmianowymi, liczbami w arkuszu kalkulacyjnym, które pojawiały się i znikwały z rozpisek dni i nocy niemal równie wymiennie, co pacjenci. Nikt nas nie znał, nie mówiąc już o zadzierzganii z nami znaczących relacji. Na dobrą sprawę pozostawieni sami sobie, pędziliśmy przez nasze obowiązki na złamanie karku, aby nie dać się im zdruzgotać. Byliśmy w stanie jako tako przetrwać piętnaście godzin nieprzerwanej pracy, ale kiedy pora zamknięcia „normalnego” dnia pracy dobijała do północy, nasze zdolności oceny sytuacji zaczynały się zamazywać i rozjeżdżać. Niekiedy pod koniec zmiany czułam się tak pijana ze zmęczenia, że ledwie byłam w stanie wymówić własne imię, a co dopiero czuć się pewnie z powierzoną mi odpowiedzialnością za życie pacjentów. Taka sytuacja wydawała się straszliwie

niestabilna i naznaczona ryzykiem, jak gdyby w każdej chwili mogło dojść do katastrofy. Lecz zgłaszane przez nas konsultantom przestrogi były niczym wołanie na puszczy. Ani razu nie zdarzyło się, by ktoś sytuujący się powyżej nas w hierarchii służbowej przyznał, że oddział jest niedostatecznie obsadzony. W powietrzu wisiała natomiast niewypowiedziana, ale sugerowana linia krytyki: za nasze zbyt długie dyżury winić należało nas samych, bowiem nie potrafiliśmy wypełniać naszych obowiązków tak efektywnie, jak tego po nas oczekiwano.

Chciałam, naprawdę chciałam, aby mi zależało. Niekiedy jedynym impulsem, który nadawał sens mojemu dniu, był czas spędzany na cichej rozmowie z pacjentem, moment skupionego spokoju w oku cyklonu. Lecz zwłaszcza wówczas, gdy przez nieobecność innego lekarza byłam zmuszona pracować za dwóch, ów czas na relacje z pacjentem znajdowałam kosztem życia osobistego. W tygodniu nieodmiennie wracałam do domu wiele godzin po tym, jak moje dziecko zasnęło już w kołysce. Pamiętam, jak pewnego sobotniego poranka, po kolejnym w teorii czterdziestogodzinnym tygodniu pracy, który w rzeczywistości okazał się tygodniem siedemdziesięciogodzinnym, siedziałam tępo z synkiem na podłodze, on rozkosznie gaworzył w moich ramionach, a ja byłam zbyt zmęczona, by mu choćby odpowiedzieć. Dodatkowe trzydzieści godzin, jak zwykle, pozostało niezapłacone i niezauważone. Z tygodnia na tydzień nawarstwiające się skutki wyczerpania czyniły podtrzymanie w sobie zdolności do współczucia coraz to trudniejszym. Jeśli miałam być wobec siebie zupełnie szczerą, podczas lektury świadectw złożonych przez personel z Mid Staffs napotykałam elementy, w których się rozpoznawałam.

W pewnym sensie nie miało to znaczenia. Całe mnóstwo ludzi pracuje ciężko i do późna, a zarabiają znacznie mniej niż lekarze. Do tego pełno jest zajęć pozbawionych autonomii czy też poczucia sensu, podczas gdy – o ile wszystko idzie dobrze – bycie lekarzem przynosi najlepszą nagrodę w postaci świadomości, że dotknęło się czyjś życia, że zrobiło się coś w sytuacji, gdy naprawdę było to istotne. Nie chodziło o to, że łaknę czyjś zrozumienia czy też litości. Obawiałam się natomiast, że jeśli moje obciążenie pracą i jej wymiar

czasowy nie ulegną zmianie, mogę postradać tę jedną cechę, która w ogóle pchnęła mnie w kierunku medycyny: moją zdolność do empatii. Albo że się po prostu załamie.

ROZDZIAŁ SIÓDMY

KRWOTOK

Nie byłam w stanie orzec, czy mam w sobie dość energii, by pozbyć się mojego kompana. To była długa noc. Zazwyczaj rozdeptanie któregoś z karaluchów, które pod osłoną ciemności wybiegały na szpitalne korytarze, stanowiło dla mnie szczególną atrakcję nocnych zmian. Wszak walka z plagami to zadanie każdego. Tyle że zbliżała się godzina ósma rano, moja zmiana miała się ku końcowi, a ja czułam się jak żywy trup, zbyt zmordowana, by czerpać przyjemność z ekspediowania szkodników w karalusze zaświaty.

Badania wykazują, że poziom zmęczenia osiągany przez lekarzy pod koniec intensywnej nocnej zmiany może upośledzić bystrość ich umysłu wyraźniej niż przekroczenie dozwolonej dawki alkoholu w przypadku kierowców. Oznacza to, że jeśli w szpitalu twój stan się pogorszy w niewłaściwym momencie, możliwe, że twoje życie zależeć będzie od kogoś, kto na dobrą sprawę jest pijany. W danej chwili nie czułam się po prostu jak pod wpływem alkoholu, a raczej jakbym w pełni ubrana leżała twarzą w dół i śliniła się na dywan w sypialni po całej nocy balowania i tańców aż do zdartych stóp, ze zmęczenia niezdolna choćby wczłgać się ten jeden metr na materac. Wciąż jeszcze stawiałam nogę za nogą, uparcie przechodząc do następnych sal, do których mnie wzywano, lecz nogi jakoś nie zdawały się podłączone do reszty mojego ciała.

Nie żeby podczas tej zmiany brakowało mi rozrywek. W środku nocy, gdy gryzmoliłam coś w karcie pacjenta na oddziale ratunkowym, Catherine, moja ulubiona pielęgniarka, niesamowicie uzdolniona kobieta z Belfastu o niewyparzonym języku i najbardziej wyrazistym ulsterskim akcencie, z jakim

kiedykolwiek przyszło mi się spotkać, za wszelką cenę starała się, by ją zrozumiano. Za tanią, bawełnianą zasłonką jej pacjent, głuchy jak pień mężczyzna po dziewięćdziesiątce, zaczynał się irytować.

– Co? – krzyczał rozdrażniony. – Co pani mówi? Głośniej proszę, panienko. Nic nie słyszę.

Podniosła głos i spróbowała raz jeszcze.

– Panie Rogers, czy chce pan może do nosa ligninę? Do nosa?

– Co? Co takiego? – zaskrzeczał wściekły już pan Rogers. – Wysłów się, kobieto!

– Ligninę do nosa, panie Rogers! Do nosa! – odkrzyknęła Catherine, która nigdy nie pozostawała dłużna. – Ligninę! Dać panu do nosa?

– Że jak? – wybuchł pan Rogers. – Pornosa? To mówi pani, że teraz NHS rozdaje pornosy? NHS?! Co z pani w ogóle za pielęgniarka?

– Nie, panie Rogers! Nie pornosa. Do nosa. Nosa! Czy chce pan ligniny?

Kłócili się dalej w najlepsze, podczas gdy ja ruszyłam z powrotem w trasę po kolejnych salach, rada, że pan Rogers nie był w stanie słyszeć mojego jakże nieprofesjonalnego chichotu.

Teraz, na ostatniej prostej przed zakończeniem wyjątkowo ponurej nocy na Oddziale Chirurgii Ratunkowej – za dużo przypadków, zbyt wielu chorych pacjentów, jedna osoba niepewnie ogarniająca nakład pracy właściwy dla dwojga ludzi – popełniłam fatalny błąd i wybiegłam wyobraźnią naprzód ku końcowi zmiany. Kawa, kanapki z bekonem, długi, gorący prysznic. Myśl o tym miała w sobie coś z halucynacji. Nieomal czułam, jak senna błogość ogarnia mi kończyny. Głupi błąd. Za takie folgowanie sobie zawsze przychodzi kara w postaci jakiejś upiornej nagłej sytuacji. Tym razem było to szybkie wezwanie, rozwiązanie rzadko stosowane przez pielęgniarki, a oznaczające, że stan pacjenta tak bardzo je zaniepokoił, że poprosiły centralę o pilne wywołanie lekarza po nazwisku – to opcja o włos od wezwania reanimacyjnego. W odróżnieniu od wezwania reanimacyjnego, kiedy do łóżka pacjenta pędzi cały zespół ratunkowy,

szybkie wezwanie otrzymuje tylko jeden lekarz – i to on (czy ona) samodzielnie odpowiada, przynajmniej na początku, za rozegranie sytuacji.

Byłam lekarką od kilku miesięcy, a teraz po raz pierwszy stałam się adresatką takiego wezwania. Rozległ się trzask i szum w eterze, po czym trudny do zidentyfikowania głos wysyczał mi przez pager:

– Dr Clarke pilnie wzywana na Oddział Chirurgii Ratunkowej. To szybkie wezwanie dla doktor Clarke. Proszę się udać na Oddział Chirurgii Ratunkowej.

Nagły kop adrenaliny podziałał na mnie elektryzująco. W sekundę z sennego stuporu przeszłam w stan rozbudzonej superczujności. Zapomniałam o karaluchach i z dudniącym sercem popędziłam na spotkanie czekającej mnie sytuacji.

Na miejscu pielęgniarki przystąpiły już do działania.

– Łóżko numer pięć – zawołał ktoś, gdy wpadłam przez wahadłowe drzwi. – Mocne krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Puls mi przyspieszył. Silne krwawienie to jeden z najszybszych i najpaskudniejszych sposobów na zejście z tego świata. Szczególnie trudne zarówno dla pacjentów, jak i dla personelu są krwotoki powstałe w górnym odcinku przewodu pokarmowego: w jamie ustnej, w żołądku lub w łączącym je przelyku. Jeśli takie krwawienie jest zbyt intensywne, zbyt obfite, pacjent zaczyna bez opanowania wymiotować krwią. Weterani pokoju lekarskiego opowiadali mi, że pierwszego razu nie sposób zapomnieć, a w tym wypadku krwotok – istotnie mój pierwszy – był naprawdę duży.

Jennifer Brownlee była drobniutką, chudą jak szczapa i swarliwą siedemdziesięciolatką, która brała cały oddział chirurgiczny do galopu swymi szorstkimi manierami i nieustającymi żądaniem – a to domagała się świeżutkiego wydania „Daily Telegraph”, a to prywatnej sali na wyłączność, a to lepszego lekarza, a to bardziej kompetentnej pielęgniarki. Jak to często bywa u pacjentów notorycznie nadużywających alkoholu, po latach picia jej przeorana wątroba przypominała wyschniętą, włóknistą skorupę, przez którą krew z trudem torowała sobie drogę. Zwiększało to ryzyko krwawienia z innego miejsca –

w szczególności z pęczniejących, nabrzmiąłych żył w przelyku. Tego dnia, krótko przed godziną ósmą rano, jedna z takich nadwyrężonych żył w końcu pękła.

Odrzuciłam wiszącą przy łóżku zasłonkę i zastałam trzy czy cztery osoby z personelu skupione wokół pani Brownlee, która leżała, zszokowana i pobladła, zalana własną, świeżą krwią. Krew była wszędzie. Na jej twarzy, na koszuli nocnej, na zasłonkach, na prześcieradłach. Zabryzgała nawet „Daily Telegraph”. Nikt nigdy nie uprzedza, jak słodkawy może być zapach obfitych ilości krwi. Zupełnie jakbym się znalazła u rzeźnika.

– Pani Brownlee – powiedziałam z największą pewnością w głosie, na jaką było mnie stać. – Proszę się nie martwić, zaraz temu zaradzimy.

W rzeczywistości w przypadku wartkich krwotoków trzeba podawać krew równie szybko, jak ona wycieka, bo inaczej w minutę czy dwie pacjent się wykrwawi. W tym momencie jednak ta informacja była pani Brownlee zupełnie niepotrzebna. Ciśnienie zdążyło jej spaść tak ostro, że zaczynała tracić przytomność. Mieliśmy bardzo mało czasu. Pielęgniarki dorwały zestaw wenflonów, aby założyć w żyłach jak największe dojścia, a moim zadaniem było ich umiejscowienie. Zacisnęłam stazę tak ciasno, jak fizycznie mogłam, jednocześnie nakazując, by ktoś pognał po krew 0Rh- oraz worki z płynem. W przypadku dalszego spadku ciśnienia panią Brownlee czekało zatrzymanie akcji serca. Nie było co trwonić czasu. Nadzorujący mnie specjalista pojawił się, kiedy akurat z ponurą satysfakcją wbiłam się w żyły i na siłę wyciskaliśmy krew z worków w naszą nieprzytomną już pacjentkę. Lekarz, stary zawodowiec, który widział już wszystko, i to tysiące razy, spokojnie zabrał ją na blok, by tam swoimi doświadczoneymi dłońmi spróbować uratować jej życie.

Gdy panią Brownlee wywieziono z sali, na posadzce pozostała luka w kształcie łóżka, naokoło niej zaś krwawa jatka z odciskami naszych butów. Ledwie dziesięć minut po tym, jak zjawiłam się przy łóżku, pacjentka zniknęła, przejęta przez kogoś zdecydowanie bardziej kompetentnego. Moja zmiana zmienacka dobiegła końca. Podziękowaliśmy sobie nawzajem za role odegrane

w podbramkowej sytuacji. Spostrzegłam, że mam krew na włosach. Ciężkim krokiem udałam się do szatni, zdarłam z siebie przemoczony krwią strój i na dłuższy czas stanęłam pod prysznicem, tak jakby woda mogła zmyć wrażenia z tej nocy.

Przelotnie nacieszyłam się satysfakcjonującym poczuciem, że pomogłam – choćby nawet w minimalnym stopniu – uratować życie pacjentki. Pani Brownlee za sprawą kunsztu, jakim mój lekarz specjalista wykazał się na bloku, powróciła do świata żywych. Kilka dni później, gdy trafiła mi się dzienna zmiana, przekonałam się, że zmartwychwstania nie zawsze kończą się świętowaniem. Obchód pod przewodnictwem konsultanta doszedł do łóżka pani Brownlee. Ten akurat konsultant był elokwentnym czarusem, pod wpływem którego połowie kobiet na oddziale – tak pacjentkom, jak pielęgniarkom i lekarkom – miękkły kolana, a w oczach stawały gwiazdki. Uwieść dała się również pani Brownlee.

– Wybornie sobie pani radzi, słodziutka – zagruchał. – Jesteśmy z pani bardzo zadowoleni.

– Panie doktorze – uśmiechnęła się do niego radośnie, od czasu bliskiego spotkania ze śmiercią nietypowo dla siebie potulna – wy wszyscy też jesteście wspaniali. Wszyscy, ale pan szczególnie.

Wtem zamilkła, ponuro marszcząc brwi. Spojrzenie zafiksowała na mojej osobie.

– Chwileczkę. Ta nie. Ta tutaj nie jest wspaniała. To wredna dziwka. Cholerna gestapówa. Wynoś się stąd, plugawa gestapówo! Precz mi z oczu, wiedźmo!

– Proszę – odezwał się konsultant, unosząc brwi i spoglądając w moją stronę. – To chyba będzie ostatni raz, kiedy ratujesz komuś życie, prawda? Nie mogę się doczekać, aż włączę komentarz pani Brownlee do twojej oceny zbiorczej, Rachel.

Wyszczrzyłam się szeroko i ruszyliśmy do następnego pacjenta. Oto wróciła prawdziwa pani Brownlee w swej wściekłej chwale. Drobną, zaciekła i nie do zdarcia. Nawet nie zdawałam sobie sprawy, że zdążyłam za nią zatęsknić.



Medycyna w Wielkiej Brytanii mierzy się z innego rodzaju potężnym krwawieniem. Lekarze tłumnie opuszczają szeregi NHS, co siłą rzeczy odbija się na naszych pacjentach. Odchodzą też pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci i rozmaici inni pracownicy służby zdrowia. Obecnie w Anglii, Walii i Irlandii Północnej brakuje ponad 23 tysięcy pielęgniarek, 6 tysięcy lekarzy i 3,5 tysiąca położnych¹⁴. Personel, bez którego dobrej woli NHS nie jest w stanie funkcjonować, czyli życiodajna krew systemu opieki zdrowotnej, wycieka i to szybko.

Kiedy dziennikarze zwracają na to uwagę organom prasowym Departamentu Zdrowia, te w odruchowej reakcji wyciągają garść statystyk mających jakoby ukazać, że NHS nigdy nie był tak dobrze obsadzony jak za obecnego rządu. Jeremy Hunt lubi na przykład opowiadać o „dziesięciu tysiącach dodatkowych lekarzy”, jakich Partia Konserwatywna wprowadziła do systemu NHS od chwili objęcia władzy w 2010 roku. Jak zawsze jednak diabeł tkwi w szczegółach. Liczba dziesięciu tysięcy lekarzy spada o połowę, gdy wziąć pod uwagę wliczanych w nią lekarzy o niepełnym etacie, a kiedy uwzględnić rosnącą populację Zjednoczonego Królestwa, wzrost liczby lekarzy na głowę mieszkańca jest wręcz żaden¹⁵. Dane statystyczne, podobnie jak w tylu innych przypadkach, nagięto dla celów politycznych, toteż nie odzwierciedlają ogromnego rozdźwięku między liczbą personelu i liczbą pacjentów, z jakim każdy, kto istotnie pracuje w NHS, mierzy się każdego dnia.

Wbrew przedstawianej przez władze narracji, pod względem liczby lekarzy *per capita* Wielka Brytania sytuuje się na szarym końcu Europy, za Bułgarią, Estonią czy też Łotwą. Według danych OECD mamy ledwie 2,8 lekarza na 1000 mieszkańców, a dla porównania w Grecji proporcja ta wynosi 6,1, w Austrii 4,8, a we Włoszech 4,0¹⁶. Co gorsza, o ile etaty dla lekarzy w pierwszym roku po studiach są w pełni obsadzone, o tyle statystyki prowadzone przez Departament Zdrowia wykazują, że jeśli mowa o ogólniejszej sytuacji, wolne jest jedno na

dziesięć miejsc dla kształcących się lekarzy rezydentów, co naraża pacjentów na potencjalnie niebezpieczne luki w obsadzie. Od czasu wyborów powszechnych w 2010 roku exodus młodych lekarzy z szeregów NHS z każdym rokiem się nasila. W 2011 roku niemal trzy czwarte lekarzy po pierwszych dwóch latach praktyki kontynuowało pracę w systemie publicznej opieki zdrowotnej. W 2012 roku dotyczyło to jedynie 67 procent z nich; w 2013 – 64 procent; w 2014 – 58 procent; zaś w 2015, z kiedy pochodzą najnowsze wyliczenia, po ukończeniu pierwszych dwóch lat stażu w systemie NHS pozostawało zaledwie 52 procent lekarzy, reszta zaś wyjeżdżała, często do Australii bądź Nowej Zelandii¹⁷. W przypadku niektórych specjalizacji, takich jak choćby pediatria, niedobór adeptów jest wręcz tak dotkliwy, że w skali całego kraju nieobsadzonych pozostaje jedna piąta miejsc specjalizacyjnych.

W mediach pojawiły się komentarze sugerujące, że młodzi lekarze, którzy decydują się porzucić NHS, powinni być karani za swoje wygodnictwo koniecznością zwrotu podatnikom kosztów ponoszonych przez lata na ich wykszolenie. Stwarza to obraz nieodpowiedzialnych dyletantów skuszonych prospektami wygodnickiego życia surfera-nieroba gdzieś na Złotym Wybrzeżu w Australii, nie zaś kogoś, kogo z ukochanego fachu wyrzuciły warunki pracy, które stały się nie do zniesienia. Tymczasem zaś chór głosów rozpaczy pracowników publicznej służby zdrowia – niezależnie od wykonywanej pracy, płci, wieku czy lokalizacji – brzmi niepokojąco zbieżnie. Co nader istotne dla każdego, komu bezpieczeństwo pacjentów nie jest obojętne, współgra on również z zeznaniami osób pracujących w Mid Staffs.

Niedawno w mediach społecznościowych viralowo rozprzestrzenił się anonimowy list pracującej dla NHS położnej, który ta napisała do swej lokalnej gazety „The Liverpool Echo”. Podobnie jak wielu innych pracowników służby zdrowia, rozpowszechniłam go w internecie, gdzie tylko mogłam, bowiem zdawał się wyrażać pewne fundamentalne prawdy na temat warunków pracy, jakie coraz częściej znosić muszą położne, pielęgniarki i lekarze, a które władze najchętniej by dokumentnie zatuszowały.

„Jestem położną i żałuję, że żyję” – zaczęła. Następnie napisała:

Z perspektywy zewnętrznego świata mam za co być wdzięczna: mam dom, samochód, jedzenie w lodówce, kochającą mnie rodzinę, stabilną pracę. Sęk w tym, że ta ostatnia pochłania wszystko. To czarna dziura, która niszczy mój świat.

Obecnie mój przydział wynosi nawet do 40 kobiet i wciąż rośnie, co oznacza łącznie 80 istnień, za które jestem w tym momencie odpowiedzialna. Nocami niewiele śpiam. Nie mogę liczyć na wsparcie. Więcej razy, niż chciałabym spamiętać, to ode mnie zależało, czy pacjent przeżyje. W oczach rodziców tych maleństw, ratowanych przeze mnie o włos od zguby, pozostawałam pozornie niewzruszona, ale nie mieli pojęcia o łzach, które wyplakiwałam, kołysząc się na posadzce toalety dla personelu.

Tak jak inni, otrzepuję się z kurzu i ruszam do następnej pary, następnego porodu – i co to da? Boję się asystować przy kolejnym porodzie, bo wciąż nie pozbierałam się po ostatnim, ale chwilowo mamy braki w obsadzie, więc po prostu kładę uszy po sobie i skupiam się na stale rosnącej liście powierzanych mi zadań. Lista jest niesamowicie długa i wiem, że nigdy nie dotrę do jej końca, niemalże nie ma po co próbować... Godziny ciągną się w nieskończoność. Mało kiedy robię sobie przerwę na obiad, nierzadko też przez cały dzień nie odwiedzam toalety. Położne często w żartach wspominają, że mają żelazne pęcherze. Nie chodzi o mnie jedną. To sytuacja tak częsta, że obawiam się, że staje się akceptowaną normą.

Nie mam poczucia, że jestem w stanie bezpiecznie wykonywać pracę, nie mówiąc już o zapewnieniu opieki na wysokim poziomie. Wlekę się przed siebie przez moją nędzną dolę... Od pewnego czasu nie posuwam się do przodu, straciłam grunt pod nogami, fala przyływu zabiera mnie coraz dalej i czuję, że zaraz utonę¹⁸.



Również i w Mid Staffs wpływ cięć personalnych na pracę pielęgniarek był tak dotkliwy, że kilka z nich napisało anonimowy list do dyrekcji, aby naświetlić –

jak się później okazało, daremnie – swą niezdolność zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa przy tak obezwładniającym nakładzie pracy:

Pomimo wyczerpujących starań, ledwo możemy – a niekiedy wręcz nie potrafimy – utrzymać wysokich standardów opieki, do których aspirujemy zarówno my, jak i Trust, toteż prosimy, by sprawę potraktować z jak największą pilnością (...) Na niedawnym spotkaniu podkreślono, że wskaźnik zwolnień chorobowych jest u nas wysoki, a pod względem liczby składanych sprawozdań dotyczących incydentów przewyższamy inne jednostki. Spytano nas, dlaczego tak jest. Jesteśmy zdania, że wiarygodnie odzwierciedla to środowisko pracy, nierealistyczne żądania i brak środków. Wszyscy jesteśmy wyczerpani mentalnie i fizycznie. Mamy dość zmagania się z niemożliwym do opanowania przydziałem obowiązków, pracy bez przerw, wychodzenia z pracy po czasie, wyrabianych bez wytchnienia nadgodzin. Takie środowisko nie jest bezpieczne ani dla pacjentów, ani dla personelu. Jako dyplomowane pielęgniarki jesteśmy zobowiązane wyrazić nasze zaniepokojenie. Czujemy się zdradzone, zastraszone i ubezwłasnowolnione. Oddział nie jest już nasz. A bywa, że czujemy się niemalże wykpiwane¹⁹.

Tego dnia takie odczucia trafiły w mój czuły punkt. Serwowane dane statystyczne mogą brzmieć sucho i beznamiętnie, lecz realia kadrowych niedostatków w NHS są namacalne i tak emocjonalnie naładowane, jak chyba nic, czego dotąd doświadczyłam w którymkolwiek z moich dwóch zawodów. Oczywiście w bardzo wielu formach działalności zawodowej człowiek spotyka się z rozpaczliwą wręcz intensywnością, lecz jest coś szczególnie stresującego w tym, że dzień w dzień przychodzi nam mierzyć się z przytłaczającym nawałem obowiązków ze świadomością, że byle błąd, chwilowe zaburzenie osądu, może kosztować życie pacjenta.

W 2016 roku, każdego ranka po zjawieniu się na oddziale, gdzie akurat pracowałam, witałam najstarszą stażem pielęgniarkę – oddziałową. I każdego ranka zachodziła ona w głowę, jak sobie poradzi bez personelu, którego

brakowało na zmianie. Zastanawiała się, czy będzie zmuszona zmniejszyć liczbę dostępnych pacjentom łóżek, czy też raczej nadludzkim wysiłkiem jej zdekompletowany zespół zdoła obsłużyć pracę oddziału w pełnym wymiarze. Innymi słowy, w tej grze o sumie zerowej musiała zdecydować, kto danego dnia miał bardziej ucierpieć – pacjenci czy pielęgniarki? Pewnego razu z szokiem spostrzegłam, jak ta twarda, nieskłonna narzekać, pozornie niewzruszona olbrzymka – bez dwóch zdań serce i dusza naszego oddziału – załamała się i wybuchła płaczem. Nawet najbardziej wytrzymali profesjonaliści mają swoje granice, jeśli ciągle muszą gasić pożary, a problemy rozwiązywać metodą „na odwal się”.

– Wiesz, co mnie tak ostatecznie doprawiło? – spytała. – Ta pierdolona zumba. No Chryste, naprawdę? Zumba!

Od czasu do czasu ankiety przeprowadzane wśród pracowników NHS ujawniają tak porażający upadek morale u załogi, że władze Trustów skłonne są podejmować się „inicjatyw” mających podnieść nas na duchu. W 2015 dyrektor NHS England Simon Stevens ogłosił szereg rozwiązań, poprzez które zamierzano wspierać instytucje podległe NHS, aby ich pracownikom „było dobrze”, w tym zajęcia z radzenia sobie ze stresem poprzez jogę oraz zumbę. Co oczywiste, zajęcia z zumbą w porze obiadowej, które niedawno wprowadził mój Trust, oparte były na założeniu, że podczas naszej nominalnej „przerwy obiadowej” możemy sobie pójść na relaksującą lekcję tańca. Oferta zakładała również organizowanie klubów czytelniczych i popołudniowych przechadzek, w których mieliby brać udział wszyscy lekarze i pielęgniarki akurat dysponujący w ciągu dnia godzinką czasu do zabicia. Szkoda, że nikogo takiego w moim szpitalu nie znałam.

– Serio, no wiesz, jaka niby, kurde, przerwa obiadowa? – wymamrotała oddziałowa. Uśmiechnęłam się, smutno przyznając jej rację. Jedyne niewyobrażalnie odklejeni od realiów życia na oddziale menedżerowie i dyrektorzy gotowi byli uznać, że tego rodzaju zajęcia, skądinąd pożądane, były możliwe do zrealizowania. Fakt, że mimo to nam je zaproponowano, odczuliśmy

niczym policzek. Potrzebowaliśmy zwiększenia zatrudnienia, a nie symbolicznych gestów na rzecz naszego „dobrego samopoczucia”. Walić jogę, walić kluby czytelnicze, walić pierdoloną zumbę.

Zdarza się, że mnie też łyzy stają w oczach. Kiedy ostatnio pracowałam w zespole, w ramach którego z założenia powinno współdziałać troje lekarzy, jedno z nas poszło na nieoczekiwane półroczne zwolnienie. Co oczywiste, mój Trust, który liczył każdy grosz – sam również zobowiązany do przestrzegania zupełnie nierealistycznych „planów oszczędzania poprzez zwiększanie efektywności”, jakie narzucały mu władze – w żadnym razie nie palił się do zatrudnienia kogoś na zastępstwo, toteż nasza dwójka, która pozostała w pracy, miała na dobrą sprawę harować za troje lekarzy, i to niezależnie od obciążenia pracą. Było to męczące, żalosne, a czasami ryzykowne.

W takich realiach nadmiernego obciążenia pracą nasza dbałość o szczegóły nie dorównywała, bo dorównywać nie mogła, standardom, jakich oczekiwaliśmy po sobie. Dzień w dzień oboje byliśmy boleśnie świadomi faktu, że nasi pacjenci nie otrzymywali takiej opieki, na jaką zasługiwali. A w systemie funkcjonującym pod znakiem odgórnie narzucanych cięć – rząd oczekuje, że NHS do roku 2020 „zaoszczędzi poprzez zwiększanie efektywności” 22 miliardy funtów – takie sytuacje nie stanowią wyjątków, tylko normę. Ministrowie deklarują szczerą oddanie sprawie bezpieczeństwa pacjentów, jednocześnie w pełni zdając sobie sprawę, że naszą zdolność zapewnienia bezpiecznej i troskliwej opieki dotkliwie podkopuje brak środków. Nie mamy wpływu na ograniczający nas system, a mimo to odpowiadamy za działanie tego systemu dla dobra naszych pacjentów. Ostatecznie to na nas spada odpowiedzialność i jeśli coś pójdzie nie tak, mogą zagwarantować, że to konkretny lekarz czy pielęgniarka, nie zaś polityk, zostaną rzućeni na pożarcie.



Głos Jennifer Middleton nagle zabrzmiał ostrzej.

– To odrażające, jak go traktowali. Nie potraktowałabym tak zwierzęcia, a co dopiero istoty ludzkiej.

Twarz przelotnie wykrzywił jej grymas wrogości i wysiłek, by powstrzymać łzy. Nikt z obecnych w saloniku nie odezwał się choćby słowem, a pokój gwałtownie wydał się za mały, by pomieścić jej rozgoryczenie. Czasami zdarza się, że nawet w mocnym świetle reflektorów i przy włączonej kamerze wywiad telewizyjny przestaje sprawiać wrażenie produkcji, a członkowie ekipy z zafascynowaniem wsłuchują się w opowieść. Wiedziałam, że świadectwo Jennifer najpewniej zjeży nam włos na głowie. Przed nagraniem umyślnie postanowiłam zawczasu nie omawiać z nią tematu, przeczuwając, jak potężnie surowość relacji może wybrzmieć przed kamerą. Jej zmarły mąż obserwował nas z fotografii ustawionych na każdym stoliku, parapecie czy gzymsie. To w połączeniu z upchniętym do wnętrza nieforemnym wyposażeniem naszej ekipy sprawiało, że ciasny salonik wydawał się czymś w rodzaju klaustrofobicznej kapliczki. Spytałam Jennifer, czy chce może zrobić przerwę, ona jednak uciszyła mnie zniecierpliwionym ruchem nadgarstka, bez reszty pochłonięta swą opowieścią.

Były późne lata dziewięćdziesiąte, może rok czy dwa od utworzenia pierwszego rządu Partii Pracy w erze New Labour, a ja dostałam zlecenie od telewizji Channel 4, aby nakręcić materiał o stanie NHS. To były czasy „loterii pocztowej”. Służba zdrowia od lat zmagала się z niedofinansowaniem, toteż w przypadku rozmaitych świadczeń ze strony NHS decyzja o przyznaniu bądź odmowie zależała od tego, gdzie dany pacjent mieszkał. Opowieści o racjonowaniu świadczeń na podstawie kodu pocztowego było całe mnóstwo. Przeprowadziłam wywiad z pewną kobietą chorującą na raka piersi z przerzutami, która spierała się z miejscowym zakładem opieki zdrowotnej o finansowanie leku, który przysługiwałby jej za darmo, gdyby tylko mieszkała po przeciwnej stronie ulicy. W północnej Walii spotkałam mężczyznę, który ponad półtora roku czekał na ratującą życie operację tętnicy wieńcowej. Miał już za sobą dwa zawały serca, a jego tętnice były tak zapchane cholesterolem, że

przejsie choćby kilku kroków powodowało u niego obezwładniający ból w klatce piersiowej. Trzykrotnie stawiał się w miejscowym szpitalu na zabieg operacyjny i za każdym razem był odsyłany, gdy z braku wolnych łóżek operację odwoływano. Kardiolog powiedział mu, że następny zawał go zabije, lecz szpitalny oddział chirurgiczny znajdował się w kryzysie, a braki kadrowe dzień w dzień wymuszały wykreślanie planowych zabiegów. Dopiero wówczas, gdy z oczu tego niegdyś twardego metalowca popłynęły łzy, zdałam sobie sprawę, jakie pokłady strachu skrywał pod szorstką powłoką.

– Całe życie płaciłem podatki – wyznał mi – a teraz prawdopodobnie umrę, bo NHS nie ma pieniędzy na moją operację. To nie w porządku. To nie może być w porządku.

Najbardziej jednak zaszokował mnie przypadek Davida, męża Jennifer Middleton. Tego roku zdiagnozowano u niego raka jelita grubego. Po operacji usunięcia guza czekała go kilkumiesięczna chemioterapia, która miała przebiegać wedle ściśle rozplanowanych czterotygodniowych odstępów, i badanie, by sprawdzić, czy nowotwór nie powraca.

– Na początku chemioterapii był całkiem dobrej myśli – powiedziała mi Jennifer. – Zresztą oboje byliśmy dobrej myśli. Uznaliśmy, że jest już po raku, a chemioterapia dopilnuje, by tak już zostało.

Lecz w szpitalu Davida polityka racjonowania wymuszała cięcia innego rodzaju. Oddział dziennej opieki onkologicznej, gdzie David miał odbywać chemioterapię, znajdował się w kryzysie pod względem tak finansowym, jak i kadrowym. Niemalże dzień w dzień brakowało pielęgniarek i lekarzy, by podłączać chorym kroplówki i dozować leki, co oznaczało, że pacjenci zgłaszający się na terapię byli odsyłani z powrotem do domów. Jeśli brzmi to okrutnie, to dlatego, że właśnie takie było.

– Za pierwszym razem – opowiadała przed kamerą Jennifer – uznaliśmy, że musi to być jednostkowy przypadek. David czuł się zawiedziony, bo wiedział, że to chemia miała wybić nowotwór do końca, lecz kiedy pielęgniarka wytłumaczyła, że po prostu nie mają tego dnia dość personelu, zrobiło nam się

wręcz ich żal. Ale potem sytuacja się powtórzyła raz i drugi. Zdaliśmy sobie sprawę, że to rutynowa sytuacja. Dosłownie za każdym razem, gdy stawialiśmy się na chemioterapię Davida, na widok pielęgniarki wpadałam w panikę i powtarzałam w myślach: „Proszę, nie zatrzymuj się przy nas; niech to dzisiaj nie będzie on; proszę, tylko nie on”. Wszyscy mieli tak samo, myśleli: „Dajcie mi chemię, nie odsyłajcie mnie do domu”. Cały czas się tak zdarzało. Coś obrzydliwego.

Pracujący w tym szpitalu onkolog konsultant, głęboko wstrząśnięty tym, co jego pacjenci byli zmuszeni znosić, zgodził się nieoficjalnie ze mną porozmawiać. Jak wyjaśnił, szpital przeprowadził cięcia kadrowe, a lekarze i pielęgniarki, którzy zachowali pracę, nie mogli w bezpieczny sposób zająć się wszystkimi potrzebującymi.

– Musi pani zrozumieć – powiedział – że tu nie chodzi tylko o potworne traktowanie pacjentów w danym dniu. To może wpływać na ich szanse przeżycia. Jeśli chemioterapię przeprowadza się z opóźnieniem lub nie podaje się jej zgodnie z planem, nie ma gwarancji, że będzie równie skuteczna. Absolutnie niewykluczone, że takie opóźnienia doprowadzają do śmierci pacjentów.

– To dlaczego nie zmniejsza się liczby przyjmowanych pacjentów, aby dostosować ją do liczby personelu? – spytałam.

– Oczekują, że po prostu sobie jakoś poradzimy – odparł. – Nie chcą słyszeć o odsyłaniu pacjentów. A kiedy próbujemy im tłumaczyć, ani myślą słuchać.

Parę miesięcy po rozpoczęciu chemioterapii nowotwór wrócił, wraz z przerzutami. Powodował coraz to bardziej dokuczliwe i upokarzające objawy. David niebawem zmarł.

– Nigdy się nie dowiem, czy to mogło ułożyć się inaczej – powiedziała mi jego żona. – Być może mógłby żyć. Potraktowali go jak śmiecia i nigdy im tego nie wybaczę.

W owym czasie tak bardzo zależało mi na nadaniu tej sprawie rozgłosu – uważałam, że szpital koniecznie trzeba za to publicznie rozliczyć – że przez myśl

mi nie przeszło, by spróbować wyobrazić sobie tę sytuację z perspektywy pielęgniarek. Ani też, jak widzę z perspektywy czasu, nie dopuszczałam do siebie myśli, że zewnętrzne ograniczenia budżetowe mogły wymuszać braki w zatrudnieniu w sposób, na który szpital miał znikomy wpływ. Teraz, kiedy sama jestem klinicystką, wzdrygam się na myśl, że musiałabym pracować w tak traumatyzującym otoczeniu. Wyobraźcie sobie, że świadomie decydujecie się na specjalizację z onkologii. Postanowiliście zapewniać opiekę ludziom dotkniętym chorobą, której jak żadnej innej towarzyszy tabu oraz lęk. Lecz każdego ranka po przyjsciu do pracy zastajecie posępne twarze pacjentów upchanych w poczekalni, świadomi – tak jak i oni – że niektórzy z nich zostaną odesłani. Możliwe, że tak jak i pacjenci, wy także bezgłośnie formułujecie prośby. „Proszę, niech siostra oddziałowa zleci komuś innemu przekazanie im nowiny”. Tylko nie dzisiaj, tylko nie ja. Ale że akurat jesteście całkiem dobrzy w komunikacji interpersonalnej, raz za razem to właśnie was delegują z niewdzięczną misją. Teraz więc czujecie na sobie ciężar spojrzenia każdej pary oczu, które śledzą was po pomieszczeniu. Pacjenci doskonale wiedzą, co to znaczy, kiedy zjawiacie się przed nimi. Gdy zbliżacie się, by przekazać złą nowinę pierwszemu z nich, sędziwemu panu, z którego pod wpływem raka ostały się skóra i kości, oczy jego żony wypełniają się łzami, nim jeszcze wypowiecie choćby słowo. Wszak byli już tu tyle razy.

– Przykro mi – zaczynacie, a jej szlochanie przybiera na sile. – Nie mamy dzisiaj dość personelu i niestety będziemy musieli państwa poprosić o przyjscie jutro, kiedy, miejmy nadzieję, będzie obecnych więcej pielęgniarek.

Kiedy zabierają płaszcze, by wyjść z nieleczonym rakiem, tak jak tylekroć wcześniej, wy przepatrujecie już pomieszczenie w poszukiwaniu kolejnej osoby z listy, a po cichu palicie się ze wstydu.



Moim zdaniem nic nie usprawiedliwia sytuacji, kiedy pacjentowi w placówce NHS przydarza się coś, co absolutnie nie powinno go spotkać. Nie zawsze

oznacza to jednak, że należy winić wyłącznie osoby, których działania bądź zaniechania sprawiły komuś krzywdę lub cierpienie. Niekiedy, pomimo najlepszych starań, lekarze i pielęgniarki wpadają w pułapkę szwankującego systemu na równi z pacjentami, a opieka nad tymi ostatnimi cierpi. Gdy wyrządza się pacjentowi krzywdę – albo nie można takiej krzywdzie zapobiec – chociaż chciało się mu wyłącznie pomóc, ogarnia człowieka szczególny rodzaj bóleści. Gniew Jennifer Middleton wymierzony w lekarzy i pielęgniarki, którzy potraktowali jej męża „jak śmiecia”, jest całkowicie zrozumiała. Lecz w pewnym sensie pracowników taka sama wżgarda spotkała ze strony ich własnego pracodawcy, zmuszającego ich, by szli mierzyć się z pacjentami, których zawiedli jako niechętna twarz instytucjonalnego lekceważenia. Nawet winę dyrekcji szpitala można zakwestionować. Jeśli budżet placówki, narzucony odgórnie w wyniku ustaleń co do finansowania publicznej opieki zdrowotnej podjętych w zgodzie z priorytetami natury politycznej, nie może zagwarantować bezpiecznego zaspokojenia potrzeb pacjentów, wówczas wszyscy od dyrektora placówki w dół mogą być uwikłani, czy tego chcą, czy nie, w świadczenie opieki niskiej jakości.

W dzisiejszych czasach, gdy kultura współdziałania i kompromisów przybiera tylko na sile, a standard opieki często cierpi na skutek nieodpowiedniej liczebności personelu, nie powinno dziwić, że nasi lekarze i pielęgniarki opuszczają szeregi NHS. Opcje, przed którymi stoją – zdemoralizowani, ubezwłasnowolnieni i nieustannie przemęczeni – nie są zbyt atrakcyjne. Mogą być rozczarowani, rozżaleni, okrutni, obojętni; mogą popaść w depresję, czuć się niepewnie, stać się cieniem lekarza czy pielęgniarki, o zostaniu którymi niegdyś marzyli, zawieść swoich pacjentów, porzucić hołubione pryncypia, dać się przytłoczyć stresowi, wycofać się i przestać przejmować, przyznać do klęski, uciekać póki to możliwe. Niczym szczury na Titaniku, pracownicy NHS porzucają struktury organizacji, wiedzeni instynktem samozachowawczym. Z żalem przyjmujesz odejście każdego dobrego kolegi (i nie możesz znieść

myśli, ileż to wiedzy fachowej idzie na marne) ale jakąś częścią siebie po cichu im zazdrościsz.

Pokrótkie rzecz ujmując, być może Mid Staffs stanowił przypadek ekstremalny, ale dynamika, która doprowadziła do tamtejszych nieprawidłowości, obecna jest dziś wszędzie w strukturach NHS. Personel naszych szpitali non-stop zdaje sobie boleśnie sprawę z tego, że nasze oddziały prawdopodobnie stoją o włos od katastrofy. Jako dziennikarkę, która została lekarką, najbardziej druzgocze mniej w tej świadomości fakt, że politycy, którzy kierują NHS, równie doskonale zdają sobie sprawę, że publiczna służba zdrowia balansuje nad przepaścią, a mimo to dla doraźnej korzyści politycznej wolą temu zaprzeczać. Jeremy'emu Paxmanowi, byłemu mistrzowi dociekliwości z programu *Newsnight* na antenie BBC, często mylnie przypisuje się pytanie, które miał sobie zadawać podczas przygotowywania wywiadu: „Dlaczego ten kłamliwy drań tak kłamie?”. Coraz częściej my, pracownicy NHS, zadajemy sobie podobne pytanie o politycznych nadzorców tej instytucji. Od pytania Paxmana różni się ono tylko drobnym szczegółem: „Dlaczego ten kłamliwy drań o *mnie* kłamie?”. Co oczywiste, taka atmosfera podejrzliwości i wrogości nie może prowadzić do niczego konstruktywnego. Można jednak uznać nasz cynizm za nieunikniony, bowiem zrodzony z kontaktu z notorycznie przedstawianymi opinii publicznej elokwentnymi zapewnieniami, że NHS ma się świetnie, doprawdy świetnie, podczas gdy wszyscy zdajemy sobie sprawę, że tak nie jest.

Dysonans między tym, czego doświadczamy jako personel NHS, a deklaracjami polityków, którzy zaprzeczają naszym własnym przeżyciom, najdobitniej daje o sobie znać, kiedy najnowsze dane statystyczne dotyczące funkcjonowania NHS zdają się niekorzystnie świadczyć o sposobie zarządzania służbą zdrowia przez organy rządowe. Na przykład na początku 2016 roku, w reakcji na najgorsze miesięczne wyniki NHS England w historii ich pomiarów, przewodniczący Towarzystwa Medycyny Nagłej dr Mark Holland poczuł się zobligowany zabrać głos. W całym kraju dziesiątki tysięcy pacjentów czekały ponad cztery godziny na przebadanie na SOR-ach, ponad sześć tygodni na ponoć

pilne badania diagnostyki obrazowej, a także ponad cztery godziny na noszach na przydzielenie szpitalnego łóżka. Zważywszy na okazywane przez Jeremy'ego Hunta zaangażowanie, które miało doprowadzić do wyeliminowania jedenastu tysięcy możliwych do uniknięcia zgonów poprzez zarządzenie feralnemu „efektowi weekendu”, Holland zauważył, że codzienne przeciążenie pracą w naszych szpitalach przybiera teraz tak poważną postać, że samo w sobie może zagrażać życiu:

Rząd, który powziął godny pochwały cel zmniejszenia liczby zgonów w szpitalach o 11 tysięcy [powiedział dziennikowi „The Guardian”], musi przyjąć do wiadomości, że zatłoczone szpitale, pełne chorych pacjentów na przeciążonych oddziałach, przyczynią się do zgonów, których można byłoby uniknąć. Zdolność do udzielania nagłej pomocy medycznej obniżyła się do punktu kryzysowego, a jakkolwiek inny kryzys, który dotknąłby naszego społeczeństwa, zostałby przyjęty do wiadomości i spotkałby się z reakcją. Ogromna liczba pacjentów i ostrość ich stanów chorobowych doszły do takiego poziomu, że funkcjonujemy obecnie na krawędzi wykonalności tego, co wykonalne²⁰.

Jednakże w odpowiedzi na wyrażone przez Hollanda obawy co do możliwych zgonów pacjentów Departament Zdrowia – jako żywo przypominając pod tym względem zachowanie rady zarządzającej Mid Staffs – cierpko je zbył, a jednocześnie oskarżył samego Hollanda o wyolbrzymianie problemów trapiących NHS:

– To wierutne bzdury – oznajmił rzecznik prasowy resortu – szkodzące tylko szpitalom i ich pracownikom, którzy dobrze sobie radzą pod ogromną presją²¹.

Jasne jest, że adresatami tych gładko wygłaszanych formułek nie są pracownicy NHS, którzy wiedzą, jak jest, a przedstawiciele elektoratu, których za wszelką cenę trzeba przekonać, że służbie zdrowia w rękach rządu nic nie zagraża. Niestety, nieplanowaną konsekwencją takiego podejścia jest wprowadzenie drugorzędnej grupy odbiorców, to jest lekarzy i pielęgniarek, którzy zaciekle

walczą, by nie dopuścić NHS do upadku, w poczucie dzikiej frustracji i bezsilności.

W oficjalnej reakcji władz na sprawę Mid Staffs, którą opublikowano w 2014 roku i która osiągnęła objętość dwóch tomów, przyrzekano z emfazą, że nie dopuści się, by kwestie finansowe „kiedykolwiek jeszcze wzięły górę nad jakością opieki”²². Personel NHS docenił komizm sytuacji, gdy jeszcze tego samego roku opublikowano też prognozę dotyczącą NHS England pod tytułem „Five Year Forward View” [Spojrzenie pięć lat w przyszłość], w której szacowano, że jeśli finansowanie opieki zdrowotnej i zapotrzebowanie na jej usługi utrzymają się na obecnym poziomie, do 2020 roku poziom zadłużenia publicznej służby zdrowia osiągnie 30 miliardów funtów²³. Rząd odmówił pokrycia więcej niż 8 miliardów z tego deficytu, czym skazał NHS na pięć lat najbardziej drakońskich oszczędności w dziejach tej instytucji. Z mojej bezpośredniej perspektywy widać wyraźnie, że choć kwestie bezpieczeństwa miano przedkładać nad względy finansowe, to obecnie jedne i drugie pozostają sprzężone w przymierzu z piekła rodem, w ramach którego ryzyko rośnie, a budżety poddawane są cięciom. Rząd podminował system. Personel i władze zakładów opieki zdrowotnej muszą wspinać się na wyżyny w dziedzinie opieki nad pacjentem, a zarazem odmawia się im środków, które by im to umożliwiły.

Od czasu Mid Staffs rząd oficjalnie niczym mantrę głosi zasadę szczerości. Wedle Jeremy’ego Hunta, który poszedł za przykładem sir Roberta Francisa, odważnych głosów sygnalistów pośród personelu nie można już nigdy zignorować. Lecz kiedy przedstawiciele personelu mówią, co sądzą o zasadności narzucania nieosiągalnych „oszczędności poprzez zwiększanie efektywności” przy jednoczesnym oczekiwaniu podtrzymania dotychczasowych standardów i bezpieczeństwa, beztrasko się ich lekceważy. Panie Hunt, chciałoby zakrzyknąć moje lekarskie ja, skoro cięcia warte 10 milionów funtów mogą spowodować taki chaos jak w Mid Staffs, jak to możliwe, że nie dygoce pan ze strachu wobec nieszczęścia, jakie na pacjentów w tym kraju ściągną oszczędności dwa tysiące

razy większe? Jak pański rząd może w ogóle twierdzić, że obchodzi go bezpieczeństwo pacjentów?

Koniec końców, trudno wyobrazić sobie coś bardziej demoralizującego niż sytuacja, gdy sumienny lekarz czy pielęgniarka starają się funkcjonować w ramach systemu zarządzanego przez polityków, którzy na zastrzeżenia dotyczące bezpieczeństwa pacjentów reagują wybiórczą głuchotą. W takiej sytuacji dalsze działanie z przekonaniem – czy też, na dobrą sprawę, dalsze działanie jako takie – to nie lada wyzwanie.

– Mam dość – oznajmiła pewnego dnia moja przyjaciółka Hannah. – Dłużej już nie mogę. – Razem spędziłyśmy trzy lata studiów medycznych i dwa lata pracy w zawodzie. Przez ten czas z genialnej studentki rozwinęła się w genialną lekarzkę, właśnie taką, jakiej każdy sobie życzy, gdy jego bliscy leżą w szpitalu. Ostatnio, rzucona do odległego szpitala okręgowego, gdzie co i rusz brakowało lekarzy do obsadzenia grafiku, była zmuszona przez kierownictwo Trustu regularnie wykonywać obowiązki dwóch lekarzy. A że nie była z natury nieśmiałością, mówiła, co o tym sądzi.

– Tysiące razy im powtarzałam, że ktoś przez to umrze – skarżyła się. – Nie jestem w stanie zapewnić ludziom bezpieczeństwa, jeśli noszę przy sobie dwa pagery i mam dwa razy więcej pacjentów pod opieką. Ale oni mają to w dupie. Czasami czuję się jak na froncie. A oni po prostu nie chcą o tym wiedzieć.

Perspektywa, że oto Hannah miałaby porzucić zawód, który niegdyś tak kochała, napełniła mnie smutkiem. Staralam się ją przekonać, by została.

– Rach – odparła – nie rozumiesz. Jak tak dalej pociągnę, to nie przeżyję tego. Nie mogę cały czas oddawać NHS życia i duszy, jeśli, aby rzetelnie zadziałać dla pacjentów, muszę walczyć z systemem. Nie kiedy dyrekcja ma to w dupie, politycy to hipokryci, a raz na tydzień „Daily Mail” nazywa mnie szumowiną. Dlaczego miałabym to robić? To wszystko się rozpada. Wszystko, co robię, robię pomimo moich pracodawców, a nie dzięki nim, i jest to stan, którego nienawidzę.

Pewnego dnia Hannah powinna zostać profesorką albo pionierką brytyjskiej medycyny. NHS nie może sobie pozwolić na stratę choćby jednego lekarza czy pielęgniarki, a co dopiero tych najbystrzejszych i najlepszych. A mimo to, miast zająć się lukami, jakie straszą w grafikach lekarzy i pielęgniarek, władze usiłują je bagatelizować lub zaprzeczać ich istnieniu. Dla kontrastu sir Robert Francis wyłożył, jak powinna wyglądać należyta odpowiedź na braki kadrowe, z charakterystyczną dla siebie bezpośredniością:

„Jeśli nie masz wystarczająco dużo ludzi, by pilotować samolot jak trzeba, to go nie pilotujesz. Nie powinieneś operować, jeśli nie masz na służbie dość chirurgów zdolnych operować [i] nie powinieneś prowadzić oddziału, jeśli nie masz na służbie dość personelu, by nakarmić pacjentów”.

Faktem jest, że nie mamy. Nie mamy dość nikogo. W publicznej służbie zdrowia, gdzie pracuje za mało lekarzy i pielęgniarek, ci zaś mają za dużo pacjentów, coraz to bardziej obawiamy się powtórki z Mid Staffs, lecz politycy wolą tego nie słyszeć.

ROZDZIAŁ ÓSMY

BOJOWOŚĆ

W moim świecie księżniczek, bohaterek i jednoroźców Margaret Thatcher stanowiła nietypowy dodatek. Lecz sześciolatce, którą wówczas byłam, jej dojście do władzy wydało się w pewien sposób naznaczone magią. Nie miałam pojęcia, że pewne zawody są tylko dla mężczyzn. Nie przyszło mi to do głowy. Wtem, w poranek po wyborach powszechnych w 1979 roku, nauczycielka w mojej podstawówce tryumfalnie pokazała klasie gazetę.

– Patrzcie! – zawołała podekscytowana. – Premier to najpotężniejsza osoba w państwie, a ta pani, Margaret Thatcher, została premierem jako pierwsza kobieta w dziejach Wielkiej Brytanii. Słuchajcie, dzieci. Do tej pory wszyscy premierzy to byli mężczyźni. Wszyscy w klasie, a w szczególności wy, dziewczynki, powinnyście się czuć niesamowicie dumne. Cokolwiek może zrobić mężczyzna, kobieta również może zrobić.

Oczy błyszczały mi z ekscytacji. Zażona pasją nauczycielki, chwilowo widziałam w Margaret Thatcher kogoś w rodzaju superbohaterki wyprawionej z misją, Wonder Woman w perłach i jaskrawoniebieskim sweterku, a ten dzień najwyraźniej utrwalił mi się w pamięci, bowiem parę lat później, kiedy miałam osiem albo dziewięć lat, sama zdecydowałam się zaistnieć na niwie politycznej.

Może gdyby Henry Bone nie był tak wstrętny – a lubił ganiać po placu zabaw za dziewczynkami i próbować ściągać im majtki – to bym się do niego nie zabrała. Ale był łobuzem, a ja takich nie znosiłam. Niski, krępy i z zamiłowaniem do łomotania słabszych od siebie chłopców, kształtem przypominał pękata torpedę. Być może to właśnie dawało mu przewagę

w wodzie, bowiem Henry Bone był swego rodzaju pływackim fenomenem, któremu ponoć pisana była kariera olimpijska, aczkolwiek ja nie wierzyłam w ani jedno słowo jego przechwałek. Jedną z najwspanialszych rzeczy w mojej podstawówce był stary, zapuszczony odkryty basen, znajdujący się w głębi szkolnego boiska. Choć woda była w nim zielonkawa i lodowato zimna, a do tego zazwyczaj pokryta zielskiem i martwymi owadami, nasze urządzone raz w tygodniu „lekcje pływania” – chaotyczne, tłumne szaleństwo z mnóstwem pisków i chlapania – stanowiły cotygodniowy gwóźdź programu letnich semestrów nauki. Zawsze z niecierpliwością wyczekiwaliśmy okazji, by wskoczyć do zastanej toni. Mąż dyrektorki – chudy, zgarbiony zahukany pan, któremu mówiliśmy po prostu „Sir”, dyżurował nad basenem, posepnie odwracając wzrok, podczas gdy my robiliśmy sobie w wodzie wesołe wariatkowo.

O ile nam ściśle racjonowano czas na basenie, o tyle Henry Bone cieszył się szczególnymi względami. Tak utalentowanemu pływakowi zaszczyt dostępu do basenu przysługiwał przy okazji każdej przerwy obiadowej, pięć razy w tygodniu. Niczym władca rzęsy wodnej pływał sobie tam i z powrotem, a po wszystkim nieznośnie się przechwalał. Być może po prostu pragnęłam mu utrząść nosa, ukarać go za te wszystkie razy, kiedy bił maluchy, ale jątrzyło się we mnie poczucie niesprawiedliwości. Nie pojmowałam, dlaczego dzień w dzień miałby się cieszyć prywatnym przydziałem basenowym tylko z tej przyczyny, że traf chciał, iż nieźle pływał. Jeżeli już, to takie względy powinny przysługiwać właśnie dzieciakom, które nie umiały pływać, aby miały okazję się podciągnąć.

Jakimś sposobem udało mi się skrzyknąć wokół tej sprawy resztę klasy i przez jedną przerwę obiadową, zamiast bawić się w berka czy też wspinać na drabinki, wszyscy usiedliśmy po turecku przed basenem, w milczeniu przyglądając się, jak Henry Bone pływa tam i z powrotem. Było nam niesamowicie gorąco, swędziało nas i się nudziliśmy. Przepocone koszulki z poliestru kleiły nam się do pleców, ale nie dopuściłam, by ktokolwiek sobie poszedł. Nauczyciele, którzy obserwowali to nietypowe widowisko z tarasu, na którym jedli przyniesione

z domu drugie śniadania, polecili, by Sir dowiedział się, o co nam chodzi. Wstałam i zabrałam głos.

– Uważamy, że to nie fair, że Henry Bone jako jedyny w szkole ma prawo pływać na przerwie tylko dlatego, że idzie mu to lepiej od nas. Sądzymy, że wszyscy powinni mieć prawo do pływania, nawet jeśli nie idzie nam najlepiej.

Sir przekazał nasze stanowisko reszcie nauczycieli. Kiedy na koniec przerwy rozbrzmiał szkolny dzwonek, cała kadra pozostała na miejscach, ciekawa, co teraz zrobimy. Żadne z nas nie drgnęło, aczkolwiek w szeregach dało się słyszeć pomruki zaniepokojenia. Zbiorowe łamanie szkolnych zasad wymagało żelaznych nerwów.

– Zostańcie – namawiałam. – Wezmę winę na siebie. Nie będziecie mieli kłopotów.

Tym razem do naszej grupki podeszła dyrektorka we własnej osobie. Słysnęła z surowości, a na brodzie miała wydatną kurzajkę porośłą czarnymi włoskami, które nieświadomie skubała, kiedy nie darła akurat pasów z jakiegoś szkolnego niegodziwca. Wszyscy żyliśmy w strachu przed jej gniewem. Czasami przez całą lekcję siedziałam jakby zahipnotyzowana tą kurzajką i tym, co mogła sobą przedstawiać, niezdolna oderwać od niej wzroku. Wydawało się całkiem niewykluczone, że nasza dyrektorka jest tak naprawdę czarownicą. Teraz, gdy zawisała nad nami posepnie, poczułam, że robi mi się niedobrze.

– Omówiłam z nauczycielami wasz protest – oznajmiła śmiertelnie poważnym tonem, po czym zamilkła. Kurzajka działała na mnie rozpraszająco. –

I uznaliśmy, że macie zupełną rację. Jeśli jedno dziecko ma prawo pływać podczas przerwy, to prawo takie powinno przysługiwać wszystkim dzieciom. Od tej pory ustalimy grafik i każda klasa będzie miała swoją kolej na pływanie.

Klasa wybuchła wrzaskami radości. Zgrai dziewięciolatków, które nie do końca nawet wiedziały, co to takiego protest, idea powściągliwości w tryumfie była zupełnie obca. Sprawiedliwość zdawała się słodka, nawet jeśli nie potrafiliśmy jej przeliterować. Było to zwycięstwo w imieniu kiepskich młodocianych pływaków całego świata, a nasze wiwaty wydawały się nie mieć

końca. Choć od tej pory Henry Bone nie przestawał mnie dręczyć, było to cudowne i w 100 procentach tego warte.



Dziecięce wystąpienie przeciwko Henry’emu Bone’owi zupełnie wypadło mi z głowy aż do czasu, gdy w związku z rozgorzałym sporem prasa zaczęła określać lekarzy rezydentów mianem „bojowców”. Etykieta była ewidentnym zagranem taktycznym mającym na celu zdyskredytowanie lekarzy uczestniczących w akcji, ale – kto wie? – być może odkąd zasmakowałam w dzieciństwie protestacyjnego sukcesu, cały czas skrywałam w sobie wojownicze ciągoty?

Potem szerokim strumieniem popłynęły podobne wyzwiska. Lekarzy popierających strajk przeciwko nowym umowom proponowanym przez władze obwoływano „radykałami” i „ekstremistami”, tak jakby swym zachowaniem krajowi medycy upodabniali się w jakiś sposób do terrorystów. Jeremy Hunt najwyraźniej popierał te insynuacje, a niektóre z nich nawet retweetował na osobistym koncie na Twitterze. Przez wszystkie lata studiów medycznych ani razu nie przeszło mi przez myśl, że pewnego dnia mój status szkolącej się lekarki stanie się dla pewnych dziennikarzy formą obelgi ani też, jak boleśnie będzie się z tym zmierzyć.

Odkąd minister zdrowia rozpoczął krucjatę na rzecz całotygodniowej opieki, relacje między lekarzami a rządem legły w gruzach. Hunt powtórzył swoją deklarację, że jeżeli negocjacje zawiodą, narzuci kontrakty siłą, na co Komitet Lekarzy Rezydentów związku zawodowego BMA ogłosił referendum strajkowe. Ogromne rzesze zwykłych, szeregowych lekarzy – takich, którzy jak ja nie sprawowali żadnej formalnej funkcji w BMA ani nie angażowali się w działalność związkową – za sprawą przemówienia Hunta poczuły się zmotywowane do działania. Przedtem, podobnie jak większość moich kolegów, byłam tylko mgliście świadoma faktu, że kontrakty lekarzy można w ogóle

negocjować. Należałam do BMA tylko po to, by co weekend cieszyć się własnym egzemplarzem „British Medical Journal”.

Lekarze zazwyczaj nie słyną z buntowniczości. Jesteśmy od uspokajania ludzi, nie od wszczynania rewolucji. Przez całe życie posłusznie przeskakujemy przez obręcze oczekiwań. Kiedy w szkole nasi zbuntowani koledzy z klasy szli za wiatę na rowery, my udawaliśmy się do biblioteki, by pouczyć się do egzaminów. Potem, zdecydowawszy się na pięć czy sześć lat dalszych sprawdzianów na studiach medycznych, z pokorą przyjęliśmy warunki pracy, na które w jakiegokolwiek innej profesji zareagowano by z niedowierzaniem. Mam znajomych, którzy z rocznym wyprzedzeniem poprosili zatrudniający ich szpital o urlop w związku ze swoim weselem i podróżą poślubną, a kiedy termin się zbliżał, odkryli, że właśnie na ten dwutygodniowy okres wpisano ich do siatki dyżurów. Przed rozpoczęciem pracy w nowym miejscu błagałam o udostępnienie zawczasu grafiku zmian, abym mogła zorganizować opiekę nad dzieckiem – jak widać na próżno, skoro pierwszego dnia dowiedziałam się, że tak właściwie to zaczynam od nocnych zmian i tego wieczora powinnam być na dyżurze. Pracowałam w szpitalu, gdzie w pokoju lekarskim pod sufitem biegały szczury, a pod listwami przypadłogowymi karaluchy, choć rezydenci od lat naciskali na dyrekcję placówki, by zajęła się problemem.

Zwykliśmy znosić takie traktowanie ze zdumiewającą potulnością. Lecz Huntowi udało się dokonać czegoś bezprecedensowego. Upolitycznił lekarzy rezydentów, przez co z posłusznego mięsa armatniego do wypełniania grafików NHS masowo przeistoczyliśmy się w bojowców z przypadku. Niektórzy z nas udzielili wywiadów telewizyjnych, które rozprzestrzeniły się viralowo i już po wyemitowaniu były odtwarzane w sieci setki tysięcy czy nawet miliony razy. Inni zabrali się do planowania masowych demonstracji w Londynie, Leeds i Belfaście. Pięcioro lekarzy rezydentów postanowiło zmierzyć się z Huntem przed sądem, a ich proces stał się przykładem najskuteczniejszej kampanii crowdfundingowej w historii brytyjskiego sądownictwa, oto bowiem w niespełna dwadzieścia cztery godziny darczyńcy ofiarowali im ponad 50 tysięcy funtów.

Co najważniejsze, udało nam się opanować media społecznościowe, aby dać odpór narracji strony rządowej, wedle której był to po prostu spór o pieniądze. Kiedy niewielkie grono nienależących do BMA rezydentów uruchomiło grupę na Facebooku, wieści szybko się rozeszły i wszyscy zaczęli do niej dołączać. W szczytowym momencie tak zwane „Forum Kontaktowe Lekarzy Rezydentów” liczyło ponad 60 tysięcy członków i choć zostało zinfiltrowane przez przedstawicieli prasy i Departamentu Zdrowia, to większość użytkowników rzeczywiście stanowili lekarze. To tam swobodnie dzieliliśmy się opiniami, pomysłami i reakcjami na rozwój wypadków. Po raz pierwszy 54 tysiące krajowych lekarzy rezydentów uzyskało wspólną tożsamość i poczucie solidarności, a także mocno zapragnęło wspólnie działać.

W dotkliwie chłodną sobotę w połowie października 20 tysięcy lekarzy i ich sprzymierzeńców przemaszerowało przez Downing Street w Londynie, aby sprzeciwić się propozycji umów. Przedtem tylko raz w życiu byłam na marszu protestacyjnym – kiedy w 2003 roku milion osób demonstrowało przeciwko wojnie w Iraku – ale wtedy filmowałam protest na potrzeby przygotowywanego filmu dokumentalnego na temat Al-Ka’idy. Czyli technicznie rzecz biorąc, była to dla mnie pierwsza manifestacja. Liczne siły stołecznej policji obstawiły dzielnicę Westminster, gdzie zgromadziły się tłumy lekarzy w fartuchach, emerytów oraz dzieci. Były sektory rodzinne, chór NHS, banery i transparenty, spośród których jeden następnego dnia unieśmiertelniły gazety: „I may not be a gynaecologist but I know a Hunt when I see one”¹.

Nigdy dotąd nie widziałam, by rozpromienieni funkcjonariusze policji tak bardzo dodawali komuś otuchy. Jeden z nich wręcz podszedł do mnie i powiedział:

– Nie poddawajcie się. Walczcie dalej. Nie chcemy, by zrobili z wami to, co zrobili już z nami.

Aż od tego spokorniałam. W porównaniu z innymi protestami ten był zdumiewająco grzeczny. Tłum przybył pod siedzibę szefa rządu, powznosił trochę okrzyków, pomachał transparentami, po czym pokojowo się rozszedł.

Pozostawił nawet za sobą nieco maruderów, w tym również mnie, którzy poczuli się zobowiązani cofnąć po trasie manifestacji, dokładnie sprzątając porzucone śmieci. Najwyraźniej nawet u lekarzy popchniętych do działalności ekstremistycznej nie ginie wrodzona obowiązkowość.

W domu Dave i dzieci niespecjalnie entuzjastycznie przyjęli moją „bojowość”. Poranny budzik zaczęłam nastawiać o pół godziny wcześniej, aby dać sobie czas na zareagowanie na Twitterze na najnowsze posunięcia władz jeszcze przed odwiezieniem dzieci na śniadanie do szkoły i samej siebie do szpitala. Świtem pisałam blogowe notki i felietony do gazet, regularnie też jeździłam pociągiem do Londynu, aby udzielać wywiadów na żywo w telewizji. Od czasu do czasu ekipa filmowa wpraszała nam się do kuchni, a wtedy przekupywałam dzieci, by były cicho, przy pomocy domowego iPada. Pewnego razu mąż spytał pięcioletnią córkę, czy zechciałaby w ramach atrakcji nie kłaść się tak wcześnie spać i obejrzeć, jak mamusia udziela wywiadu w wiadomościach. Mała zastanowiła się przez chwilę, po czym wydała bezkompromisowy werdykt.

– Aa... – odezwała się w końcu – a czy w wiadomościach będą kucyki z *My Little Pony*?

– Nie, obawiam się, że niestety nie – odparł mój mąż.

– Aha. No to nie. Gdyby były kucyki, to tak, ale mamusia jest nudna.

Miała rację. Byłam nudna. Ludzie owładnięci obsesją zawsze robią się nudni. Z im większą agresją rząd przekonywał, że konflikt to nic innego jak spór o pensje, z tym większym trudem przychodziło mi beczynnie się przyglądać. Hunt był przekonany, że gniew lekarzy rezydentów rozbudziły nie jego słowa, a BMA, który złośliwie doprowadził swoich członków do niewłaściwie nakierowanej furii, utrzymując, jakoby minister planował ściąć nam pensje, podczas gdy w rzeczywistości nie miał takiego zamiaru. Poczył zatem rozróżnienie między związkiem a jego członkami zgodnie z zasadą „dziel i rządź” i ataki skupił na „przesiąkniętym polityką” BMA, jednocześnie starając się ugłaskać pochlebstwami szeregowych lekarzy rezydentów:

„Praca na pierwszej linii w NHS to obecnie jedno z najtrudniejszych zajęć w Wielkiej Brytanii – napisał w „The Daily Telegraph” tuż przed naszym referendum strajkowym. – To na naszych lekarzach rezydentach spoczywa ciężar zmagania się z tymi wyzwaniami. Pracują długie godziny, w najtrudniejszych porach i obsadzają nasze szpitale w weekendy – krótko mówiąc, stanowią kręgosłup służby zdrowia”²⁴.

Miłe słówka na nic się jednak nie zdały, kłam zadawały im bowiem sytuacje, w których minister zdrowia mówił publicznie coś, o czym wiedzieliśmy, że nie jest prawdą. Na przykład na początku sporu stwierdził w programie informacyjnym *Breakfast* na antenie BBC, że niewielka część lekarzy, którzy pracowali ponad pięćdziesiąt sześć godzin w tygodniu, „otrzymywała to wynagrodzenie, które w NHS kolokwialnie określa się *danger money* [pieniądze za ryzyko – przyp. tłum.]”²⁵. Insynuacja, jakoby niektórzy z nas gotowi byli narazić swych pacjentów na niebezpieczeństwo dla zdobycia lukratywnej premii za nadgodziny, robiła z lekarzy rezydentów nieodpowiedzialnych oportunistów. Sęk w tym, że był to stek bzdur. Żaden lekarz, wliczając tych już na emeryturze, nigdy nie słyszał fikcyjnego określenia *danger money*, nie mówiąc już o tym, by takie pieniądze otrzymał. Twierdzenie Hunta, wyemitowane na żywo na terenie całego kraju w porze śniadania, było od początku do końca obłudne – albo, jak to się zwykło mawiać, było to bezczelne łgarstwo. Po prostu to zmyślił. A im bardziej zwodził brytyjską opinię publiczną przy użyciu spreparowanych sloganów, tym skuteczniej alienował lekarzy.

Nieco subtelniej zasadę „dziel i rządź” stosowali rozmaici felietoniści prasowi, którzy usiłowali podzielić szeregowych lekarzy na dwa przeciwstawne obozy, nakłaniając „umiarkowanych”, by postrzegali samych siebie jako innych i lepszych od ich bardziej „bojowych” kolegów. W felietonie zatytułowanym „Umiarkowani lekarze muszą wziąć górę nad bojowcami” Danny Finkelstein, wiodący dziennikarz „Timesa” i były szef think-tanku Partii Konserwatywnej Conservative Research Department, oceniał, że „ryzykowanie zdrowiem

pacjentów dla uzyskania premii za pracę po godzinach to typowy przykład cynicznego i awanturniczego zachowania BMA”²⁶.

Utrzymywał, że żaden lekarz z honorem nie powinien nawet dopuszczać myśli o strajku, felieton zakończył zaś egzaltowanym wezwaniem:

Gdzieżeście, odważni umiarkowani lekarze, którzy możecie powiedzieć swym przywódcom, że to już zaszło za daleko? Trudno, rzecz jasna, przeciwstawić się sytuacji, kiedy wszyscy wasi koledzy tak się wściekają. Ale to wasz obowiązek. Toż to skandal krzywdzić pacjentów w imię wyższej płacy”²⁷.

Co zakrawa na ironię, nawet gdy medialni zwolennicy Hunta apelowali do nas, byśmy nie kierowali się względami płacowymi, sam Hunt próbował nas przekabacić bonusami finansowymi. Rankiem w dniu rozpoczęcia referendum strajkowego pierwsze strony gazet zdominowały nagłówki poświęcone nadzwyczajnemu ustępstwu, do jakiego się posunął, a które sprowadzało się do podwyżki pensji dla lekarzy rezydentów o całe 11 procent²⁸. To było mistrzostwo politycznego wyrachowania. Nie dość, że wychodził na wspaniałomyślnego, to na dodatek jeśli mimo wszystko zdecydowalibyśmy się zastrajkować, to rzeczywiście wyszlibyśmy na pazerne indywidua, jak to od początku sugerował.

Lecz jeżeli jego świeży przypływ szczodrości wydawał się zbyt piękny, by mógł być prawdziwy, to dlatego, że nie był prawdziwy. Jedenastoprocentowa podwyżka miała dotyczyć jedynie podstawowej pensji, a równoważyły ją potężne cięcia w płacy za pracę w nieludzkich godzinach, a że większość z nas w znacznej mierze pracowała właśnie wtedy, koniec końców najprawdopodobniej dla wielu oznaczałoby to redukcję wynagrodzenia. Być może Hunt miał nadzieję, że uniknie strajków, mając nas pozorną podwyżką, lecz w rzeczywistości swymi wykalkulowanymi nagłówkami ponownie rozniecił w lekarzach furję. Zaufanie, uczciwość, szczerłość. Tych wartości, leżących

u podstaw medycyny, najwyraźniej minister zdrowia nie podzielał. Nie dziwota, że 98 procent z nas zagłosowało za podjęciem strajku.

Być może najbardziej frustrujący jest w tym fakt, że nie szczędząc starań, by przedstawić konflikt jako spór o wynagrodzenia, czego też z zimną krwią dokonał, Hunt nie zdołał pojąć, co tak naprawdę wielu z nas popychało do działania. A w gruncie rzeczy nasz gniew w znacznej mierze wynikał ze strachu. I raczej nie ze strachu, że stracimy na tym finansowo – aczkolwiek oczywiście myśl, że za naszą pracę będziemy otrzymywać mniejsze wynagrodzenie, podburzała do buntu – lecz że będziemy zmuszeni pracować jeszcze dłużej i ciężiej niż do tej pory bądź też że przydzielą nam jeszcze więcej obowiązków. Znałam swoje granice wytrzymałości. Już je zdążyli sprawdzić. Bardziej niż cegokolwiek innego obawiałam się, że jeśli rządzący zwiększą w stopniu niemożliwym do zniesienia obciążenie pracą, zmuszą mnie do porzucenia zawodu, który tak kochałam.

Hunt utrzymywał, że żaden lekarz nie będzie musiał pracować dłużej niż dotychczas. Jak podkreślał, według nowej umowy łączna liczba godzin wręcz spadłaby z dziewięćdziesięciu jeden do siedemdziesięciu dwóch tygodniowo, więc powinniśmy ją powitać z otwartymi ramionami. Lecz jego zapewnienia kłóciły się z upartymi deklaracjami, że nowe kontrakty mają zagwarantować całotygodniowe usługi „w sposób neutralny pod względem kosztów”. Opinii publicznej obiecywano coś za nic, siedem dni w cenie pięciu. Obsadzenie weekendów miałoby zatem nie wymagać żadnych dodatkowych środków ani personelu. Lecz już w pierwotnych zobowiązaniach programowych Partii Konserwatywnej z 2015 roku dostrzegano, że krytyczne znaczenie ma obsada: „Chcemy, by Anglia była pierwszym krajem na świecie oferującym prawdziwie całotygodniową publiczną opiekę zdrowotną (...) z należycie obsadzonymi szpitalami, tak aby jakość opieki była taka sama niezależnie od dnia tygodnia”²⁹.

Z punktu widzenia lekarzy rezydentów kluczowe znaczenie miało określenie „należycie obsadzone”. Zdawaliśmy sobie sprawę, że ledwie dajemy radę zapewnić w bezpieczny sposób opiekę przez pięć dni w tygodniu, a mimo to,

w alternatywnym wszechświecie Jeremy'ego Hunta, mieliśmy teraz zapewniać ją przez siedem dni. Rachunek był prosty. Wobec braku dodatkowych lekarzy jedynym sposobem na zaoferowanie nowych usług weekendowych byłoby zwiększenie nam łącznej liczby godzin lub też odsunięcie nas od naszych pacjentów od poniedziałku do piątku, abyśmy mogli zasilić obsadę weekendową. Tak czy inaczej przeciążenia w stylu Mid Staffs zdawały się nie do uniknięcia, chyba że „całotygodniowa opieka zdrowotna” okazałaby się nie autentycznym zobowiązaniem, a pustym sloganem, chwytliwym hasłem wyborczym bez pokrycia w rzeczywistości. Szanowani komentatorzy specjalizujący się w tematyce zdrowotnej, jak choćby Nigel Edward, dyrektor wykonawczy branżowego think-tanku Nuffield Trust, podejrzewali raczej tę ostatnią ewentualność:

Nawet gdyby NHS miał możliwość pozyskania znacznych dodatkowych środków pieniężnych, pozyskanie koniecznej masy krytycznej wyspecjalizowanego personelu, aby urzeczywistnić pomysł pracy siedem dni w tygodniu, oznaczałoby najpewniej zamykanie lub scalanie lokalnych placówek, takich jak oddziały chirurgii ratunkowej czy też położnictwa³⁰.

Później, kiedy spór dotyczący lekarzy rezydentów zdążył już dobiec końca, doglądający wydatków z ramienia parlamentu Komitet Finansów Publicznych opublikował raport, w którym nie zostawiał suchej nitki na rządzie i Departamencie Zdrowia, które nie miały pojęcia, jak wiele dodatkowego personelu wymagałoby świadczenie całotygodniowej opieki medycznej, nie mówiąc o znalezieniu na to środków w budżecie. Stwierdzano: „Departament nie ocenił należycie wpływu wprowadzenia całotygodniowych usług na zatrudniony personel medyczny, a zatem nie wie, czy dysponowałby wystarczającą liczbą pracowników klinicznych o odpowiednich umiejętnościach”³¹.

Przewodnicząca komitetowi deputowana Meg Hillier zwięźle podsumowała to, co lekarze rezydenci odczuwali i powtarzali z zaniepokojeniem przez cały poprzedni rok, a co bagatelizowano jako przejawy dbania o własny interes: „To

niewyobrażalne, by proponować tak poważne rozwiązanie polityczne przy tak mglistym wyobrażeniu źródeł jego finansowania”³².

Za bojowość przyszło nam zapłacić. Ataki na łamach prasy stawały się coraz paskudniejsze. W pewnej zapadającej w pamięć diatrybie główny redaktor polityczny „The Daily Telegraph” James Kirkup wielokrotnie określił lekarzy rezydentów popierających akcję strajkową mianem „głupich”, „samolubnych”, „wygodnickich”, „pyszałkowatych”, „nieudolnych”, „nieuczciwych” i „infantylnych, mamiących samych siebie idiotów”. Byliśmy dziecinni, drażliwi i politycznie naiwni: „Bo jakże inaczej opisać bolesne wycie ludzi, którzy nie mogą postawić na swoim?”³³.

Kirkup sprzeciwiał się temu, by lekarze mieszały się w politykę, a to, że negocjacje w sprawie kontraktów łączyliśmy z szerszym pytaniem o sposób obsadzania i finansowania całotygodniowych usług medycznych, lekceważył, uznając po prostu za dąsy wrażliwców:

Wielu z nich, po raz pierwszy zaangażowanych w politykę, nie potrafi pojąć, dlaczego rząd nie chce zrobić dokładnie tego, czego żądają; jest dla nich nie do pomyślenia, że ktoś miałby nie uznać opinii lekarzy na temat finansowania i organizacji publicznej służby zdrowia za ostateczną”³⁴.

Czasami można było odnieść wrażenie, że publicyści polityczni rozkoszowali się okazją, by przemądrzałych doktorków sprowadzić do parteru. „Kiedy lekarze podejmują strajk, wchodzimy w sferę dotyczącą nie medycyny, nie zarządzania szpitalami ani nawet nie relacji branżowych” – pisał w „Timesie” Hugo Rifkind. Dalej ciągnął:

To raczej domena polityki. To pole bitwy, na którym ścierają się naciski i idee; nastroje społeczne i polityczna rzeczywistość. Tu zaś, moi lekarscy przyjaciele, nie jesteście już specjalistami. Nie jesteście nawet zorientowanymi hobbystami. Jesteście wycieczkowiczami, którzy zapuścili się za daleko. Czeka was wstrząs”³⁵.

W pewnym momencie Danny Finkelstein posunął się wręcz do stwierdzenia, że w sporze tak naprawdę w ogóle nie chodziło nam o umowy. Był to natomiast:

po prostu głośny, wściekły protest dotyczący bardzo trudnej pracy, wymagającej emocjonalnie i wyczerpującej fizycznie, która niekiedy wydaje się zwyczajnie zbyt ciężka. Niepodobna trochę im nie współczuć, niepodobna też nie czuć się lekko zdezorientowanym rozważaniami na temat tego, co można z tym fantem zrobić³⁶.

O ile doceniłam wyrazy współczucia, o tyle z lekka protekcyjny ton nie był już tak przyjemny. Jako czterdziestotrzyletnia matka dwojga dzieci, która przez dekadę pracowała jako dziennikarka redakcji informacyjnej, bardzo szybko straciłam cierpliwość do radosnego lekceważenia, z jakim dziennikarze odnosili się do „tragicznie naiwnych” lekarzy rezydentów. Z drugiej strony rozumiałam, dlaczego komentatorzy byli tak rozdrażnieni. Ja wiedziałam, wobec czego osobiście jestem gotowa zastrajkować: wobec niebezpieczeństwa, jakie dostrzegalam, że oto ta sama liczba lekarzy zostanie jeszcze cienie rozdystrybuowana już nie po pięciu, a po siedmiu dniach tygodnia. Całym sercem opowiadałam się za poprawą poziomu usług w weekendy, lecz tylko wówczas, jeśli zostałyby to spójnie wymodelowane, rozplanowane, sfinansowane i obsadzone. Tymczasem BMA za zamkniętymi drzwiami przystała na zasadę, że nasz kontrakt musi umożliwiać całotygodniową opiekę „neutralnie pod względem kosztów”. Co więcej, zgodził się na tę wydatkową neutralność – aczkolwiek pod presją – już na etapie omawiania warunków wstępnych przed podjęciem negocjacji. Mogło więc się wydawać, że po cichu przyznaje, iż świadczenie całotygodniowej opieki zdrowotnej jest możliwe również bez całotygodniowego finansowania.

Nieuchronna konsekwencja takiego stanu rzeczy była następująca: BMA, poczyniwszy tak fundamentalne ustępstwo, zafiksował się na kwestii wynagrodzenia za soboty, podczas gdy szeregowi lekarze tacy jak ja i wielu innych w dalszym ciągu udzielali wywiadów, w których naszą główną obawą

były zagrożenia wiążące się z rozszerzeniem świadczeń na siedem dni w tygodniu bez adekwatnego zwiększenia obsady oddziałów. Nie dziwi zatem, że po połączeniu tych dwóch wątków nasz przekaz zdawał się niejasny, a biuro rzecznika prasowego Departamentu Zdrowia rozgrywało nas, jak chciało.

Na długo przed tym, jak w ogóle przystąpiliśmy do strajku, stało się jasne, że wielu komentatorów w argumentach lekarzy rezydentów dotyczących kwestii bezpieczeństwa widzi nic innego jak niezdarne próby narzucenia własnej narracji, cyniczną strategię obliczoną na uczynienie ze szpetnego sporu na temat wynagrodzeń czegoś bardziej szlachetnego i godnego podziwu. W końcu przecież, rozumowali, rozważaliśmy sięgnięcie po oręż równoznaczny z nieszczęściem naszych pacjentów – poprzez odmawianie im operacji i wizyt lekarskich w dni strajku – aby przeciwstawić się nowej umowie. Ale mnie nie chodziło o więcej pieniędzy. Wynagrodzenie, z którego postanowiłam zrezygnować, kiedy przed dziesięcioma laty odchodziłam z telewizji, było trzykrotnie wyższego od tego, które teraz otrzymywałam. Rozpaczliwie natomiast pragnęłam, by niedobory kadrowe, które już i tak odbijały się na moim życiu zawodowym, nie uległy zaostrzeniu. Jeśli tak by się stało, lękałabym się nie tylko o pacjentów, ale też o moją przyszłość w medycynie.

-
1. „Nie jestem ginekologiem, ale potrafię rozpoznać Hunta” – gra słów opierająca się na podobieństwie nazwiska „Hunt” do wulgarnego określenia żeńskich narządów płciowych; polskim odpowiednikiem byłoby np. hasło: „Diagnoza oczywizda: minister Hunt to...” – przyp. tłum. [\[wróć\]](#)

ROZDZIAŁ DZIEWIĄTY

ESTROGEN

Mój mózg zaczyna szwankować zawsze około czwartej nad ranem. Jestem w stanie chodzić, mówić, wykonywać procedury medyczne, lecz moja zdolność syntetyzowania i oceny informacji ulega krótkotrwałemu zatrzymaniu. Raz czy dwa zdarzyło mi się, że gdy o tej porze wypełniałam historię choroby pacjenta, długopis wyjechał mi z kartki, ponieważ oczy zamknęły mi się w pół zdania. Z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów jest to, rzecz jasna, stan daleki od idealnego. Dietetyczna cola, batonik z czekoladą, przemycie twarzy zimną wodą czy uderzenie się po policzku zawsze trochę pomagają. Ale u każdego na nocnej zmianie przychodzi moment największego zmęczenia, gdy jest się najbardziej narażonym na błędy.

Parę tygodni po tym, jak zostałam lekarką, właśnie w porze dołka o czwartej nad ranem wezwano mnie, bym założyła pacjentowi wenflon. Niemalże zasypiając w marszu, podeszłam do jego łóżka z nadzieją na łatwe żyły. Pacjent, jak mi się zdaje, był tuż po pięćdziesiątce. Czuł się na tyle dobrze, by na widok lekarki dyżurnej oczy rozbłysły mu w zachwycie. Powinnam była spostrzec, że w jego uśmiechu kryło się coś pożądanego i że oblizywanie warg to dość niekonwencjonalny sposób na powitanie zjawiającego się przy łóżku lekarza. Ale byłam wykończona, nie zwróciłam więc uwagi na sygnały ostrzegawcze. Przykucnęłam w skupieniu za zaciągniętymi zasłonkami, na sali panował mrok, obchodziły mnie jedynie żyły, którym przyglądałam się w słabym świetle oddziałowego oświetlenia ściennego. Kiedy już miałam wbić igłę w ramię

pacjenta, zniemacka ktoś chwycił mnie za dłoń. Wystraszona podniosłam oczy i ujrzałam szyderczy uśmiech.

– Oho, założę się, że ci się to podoba, nie? Klęczeć tak przede mną?

Powoli i z rozmysłem ponownie oblizał wargi. Zdałam sobie sprawę, że drugą dłonią pociera sobie genitalia. Bezgłośnie wstałam i odeszłam od łóżka. Chcę wierzyć, że gdyby to nie była czwarta nad ranem, gdybym była zwyczajną sobą, rozerwałabym go na strzępy, również po to, by następnym razem dobrze się zastanowił, zanim postanowi napastować seksualnie zostawioną samą sobie lekarzkę. Ale pewna nie jestem. Upokorzenie to potężny mechanizm, a ja przede wszystkim poczułam impuls, by znaleźć się jak najdalej od tego człowieka. Nikomu nic nie powiedziałam, popłakałam krótko na korytarzu, poczułam się brudna i zhańbiona, po czym zajęłam się innymi sprawami.

Choć takie zachowanie ze strony pacjenta leżącego na sali jest czymś nadzwyczaj nietypowym, w ferworze działań na Oddziale Ratunkowym jesteśmy oswojeni z najrozmaitszymi formami złego traktowania, w szczególności, gdy nadchodzi godzina zamknięcia pubów. Widziałam, jak lekarze byli opluwani ze względu na kolor skóry, widziałam pielęgniarki będące ofiarami fizycznej napaści, noszowych obezwładniających kogoś, kto zagroził, że ich pozabija... Mogłabym tak ciągnąć w nieskończoność. Parę tygodni po rozpoczęciu mojego pierwszego półrocznego pobytu na medycynie ratunkowej natknęłam się nad ranem na koleżankę, która właśnie skończyła nocną zmianę na SOR-ze.

– Wszystko w porządku? – spytałam zaniepokojona. Wyglądała, jakby zaraz miała się rozpłakać.

– Po prostu – odparła z goryczą – chciałabym choć raz odbyć pełną zmianę, na której nikt nie nazwie mnie przy okazji pizdą.

Dla mnie co bardziej obelżywi goście Oddziału Ratunkowego okazali się mniejszym problemem, niżbym się tego spodziewała. Nocami nieuchronnie przychodziło zmierzyć się z jakimiś przejawami rasizmu, mizoginii, ignorancji bądź sprośności – a niekiedy wszystkim tym naraz – ale zazwyczaj zachowujący się w ten sposób pacjenci byli pijani, naćpani lub też owładnięci chorobą

psychiczną bądź fizyczną, pod wpływem której zachowywali się w sposób nerwowy, agresywny albo pozbawiony hamulców. Był to mało przyjemny aspekt tej pracy, lecz nigdy nie brałam tego do siebie. Raz jednak, kiedy byłam w trzecim trymestrze ciąży, najstarsza tej nocy pielęgniarka na oddziale nie pozwoliła mi się udać do kolejnego pacjenta.

– Naprawdę, Rach, lepiej idź od razu do następnej osoby na liście – powiedziała. – Wierz mi, nie chcesz badać tego gościa.

Okazało się, że wspomniany mężczyzna dopiero co straumatyzował młodą i niedoświadczoną studentkę pielęgniarstwa, która zaciągnęła zasłonkę przy jego łóżku, by zweryfikować jego obserwacje. Odizolowany wraz z nią poza zasięgiem wzroku, podstępnie nakłonił ją do zbadania jego penisa, który, jak zapewniał, wymagał interwencji medycznej. Wokół podstawy groteskowo nabrzmiałego, purpurowego członka zaciskała się trzykrotnie owinięta gumowa bransoletka z hasłem „Britain First”¹ – co by nie powiedzieć, nader osobliwy wyraz patriotyzmu. Pielęgniarki były wściekłe. Poczucie, że ktoś wykorzystał jedną z nich, obudziło w nich zacieklą, niemalże rodową lojalność. A trzeba przyznać, że więzi, jakie tworzysz z rodziną z SOR-u – z ludźmi, z którymi poznajesz wszelkie traumy, tragedie i okropieństwa, jakie los zrzuca na twoich pacjentów – są niesamowicie silne. Braterstwa, jakie zawiązuje się w oparciu o te wspólne przeżycia, nie da się z niczym porównać.



Jeśli chodzi o seksizm, w każdej grupie trafiają się odmieńcy, a lekarze, podobnie jak pacjenci, nie stanowią pod tym względem wyjątku. Rzadko kiedy pośród kolegów po fachu spotkałam się z otwartą mizoginią, aczkolwiek kilka takich przypadków zapadło mi w pamięć. Pewnego razu, na krótko przed egzaminami końcowymi, zbliżający się do emerytury staromodny chirurg piersiowy wygłosił powtórkowy wykład poświęcony rakowi piersi. Pomędzy ponurymi statystykami dotyczącymi drugiego pod względem liczby ofiar nowotworowego zabójcy kobiet w Wielkiej Brytanii znieńska wyświetlił slajd

przedstawiający młodą blondynkę siedzącą w kokieteryjnej pozie przed mammografem i wyraźnie eksponującą swe obnażone piersi.

– Oczywiście – smętnie zauważył chirurg – większość pacjentek, jakie widuję w mojej klinice, jest co najmniej po pięćdziesiątce – zamilkł, smutno zerkając na swe studenckie audytorium. – Tak przyjemne dla oka okazy praktycznie się nie zdarzają.

Wyraźnie dało się słyszeć, jak słuchaczom zaparło dech w piersiach. Wyglądało na to, że jedynym celem tego slajdu było umożliwienie konsultantowi wplecenie powyższego żarciku. Po czym ciągnął dalej, tak jakby nie powiedział niczego nadzwyczajnego. Pomijając już fakt, że wiedziałam, że spośród obecnych w sali studentów przynajmniej jedna osoba ma matkę w trakcie leczenia raka piersi, tak ewidentna pogarda dla kobiet ze strony mężczyzny, który zarabiał na życie wykonywaniem mastektomii, była trudna do zaakceptowania. Trzeba tu jednak zaznaczyć, że władze uczelni poważnie potraktowały lawinę otrzymanych w reakcji skarg i chirurg ten nigdy więcej nie poprowadził zajęć ze studentami medycyny.

Na przedstawicieli „starej szkoły” wciąż można się natknąć w lekarskiej hierarchii, gdzie często, zważywszy na wiek i doświadczenie, zastaniemy ich w okolicach szczytu. Moja koleżanka rezydentka Jen uczestniczyła niedawno w lekarskiej kolacji na jednej z renomowanych uczelni. Mimochodem podzieliła się z pozostałymi gośćmi obserwacją, jak bardzo rzucił jej się w oczy skąpy odsetek kobiet wśród osób usadzonych przy najważniejszym stole. Jedynie dwa z około czterdziestu miejsc zajmowały kobiety, a i te, jak zauważyła, znajdowały się tam nie ze względu na własne osiągnięcia akademickie, lecz jako małżonki członków akademii. Sugestia, jakoby środowisko medyczne miało przejawiać jakiegokolwiek zachowania seksistowskie, skrajnie rozeźliła siedzącego obok Jen lekarza konsultanta ortopedii, kierującego prestiżowym oddziałem chirurgii kręgosłupa.

– Problem z kobietami chirurgami jest taki – zaczął – że nie mają właściwego temperamentu. Chirurgia wymaga ciężkiej pracy i oddania, do których kobiety

nie są zdolne. Nie docierają na szczyt dlatego, że się do tego nie nadają.

Fakt, że w dwudziestym pierwszym wieku takie poglądy wciąż występują u największego pracodawcy w Wielkiej Brytanii, wydał się chirurgowi czymś absolutnie zwyczajnym. Argumentował, że tylko stwierdza fakty i że w żadnym razie jego samego nie można uznać za seksistę, bowiem wśród podwładnych ma kobiety rezydentki. Kontrargument, że być może postawy takie jak jego własna odstraszą kobiety od jego specjalizacji zamiast zachęcać, by się w niej doskonaliły, zbył jako gadanie w imię politycznej poprawności.

– Między mężczyznami a kobietami istnieje różnica temperamentów – obstawał przy swoim – która sprawia, że z kobiet nie będzie dobrych chirurgów.

Później, przy drinkach popijanych w klubie wykładowców, inny konsultant, który miał okazję podsłuchać przebieg rozmowy, zaczepił Jen, by dać jej znać, jak wielce podziwia ją za walenie prosto z postu. Niestety również przy tej pochwalę dało się odczuć, że stereotypy płciowe mają się dobrze. Konsultant bez cienia ironii zauważył:

– Doprawdy zadziorna z ciebie kobietka!

– Szczerze – powiedziała mi później – czułam się tam jak w jakimś przeklętym klubie dla dżentelmenów z lat pięćdziesiątych. Tyle tylko, że bez dżentelmenów.

Olbrzymia większość lekarzy, jakich napotkałam na swej drodze, w tym samym stopniu szanuje współpracowników obojga płci. Jeśli mowa o równości płci, medycyna wręcz cieszy się zasłużoną reputacją jednej z najbardziej progresywnych profesji w Wielkiej Brytanii. Ale nie oznacza to, że gra w niej się toczy na równych warunkach. Podobnie jak w przypadku tylu innych zawodów w kraju, występuje w niej okrzepła różnica płac w zależności od płci, jak również nierówny rozkład lekarzy i lekarek w poszczególnych specjalizacjach medycznych, przy czym wiele z tych bardziej „prestizowych”, takich jak neurochirurgia czy kardiologia, pozostaje w znacznej mierze zdominowanych przez mężczyzn. Na dodatek: im wyżej w hierarchii, tym bardziej wzrasta liczba panów. O ile 57 procent lekarzy rezydentów to kobiety, o tyle na przykład na

specjalizacji chirurgicznej stanowią one tylko 30 procent szkolących się, a pośród konsultantów z dziedziny chirurgii kobiety to zaledwie 11 procent zatrudnionych³⁷.

Choć aby w dzisiejszych czasach upierać się, że kobiety są pod względem temperamentu gorsze od mężczyzn, trzeba być szczególnym typem lekarza, często słyszałam, jak koledzy tłumaczyli szklany sufit w medycynie jako skutek decyzji samych kobiet, dla których ważniejsze niż kariera jest założenie rodziny, nie zaś produkt nierówności strukturalnych czy społecznych. Jak argumentowali: jeśli dalej będziemy się upierać przy urloпах macierzyńskich czy pracy w niepełnym wymiarze, aby móc spędzać czas z dziećmi, to nikogo nie powinno dziwić, że zostajemy zepchnięte na ostatnie pozycje.

Bez wątplenia długie i nieprzewidywalne godziny pracy sprawiają, że szpitalną karierę medyczną trudno jest połączyć z życiem rodzinnym. Na dobrą sprawę pierwszym wyzwaniem jest samo już założenie rodziny. Mam parę przyjaciół – Sarah jest kobiecą chirurgką ortopedką, jej mąż Nick to anestezjolog – którzy mają córkę w tym samym wieku, co moja. Jej poczęcie wymagało tak niezmordowanego zaangażowania, takiego hartu ducha przy przezwyciężaniu niemożliwych przeszkód, że skrycie żałowałam, iż nie nazwali jej Immaculate – „Niepokalana”. Oboje byli podówczas rezydentami i pracowali w bezlitosnym systemie zmian i dyżurów, co nierzadko wiązało się ze spędzaniem w szpitalu po siedemdziesiąt dwie godziny bez przerwy. Prędko zdali sobie sprawę, że próby skoordynowania tych rzadkich chwil, gdy oboje znajdowali się w domu, z owulacją Sary, są z góry skazane na niepowodzenie. Statystycznie rzecz ujmując, jedynie seks w szpitalu mógł sprawić, że na pewno zostaną rodzicami.

Nie było to przedsięwzięcie dla osób słabych duchem. Wbrew wrażeniu, jakie może pozostawiać w widzach serial *Chirurdzy*, pokoje dyżurne lekarzy w placówkach NHS są w najlepszym razie sfatygowane, w najgorszym zaś odrażające i groźne dla zdrowia. Mimo to, gdy nadeszła odpowiednia pora miesiąca, Nick i Sarah zorganizowali sobie schadzkę w pokoju dyżurnym o godzinie szóstej rano. On właśnie kończył nocną zmianę, ona miała zacząć

swoją mniej więcej za godzinę. Przy odrobinie szczęścia mogli liczyć na wystarczający przestój w nocnych nagłych wezwaniach anestezyjologicznych, by doszło do aktu prokreacji.

Sarah czekała z niecierpliwością na tanich szpitalnych prześcieradłach, których czystości wolała nie sprawdzać. W kącie pokoju przysiadł sobie karaluch. Wezwała męża przez pager. Ciągłe na bloku, odparła pielęgniarka chirurgiczna. Po półgodzinie spróbowała raz jeszcze. Wciąż na bloku. Tymczasem niedługo sama zaczynała dyżur. Poirytowana i sfrustrowana, że oto kolejny miesiąc poszedł na marne, już miała się przebrać w strój chirurgiczny, kiedy rozległo się gorączkowe pukanie do drzwi. Wreszcie stawił się Nick, spocony i rozczochrany po pokonaniu siedmiu kondygnacji schodów.

– Szybko! Bo spóźnię się na zmianę. Ale już! – zakomenderowała Sarah.

– Ale... Ale ja nie wiem, czy dam radę – odpowiedział, a zważywszy na okoliczności, któż mógłby go winić?

– Na litość boską! Nie ma na to czasu. Chodź tu i to zrób.

I tak oto Nick i Sarah odbyli stosunek tak szybki i pierwotny, jakby żywcem wyjęty z filmów przyrodniczych z komentarzem Davida Attenborougha. Zaraz po wszystkim Sarah zerwała się, by przywdziać strój chirurgiczny.

– A nie powinnaś teraz, no, poleżeć na plecach z nogami w górze przez jakieś pół godziny czy jakoś tak? – spytał Nick.

– Chyba żartujesz. Nie mam czasu, zaraz rusza moja lista zabiegów na bloku.

Z tymi słowami zniknęła, a reszta to historia. Jedyne zwrot „zaliczyć siódme piętorko” od tamtej pory na zawsze wpisał się do słownika pewnej rodziny.

Na mojej uczelni byłem pierwszą studentką medycyny, która urodziła dziecko, pierwszym lekarzem stażystą w moim zakładzie opieki zdrowotnej, który został rodzicem i pierwszym, który poprosił o pozwolenie na pracę w niepełnym wymiarze godzin. Z ulgą stwierdziłam – a przyznam, że obawiałam się tego, jak wieść zostanie przyjęta – że ani przez moment nie odczułam, by uczelnia poddawała mnie za to ocenie czy krytyce. Wręcz przeciwnie. We wspierającym i liberalnym otoczeniu akademickim łączenie studiów z macierzyństwem

wydawało się jeśli nawet niezupełnie proste, to na pewno wykonalne. Godziny działalności miejscowego żłobka pokrywały się z moimi, a niedostatek snu był jak wczesny trening przed czekającymi mnie nieuchronnie nocnymi dyżurami.

Dopiero kiedy już jako matka oseska zaczęłam pierwszy rok praktyki medycznej, odkryłam, z jaką sztywnością i obojętnością NHS potrafi traktować szkolących się lekarzy. Nie chodzi o to, bym domagała się szczególnego traktowania. Przez sześć lat ślęczałam nad książkami tylko po to, by zostać pełną oddania lekarką, równie zaangażowaną i pracowitą jak wszyscy moi koledzy. Po prostu nie spodziewałam się, że kierownictwo szpitala tak beztriosko zignoruje fakt, że jego podejście do personelu może być czasami nieumyślnie represyjne.

Nieodmiennym wytłumaczeniem jest „świadczanie usług”. Priorytetem dla poszczególnych pracowników musi być świadczenie usług, których potrzebują nasi pacjenci, co na pierwszy rzut oka wydaje się rozsądne, zważywszy, że chodzi o publiczną służbę zdrowia. Problem zaczyna się wówczas, gdy „świadczanie usług” używa się dla uzasadnienia niepotrzebnie ujednoliconego podejścia do personelu, przez które traktuje się tych ludzi ledwie jako cyferki w zestawieniu, bez żadnego baczenia na ich własne życie i potrzeby. Każdy przyzwoity menedżer powinien wiedzieć, że to prosty przepis na zrażenie do siebie załogi.

W szczególności my, lekarze rezydenci, którzy zmieniamy miejsca pracy co trzy, cztery albo sześć miesięcy, żyjemy w nieustającej frustracji, bo nie możemy zaplanować sobie życia. Urlop jest często „zablokowany” – przydzielany w ostatniej chwili, bez możliwości zmian, co uniemożliwia chociażby rezerwację wyjazdu wakacyjnego. Bywa, że o przypisywaniu grafiku nikt nikogo nie informuje, toteż rozkład dyżurów nocą, w weekendy i wieczory poznaje się dopiero pierwszego dnia pracy. Zdarza się, że lekarze podejmują przygotowania do objęcia nowej posady – organizują sobie nowe miejsce zamieszkania i rozmaite udogodnienia w miejscowości, gdzie mają zostać zatrudnieni – by na kilka dni przed rozpoczęciem pracy dowiedzieć się, że jednak zostali skierowani w jakieś miejsce oddalone o sto czy więcej mil, gdzie przyjdzie im robić coś

zupełnie innego. I to zawsze bez słowa wyjaśnienia czy przeprosin. To konieczne z punktu widzenia świadczenia usług, koniec tematu.

Nic z tego nie jest konieczne, a co dopiero podyktowane „świadczeniem usług”. Przy odrobinie planowania z wyprzedzeniem dałoby się tego zupełnie uniknąć. Lecz o ile niektórzy zarządcy nie szcędzą w tym celu starań, o tyle wielu, jak wskazuje moje doświadczenie, nie zawraca tym sobie głowy. Wszyscy lekarze, których znam, z wielką ochotą gotowi są poświęcać długie godziny pracy swym pacjentom, lecz swoboda, z jaką oddziały zbyt niezorganizowane, by z wyprzedzeniem wysłać mailem rozkład dyżurów, udaremniały wszelką próbę zaplanowania sobie życia, wprawiała ich we wściekłość. A że medycyna szpitalna, obfitująca w długie, chaotycznie przydzielane i nieludzkie godziny pracy, to jedna ze ścieżek kariery najbardziej nieprzyjaznych dzieciom, może to stwarzać konkretne przeszkody rodzicom, którzy usiłują łączyć bycie lekarzem z opieką nad własną rodziną.

Dave i ja prędko przekonaliśmy się, że jeśli chodzi o wpływ na rodzinne finanse, bilans mojej działalności zawodowej był ujemny. Odkąd zostałam zatrudniona w publicznej służbie zdrowia, nasza rodzina traciła około pięciu tysięcy funtów rocznie, ponieważ koszt opieki nad dziećmi przewyższał moje dochody. Weekendowy dyżur w szpitalu potrafił trwać nawet trzydzieści pięć godzin, co oznaczało wydanie bez mała 500 funtów na opiekunkę. A nieludzkie godziny pracy stanowiły tylko część problemu. Aby nie była lekarką zapatrzoną w zegarek, która punkt piąta wybiega z oddziału, aby zdążyć przed zamknięciem żłobka, płaciliśmy za opiekę nad dziećmi aż do wieczora, do wieczora też bowiem przeciągały się nieuchronnie nasze godziny pracy, niezależnie od oficjalnej dokumentacji. Inaczej nie uniknęłabym wystawiania kolegów do wiatru bądź porzucania pacjentów, jeśli ich stan się pogorszy pod koniec dnia pracy. A tego po prostu zrobić nie mogłam. Lecz płacenie za przywilej pracowania w godzinach, za które nie dostawałam wynagrodzenia, wywoływało zrozumiałą irytację u Dave’a, który oto znalazł się w pozycji nie do

pozazdroszczenia. Przyszło mu utrzymywać rodzinę, a na dodatek dotować działalność ciężko pracującej, lecz ciężającej finansowo małżonki.

– Rach, czemu to robisz? Wracasz do domu wyczerpana i zestresowana, zawsze trzy godziny później, niż powinnaś. Praktycznie nie widzisz się z synkiem. Kosztujesz rodzinę tysiące funtów. To zupełne szaleństwo.

Nie miałam przekonującej odpowiedzi. Kochałam moich pacjentów, kochałam leczyć. Tyle że zarówno pod względem finansowym, jak i emocjonalnym, moja rodzina płaciła za moją decyzję, by czas spędzany z nimi zamienić na niekończące się godziny pracy w szpitalu. W gorsze dni, kiedy wciąż czułam się rozdarta między mężem, dziećmi a pacjentami, medycyna zdawała się już nie tyle powołaniem, co głupotą. Po pierwszym roku w zawodzie zredukowanie godzin pracy zdawało się jedynym sposobem na wprowadzenie do mojego życia równowagi, aczkolwiek teoretyczny wymiar 3/5 etatu często w rzeczywistości oznaczał, że pracowałam ponad czterdzieści godzin w tygodniu, co na dobrą sprawę odpowiadałoby pełnemu etatowi.



W miarę jak spór o lekarzy rezydentów przybierał na sile, zastanawiałam się, kiedy jako jeden z problemów wypłynie kwestia płci. I rzeczywiście, felietonista „Sunday Times” Dominic Lawson postanowił poświęcić swój prowokatorsko zatytułowany tekst – *The one sex change on the NHS that nobody has been talking about* [Zmiana płci w NHS, o której nikt nie mówi] – wyjaśnieniu, dlaczego prawdziwą przyczyną sporu nie było ani notoryczne niedofinansowanie publicznej służby zdrowia, ani nieodpowiednie rozplanowanie zasobów ludzkich, ani też jątrzące wypowiedzi ze strony organów prasowych Departamentu Zdrowia, a, o dziwo, estrogen. Wedle Lawsons w branży „od lat szalał” podskórny spór o szkodliwe skutki „feminizacji medycyny”³⁸. Co ciekawe, przez siedem lat praktyki ani ja, ani nikt z moich kolegów jakoś tego konfliktu nie zauważył. Mimo to jego argumentacja skupiała się właśnie na

rzekomym kryzysie w publicznej służbie zdrowia spowodowanym obecnością zbyt wielu lekarek.

Swego czasu lekarzami byli wyłącznie mężczyźni. Kobiety, jak wiemy, uważano za niezdolne do parania się medycyną. Zmieniło się to w roku 1876, kiedy po zacieklej batalii stoczonej pod wodzą pierwszej brytyjskiej lekarki Elizabeth Garret Anderson wprowadzono nowe prawo, które zabraniało odcinania kobietom dostępu do studiów medycznych. Teraz, ponad 140 lat później, studentki medycyny przewyższają liczebnością studentów. A mimo to, jak twierdził Lawson, nasza tendencja do unikania nieludzkich godzin pracy i do przedkładania spraw rodziny ponad karierę oznacza, że prędyj decydujemy się na pracę w niepełnym wymiarze, co pociąga za sobą niemożliwe do utrzymania niedostatki kadrowe. W gruncie rzeczy – zdawał się argumentować – lekarze rezydenci grozili państwu strajkami, ponieważ przedstawicielki płci pięknej pragnęły zostawać w weekendy w domu i bawić się z dziećmi. Co gorsza, jako że wykształcenie każdego lekarza wiąże się z tak wielkimi kosztami, my – lekarki na niepełny etat – naszą niedostateczną produktywnością obciążałyśmy nadmiernie podatników.

Dla poparcia swoich twierdzeń Lawson zacytował niejakiego doktora Chrisa Heatha, „lekarza z 40-letnim stażem w NHS”, który w liście do niego napisał: „Lekarki nie lubią zmian weekendowych (...). To jeden z powodów niewydolności oddziałów pediatrycznych: 70 procent tamtejszych rezydentów stanowią kobiety, a to oznacza, że często znikają na urlopach macierzyńskich”. Niestety, taka prawda. Kiedy w ciągu kariery zawodowej wypychasz z siebie dwadzieścioro lub więcej dzieci, oznacza to, że znaczną część swego czasu poświęcasz karmieniu piersią. Najwyraźniej głównym problemem, z którym mierzył się NHS, były kobiety takie jak ja, które wpierw tłumnie zapełniały uczelnie medyczne, a następnie bezkarnie jak najęte rodziły dzieci, aby na koniec porzucać pacjentów na rzecz leniwego życia na pół gwizdka.

Zainspirowana fenomenalnym sukcesem filmiku *Like a Girl* reklamującego podpaski Always, który wyświetlono przy okazji meczu Superbowl w roku

2015³⁹, postanowiłam ośmieszyć Lawsona w mediach społecznościowych, promując satyryczny hashtag #likealadydoc [#jaktolekarka]. Ku mojej olbrzymiej satysfakcji mogłam obserwować, jak #likealadydoc zyskuje międzynarodową popularność, a lekarze i lekarki z całego świata wyrażają swoje zdanie na temat tak seksistowskich kocopołów. Do moich ulubionych tweetów kolegów lekarzy oznaczonych hashtagiem #likealadydoc zaliczam:

Przepraszam w imieniu własnej macicy za jej rolę w niedofinansowaniu NHS i fragmentacji świadczonych usług⁴⁰.

Zupełnie się pogubiłam i z tego wszystkiego wyłapałam 3 dyplomy i 2 członkostwa w królewskich kolegiach medycznych. A wyszłam tylko po nową kieckę⁴¹.

Biedny mąż został w domu, by zająć się babskimi obowiązkami, a ja przez wyrwę w grafiku spędziłam w ten weekend 26 godzin w szpitalu⁴².

W ten weekend każdą poważną decyzję w sprawie pacjenta ustalałam z kobietą. Moją konsultantką. Moją przełożoną. Moim wzorem do naśladowania⁴³.

Pod tą wzgardą krył się, rzecz jasna, istotny argument. Niegdyś mężczyźni uważali, że kobiecie umysły są zbyt słabe, by zajmować się medycyną. Teraz naszą najgorszą wadą okazuje się niedostateczna produktywność ekonomiczna, za co odpowiadają nasze jajniki, wabiące nas ku pracy na niepełny etat. Lawson w swej argumentacji nie brał pod uwagę ewentualności, że być może w Wielkiej Brytanii dwudziestego pierwszego wieku niektórzy ojcowie pragną uczestniczyć w wychowywaniu dzieci na równi z matkami. Wielu współczesnych mężczyzn – mężczyzn takich jak mój mąż – bardzo chciałoby mieć możliwość godzenia zobowiązań zawodowych ze spędzaniem czasu z dziećmi. Elastyczność w miejscu zatrudnienia nie jest, mówiąc krótko, problemem *kobiecym*, a problemem *ludzkim*. Jednakże w społeczeństwie pozbawionym przystępnej cenowo opieki nad dziećmi, gdzie praca w niepełnym wymiarze godzin to

wyjątek, a nie reguła – zaś zgodnie z oczekiwaniami kulturowymi to raczej mężczyźni powinni w pełnym wymiarze zarabiać na chleb – brzemię w postaci poświęcania kariery zawodowej na rzecz dzieci w dalszym ciągu spada przede wszystkim na kobiety.

Wraz z Dave'em rozważyliśmy dostępne nam możliwości, ale w jego przypadku praca w niepełnym wymiarze była niemożliwa. Albo zatem musiałby z niej odejść, na co nie mogliśmy sobie pozwolić z przyczyn finansowych, albo to ja podjęłabym się pracy w niepełnym wymiarze, albo wreszcie oboje pogodzilibyśmy się z faktem, że nasze dzieci więcej czasu będą spędzać z opiekunkami niż z nami. Tak więc mój „wybór”, by zredukować liczbę godzin pracy, dokonał się niejako sam. Można uznać, że jeśli bariery społeczne i kulturowe nie uniemożliwiałyby mężczyznom rezygnacji z części etatu, „kłopot” z kobiecą częścią personelu medycznego straciłby swój wymiar płciowy.

Lawson zasugerował – aczkolwiek pod postacią insynuacji, nie zaś wprost – że najłatwiej rozwiązać problem zmniejszonej produktywności lekarek, zmniejszając ich liczebność w szeregach NHS. Być może, aby zagwarantować, że pieniądze podatników dotujących kształcenie się nie zmarnują, istotnie byłoby lepiej powrócić do nieco bardziej męskich czasów, kiedy to w świecie medycyny dominowali panowie. Koniec końców ograniczenie kobiecej inwazji na tę profesję z pewnością zminimalizowałoby problem niepełnoetatowców. Jednym z najbardziej rozczarowujących aspektów sporu z rezydentami był dla mnie fakt, że władze, zamiast zadbać, by NHS pozostał liderem w dziedzinie równości płci, okazały się równie chętne jak Lawson, by obsadzać lekarki w roli przeszkód finansowych blokujących wprowadzenie całotygodniowej opieki zdrowotnej.



Po zwycięstwie w wyborach powszechnych w 2015 roku David Cameron przelotnie usiłował przedstawiać siebie jako oblicze nie tylko miłosiernego konserwatyzmu i wartości rodzinnych, ale także emancypacji kobiet. Poczył

imponująco progresywny krok w dziedzinie równości płci, solennie przyrzekając „w odstępie jednego pokolenia zlikwidować lukę płacową między kobietami a mężczyznami”⁴⁴. Lecz nieszczerłość tej deklaracji prędko wyszła na jaw, gdy na początku 2016 roku rząd z opóźnieniem opublikował ocenę projektu nowych kontraktów dla lekarzy rezydentów, w której przeanalizował go pod kątem równościowym. To wymóg prawa europejskiego; chodzi o to, żeby określić, czy w rezultacie wprowadzenia nowych umów doszłoby do systemowej dyskryminacji jakiegokolwiek grupy pracowników.

Co ciekawe, zważywszy na rzekome zaangażowanie władz w sprawę równości płci, Departament Zdrowia nawet nie starał się ukryć, że nowy kontrakt wiąże się z dyskryminacją kobiet. Analiza tam przygotowana przyznawała wręcz, że kobiety mogą nieproporcjonalnie stracić na wprowadzeniu nowych kontraktów, zarazem jednak umniejszała znaczenie tego faktu: „wszelkie negatywne dla kobiet skutki to proporcjonalny środek na drodze do osiągnięcia uzasadnionego celu”⁴⁵. Dla wyjaśnienia: płaca lekarzy niepełnoetatowych, spośród których 80 procent stanowią kobiety, miała na mocy nowej umowy rosnąć wolniej, mimo że zarazem częściej mieli oni pracować w nieludzkich godzinach, co wiązało się z koniecznością zorganizowania kosztownej dodatkowej opieki do dzieci. Nowe umowy zatem jeszcze poszerzyłyby lukę płacową, którą premier zobowiązał się był wyeliminować. Okazało się, że pensje kobiet to takie tam straty uboczne, a kobiety w oczach Davida Camerona były niemalże równe mężczyznom – tyle tylko, że odrobinę tańsze.

Władze, przyznając, że wprowadzenie nowych umów odbiłoby się „nieproporcjonalnie negatywnie na osobach zmuszonych znaleźć opiekę do dzieci”⁴⁶, zaproponowały rozwiązanie iście cudaczne. Jakże pomocnie zachęciły, by lekarze wychowujący dzieci poumawiali się na „nieformalną, bezpłatną opiekę nad dziećmi w wieczory i weekendy” – tak jakby kraj był pełen osób w głos dopominających się możliwości, by od ręki i bezpłatnie poniańczyć komuś dziecko o trzeciej nad ranem w niedzielę. Osobie, która straciła już rachubę sytuacji, w których musiała gorączkowo szukać opieki do dzieci na czas

swych nieobliczalnych zmian, której praca niebagatelnie odcisnęła się na kondycji jej małżeństwa i która poprzez pracę w charakterze lekarki publicznej służby zdrowia stała się obciążeniem finansowym dla rodziny, takie postawienie sprawy – i kryjąca się za nim zupełna nieświadomość realiów życia lekarzy rezydentów – wydać się musiało niesamowicie demoralizujące. Nawet na dotychczasowej umowie zdarzyło mi się już rozmawiać z mężem o tym, czy być może będę zmuszona porzucić medycynę, a to ze względu na negatywny wpływ mojej kariery na finanse rodziny. Jeśli nowy kontrakt oznaczał ograniczenie, ze względów finansowych, możliwości kontynuowania pracy w charakterze lekarki kobietom z dziećmi, to medycynę, po tylu latach emancypacji, rzeczywiście czekał zwrot ku maskulinizacji, przekreślający wysiłki wielu pokoleń lekarzy walczących o równość płci.

Publikacja oceny równościowej wywołała burzę krytyki. Profesor Jane Dacre (przewodnicząca Królewskiego Kolegium Lekarskiego – Royal College of Physicians) i Clare (przewodnicząca Królewskiego Kolegium Chirurgicznego – Royal College of Surgeons), stwierdziły w wydanym wspólnie oświadczeniu:

Wyrażamy głębokie zaniepokojenie językiem użytym w rządowej analizie równościowej kontraktu lekarzy rezydentów, która przestrzega, że zapisy nowej umowy „nieproporcjonalnie wpłyną na kobiety”. Ostatnie zobowiązania ze strony rządu mające na celu wsparcie aktywności zawodowej kobiet należy uznać za wielce słuszne. Sformułowania analizy równościowej uważamy za nieprzystające do tego podejścia⁴⁷.

Doktor Maureen Baker, przewodnicząca Królewskiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych, oznajmiła: „Zawsze byłam niesamowicie dumna z naszego NHS – a w szczególności z medycyny rodzinnej – za to, że o parę długości wyprzedzał świat korporacji i był prawdziwym liderem w walce z nierównością płci, toteż wszystko, co może temu zagrozić, trzeba traktować bardzo poważnie”⁴⁸. Heidi Alexander, ministra zdrowia w gabinecie cieni, wyraziła gniew wielu lekarzy, gdy skwitowała, że pod wpływem oceny równościowej „kobiety słusznie

zastanawiają się, czy aby nie obudziły się w innym kraju”⁴⁹. Pomimo wciąż istniejących problemów byliśmy ogromnie dumni z kroków, jakie podjęto w kierunku równości płci w naszej profesji, toteż bardzo wielu lekarzom obojga płci wywracało się w żołądkach, gdy patrzyli, jak władze poniewierają tymi osiągnięciami.

Ku zażenowaniu władz, fala krytyki wywołana ich swobodnym przyzwoleniem na dyskryminację płciową rozlała się poza Wielką Brytanię. Jeden z dyrektorów Światowej Organizacji Zdrowia Jim Campbell zauważył na Twitterze, że jego zdaniem proponowany przez rząd nowy kontrakt dla lekarzy rezydentów narusza ustalenia Komisji Statusu Kobiet Organizacji Narodów Zjednoczonych. Jak stwierdził, jego „regresywne postanowienia” oznaczały, że „równość płci u lekarzy rezydentów jest zagrożona”, a „lekarki czeka poszerzenie się luki płacowej dzielącej je od kolegów, możliwe też, że będą zmuszone porzucić medycynę”⁵⁰.

Nawet jeżeli rząd miał sprawę równości płci głęboko w nosie, to z punktu widzenia czystej ekonomii zwiększanie ryzyka zniechęcania kobiet do zawodu lekarki w sytuacji, gdy NHS mierzył się z najpoważniejszym w swych dziejach kryzysem kadrowym (zarówno na etapie rekrutacji, jak i utrzymywania personelu w swoich szeregach), zdawało się posunięciem nadzwyczaj krótkowzrocznym. Wszak kobiety stanowią obecnie 60 procent pracowników tego zawodu. Ktoś mógłby mieć nadzieję, że imperatyw bezpiecznego obsadzenia etatów na pierwszej linii działania NHS skłoni ministrów do dwukrotnego zastanowienia się przed narzuceniem regresywnych modeli zatrudnienia, które utrudniałyby lekarkom kontynuację aktywności zawodowej. Ale najwyraźniej tak się nie stało. Ktoś z Departamentu Zdrowia powiedział mi w zaufaniu, że nasze oburzenie dyskryminacją płciową ministrowie uznali za sfabrykowane – jak sądzili, był to zaledwie oportunistyczny wybieg, którego się imaliśmy, aby móc w mediach zmieszać nową umowę z błotem.

Jeśli rzeczywiście tak sądzili, to głęboko się mylili. Jako dziecko, studentka, dziennikarka, a wreszcie lekarka nigdy nie wątpiłam, że pod względem zdolności

nie ustępuję mężczyznom. Trzeba było sporu między lekarzami a władzami, abym odkryła, że niezależnie od tego, czy ministrowie postrzegają mężczyzn i kobiety w ten sam sposób, kiedy zasada równości płci wchodzi w konflikt z regułą dyktującą ograniczenie wydatków sektora publicznego, gotowi są wystawić kobiety na ostrzał.

1. Britain First – skrajnie prawicowe, faszystowskie ugrupowanie polityczne, sformowane przez byłych członków Brytyjskiej Partii Narodowej (przyp. tłum.). [\[wróć\]](#)

ROZDZIAŁ DZIESIĄTY

ODPORNOŚĆ

Wiesz, że coś z publiczną służbą zdrowia jest nie tak, kiedy przewodniczący Naczelnej Rady Medycznej (General Medical Council, GMC) porównuje współczesną medycynę do działań wojennych w prowincji Helmand w Afganistanie⁵¹. W 2016 roku, po tym, jak wewnętrzne dochodzenie ujawniło dwadzieścia osiem przypadków samobójstw wśród lekarzy, co do których GMC prowadziła dochodzenie w sprawie naruszenia etyki zawodowej, organ będący regulatorem środowiska lekarskiego ogłosił nowy projekt, zgodnie z którym przyszli lekarze musieliby wykazać się „odpornością emocjonalną”, nim zostaliby dopuszczeni do praktyki medycznej.

Kierujący GMC profesor Terence Stephenson oznajmił, że lekarze powinni uczyć się od sił zbrojnych i, tak jak mężczyźni i kobiety służący w wojsku, przechodzić oficjalne szkolenie ze strategii radzenia sobie ze stresem związanym z praktyką zawodową. Jak wyjaśnił w wywiadzie dla „The Telegraph”:

Lekarze widzą rzeczy, których wielu innych ludzi nigdy w życiu nie ogląda. Tak jak w przypadku żołnierzy wyruszających do Afganistanu, nie chcemy, by ich pierwszy kontakt z kimś, kto odniósł straszliwe obrażenia, nastąpił w chwili, gdy muszą się uporać z nagłą sytuacją (...). Przedstawiciele sił zbrojnych powiedzieli mi, że treningu odporności nie podejmuje się tuż przed wysłaniem na akcję, i ja to w pełni rozumiem. Armia już jakiś czas temu zdała sobie sprawę, że żołnierzom pod presją nie pomaga, jeżeli po prostu słyszą, że mają zachować zimną krew. Pora, by medycyna doszła do podobnych wniosków – i by poszły za tym działania⁵².

Jako że sama pozostaję w związku z przedstawicielem sił zbrojnych, zwróciłam się wówczas do mojego anielskiej cierpliwości małżonka i spytałam go:

– Czy podczas szkolenia dla oficerów uczyli was odporności?

Dave w odpowiedzi parsknął wiele mówiącym śmiechem.

– Chyba żartujesz. Uczyli nas, jak nie zbierać opierdolu od sierżantów, których podstawowym celem w życiu było wziąć nas do galopu i na siłę zahartować. Uczyli nas, jak bez załamania i wybuchów płaczu w obecności kolegów zwlec się z łóżka o piątej nad ranem i wysłuchać bury za pyłek kurzu na parapecie. Więc nie, nie uczyli nas odporności. Ale sami musieliśmy albo prędko ją w sobie wykształcić, albo odejść.

Być może w tych chudych czasach NHS rzeczywiście najskuteczniej poradziłby sobie z odpływem pracowników, gdyby najpierw wstępnie wyeliminował najłabszych osobników poprzez obowiązkowy obóz przygotowawczy. To gwarantowałoby, że miejsca w publicznej służbie zdrowia czekałyby tylko na najtwardszych. Można jednak odnieść wrażenie, że szef GMC miał coś innego na myśli. Od czasów szkolenia oficerskiego mojego męża brytyjskie siły zbrojne wprowadziły zresztą kursy odporności, a nawet utworzyły Ośrodek Szkolenia Odporności na Stres na terenie akademii wojskowej w Shrivenham. Tyle że NHS to nie pole bitwy, lekarze to nie żołnierze, a opieka nad pacjentami to nie walka z bronią w ręku. Co więcej, w podejściu GMC do przypadków wypalenia zawodowego i samobójstw u lekarzy kryje się sugestia, że przyczyn należy doszukiwać się w poszczególnych medykach, którzy przez jakieś psychologiczne niedostatki stracili zdolność radzenia sobie z nieodłącznymi w medycynie stresem i obciążeniem.

A co, jeżeli to nie emocjonalne przywary jednostek, a wypaczone warunki pracy w ramach publicznej służby zdrowia wiodą lekarzy i pielęgniarki na skraj przepaści? Obezwładniająca presja wynikająca z nieustannego funkcjonowania w środowisku, które odmawia ci środków koniecznych do bezpiecznego wykonywania przydzielonej pracy? To trochę jak wyprawiać się do prowincji Helmand z pukawką na wróble, że użyję analogii militarnej, co włodarze NHS

zdają się tak chętnie czynić. W takich okolicznościach internetowy kurs z „odporności” polegający na zaznaczaniu odpowiednich kratek, o ile w założeniu słuszny, może być skazany na niepowodzenie, nie bierze bowiem pod uwagę fundamentalnych czynników podkopujących zdolność lekarzy i pielęgniarek do stawania z powrotem na nogi.



„Resus” to miejsce, gdzie pacjenci trafiają, gdy lekarze obawiają się o ich życie. Wokół tego konkretnego, pustego na razie łóżka resuscytacyjnego czekaliśmy niczym drapieźniki gotujące się do ataku. Ratowanie życia w nagłych sytuacjach często przyjmuje brutalny przebieg, a resuscytacja może przerazić wszystkich przyglądających się jej bliskich pacjenta. Nikt z nas się nie odzywał. Ratownicy z dostatecznym wyprzedzeniem zapowiedzieli przywiezienie na SOR kogoś z urazem, by cały zespół zdążył się zgromadzić. Role mieliśmy z góry przydzielone i wypisane na kartonowych oznaczeniach przypiętych do stroju. Szefa zespołu, zahartowanego konsultanta traumatologa, cechowało charakterystyczne dla weterana opanowanie, od którego wokół zapada zupełny spokój. Podobnie jak w wielu innych sytuacjach, chodziło o ofiarę wypadku drogowego. Wiedzieliśmy tylko, że jest młoda i nieprzytomna. Kiedy szła przez miasto, została potrącona przez ciężarówkę. Podobno miało to coś wspólnego z telefonem komórkowym. Pewności nie miał nikt. Byliśmy jednak gotowi przystąpić do skoordynowanej akcji, gdy tylko pacjentkę wwiozą przez wahadłowe drzwi.

Ja byłam „Lekarzem 2” – najmłodszym lekarzem w zespole. Czułam się niezręcznie w obszernym ołowianym fartuchu, który włożyłam dla ochrony przed promieniowaniem na wypadek, gdyby pojawiła się konieczność zrobienia prześwietlenia na łóżku. Po raz pierwszy byłam w zespole urazowym i bardzo zależało mi na tym, by dobrze wypaść, zachować spokój i koncentrację bez względu na to, jak krwawo rozwinęłaby się sytuacja.

Gdy ratownicy w pośpiechu przywieźli pacjentkę na resus, rzuciliśmy się do niej jak jeden mąż. Jedna z pielęgniarek sprawnie zaatakowała nożyczkami jej ubranie, odsłaniając gołe ciało, inna tymczasem podłączyła elektrody oraz tlen. Anestezjolog ocenił stopień przytomności dziewczyny, aby zdecydować, czy potrzebuje natychmiastowego wspomagania oddychania. Gdzieś w tle poruszało się kilku funkcjonariuszy policji. Wbiłam kaniulę w najgrubszą żyłę, jaką udało mi się znaleźć, po czym nakłułam główną tętnicę w przegubie, aby pobrać próbkę krwi tętnicznej. Po niespełna minucie piętnastolatka – na imię miała Chloe – leżała naga, jeśli nie liczyć majtek, w plastikowym kołnierzu chroniącym kręgosłup szyjny i z płataniną plastikowych rurek i kabli. Żadnej krwi, sińców, zmiażdżonych kończyn, nic, co wskazywałoby, że niedawno zderzyła się z dwunastotonową ciężarówką. Dziewczyna była, krótko mówiąc, w idealnym stanie. Jej ciało miało się doskonale – wykazywało tę gibkość i urodę, jakie cechują tylko osoby bardzo młode – z wyjątkiem jednego druzgocącego szczegółu. Z nozdrzy ciekła jej strużka przezroczystego płynu. Gdyby ktoś nie wiedział, gdzie szukać, mógłby wręcz tego nie zauważyć. Płyn mózgowo-rdzeniowy – ciecz, która otacza i amortyzuje mózg oraz rdzeń kręgowy – wyciekał jej z czaszki przez nos. Jej głowa pod nienaruszoną zewnętrzną powłoką doznała tak potężnego uderzenia, że czaszka roztrzaskała się na kawałki, czego efektem był charakterystyczny wyciek. Kto wie, w jakim stanie był kryjący się wewnątrz mózg? Dziewczyna zaczęła stękać i oganiać się od zbliżanych do niej rąk. Prawdopodobnie doszło do podrażnienia mózgu – krew powodowała stan zapalny w oponach mózgowych, to jest pokrywach ochronnych, w które zawinięty jest mózg.

Pilnie zrobiona tomografia komputerowa głowy potwierdziła nasze najgorsze obawy. Czaszka Chloe była strzaskana w pięciu różnych miejscach, jej mózg był opuchnięty i skąpany we krwi. Choć na jej ciele próżno było szukać urazów, nie mieliśmy pojęcia, czy osoba, którą była, wciąż istnieje. Kiedy jej rodzice wpadli na resus, mnie tam nie było, ale usłyszałam ich krzyki, które niosły się przez cały

oddział. Ojciec, jak opowiedziała mi później jedna z pielęgniarek, padł przy łóżku córki na kolana.

Na oddziale ratunkowym w placówce NHS kolejki pacjentów nigdy się nie kończą, nie ma więc czasu, by nad którymkolwiek z nich się namyślać. Idziesz dalej, robisz swoje, nie dopuszczasz do głosu własnych uczuć, bowiem twój następny pacjent zasługuje na coś więcej niż opiekę ze strony lekarza otumanionego emocjami. Lecz tej nocy i jeszcze przez parę kolejnych obraz Chloe – tej bladej, idealnej dziewczyny u progu dorosłości – nawiedzał mnie we śnie. Ponownie zebraliśmy się wokół jej łóżka, żeby walczyć o jej życie, choć zarazem zdawaliśmy sobie sprawę, że wymyka nam się z rąk. W tym tygodniu wyjątkowo mocno przytulałam własne dzieci, postanowiłam też nie śledzić losów Chloe na intensywnej terapii neurologicznej, bo wolałam zachować wiarę w tych podnoszących na duchu pacjentów, którzy raz na jakiś czas podważają pesymizm swych lekarzy.

W żadnym razie nie było to najkrwawsze ani najpaskudniejsze z moich wczesnych przeżyć medycznych, a mimo to Chloe przez jakiś czas mnie prześladowała. Wyobrażałam sobie jej banalną pogawędkę z koleżanką ze szkoły, chichoty i ploteczki o ostatnim sobotnim wieczorze, aż wtem, znikąd, wpada na nią dwanaście ton ciężarówka, telefon komórkowy odbija się od chodnika, na jezdni zostaje nieruchome ciało. Jako matka się wzdrygam. Cały ogrom rodzicielskiej miłości, nadziei, lęku czy rozpaczyny nie ma szans wobec beztroskiej obojętności, z jaką SOR decyduje, kogo do siebie wezwie.

W pewnym sensie to do tego pił GMC – i słusznie. Jak to ujął Terence Stephenson:

Jednego dnia w zeszłym tygodniu, kiedy do moich zadań należała opieka nad nagłymi przypadkami, zajmowałem się siedmioletnim dzieckiem z nieuleczalną, skracającą życie chorobą, przez którą nie dożyje siedemnastu lat, oraz siedemnastolatką, która zażyła paracetamol w ilości groźnej dla życia, bo nie miała siły stawić czoła następnemu dniu. Pomimo trzydziestu dwóch lat w zawodzie lekarza nadal cierpienie u pacjenta

wywołuje we mnie wielki stres, więc o ile trudniej musi być komuś, kto dopiero rozpoczął praktykę? (...) Jeśli lekarze nie wykształcą sobie psychologicznej „skorupy” czy też jakiejś „emocjonalnej zbroi”, która pozwala na koniec dnia pracy przekazać opiekę nad chorymi nocnej zmianie, wrócić do domu i nie zamartwiać się stanem pacjentów, grozi im wypalenie⁵³.

Stephenson po części ma rację. Kiedy jest się lekarzem, kiepski dzień w pracy może oznaczać na przykład: „Doznała katastrofalnych uszkodzeń mózgu”, „Nigdy już nie będzie chodzić”, „Dziecka nie udało się uratować”, „Zrobiliśmy, co w naszej mocy, ale nie mogliśmy mu pomóc”. Kiepski dzień oznacza kalectwo, śmierć czy też rozpacz tak dotkliwą, że odróżnia się na rutynowym tle powtarzających się w szpitalu uczuć straty i bólu. Kiepski dzień sprawia, że masz ochotę powiedzieć światu, by szedł do diabła, bo jedynie przekleństwa i może alkohol mogą sprawić, że poczujesz się lepiej. Jeśli nie jesteś w stanie znieść ludzkiego cierpienia, medycyna nie jest dla ciebie. Lecz jednocześnie, gdy twoja praca ma polegać na leczeniu, a nie na zabijaniu, myśl, że dobrzy lekarze muszą się opancerzyć w „emocjonalną zbroję”, grozi nieumyślnymi szkodami po stronie zobojętniałych i pooranych bliznami medyków, co ewidentnie dało o sobie znać w przypadku skandalu Mid Staffs.

Jeśli chodzi o moje doświadczenie jako rezydentki, odporność – umiejętność funkcjonowania z elastycznością mentalną pozwalającą absorbować stresy profesji, którą sobie wybrałam, przyswajając je w ramach życia w zawodzie – dają mi przede wszystkim inni ludzie. Moi koledzy, moi mentorzy, mój zespół. Bez lekarzy i pielęgniarek, z którymi codziennie pracuję, jestem niczym. Jeżeli rozbić relacje międzyludzkie, które podtrzymują i zasilają pracowników medycznych, ryzykuje się, że pracujący w takim środowisku lekarze w pierwszej kolejności postradają zdolność współczucia, a następnie staną się zbyt krusi, by pozostać w zawodzie. Ani jedno, ani drugie nie służy zbyt pacjentom.



– Co, u diabła, dzieje się nam z pacjentami? – spytała Sally, tak jak ja lekarka rezydentka, gdy razem rozpracowywałyśmy butelkę wina. – Zdajesz sobie sprawę, że w tym miesiącu więcej ich zmarło, niż przeżyło?

To był nasz pierwszy miesiąc na hematologii, czyli specjalizacji, której lekarze szczególnie często oskarżani są przez kolegów, że niepotrzebnie trują pacjentów; nie wiedzą, kiedy przestać i pozwolić komuś na godną śmierć. Niekiedy wynika to z niezrozumienia. Nowotwory krwi, takie jak białaczka, nie przypominają innych chorób, w przypadku których terapia polega na wycięciu guza. Przy białaczce nowotwór od samego początku rozprzestrzenia się po całym ciele poprzez krew, więc często jedynie „trucizna” – czyli agresywna, a wręcz groźna dla życia chemioterapia – daje pacjentowi długoterminową szansę przeżycia. Ale ryzyko jest duże. Chemioterapia atakuje nie tylko komórki białaczki, ale również zdrowy szpik kostny, w którym powstają wszystkie inne, nierakowe komórki krwi. Jeśli szpik kostny pacjenta zaczyna zawodzić, oznacza to niebezpieczeństwo potencjalnie śmiertelnego krwotoku czy infekcji.

Nigdy dotąd nie spotkałam się ze zbiorowością ludzi tak rozpaczliwie chorych, jak podczas pierwszych paru tygodni na oddziale hematologii. Większość pacjentów znajdowała się tam w związku z przeszczepem szpiku, co polega na tym, że poddaje się pacjenta druzgocącej chemioterapii tak długo, aż cały szpik, łącznie – a przynajmniej taką mamy nadzieję – z wszelkim śladem białaczki, zostaje wybity. Następnie szpik od dawcy, być może kogoś z rodzeństwa lub innego pasującego krewnego, jest wszczepiany pacjentowi, aby zastąpić to, co zniszczyliśmy. Jeśli szpik „złapie”, a pacjent nie umrze w wyniku krwotoku, infekcji ani działania potężnych leków immunosupresyjnych, które będzie musiał brać przez resztę życia, to ma szansę na wyleczenie. Trucie, muszę przyznać, było tam na porządku dziennym, a wraz z truciem przychodziły i zgony.

Wpierw matka trojga małych dzieci, trawiona narastającym bólem i lękiem, nie dała rady spustoszeniom czynionym przez szpiczaka mnogiego, zaliczanego do najbrutalniejszych nowotworów krwi. Następnie jeden po drugim umarło

paru pacjentów po przeszczepie szpiku. Najbardziej wstrząsającym doświadczeniem w tym miesiącu nieustępliwych zgonów była dla mnie noc spędzona na opiece nad wyjątkowo młodą pacjentką, którą tego dnia przyjęliśmy na oddział. Osiemnastoletnia Azra tak naprawdę nie знаła życia bez białaczki. Zdiagnozowano ją u niej, gdy była jeszcze małą dziewczynką i od tego czasu całe lata spędziła w szpitalach, przyjmując chemioterapię, radioterapię i przeszczepy. Teraz zjawiała się w towarzystwie ojca, łapczywie chwytając powietrze i zaciskając dłonie na małym, zmechaconym króliczku, który od urodzenia był jej ukochaną maskotką. Co prawda nad białaczką udało się tymczasowo zapanować, lecz jej płuca opanowała infekcja. U kogoś z normalnym układem odpornościowym odpowiedzialny za nią cytomegalowirus rzadko kiedy w ogóle daje o sobie znać, lecz w płucach pacjenta poddanego immunosupresji może spowodować druzgocące spustoszenia.

Noc się ciągnęła, temperatura Azry wciąż wzrastała, zaś jej oddech stawał się rwany. Twarz jej ojca przybrała wymęczony wyraz kogoś, kto mierzy się z czeluścią. Pomimo podawanych przez kroplówkę silnych leków przeciwwirusowych, a także najmocniejszych dawek tlenu, jakie mogliśmy zaaplikować, poziom saturacji Azry cały czas spadał. Za każdym razem, gdy do niej podchodziłam, dostrzegałam w jej oczach strach, bowiem obecność lekarzy przy jej łóżku nieodmiennie oznaczała wkłuwanie igieł w kończyny albo i coś gorszego. Przytuliła do siebie wyliniałego już króliczka, jak gdyby był to amulet mogący ją ochronić przed bólem, który jej sprawię. Nie była tego świadoma, ale gdy prosiłam, by dała mi pobrać próbkę krwi tętnicznej – a jest to czynność nieodmiennie bolesna, niekiedy nawet bardzo – zależało mi na jej dobru, na jej życiu. Bez precyzyjnego pomiaru poziomu tlenu w jej krwi Intensywna Terapia w żadnym razie nie zgodziłaby się na przyznanie Azrze łóżka. Nawet uzbrojona już w wyniki gazometrii świadczące o dramatyzmie sytuacji i tak musiałam zmierzyć się ze zjeżonym i nieprzyjaznym lekarzem specjalistą z OIOM-u.

– Wy, hematolodzy, już tak macie, że nie wiecie, kiedy przestać truc pacjentów, co? – rzucił posepnie.

„Mój” lekarz specjalista zajmował się akurat innym pacjentem, z którym było równie kiepsko, ten z OIOM-u ewidentnie nie chciał nic o sprawie słyszeć, ja zaś obawiałam się, że bez terapii inwazyjnej, jaką mógł zapewnić jedynie OIOM, Azra umrze na oddziale. Wobec błagalnych spojrzeń ojca i nagiego lęku jego córki czułam się sama. Na szczęście w końcu zjawił się hematolog specjalista ze zmiany dziennej, który tylko na mnie popatrzył i spytał, co się stało.

– Chodzi o Azrę – wyjaśniłam. – Sądzę, że umrze, jeśli nie przeniesiemy jej na OIOM. Błagam, niech pan spróbuje to załatwić.

Wymieniliśmy spojrzenia. W jednej chwili pojęłam, że wie, co to była za noc, noc rozpaczliwej walki o życie, które – jak się boisz – wyslizguje ci się z rąk. Oczywiście, że wiedział. Jak każdy doświadczony lekarz specjalista, miał za sobą setki taki sytuacji.

– W porządku. Rach, idź już do domu. Odpocznij trochę. Ja się tym zajmę.

Spotęgowana brakiem snu wdzięczność sprawiła, że niemal się rozplakałam. Wiedziałam, że Azra jest teraz w bezpiecznych rekach. Kiedy tego wieczoru wróciłam na oddział na kolejną nocną zmianę, dowiedziałam się, że wkrótce po moim wyjściu wysłano ją na OIOM, gdzie teraz leżała podłączona do respiratora, który mechanicznie napełniał jej pokiereszowane płuca. Nigdy więcej samodzielnie nie zaczerpnęła tchu i po kilku dniach pod respiratorem zmarła. Można by uznać, że ci z OIOM-u od samego początku zupełnie słusznie nie chcieli jej przyjąć, zaś ja sama pozwoliłam uczuciom zaburzyć moją ocenę sytuacji. Skoro łóżka na OIOM-ie są na wagę złota, tylko pacjenci z realną szansą na przeżycie mają prawo, by je zajmować.

W miarę jak omawiałam z Sally w pubie próby i przeciwności losu, z jakimi przychodzi się mierzyć na hematologii, nawet śmierć Azry straciła nieco ze swej drapieżności. Obyło się bez wyjaśnień. Miałyśmy już za sobą tyle zgonów, paskudnych zgonów, takich, przy których nie możesz otrząsnąć się z poczucia, że lata znoju i nauki cię zawiodły, że zawiodły przede wszystkim twojego pacjenta. Nasza siostrzana więc wykuwała się w naszych najgorszych chwilach – w chwilach złości, wyczerpania, goryczy i pustki – i to przede wszystkim

wynikająca z niej pociecha pozwalała nam dziarsko brnąć przed siebie. Nic tak nie wzmacnia odporności jak świadomość, że tkwisz w tej sytuacji wraz z towarzyszami broni. Wkrótce potem wybuchaliśmy śmiechem. Ma się rozumieć, był to czarny humor. Żarty, których w żadnym razie nie powtórzyłoby się nie-lekarzowi. Nieco spaczone podejście do śmierci, dzięki któremu wraca się na oddział z nowymi siłami, werwą i gotowością na więcej.

Czasami po powrocie do domu z długiej zmiany na dyżurze pierwsze, co muszę zrobić, to zmyć to wszystko z siebie pod wrzącym prysznicem. Potem obowiązkowo duży kieliszek wina, by złagodzić najdotkliwszy ból. Rozmowa z rodziną nie wchodzi w grę. Mąż ani nie chce, ani też nie musi wiedzieć, że miałas dziś nagłe wezwanie do pacjenta, który tak obficie wymiotował krwią, że padło mu krążenie i doznał zatrzymania akcji serca; że ochrona czym prędzej oczyszczała z ludzi trasę między oddziałem a blokiem operacyjnym; że kiedy zespół ratunkowy pędził wraz z łóżkiem po korytarzu, ty klęczałaś na przemoczonyj krwią pościeli, uciskając pacjentowi klatkę piersiową z taką siłą, że bałaś się, że zaraz stracisz równowagę i spadniesz na posadzkę; że już na bloku, choć chirurdzy otworzyli klatkę, rozrywając żebra na boki, by ręcznie uciskać serce, nie zdołali przywrócić jego rytmu; że później, na długo po tym, jak ogłoszono moment zgonu, kiedy zdarłaś z siebie przemoczony strój, okazało się, że zakrwawioną masz nawet bieliznę. Dlaczego twój mąż miałby chcieć słyszeć coś takiego? Dlaczego, szczerze mówiąc, ktokolwiek miałby tego chcieć? Mówią, że krew nie woda. Lecz nawet powiązania rodowe nie zbliżają tak ściśle, jak te więzy krwi, które łączą mnie z moją drugą rodziną, z tą, z którą dzielę codzienne zgryzoty i traumy właściwe życiu w szpitalu.



W obecnych czasach szefostwo NHS, kiedy nie nawołuje akurat do okazywania obowiązkowej odporności, nieodmiennie rozpacza nad tragicznie niskim morale w szeregach publicznej służby zdrowia. Zaś niski poziom morale łączy się nie tylko z zachorowaniami, ale również z obniżeniem standardów opieki nad

pacjentami. Wedle szacunków NHS England zwolnienia chorobowe kosztują publiczną służbę zdrowia porażające 2,4 miliarda funtów rocznie. Jeśli nieobecności z powodów zdrowotnych udałoby się zredukować choćby o jeden dzień na osobę rocznie, NHS mógłby zaoszczędzić 150 milionów funtów, czyli dość, by opłacić sześć tysięcy dodatkowych pełnych etatów⁵⁴. Mówiąc wprost, istnieje ogromna finansowa motywacja, by zadbać o nasze samopoczucie. W 2015 roku dyrektor naczelny NHS England Simon Stevens podsumował argumentację ekonomiczną przemawiającą za poprawą samopoczucia i dobrostanu pracowników:

Personel NHS to ludzie wykonujący jedną z najważniejszych, lecz zarazem najbardziej wymagających prac w tym kraju. Gdy mowa o trosce o stan zdrowia własnych pracowników, trzeba przyznać, że NHS ma nad czym u siebie popracować. W czasach, gdy za największe wyzwanie operacyjne stojące przed szpitalami można uznać przekształcenie nadmiernych wydatków na personel z agencji pracy tymczasowej w atrakcyjne i elastyczne stałe etaty, tworzenie zdrowych i dających oparcie miejsc pracy nie jest już po prostu miłym gestem, ale koniecznością⁵⁵.

Lecz zawołane przez Stevensa oskarżenie, jakoby to NHS ponosiło winę za własne kłopoty z morale, jest dosyć śmieszne, zważywszy na polityczne i finansowe ograniczenia, w ramach których zmuszona jest operować każda placówka NHS, a o których decydują władze i resort skarbu. Chociaż bardzo bym chciała, by mój szpital traktował mnie z odrobinę większą życzliwością, odrobinę mniej obojętnie – i nie ma cienia wątpliwości, że w tej kwestii pozostaje mnóstwo do zrobienia – o tyle jedna czy druga lekcja zumbi w żadnym razie nie zaradzi niszczącemu wpływowi, jaki na nasze życie zawodowe miało radzenie sobie z wyczerpującym nawałem obowiązków wynikającym z niedostatecznej liczby personelu. Zaś w czasach, gdy po szpitalach oczekuje się cięcia wydatków pod pozorem „oszczędności przy

zachowaniu efektywności”, istniejąca presja skłania ich dyrekcje raczej do ograniczania, nie zaś rozwijania listy płac.

Ostatnio „The Guardian” opublikował list, w którym pewien anonimowy lekarz doskonale podsumował warunki zdolne pokonać najodporniejszych nawet kolegów po fachu:

Jako lekarz specjalista właśnie zaczynam nocną zmianę w szpitalu okręgowym. Mogę liczyć tylko na siebie i to wiem. (...) Zajęte wszystkie sześć łóżek na resuscytacji. Dwóch pacjentów może oddychać wyłącznie dzięki respiratorom: jeden jest przytomny, drugi już znieczulony. Co do zasady, wszystkich tych, którzy nie są w stanie mówić, należy bezzwłocznie przebadać. Zarazem jednak niedomagających ludzi nie ma dokąd przenieść z tymczasowych łóżek na SOR-ze – w całym szpitalu brakuje dostępnych miejsc. (...) To będzie długa noc. Widzę rozdrażnionych ratowników, którzy czekają w kolejce, bo nie mogą odstawić przywiezionych pacjentów. Podlegli mi rezydenci, zaledwie dwójka na 150 pacjentów, biorą się do roboty, ale jest ciężko. Zero prywatnej przestrzeni, gdzie można by badać pacjentów. Są zmuszeni obsługiwać pacjentów na noszach i krzesłach, co ubliża godności chorych⁵⁶.

Przebrnięcie przez taką zmianę – a każdy lekarz ma je na koncie – wymaga takiej wytrzymałości, że już zawczasu ogarnia cię strach. Przez chaos, przez żałośnie małą liczbę lekarzy dyżurnych do opanowania zalewu pacjentów, przez ryzyko braku dostępnych łóżek, przez fakt, że nikt w szpitalu nie chce o tym wszystkim słyszeć. Być może najbardziej przygnębiające jest poczucie, że nader często na poziomie powszechnym – w ogólnokrajowej debacie pomiędzy politykami, dziennikarzami i publicystami na temat stanu NHS – wydaje się, że nikt nie chce skonfrontować się otwarcie z tym, co w rzeczywistości dzieje się w terenie. To właśnie wyparcie, rodzaj umyślnej, zbiorowej ślepoty, przed której niebezpieczeństwami ostrzegał nas sir Robert Francis, tyle tylko, że w tym wypadku zachodzi ona nie na poziomie zarządu Trustu, a w sferach rządowych. Podstawą morale jest wiara. Lecz jak personel NHS ma utrzymać swą wiarę

w instytucję, którą kocha i której służy, kiedy jej polityczni zwierzchnicy zdają się przymykać oko na jej powolny i nieuchronny upadek? Jak to ujął lekarz w liście do „The Guardian”:

W chwili jasności umysłu, o pierwszej w nocy, po tym, jak ledwo co zdążyłem przystanąć, by zaczerpnąć oddech, a starsza pani właśnie umarła mi w ramionach, zadaję sobie pytanie: „Czy to przypadkiem nie miał być kraj rozwinięty? Czyżbyśmy nie dbali o naszych ludzi? Czy naprawdę godzimy się, że tak to musi wyglądać? Czy to, że brakuje tu łóżek, nikogo nie obchodzi?”⁵⁷.

W kręgach wojskowych morale – czy też *esprit de corps* oddziału – często definiuje się jako zdolność członków jednostki do zachowania wiary w instytucję bądź też w cel, szczególnie w sytuacji, gdy mierzą się z oporem bądź innymi przeciwnościami losu. Jeśli morale spadnie, zachodzi niebezpieczeństwo, że oddział załamie się i skapituluje. Nagrodzony Pulitzerem amerykański dziennikarz wojskowy, który pisał w okresie II wojny światowej, podał poruszającą definicję, wedle której morale jest wysokie, gdy „żołnierz uważa, że jego armia jest najlepsza na świecie, jego pułk jest najlepszy w armii, jego kompania – najlepsza w pułku, jego drużyna najlepsza w kompanii, a on sam jak bum cyk cyk jest najlepszym żołnierzem w jednostce”⁵⁸.

Jak to wygląda w odniesieniu do NHS? Moja armia (moja służba zdrowia) wali się wokół mnie w gruzy. Rok po roku niedofinansowanie ze strony władz podkopuje nasze – kolegów i moje – zbiorowe starania mające na celu zapewnienie ludności wzorowej opieki zdrowotnej. Kolejki się wydłużają. Pacjenci narażeni są na niebezpieczeństwa związane z lukami w grafiku, powstającymi wówczas, gdy lekarze bądź to umykają z NHS, bądź też idą na chorobowe, pozostawiając swój przydział zadań reszcie personelu. Mój pułk (mój szpital) jest pod kreską. Moja drużyna (inni lekarze rezydenci) została ostatnio okrojona zwolnieniem chorobowym z trzech osób do dwóch. A ja? Ja

jestem ostatnio zbyt zmęczona, by w coś więcej wierzyć; ze wszystkich sił staram się po prostu postępować bezpiecznie i kompetentnie.

Niedawno miałam okazję zaobserwować dobitny przykład tego, jak pustoszący wpływ na morale mają braki kadrowe. Właśnie wraz z zespołem omawiałam naszych pacjentów przed wyruszeniem na poranny obchód, kiedy do pokoju lekarskiego wszedł lekarz na oko tak rozbity i oszołomiony, że nieomal się zataczał. Zaniepokojeni przerwaliśmy rozmowę.

– Ja go znam – powiedziałał mojemu konsultantowi. – Porozmawiam z nim i dowiem się, co się stało.

Samir właśnie zakończył nocny dyżur, podczas którego zajmował się nagłymi potrzebami około setki pacjentów. Usiedliśmy obok siebie na śmierzdzącej kanapie i wcisnęłam mu w dłonie kubek gorącej kawy. Po chwili po jego policzkach zaczęły spływać łzy, ja zaś widziałam, jaki to dla niego koszmar, że ktoś widzi, jak płacze. Miał dwadzieścia cztery lata, pracę lekarza rozpoczął dwa czy trzy miesiące wcześniej.

– Po prostu nie byłem w stanie – wymamrotał w końcu. – Było tak wiele do zrobienia, że chciałem poprosić o pomoc specjalistkę, ale ona była urobiona po łokcie na SOR-ze i nie mogła tak po prostu zostawić swoich pacjentów.

– Miałeś zdechłaków? – spytałam. To termin, którym określaliśmy pacjentów w tak kiepskim stanie, że człowiek się obawiał, czy ich przypadłość nie okaże się zagrażająca życiu. Bezgłośnie skinął twierdząco głową, a łzy dalej płynęły.

– Wiem, że to nie jej wina – ciągnął dalej. – Chciała mi pomóc, ale musiała się uporać z wszystkimi nowymi przyjęciami na SOR, a ci ludzie też byli w złym stanie.

Dokładnie wiedziałam, przez co przeszedł. Znałam to poczucie osamotnienia, choć przecież nie z winy nadzorującej go lekarki, która sama spędziła noc na gaszeniu pożarów w równie przepełnionej części szpitala. Ten strach – głęboko tkwiące przecucie, że tej nocy ktoś umrze na twojej zmianie.

– Nie wiem, czy dłużej dam radę – przyznał. – Nie wiem nawet, czy chcę.

Zapewniłam go, że nie był powolny, niekompetentny, niezdecydowany czy nieprzydatny, że przez całą noc przygniatał go niemożliwy do opanowania nawał obowiązków, że gdybym to ja była na tej zmianie, czułabym się dokładnie tak samo, że zgodnie z prawem nocnych dyżurów po takim koszmarze jeszcze przed końcem tygodnia trafi mu się przynajmniej jedna łatwa zmiana. Widziałam, że nie wierzy w choćby słowo z tego, co mówię, ale lekko się uśmiechnął, doceniając moje starania, po czym powlókł się do łóżka.

To nie w porządku, że zaledwie parę miesięcy po tym, jak przez sześć lat z oddaniem uczył się, by zostać lekarzem, młody medyk na kanapie nie może powstrzymać łez. To nie bliski kontakt z cierpieniem złamał tej nocy Samira, a jego odpowiedzialność za nazbyt wielu pacjentów. Nie chodzi o to, że brakowało mu odporności, po prostu ogrom pracy, jaki mu przypisano, był niebezpieczny, nieuczciwy i nieludzki. W tym wypadku remedium było rażąco wręcz oczywiste. Wystarczyłby nie internetowy kurs dla twardzieli, a po prostu wpisanie w grafik dodatkowego lekarza.



Po kilku koszmarnych nocach Samir zdołał zebrać się w sobie. Ale nie każdy młody lekarz ma tyle szczęścia. Niektórzy porzucają zawód przed upływem roku, inni gubią się w poczuciu, że życie przestało być znośne.

W lutym 2016 roku, nazajutrz po tym, jak Jeremy Hunt ogłosił narzucenie swojego wzoru umowy, Rose Polge, lekarka rezydentka, która ledwie pół roku wcześniej skończyła studia medyczne, odebrała sobie życie. Jej praca i związane z nią obciążenie zadaniami okazały się zbyt trudne do wytrzymania. Jak to ujęła jej matka Heather, Rose „opanował nagły niepokój związany z oczekiwaniami, wymaganiami i odpowiedzialnością właściwymi jej pracy. To złamało jej ducha”⁵⁹. Kiedy wiadomość o jej samobójstwie przedostała się do mediów, lekarzy rezydentów w całym kraju ogarnęło przerażenie. Każdemu z nas zdarzyło się kiedyś bądź to samemu czuć skrajną rozpacz, bądź też znać innego młodego lekarza, który znalazł się w takim stanie. Pomyślałam o Samirze

i o tym, jak wstydził się swych łez. O innym zaprzyjaźnionym lekarzu, który zadzwonił kiedyś do mnie, by powiedzieć, że zamierza się powiesić. Te sytuacje o włos od tragedii, ta wszechobecność przeraźliwego stresu. Każde z nas mogło skończyć jak Rose.

Okazało się, że pewnego piątkowego popołudnia Rose w trakcie swojej zmiany w szpitalu zniknęła. Zostawiła list pożegnalny w schowku na rękawiczki w swoim aucie, po czym weszła do morza i się utopiła. W liście wspominała o Jeremym Huncie. Podczas dochodzenia w sprawie śmierci jej chłopak opisał, jak to w noc poprzedzającą jej zniknięcie Rose mówiła o porzuceniu medycyny, a że nie mogła zasnąć, udała się na samotny spacer po plaży w miejscu, gdzie dzień później odebrała sobie życie. Historia jej wyszukiwarki wykazała, że odwiedzała strony poświęcone samobójstwom.

Przy okazji dochodzenia rodzina Rose wezwała do podjęcia działań mających na celu zażegnanie kryzysu spowodowanego zmęczeniem lekarzy i przytłaczającym ogromem obowiązków. Słowa, które matka Rose napisała później na temat śmierci swojej córki, w uszach nas wszystkich zabrzmiały boleśnie znajomo:

Wyczerpanie wynikające z długich godzin pracy, uczucie niepokoju powiązane z pracą, rozpacz nad wizją własnej przyszłości w medycynie oraz wieść o narzuceniu lekarzom rezydentom nowych kontraktów bezsprzecznie przyczyniły się do tej okropnej i ostatecznej decyzji. Czas pracy niektórych lekarzy rezydentów osiąga wymiary w moim przekonaniu nader okrutne i nieludzkie. Rose nawet przez 12 dni pracowała po 12-14 godzin dziennie, często bez przerw i dłużej, niż przewidywał jej grafik, aby dokończyć, co było do zrobienia. Pozostawało jej niewiele czasu, aby wrócić do domu, przespać się, zjeść coś i wziąć prysznic przed rozpoczęciem kolejnego dnia. Taka forma funkcjonowania, uznawana przez wiele osób za rytuał przejścia dla młodych lekarzy, oznacza dla nich, dla ich rodzin i ich bliskich potworne koszty. Dopóki ten stan rzeczy nie ulegnie zmianie, kolejni lekarze będą się załamywać i porzucać zawód, kraj, a nawet i samo życie. Troska wobec tych, którzy tak ciężko pracują nad zapewnieniem troski

innym, zdaje się strasznie zaniedbywana. My zapłaciliśmy za to najwyższą cenę, tracąc naszą cudowną Rose⁶⁰.

Myślami wróciłam do czasu, który spędziłam na niedostatecznie obsadzonym SOR-ze, kiedy to łązy kapały na mojego małego synka, ja zaś usiłowałam otrząsnąć się z brzemienia stu godzinnego tygodnia pracy i zbliżyć się do wyobrażenia o byciu matką, jaką chciałam być. Zastanawiałam się, czy bez kochających mnie syna i męża wszystko to mogłoby się ułożyć przerażająco inaczej. I nie mogłam wyrzucić z głowy myśli o pięknej dwudziestopięcioletniej kobiecie, która na publikowanych w prasie fotografiach promieniała radością i witalnością, a mimo to złożyła swoje ubrania na stosik na mokrym piasku i w morskiej mgiele rozstała się z życiem.

ROZDZIAŁ JEDENASTY

POWSTANIE

Wypadki przybrały surrealistyczny bieg, kiedy kanadyjska gwiazda popu, mająca na Twitterze więcej obserwujących niż cała populacja Wielkiej Brytanii razem wzięta, postanowiła publicznie zadziałać na rzecz NHS.

Tuż przed Bożym Narodzeniem 2015 roku Justin Bieber – jeden z najpopularniejszych wykonawców w historii muzyki pop, dwudziestotrzylatek z czterokrotnie większą liczbą obserwujących na Twitterze niż sam twitterowy prezydent Stanów Zjednoczonych Donald Trump – stał się najmniej spodziewanym uczestnikiem sporu o lekarzy rezydentów.

Parę miesięcy wcześniej młoda lekarka Harriet Nerva rozpoczęła na Facebooku kampanię mającą na celu wywindowanie chóru NHS na upragnione pierwsze miejsce Świątecznej Listy Przebojów. Wrzucony przez nią post zdobywał niemal 100 tysięcy fanów tygodniowo i porywał wyobraźnię tak pracowników służby zdrowia, jak i opinii publicznej. „Piętnaście miesięcy temu zdałam egzaminy – tłumaczyła prasie Harriet – i kocham publiczną opiekę zdrowotną, jestem z niej bardzo dumna. Czuję, że wypchnięcie piosenki na pierwsze miejsce zwróciłoby uwagę opinii publicznej na fantastyczną robotę, jaką NHS wykonuje w tych bardzo wymagających czasach. W szczególności lekarze rezydenci czują się tej zimy bardzo zawiedzeni przez władze. Stanowią oni podstawę publicznej służby zdrowia i będą dalej walczyć o umowy na bezpiecznych i uczciwych warunkach”⁶¹.

Chór, o którym mowa, funkcjonujący przy londyńskim zakładzie opieki zdrowotnej Lewisham and Greenwich NHS Trust, pierwotnie nagrał swój singiel

– czyli mix piosenek *Fix You* zespołu Coldplay i *Bridge Over Troubled Water* Simona i Garfunkla – na potrzeby serialu dokumentalnego BBC Two w 2012 roku. Ich piosence *A Bridge Over You* towarzyszył wideoklip przedstawiający lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, położne i innych działających w chórze pracowników służby zdrowia podczas śpiewania i w trakcie wykonywania codziennych szpitalnych obowiązków przy opiece zarówno nad noworodkami, jak i nad słabowitymi pradziadkami. Ich nagranie wyrażało troskliwość i współczucie, które dla tylu pracowników NHS, podobnie jak dla tylu członków społeczeństwa, wyznacza istotę naszej służby zdrowia.

Choć teledysk nie miał wymiaru otwarcie politycznego ani też nie nawiązywał do sprawy lekarzy rezydentów, wieńczył go dobitny cytat z Aneurina Bevana, polityka, który stworzył NHS i który stwierdził: „NHS przetrwa dopóki, dopóty znajdą się pełni wiary ludzie gotowi zań walczyć”. My, lekarze rezydenci, zaangażowani już w desperacką walkę przeciwko projektowi umowy, który, jak uznaliśmy, fundamentalnie zagraża naszej zdolności zapewnienia bezpiecznej opieki pacjentom, daliśmy się porwać wyzwaniu, jakim było wypromowanie piosenki chóru NHS na pierwszą pozycję na liście, i zaangażowaliśmy w tę sprawę całą naszą energię. „To prawdziwa bitwa o notowania – zauważyła rozentuzjasmowana Katie Rogerson, pediatra w trakcie specjalizacji i członkini chóru Lewisham. – Trochę śmieszne, że NHS rywalizuje o głosy z Justinem Bieberem, ale to tylko potęguje wesołość całej sytuacji”⁶².

Sytuacja istotnie była zupełnie absurdalna. Wyłącznie w dobrodusznym fantazjach małe chóry służby zdrowia są w stanie wygrać z globalnymi megagwiazdami. Lecz dzięki zażartej akcji promocyjnej lekarzy rezydentów, olbrzymiemu wsparciu publicznemu i ogromnej uwadze mediów w okresie poprzedzającym święta, singiel *A Bridge Over You* pozostawał w tyle za Bieberem jedynie o kilka tysięcy sprzedanych egzemplarzy. Mimo to wyglądało, że jednak Bieber będzie górą. Przynajmniej do czasu, gdy ktoś przekazał gwiazdorowi, jak wielkie znaczenie ten nietypowy pojedynek ma dla brytyjskich odbiorców. Kiedy Bieber odkrył, z kim rywalizuje, życzliwie wysłał serię

tweetów adresowanych do swoich fanów, nawołując ich, by zamiast jego płyty kupili nagranie chóru NHS: „Podobno świąteczny wyścig na Wyspach idzie łeb w łeb – napisał. – Ale zyski z singla chóru NHS zostaną przeznaczone na cel charytatywny. Więc nic się nie stanie, jeśli przez tydzień nie pobędę numerem jeden. Zróbmy, co trzeba i pomóżmy im wygrać. To w końcu Gwiazdka. O to w tym chodzi. Wesołych Świąt”⁶³.

W Boże Narodzenie po cichu wymknęłam się od obfitego świątecznego obiadu, który wraz z Dave’em przygotowaliśmy dla rodziny, aby obejrzeć ogłoszenie na żywo wyniku gwiazdkowego plebiscytu w programie *Top of the Pops*. Podobnie jak wszyscy znani mi lekarze rezydenci, rozpaczliwie liczyłam na zwycięstwo chóru. Z jakiegoś powodu czułam, że ma to znaczenie totemiczne. Jeśli lekarze tacy jak Harriet, Katie i wielu, wielu innych byli w stanie poprowadzić NHS do podboju listy przebojów, to oznacza, że jesteśmy zdolni do wszystkiego, w tym nawet do uświadomienia władzom, jakim szaleństwem jest obiecywanie ludziom całotygodniowej opieki zdrowotnej bez wyasygnowania na ten cel odpowiednich środków. Stulona na kanapie wstrzymałam oddech. Może po części to kwestia świątecznego nastroju, ale kiedy ogłoszono, że *A Bridge Over You* został Gwiazdkowym Hitem Numer Jeden, nie mogłam powstrzymać się od płaczu. Teledysk z wprawą wykorzystywał wzruszające obrazki – wenflon w dłoni niemowlaka, drobny nadgarstek w gipsie, wychudzonego, sędziwego pana niepewnie stawiającego kroki z pomocą potężnie zbudowanego fizjoterapeuty o zachęcającym uśmiechu. Ale jednocześnie wyrażał też to, dlaczego zostałam lekarką. Pokazywał zarazem to, czego łaknęłam, i to, co już utraciłam. Warunki pracy pozwalające mi okazywać troskę. I w żadnym razie nie zamierzałam pozwolić władzom, by dalej bezkarnie oczerniały lekarzy.



Tuż po świcie 12 stycznia 2016 roku niespiesznie, spowolniona zalewem pytań, podeszłam do linii ludzi pikietujących szpital. Czy naprawdę postępowałam

słusznie? Czy też, jak sądziły niektóre tytuły prasowe, istotnie byliśmy marudnymi, samolubnymi, naiwnymi parweniuszami, gotowymi poświęcić dobro pacjenta, aby tylko postawić na swoim? Przy temperaturze powietrza poniżej zera rozpoczynał się pierwszy od ponad czterdziestu lat strajk lekarzy rezydentów, a ja myślałam o pacjentach, których zdecydowałam się – choć miałam wrażenie, że nie była to decyzja, a raczej akt desperacji – porzucić, aby manifestować przed szpitalem. Wstyd mieszał się z poczuciem ulgi oraz dumy, że oto wreszcie bronimy wartości, w które wierzymy. Panował przenikliwy ziąb. Pomyślałam, że bardziej doświadczony działacz związkowy zadbałby zawczasu o to, by cienkie szpitalne ciuchy wzmocnić parą porządnych termicznych pantalonów.

Prezentowaliśmy się nietęgo. Początkowo staliśmy przy wejściu do szpitala, ale przedstawiciel dyrekcji placówki szybko przegonił nas z posesji i zmusił, byśmy wraz z transparentami domowej roboty przemieścili się niepewnym krokiem na obrzeże szpitala, a dokładniej na smagane wichrem mini-rondo. Pewnej satysfakcji przysporzył mi fakt, że nasze bezceremonialne wypędzenie sfilmowała szczęśliwie ustawiona na rondku ekipa filmowa BBC. W miejscu demonstracji panowała niespokojna atmosfera i nikt z nas tak naprawdę nie wiedział, czego się spodziewać. Było nas, jak sądzę, około trzydzieścioro czy czterdzieścioro lekarzy, lecz liczebność grupy rosła, w miarę jak na miejsce przybywali przedstawiciele rozmaitych lokalnych związków zawodowych, zbrojni w profesjonalnie przygotowane banery i podstawowy ekwipunek strajkowy, taki jak choćby megafon do skutecznego skandowania haseł.

– Musicie coś skandować – powiedział ktoś z nich. – Musicie mieć hasła do skandowania.

– Hasła? – pospiesznie przedyskutowaliśmy sprawę w naszym gronie amatorów, zupełnie w takich sprawach nieobitych. – Jakie my znamy hasła? No, dalej, co się rymuje z NHS?

Było to jak kurs bojowości dla opornych. Z pewnym zażenowaniem zaczęliśmy krzyczeć w głos o przyszłości służby zdrowia. Plus był taki, że od

krzyczenia robiło nam się cieplej. Przejeżdżający obok kierowcy trąbieniem wyrażali poparcie, niekiedy tak entuzjastycznie, że ryk klaksonów wręcz ogłuszał. Zdałam sobie sprawę, że paradoksalnie to mijający nas ludzie zdawali się intuicyjnie o wiele lepiej chwytać, na czym polega strajkowanie, niż my sami. Za każdym razem, gdy ambulans pędem podjeżdżał pod szpital lub spod niego ruszał, ratownicy w geście solidarności odpalali syreny ku radości zgromadzonych.

Wsparcie ze strony ludzi, którzy podchodzili do naszej manifestacji, by osobiście wyrazić, że są z nami, krzepiło nas jeszcze bardziej. Teoretycznie zdawaliśmy sobie sprawę, że opinia publiczna nas popiera – wedle sondaży nasz strajk popierało 66 procent ankietowanych – lecz w momencie, gdy przekładało się to na rozpromienioną babcię, która wtykała nam w dłonie kubki z gorącą kawą czy też na przedszkolaka z dumą częstującego nas wszystkich ciasteczkami domowej roboty, takie ludzkie gesty nabierały niesamowitej mocy. Z zimna straciłam czucie w stopach, nogi mi cały czas dygotały, lecz zebrani wokół ludzie emanowali ciepłem.

Dogłębne poczucie dyskomfortu, jakie przy okazji strajku budziła we mnie świadomość, że pozostawiłam moich pacjentów innym lekarzom na głowie, do pewnego stopnia uległo złagodzeniu, gdy ku mojemu wielkiemu zaskoczeniu jeden z rzeczonych pacjentów zjawił się u mojego boku na manifestacji. Sammy Rogerson, cherlawy młody człowiek przykuty do wózka inwalidzkiego w wyniku infekcji, która zniszczyła mu nogi, gotów był zmierzyć się z mrozem, aby stanąć w jednym szeregu ze swoimi lekarzami. Pomimo usilnych starań pielęgniarek, które obawiały się, czy wytrzyma arktyczne porywy wiatru, ani myślał pozostać na oddziale, toteż opatulili go niczym mumię w szpitalne koce, które teraz powiewały za jego wózkiem jak transparenty. Ekipy telewizyjne zbiegły się wokół niego, aby uzyskać komentarz od pacjenta publicznej służby zdrowia, który z taką determinacją walczy o sprawę swych lekarzy.

– Sammy – odezwałam się. – Nie wierzę, że tu jesteś. Mogę cię zabrać z powrotem na oddział? Przecież ty musisz strasznie marznąć.

– Nie. Mowy nie ma – odparł. – Od pół roku jestem w tym szpitalu i wiem, jak ciężko pracujecie. Chcę tu być dla was.

Przez cały dzień rządowa machina propagandowa pracowała na najwyższych obrotach. Na antenie BBC Radio 4 Jeremy Hunt opisał przerażające wzrosty śmiertelności w szpitalach w weekendy – o 20 procent w przypadku zgonów w wyniku udaru, o 11 procent w przypadku nagłych operacji, o 7 procent w przypadku noworodków. Wszystkie te wyliczenia były dyskusyjne i zostały zawczasu podważone przez wiodących w kraju akademików, lecz w eterze rozbrzmiały jak coś nie do przyjęcia, czyli tak, jak to sobie zaplanował Hunt. Przeciąganie tej passy tysięcy możliwych do uniknięcia zgonów poprzez kurczowe trzymanie się weekendowych „nadgodzin” było, jak podkreślał, zachowaniem na wskroś nierozsądnym:

Zdajemy sobie sprawę, że nazbyt zmęczeni lekarze nie mogą zapewniać bezpiecznej opieki pacjentom. Obecnie sytuacja wygląda tak, że kiedy lekarzy rezydentów prosi się o pracę w weekendy, co się często zdarza, trafiają na SOR, gdzie w niedzielę lekarzy konsultantów jest dwa razy mniej niż w tygodniu, choć to właśnie w niedzielę panuje tam szczególnie duży ruch. Taki dzień naprawdę może wymęczyć. Gdybym był pilotem, nie chciałbym pewnego dnia stawić się na Heathrow i usłyszeć: «Naprawdę mi przykro, ale skoro jest niedziela, to drugiego pilota nie będzie, jazda do Nowego Jorku»⁶⁴.

Pomijając fakt, że liczba konsultantów na weekendowych dyżurach nijak się nie miała do kwestii umów rezydentów, Hunt kolejny raz nie uwzględnił prawdziwej przeszkody uniemożliwiającej poprawę świadczenia usług w weekendy: skończonej liczby lekarzy, nie mówiąc już o pozostałym personelu – pielęgniarkach, noszowych, radiologach, pracownikach administracji – niezbędnym do działania oddziału. Ani razu nie napomknął o tym, jak – wobec braku dodatkowych lekarzy – miałyby wyglądać lepsze zabezpieczenie weekendów, skoro mieliśmy normalnie pracować też od poniedziałku do piątku.

Nie przedstawił żadnych dowodów na poparcie swoich twierdzeń, jakoby obecność dodatkowych lekarzy rezydentów w weekendy miała zwiększyć bezpieczeństwo pacjentów. Ale najbardziej frustrujący był chyba fakt, że jego alarmistyczne porównanie samolotów nieobsadzonych przez pilotów do szpitali nieobsadzonych przez lekarzy dokładnie odzwierciedlało sytuację, która już się rozgrywała w całym kraju, chociaż na ten temat nawet się nie zająknął. Luki w grafiku zdarzały się powszechnie – a każda odpowiadała brakowi drugiego pilota w kokpicie – lecz mimo to Hunt wciąż zamierzał tym cienie rozdystrybuować dostępnych rezydentów. Były to polityczne rojenia.



Pierwsza odsłona strajku dobiegła końca, ale pacjenci wciąż pozostali w krzyżowym ogniu polityki. Choć burzliwe pertraktacje między przedstawicielami rządu a BMA trwały nadal, nie zdołały one zapobiec kolejnym siedmiu dniom strajku, z których każdy równał się kolejnym tysiącom odwołanych zabiegów. Przez ten cały czas Hunt powtarzał, że jego „drzwi są zawsze otwarte” dla lekarzy rezydentów, zarazem jednak ogromnie się starał, aby z nikim z nas publicznie się nie spotkać ani nie skonfrontować. Wkrótce po ogłoszeniu w Izbie Gmin, że wobec braku porozumienia z BMA zamierza narzucić swój kontrakt rezydentom, Hunt przybył do londyńskich Millbank Studios akurat w momencie, gdy Dagan Lonsdale, lekarz specjalista w dziedzinie intensywnej terapii, skończył tam udzielać wywiadu dla Sky TV. Załamanie się komunikacji pomiędzy szefem resortu zdrowia a lekarzami rezydentami dobitnie ukazała sytuacja, którą wówczas udało się nagrać ekipie Sky News.

Kiedy Dagan spostrzegł wchodzącego do budynku Hunta, zrównał się z nim krokiem i w przemyślanych słowach starał się zasygnalizować „nasze zaniepokojenie kwestią bezpieczeństwa pacjentów”. Nieporuszony podjętą przez Hunta próbą wyjaśnienia, że „właśnie idzie udzielić wywiadu”, oskarżył go o „bardzo ryzykowną grę z personelem NHS” i zauważając: „brak jakichkolwiek dowodów, by takie zmiany [w umowach] miały pociągnąć za sobą pozytywny

skutek”. Hunt go po prostu zignorował, ale Dagan ruszył za nim korytarzem, a następnie w górę po schodach, powtarzając pytanie: „Czemu nie usiądzie pan do rozmów z rezydentami – co jeśli w tej kwestii nie ma pan akurat racji?”⁶⁵.

Wymowność sceny, w której minister zdrowia umyka przed przedstawicielem personelu publicznej służby zdrowia, była tak wielka, że nagranie natychmiast po udostępnieniu zyskało viralową popularność i setki tysięcy widzów w internecie. Później, w wywiadzie dla „Evening Standard”, Dagan zauważył:

Trochę się bałem, że będzie to wyglądać nieco niepoważnie, że gonię za ministrem zdrowia, ale moim zdaniem to znamienne, że on po prostu ucieka od pytań. Ubiegłego wieczoru rozmawiałem z teściową. Powiedziała, że wyglądało to zupełnie jak w tym programie *Rogue Traders*, gdzie w niektórych odcinkach delikwent tak po prostu nawiewa¹.

Podobnie jak Dagan, ja również nie ustawałam w wysiłkach, by publicznie zmierzyć się z Huntem. Kluczowym elementem jego taktyki, aby pozycjonować się jako postrach BMA, lecz zarazem przyjaciel „zwykłych” lekarzy rezydentów, były powtarzane raz za razem zapewnienia, że dla lekarzy takich jak ja drzwi ma zawsze otwarte. Najbliższa kontaktu z ministrem byłam wówczas, gdy Hunt zjawił się jako gość w niedzielnym porannym programie politycznym na antenie BBC *The Andrew Marr Show*. Producentom programu podesłałam anonimowy komentarz na piśmie, po czym świadoma, że Andrew Marr być może przeczyta go Huntowi, usiadłam, by obejrzeć rozmowę. W rękę trzymałam niedzielną poranną kawę, na kolanach wierciła mi się pięcioletnia córka, gdy wtem, ku mojemu zdumieniu, usłyszałam, jak gospodarz na żywo czyta Huntowi na antenie nie tylko moje słowa, ale i nazwisko. Wówczas w szybkim tempie nastąpiło po sobie kilka zdarzeń. Ja oplułam gorącą kawą główkę mojej córki, ona wrzasnęła i szarpnęła się z oburzeniem, ja wylałam kawę z kubka na kolana, zaś Jeremy Hunt zamrugał, przetykając ślinę niczym pyton, który właśnie połyka jelonka, a Marr bezlitośnie odczytywał kolejne komentarze nadesłane przez innych lekarzy.

– Lekarka Rachel Clarke – oznajmił Marr – napisała, co następuje: „Pan Hunt sprawił, że poczułam się zdemoralizowana, obrażona i tania. Sugeruje, że to my stanowimy problem. Ja publicznej służbie zdrowia poświęciłam życie. Sytuacja na pierwszej linii przedstawia się teraz tak ponuro, że niekiedy pracuję czternaście czy piętnaście godzin z rzędu bez choćby chwili, by coś zjeść. Nigdy dotąd nie czułam się tak zrozpaczona ani też tak bliska porzucenia medycyny”⁶⁶.

Kolejna przytoczona przez Marra wypowiedź stwierdzała: „Sytuacja naszego zawodu jest absolutnie krytyczna. Widzę, jak lekarze zalewają się łzami, tak bardzo są zrozpaczeni perspektywą przyszłości. To sprawka Jeremy’ego Hunta. Wypycha z zawodu całe pokolenie lekarzy”.

– Oto obecne głosy lekarzy – zakończył Marr. – Tak się właśnie teraz czują.

Hunt, który wyraźnie poczuł się niezręcznie, w odpowiedzi winą za nasz gniew obarczył BMA. W szczególności podkreślał nieodpowiedzialność związkowców szerzących dezinformację na temat kontraktu. Jeszcze tego samego dnia, poproszona przez BBC o odpowiedź w formie wywiadu na żywo, stanowczo rozprawiłam się z tą próbą przedstawienia podobnych mi lekarzy jako nieszczęsnych ofiar związkowej propagandy⁶⁷. Zauważyłam, że jak najbardziej mogę sama ocenić przedstawiane dowody, a zasadniczą kwestią w całej sprawie było zaufanie. Jako lekarze jesteśmy niczym, jeśli nie mamy zaufania naszych pacjentów. Tymczasem zaś miesiące zagrywek propagandowych i statystycznych manipulacji sprawiły, że nie byliśmy w stanie zaufać ministrowi zdrowia, a im agresywniej minister pogrywał sobie w mediach, tym ów brak zaufania stawał się szkodliwszy.

Na tym etapie 54 tysiące krajowych lekarzy rezydentów śledziło i komentowało każdy zwrot w sporze na naszym forum na Facebooku, a także na innych platformach internetowych, takich jak Twitter. Nie podobało się to władzom. Sir David Dalton, dyrektor naczelny Salford Royal NHS Trust, którego Hunt wyznaczył na reprezentanta rządu w procesie negocjacyjnym, twierdził, że szaleńcze kampanie lekarzy rezydentów w mediach społecznościowych przekreślają wszelkie szanse na dojście stron do

porozumienia. „Akwarium pełne ludzi komentujących na bieżąco” miało, jak utrzymywał, stanowić „olbrzymie utrudnienie” w rozmowach⁶⁸. Wszyscy dostrzegliśmy paradoks sytuacji: jeśli to rozmaite mainstreamowe media wznagają antylekarskie nastroje, to najwyraźniej wszystkie chwytły były dozwolone, kiedy zaś lekarze w internecie starali się dać odpór przekłamaniom, ich działania przedstawiano jako szkodliwą histerię. Negocjacje ponownie utknęły w martwym punkcie.

W prawdziwie desperackiej próbie nakłonienia Hunta do powrotu do rozmów – niewiele było do stracenia, wielkimi krokami zbliżał się bowiem strajk generalny – postanowiłam, ja, czterdziestotrzylatka, drugi raz w życiu podjąć się zorganizowania bezpośredniej akcji protestacyjnej (jeśli za pierwszy raz uznać szkolną nasiadówkę w sprawie dostępu do basenu). Wraz z Daganem uknuliśmy plan zorganizowania bezterminowego protestu pokojowego u Hunta na progu, przed wejściem do Departamentu Zdrowia, wprost pod jego sławetnie otwartymi drzwiami. Zamierzaliśmy pozostać na Whitehallu przez dwadzieścia cztery godziny i spać bezpośrednio na chodniku przed resortem. Potem na nasze miejsce przyszliby koledzy i koleżanki, aby spędzać tam po dwanaście godzin dziennie, siedem dni w tygodniu, aż do przełomu. Kiedy wieść o naszym proteście się rozeszła, zalały nas zgłoszenia od setek lekarzy z całego kraju, którzy pragnęli również wziąć w nim udział. W tym celu zjechali do Londynu z miejsc niekiedy tak odległych jak Leeds czy Manchester.

Cel był prosty. Musiał istnieć sposób na uniknięcie strajku generalnego – środka ostatecznego, którego użycie kłóciło się z naszym lekarskim instynktem nakazującym nam dbać o pacjentów – poprzez dialog. Każdy spór, choćby nie wiadomo jak trudny i toksyczny, da się w końcu rozbroić przy pomocy słów. Po prostu nie godziło się, by człowiek, który twierdził, że bezpieczeństwo pacjentów jest mu drogie, w tak krytycznym momencie zachowywał milczenie, my zaś zamierzaliśmy zwrócić na to uwagę.

Rzeczywistość okazała się nieco bardziej skomplikowana. Kiedy tylko rozstawiliśmy nasz przenośny stół z obrusem ozdobionym hashtagiem

#TimeToTalkJeremy – #JeremyPoraPorozmawiać – tuż przed wejściem do Departamentu, podeszło do nas dwóch krzepkich funkcjonariuszy londyńskiej policji.

– Oho – szepnęłam do Dagona. Choć zawczasu skrupulatnie sprawdziliśmy sprawę legalności naszego protestu, bałam się, że zaraz pod jakimś dętym pretekstem nas przegonią.

– Witam państwa lekarzy – odezwał się jeden z funkcjonariuszy. – O co tu chodzi?

Wyjaśniliśmy mu, kim jesteśmy, co robimy i dlaczego. Zapadła długa cisza. Policjanci wymienili spojrzenia. Następnie jeden z nich nachylił się blisko i cichym, ale zdecydowanym głosem powiedział:

– A teraz proszę posłuchać. Swoją obecnością nie robicie nic złego, nie łamiecie żadnych praw ani nic, a jeśli ktokolwiek, ale to ktokolwiek spróbuje wam wmówić, że nie możecie tu zostać, to odpowiedzcie im, że rozmawialiście z policją i powiedzieliśmy wam, że to bzdura. A jeśli będziecie mieli jakiegokolwiek problemy, skontaktujcie się od razu z nami. Jasne?

– Bardzo panom dziękujemy – powiedzieliśmy, uśmiechając się z pewnym niedowierzaniem.

– Nie, to *my* dziękujemy. Walczcie dalej. Nie chcemy, by to, co zrobili z nami, spotkało teraz również i lekarzy.

Ta niesamowita solidarność ze strony kolejnej już profesji, której przedstawiciele czuli się równie gnębieni co my, była czymś zdumiewającym. I na tym nie koniec. Przez cały dzień urzędnicy wchodzący do budynku i zeń wychodzący przystawali na pogawędkę. Niektórzy niepostrzeżenie brali sobie od nas znaczek BMA i ukradkiem chowali go do torby. Inni posuwali się dalej.

– Ja nawet nie mogę tego powiedzieć publicznie – zastrzegł jeden z podwładnych samego Hunta – ale moim zdaniem to potworne, co się teraz robi z rezydentami. Świetnie, że się temu sprzeciwiacie.

Samego Hunta nigdzie nie było widać. Pracownik departamentu dał nam cynk, że pod gmachem przebiega podziemny korytarz, z którego minister był

zmuszony korzystać przez czas trwania protestu. Wraz z zapadnięciem zmroku zalały nas tysiące przesyłanych przez internet wiadomości z wyrazami wsparcia od kolegów po fachu. Mnóstwo lekarzy pozamawiało nam posiłki na wynos, które kurierzy rowerowi anonimowo pozwozili pod siedzibę ministerstwa w takiej ilości, że po prostu nie byliśmy w stanie tego przejeść i porzysyłałiśmy je z kolei do londyńskich schronisk dla bezdomnych. Zapanowała doprawdy motywująca atmosfera solidarności.

Nocą wczółgaliśmy się do śpiworów, okryliśmy się obrusem i spróbowaliśmy zasnąć, w pełni świadomi totalnej absurdalności sytuacji, w której dwoje lekarzy, a przy tym rodziców z małymi dziećmi w domach, nocuje na ulicy, by przekonać członka rady ministrów, by podjął rozmowy ze związkiem zawodowym. Było koszmarnie zimno. W śródku nocy pojawił się narkoman, który odtąd nie przestawał nas zaczepiać. Mogłam się przekonać, że bezpośrednie akcje protestacyjne wymagają sporo ikry. Wczesnym rankiem na miejscu zjawił się członek zespołu zabezpieczającego, któremu polecono mieć na nas oko, gdy zaczynaliśmy protest poprzedniego dnia.

– Naprawdę to zrobiliście? Byliście tu całą noc?

Kiedy potwierdziliśmy, że tak, istotnie, natychmiast zaoferował, że przyniesie nam kawę, podobnie jak wielu innych pracowników, którzy tego ranka wcześniej stawili się w robocie. Tuż przed wejściem do gmachu powiedział:

– Wiecie, że zrobiliście wczoraj nie lada wrażenie?

Jak wyjaśnił, Hunt przez kawał czasu stał z założonymi rękoma przy jednym z wychodzących wprost na Downing Street wysokich okien resortu i się nam przyglądał. Ponoć minę miał marsową, a w biurze prasowym Departamentu Zdrowia panował kociokwik. Przez następnych parę tygodni dwójki lekarskie po dwanaście godzin na dobę, siedem dni w tygodniu trwały zawzięcie przed wejściem do ministerstwa. Do końca protestu Hunt był zmuszony chyłkiem przekradać się tylnymi drzwiami do siedziby własnego resortu. Dla kogoś tak dbającego o swój publiczny wizerunek musiało to być niesamowicie irytujące. Wszystko to jednak na nic się nie zdało. Rząd odmówił powrotu do rozmów

z BMA, a tysiące pacjentów NHS musiało się zmierzyć z pierwszym pełnym odejściem rezydentów od łóżek w siedemdziesięcioletniej historii tej instytucji.



Kilka tygodni po tym najczarniejszym punkcie sporu wiarygodność BMA gwałtownie spadła, kiedy obfity zbiór prywatnych wiadomości elektronicznych wymienianych na WhatsAppie między członkami zarządu związkowego Komitetu Lekarzy Rezydentów wyciekł do pisma „Health Service Journal”. Efekt był miażdżący. W jednej z wiadomości przewodniczący komitetu Johann Malawana opisywał tajną strategię obliczoną na przeciąganie sporu przez półtora roku, aby „Departament Zdrowia się zakiwał”.

„Im bardziej o tym myślę, tym bardziej nasz plan mi się podoba – napisał grupie. – Praktycznie pięć tygodni nagłówków o strajkach rezydentów przez styczeń i luty... Najlepiej będzie wciągnąć to wręcz do sporu o Europę i sporu o przywództwo w kraju”⁶⁹.

Inny uczestnik tajnej grupy na WhatsAppie stwierdzał – wbrew wszystkiemu, co ja i tyłu innych szeregowych rezydentów głośno i jednoznacznie powtarzaliśmy od miesięcy – że dla lekarzy rezydentów „jedyną prawdziwą czerwoną linią” była w tej sprawie kwestia pieniędzy za pracę w weekendy⁷⁰.

Zbielałam z wściekłości. Była to po prostu nieprawda. Dla mnie czerwoną linią było postawienie w niebezpieczeństwie moich pacjentów, a szczerze mówiąc – także i mojego zdrowia psychicznego, przez rząd usiłujący wycisnąć całotygodniową służbę z zasobów ludzkich ledwie zdolnych obsadzić pięć dni w tygodniu. To, że władze rządowe błędnie przedstawiały nasze stanowisko, to jedno, ale kiedy odkryłam, że mój własny związek zawodowy tak zupełnie mylnie odczytuje zaniepokojenie swoich członków, poczułam się zdruzgotana. Podjęłam strajk w dobrej wierze – w dobrej wierze dałam wyraz moim zastrzeżeniom co do kwestii bezpieczeństwa – lecz teraz poczułam się zdradzona przez związek, który z własnych członków robił osoby niegodne zaufania. Przecieki były początkiem końca. Rząd i BMA doszły do porozumienia co do

brzmienia nowego kontraktu, lecz choć Malawana osobiście zaręczał, że nowa umowa jest lepsza dla lekarzy i pacjentów, członków związku nie przekonał. Wyrażna większość lekarzy rezydentów – 58 procent – postanowiła odrzucić porozumienie.

Zważywszy na wcześniejsze twierdzenia władz, jakoby spór był owocem działań małej grupki związkowych ekstremistów, dążących do obalenia rządu poprzez podsycanie irracjonalnego szału w łatwowiernych lekarzach, na ironię zakrawało, że teraz to związek był gotów pójść na kompromis na warunkach, które większość jego członków uznawała za nader nędzne. Umowa nasilająca problem luki płacowej, osłabiająca zabezpieczenia lekarzy przed nadmierną liczbą godzin pracy i ułatwiająca szpitalom dysponowanie naszymi osobami w sposób jeszcze bardziej ryzykowny, była czymś nie do przyjęcia dla szeregowych przedstawicieli zawodu.

Spór prędko zmienił się w niesmaczne widowisko. Lekarze kłócili się między sobą, a miejsce dziewięćdziesięcioośmioprocentowego poparcia dla akcji strajkowej zajęły wściekłe walki wewnętrzne i gorzkie rozczarowanie. BMA przeskakiwało między różnymi strategiami – od bezczynności poprzez ekstremalne akcje związkowe – ale ostatecznie przestało sprzeciwiać się nowemu projektowi. Nim pierwszą grupę rezydentów objęły narzucone kontrakty, setki członków związku zdążyło z niesmakiem porzucić jego szeregi.

Z perspektywy pacjentów zdecydowanie bardziej istotne było porzucenie NHS przez lekarzy, którzy uznali, że już nie dają rady. W sytuacji, gdy służbie zdrowia i tak doskwierał dramatyczny niedobór lekarzy, „zwycięstwo” Hunta nad rezydentami-arywistami wyglądało na klasyczny przypadek wygrania bitwy, lecz przegrania wojny. Zestawiłam ze sobą relacje niektórych rezydentów, którzy podczas sporu podjęli bolesną decyzję o porzuceniu ścieżki kariery w NHS. Jeden z nich w czerwcu 2016 roku wyjechał z kraju. Za sobą miał dwanaście lat kształcenia medycznego. Od zostania konsultantem dzielił go włos, a jednak, pomimo siedmiu lat ogólnej nauki w dziedzinie położnictwa i ginekologii, doktoratu oraz roku specjalizacji z medycyny macierzyńskiej i płodowej,

postanowił on cały ten proces kształcenia powtórzyć od początku w Stanach Zjednoczonych:

Rząd okazuje tak mało szacunku zatrudnianym lekarzom rezydentom i konsultantom. (...) Jestem teraz na pierwszym roku studiów na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Nowojorskiego, gdzie traktują mnie jak w pełni wykształconego profesjonalistę, nie zaś towar do wykorzystania. Zdecydowałem się na tę zmianę, chociaż oznacza ona zmniejszenie mojej wypłaty o połowę, zwiększenie liczby zakontraktowanych godzin o dwie trzecie – z 48 do 80 tygodniowo. Przekonałem też męża, by porzucił własną karierę i do mnie dojechał. W związku z tym liczę, że dla wszystkich będzie jasne, że przy podejmowaniu tej decyzji kierowałem się powodami niezwiązanymi z kwestią finansów czy też samych warunków umowy. Zdecydowałem się wyjechać ze względu na systematyczną degradację mojego zawodu w Wielkiej Brytanii, której dokonuje się poprzez kłamstwa, wypaczane statystyki oraz propagandę medialną.

Największym błędem ze strony rządu było to, że nie dostrzegł, iż lekarzami nie kieruje żądza pieniądza ani arbitralnie ustalone grafiki pracy, a chęć praktykowania swego zawodu i niesienia jak najlepszej pomocy pacjentom. NHS funkcjonuje w znacznej mierze dzięki dobrej woli jego pracowników, a moja dobra wola w końcu się skończyła – wyczerpała pod wpływem ogromnego stresu, jaki wiązał się z funkcjonowaniem w warunkach szkodliwego sporu pracowniczego, który ciągnął się już od ponad roku. Narzucenie siłowe to żadne rozwiązanie, doprowadzi jedynie do tego, że więcej kolegów i koleżanek pójdzie w moje ślady i przeniesie się za granicę.

Inna lekarka w trakcie doskonalenia zawodowego opisała uczucie głębokiego wstydu, jakie towarzyszy jej w związku z podjęciem działalności zawodowej w sektorze prywatnym w miejsce pracy w publicznej służbie zdrowia, która w jej ocenie byłaby już ponad jej siły:

W czwartek miałam ostatnią zmianę jako lekarka średniego szczebla na szpitalnym oddziale ratunkowym, gdzie spędziłam cztery lata. Szpital, a co

za tym idzie również NHS, wykorzystały mnie do cna. Zaliczyłam zapalenie powięzi podeszwowej, rwę kulszową, a siwych włosów mam teraz więcej niż czarnych. Jako że mam cukrzycę typu pierwszego, po dziesięciogodzinnych zmianach wracałam do domu skrajnie wykończona.

Intensywnie szukam pracy poza medycyną. Znajomych w branży farmaceutycznej poprosiłam, by mieli oczy i uszy szeroko otwarte. Zamierzam sporządzić pozamedyczne CV i założyć konto na LinkedIn, aby zaoferować swe usługi komuś, kto mógłby wykorzystać moje doświadczenie do poprawy świata medycyny poza NHS. Odczuwam smutek i wstyd, że też w ogóle do tego doszło.

Jeżeli chodzi o mnie samą, za rok uwikłania w konflikt z władzami, którego nie szukałam, przyszło mi słono zapłacić. Tak długi udział w wojnie propagandowej musiał się skończyć nadwyrężeniem mojej miłości do medycyny i fascynacji tą dziedziną nauki. Nie wiedziałam, czy uczucia te da się wskrzesić. Jeszcze podczas sporu złożyłam aplikację o przyjęcie na wyższy kurs w wybranej przeze mnie specjalizacji z medycyny paliatywnej – opieki nad pacjentami u kresu życia – lecz odczuwałam coraz większą obawę, że za sprawą doznanego rozczarowania, nie będę moim pacjentom należycie oddana. Zasługiwali na lekarzkę, którą zawsze chciałam być w chwili rozpoczęcia specjalizacji: promieniejącą dumą i entuzjazmem, nie zaś rozpaczającą nad przyszłością publicznej służby zdrowia. Postanowiłam wycofać swe podanie. Czułam się, jakbym porzucała pacjentów, swoje zasady oraz fach, który kochałam. Nie miałam pojęcia, co dalej będę robić.



Kiedy rząd stłamsił opór rezydentów, nastąpiło coś ciekawego. Część przedstawicieli elit środowiska medycznego, tych samych, którzy tak zaciekle atakowali nas za podjęcie strajku, zaczęła teraz publicznie wyrażać te same obawy, które my bez niczyjego wsparcia sygnalizowaliśmy od ponad roku. Zaraz po tym, jak pilnujący wydatków parlamentu Komitet Finansów Publicznych

potępił rząd za brak podjęcia „jakiegokolwiek spójnej próby” oszacowania, jak liczny personel wymagałoby funkcjonalne wprowadzenie całotygodniowej publicznej opieki zdrowotnej, Chris Hopson, szef reprezentującej krajowe szpitale organizacji NHS Providers, niespodziewanie zabrał głos. Kiedy pod koniec 2016 roku Andrew Marr z BBC spytał go, czy napięty ponad miarę budżet NHS pozwoliłby wprowadzić całotygodniową opiekę zdrowotną, przyznał coś, czego uparczywie nie był gotów przyznać przez cały okres sporu, a mianowicie:

„Przy obecnym poziomie obsadzenia i za pieniądze, którymi obecnie dysponujemy, jest to niemożliwe. Już teraz musimy zrezygnować z różnych rzeczy, aby po prostu kontynuować to, co robimy, nie ma więc mowy o wprowadzaniu nowych rozwiązań na wielką skalę, takich jak całotygodniowa opieka⁷¹”.

Sir Bruce Keogh, dyrektor do spraw medycznych NHS England, zaczął pisywać pojednawcze artykuły, w których lekarzy rezydentów przedstawiał jako „ważny, lecz niekiedy zaniedbywany filar NHS”⁷². Jakby tego było mało, nawet Naczelna Rada Medyczna, która tak krytycznie odnosiła się do strajkujących lekarzy, w swym dorocznym raporcie ze wszystkich sił starała się podkreślić zatroskanie rozmiarami gniewu, frustracji i wyobcowania wśród lekarzy rezydentów, nawołując, by „wszyscy przystanęli i się nad tym zastanowili”. Jak to ujęli:

W zawodzie lekarza w Wielkiej Brytanii daje się odczuć niepokój mogący wpływać tak na samych lekarzy, jak i pacjentów. Jego przyczyny są złożone i wieloczynnikowe, a niektóre z nich istnieją już od dawna. Sygnały alarmowe nie zawsze są łatwe do zinterpretowania, ale nie da się ich nie dostrzec⁷³.

Wydawało się, że te działania przyszły za późno i były zbyt nieliczne. Skoro całe pokolenie lekarzy – i to tych, którzy powinni mieć najwięcej chęci i wigoru –

ogarnął taki cynizm i zniechęcenie, znaczyło to, że cena, jaką władzom przyszło zapłacić za spuszczenie łomotu BMA, była stanowczo za wysoka.

1. „«I made Jeremy Hunt look like a rogue trader», says TV ambush doctor”, Ross Lydall, „The Evening Standard”, 12.02.2016, dostępne pod adresem: <http://www.standard.co.uk/news/health/i-made-jeremy-hunt-look-like-a-rogue-trader-says-tv-ambush-doctor-a3179146.html>. Rough Traders – popularny brytyjski program z gatunku „ukryta kamera”, w którym demaskuje się nieuczciwych fachowców (przyp. tłum.). [[wróć](#)]

ROZDZIAŁ DWUNASTY

ZDUMIENIE

Szybko! Dajcie mi studenta medycyny! Potrzebuję studenta.

Twarz wystająca zza drzwi gabinetu zdawała się płonąć szaleńczą wizją. Ekscytacja była nie do odparcia.

– To ja! – krzyknęłam, bo akurat przechodziłam tamtędy w drodze do szpitalnego bufetu. – Jestem studentką!

Konsultant zamknął za sobą drzwi, ukradkiem rozejrzał się po korytarzu, czy aby w pobliżu nie ma pacjentów, po czym konspiratorsko nachylił się w moją stronę.

– Zaraz pokażę ci coś absolutnie niesamowitego. Drugi raz czegoś takiego nie zobaczysz. Ten człowiek ma tak olbrzymi TAB, że nie mogę uwierzyć, że jeszcze żyje. Tylko, na miłość boską, uważaj, jak go będziesz dotykać.

Nie wierzyłam własnemu szczęściu. Tętniak aorty brzusznej, czy jak zwykliśmy mawiać TAB, spowodowany jest osłabieniem ściany aorty, czyli największego naczynia krwionośnego w ludzkim ciele, które prowadzi krew z serca wprost w nasze kończyny. Rwący strumień krwi powoli, ale metodycznie sprawia, że uszkodzony fragment potężnej tętnicy rozciąga się jeszcze cienie, aż w pewnej chwili, o ile lekarz nie zainterweniuje, następuje to, co nastąpić musi, i nadwyrężone ściany pękają. W takich wypadkach bez natychmiastowej operacji pacjent umiera w ciągu godziny, bo pięć litrów krwi tak po prostu wylewa się do jamy brzusznej. Na szczęście w dzisiejszych czasach TAB to już nie wyrok śmierci. Po wykryciu, często przypadkowym, podczas badania jamy brzusznej przeprowadzanego z zupełnie innego powodu – lub podczas rutynowych badań

profilaktycznych – chirurdzy bacznie się takiemu tętniakowi przyglądają i regularnie powtarzają badania, by monitorować jego rozmiar. Wiemy, że niewielkie tętniaki raczej nie grożą pęknięciem, lecz kiedy rozmiarem zbliżą się do sporej mandarynki, perspektywy pacjenta ulegają dramatycznemu pogorszeniu. Od tej chwili żyją oni z odbezpieczonym granatem w brzuchu. Jeden na czterech pacjentów z sześciocentymetrowym TAB umiera przed upływem roku.

Naprawdę duże tętniaki – te, które w każdej chwili mogą się rozerwać – widać niekiedy znad łóżka pacjenta: wyraźnie pulsują poniżej linii żeber niczym podskórna obca forma życia. Kiedy zaczną krwawić, szanse przeżycia stają się żałośnie mikre. Ten, jak mi powiedział chirurg, na oko miał przynajmniej dziewięć do dziesięciu centymetrów średnicy. Teoretycznie więc pacjent już dawno powinien się być wykrwawić. Do lekarza przyszedł jedynie w sprawie żylaków, lecz chirurg był starej szkoły i wyznawał zasadę, że warto zbadać wszystko. Nigdy wcześniej nie widziałam TAB, nie mówiąc już o jego dotykaniu, i ledwo mogłam w to uwierzyć. Ostrożnie – niemalże z nabożną czcią – ułożyłam dłonie ponad pępkiem, ledwo stykając palce, jak gdybym improwizowała modlitwę za życie pacjenta. W miarę jak krew z każdym uderzeniem serca napływała do tętniaka, moje dłonie rozstępowały się, jak gdyby palce unosiły się na falach krążenia tego mężczyzny w średnim wieku, który dzięki skrupulatności i umiejętnościom lekarza miał właśnie umknąć niemalże pewnej śmierci. Obrazki z moich podręczników i wykładów ożyły w pełnej pałecie barw. Zerknęłam na chirurga, a oczy błyszczały mi radością i wdzięcznością, że też znalazł czas, by podzielić się ze mną tym przypadkiem. Szeroko się uśmiechnął.

– Zaraz kończę w przychodni, zaczekaj na mnie na zewnątrz.

Chirurg dokończył omawianie z pacjentem szans i zagrożeń związanych z operacją, po czym opowiedział mi anegdotę z początków swojej kariery medycznej. Jako bardzo jeszcze niedoświadczony lekarz pracował akurat na oddziale ratunkowym, gdy zjawił się tam pan po siedemdziesiątce z nietypowym

bólem brzucha. Rankiem tego dnia senior wraz z małżonką wspinali się na Helvellyn, jeden z najbardziej stromych szczytów regionu Lake District. Podczas wspinaczki ćmiący ból w brzuchu przybierał na sile, aż nie dało się go dłużej ignorować. Pan zawziął się i dopiero po wejściu na szczyt przyznał żonie, że ból, teraz już męczący, wwierca mu się w kręgosłup i stał się tak dokuczliwy, że zaczyna mu się kręcić w głowie.

– Wiesz, w Penrith mają szpital – odparła. – Może tam pojedźmy?

– Ani mi się śni jechać do Penrith. Skoro już koniecznie muszę jechać na ostry dyżur, to niech będzie najlepszy, jaki mają. Jedziemy z powrotem do Cambridge.

Państwo Sinclairowie zeszli jakieś tysiąc metrów w dół piechotą, przejechali dwieście mil autostradą i w końcu dotarli do swojego lokalnego szpitala w Cambridge. Mąż całą drogę prowadził. W chwili dotarcia do szpitala pan Sinclair był zlany potem, zszarzały, a puls mu łomotał. Ewidentnie było z nim niedobrze. Tyle że chirurg, ku swojemu zaskoczeniu, podczas badania brzucha wyczuł pod ręką olbrzymi, pulsujący tętniak aorty, dokładnie taki, jakiego dopiero co dotykałam, aczkolwiek z tą drobną różnicą, że tamten od dwunastu godzin, czyli nawet wówczas, gdy jego nosiciel wspinał się na szczyt Helvellyn, broczył krwią. Nikt nie ma szansy przeżyć dwunastogodzinnego krwotoku z TAB. No, może z wyjątkiem siedemdziesięcioletniego miłośnika wspinaczki, który nieświadomie zatamował sobie krwawiący tętniak pasami bezpieczeństwa, co zmieniło je w całkiem udaną opaskę uciskową.

– To był cud – powiedział mi chirurg. – Nigdy nie pojmę, jak to możliwe, że żywy wszedł do szpitala. Zabraliśmy go prosto na blok i przeżył. Jakoś tydzień później wrócił do domu zdrów jak ryba. Coś niesamowitego.



Najlepszym znanym mi antidotum na przygnębienie i chandrę jest uparta nadzieja innych. Zdumienie, tak jak nadzieja, to uczucie zaraźliwe, a ja na dobre zaraziłam się nim od mojego ojca na całe lata przed rozpoczęciem studiów medycznych. Osobom spoza branży lekarze mogą się wydawać niewyobrażalnie

nudni. Nie możemy się powstrzymać przed obsesyjnym omawianiem spraw medycznych – z naszej perspektywy pacjenci i ich choroby to coś nieskończenie fascynującego. Jest na przykład bez wątpienia rzeczą dość dziwną, że przez całe popołudnie chodzisz jak na skrzydłach, ponieważ właśnie miałaś okazję po raz pierwszy pomacać pulsujący tętniak. Jest też, szczerze mówiąc, coś osobliwego w fakcie, że groźne dla życia schorzenie u pacjenta staje się dla lekarza najciekawszym elementem tygodnia. Lecz zdumienie, przejęcie i podziw dla medycyny to uczucia, które dominują w chwili pierwszej styczności wielu studentów z przedmiotem ich studiów, a które niekiedy później dają o sobie znać nawet u najbardziej cynicznych i doświadczonych konsultantów.

Gdy spór dotyczący rezydentów dobiegał końca, jedna ze znajomych lekarek przysłała mi wiadomość, która coś we mnie poruszyła. Po roku, jak się mogło zdawać, daremnego agitowania, znalazła się w dołku, a to, co napisała, dotyczyło do żywego: „Chyba postradałam lekarską iskierkę kujona”.

Nigdy dotąd nie słyszałam, by ktoś tak to ujął, ale doskonale wiedziałam, o co jej chodzi – o nienasycone pragnienie młodych lekarzy, by nauczyć się wszystkiego, by pochłonąć wszystkie fakty i zaznać wszystkich doświadczeń, aby tylko ratować życie pacjentom. Podczas studiów medycznych to właśnie za sprawą „lekarskiej iskierki kujona” na każdym wykładzie siedziałam w pierwszym rzędzie, jako ta wkurzająca, co zawsze trzyma rękę w górze i rwie się, aby zadać kolejne pytanie. To przez nią ślęczałam do świtu nad podręcznikami, aż wreszcie należycie opanowałam biochemię. To przez nią szwendałam się po oddziałach i rozmawiałam z pacjentami, ponieważ zakurzony opis jednostki chorobowej w książce z biblioteki stawał się dla mnie rzeczywisty dopiero wówczas, gdy połączyłam go z prawdziwymi doznaniem osoby, która przeszła przez dany stan. Podobnych kujonów dookoła było mnóstwo: to choćby lekarze, zdecydowanie zbyt zarobieni, by znaleźć czas na nauczanie, a mimo to go znajdujący, poświęcający własny czas, by inspirować i napawać entuzjazmem młodych adeptów takich jak ja. Uczą nas, jak z tajemniczych szmerów wyłapywanych przez nasze stetoskopy rozpoznać, która z zastawek w sercu

szwankuje, czy też po samym kształcie łydki stwierdzić, którą chorobę neurologiczną pacjent odziedziczył po rodzicach.

Mojej iskierki nawet rok oporu wobec rządu nie zdołał zdusić do reszty, o czym przekonałam się, gdy wkrótce po tym, jak wycofałam aplikację o przyjęcie na kurs specjalizacyjny, jedna z moich pacjentek rozbudziła we mnie dawną ciekawość. Doktor Talbot, emerytowana badaczka, niedawno powróciła z mężem z wyprawy do lasów deszczowych w Wenezueli. Przez ostatnie dwa miesiące straciła ponad dziesięć kilo, a raz za razem rozpalala ją gwałtowna wysoka gorączka.

– Dobrze wiem, od czego mi się tak zrobiło – oznajmiła. – Ukąsił mnie tropikalny pająk.

Osmionożna przyczyna brzmiała dość zaskakująco, lecz kiedy pacjentka ma doktorat z bioróżnorodności, wahasz się, czy podważać jej diagnozę, tym bardziej, gdy jest ona tak egzotyczna i kusząca. Jaki lekarz nie chciałby się zajmować osobą powaloną przez rozszalałą tarantulę? Usiadłam przed pacjentką, aby wysłuchać jej opowieści od początku do końca.

Po wyczerpującej całodniowej wędrówce doktor Talbot wraz z mężem powróciła do hotelu, aby jak najprędzej umyć się z pyłu i z brudu. Lecz gdy zdjęła but, okazało się, że skarpetę ma przemoczoną od krwi, a z boku stopy dojrzała coś, co wyglądało na ślad po ukłuciu. Od tej pory źle się czuła – miała dreszcze, nudności, brakowało jej energii. Czerwone punkciki z wolna rozprzestrzeniły się na obydwie stopy, a gdy wróciła do kraju, musiała na krótko położyć się do szpitala, by bujną już infekcję stóp zwalczyć podawanymi dożylnie antybiotykami. Teraz kobieta wyglądała na wychudzoną i wycieńczoną; ewidentnie nie był to ktoś zdrowy. Bardzo się przejęłam.

– Kiedy uporali się z infekcją – ciągnęła opowieść – uznałam, że na tym sprawa się kończy. Tyle że wciąż czułam się wykończona. Są takie dni, że nie mam siły zwlec się z łóżka. Ubrania na mnie wiszą. I do tego jeszcze te koszmarne poty.

– Czy pająk dałby radę ugryźć panią przez skórzany but? – zastanawiałam się.

– Nie. Ale mógł się wcześniej skryć w skarpecie – odparła.

Ten obraz był nie do odparcia. Nic tak nie ożywia fascynacji medycyną jak stara, dobra zagwozdzka diagnostyczna. Tej nocy przeszukałam czeluście internetu pod kątem informacji o chorobach przewlekłych uaktywniających się pod wpływem ugryzienia tropikalnego pająka, choć zdawałam sobie sprawę, że w poszukiwaniach poruszam się po omacku. Prawda była taka, że nie mieliśmy innych punktów zaczepienia. Jeśli pominąć uporczywie nawracające gorączki oraz utratę masy ciała, badania doktor Talbot nie dostarczyły żadnych wskazówek. Wyniki krwi świadczyły o przewlekłym stanie zapalnym, nic jednak nie mówiły o jego możliwej przyczynie. Za symptomami mogły kryć się jakieś odporne infekcje, nieujawniony nowotwór czy też choroba autoimmunologiczna. Skrupulatnie przebadaliśmy ją więc od stóp do głów tomografem komputerowym pod kątem ukrytych guzów i przeprowadziliśmy mnóstwo badań krwi na obecność dziwacznych, cudownych infekcji, ale wszystko na nic. Tymczasem nasza pacjentka marniała w łóżku, coraz to chudsza i słabsza. Baliśmy się, co z nią będzie, jeśli nasze medyczne działania detektywistyczne nie przyniosą prędko rezultatów.

W końcu postanowiliśmy przeprowadzić specjalistyczną pozytonową tomografię emisyjną, w ramach której do krwi wpuszcza się drobną ilość radioaktywnej glukozy, co pozwala wyodrębnić obszary ciała o szczególnym nasileniu procesów metabolicznych w związku z nowotworem, infekcją bądź stanem zapalnym. Na tym etapie byliśmy zdania, że mamy do czynienia z paskudnym ukrytym nowotworem, aczkolwiek wszyscy mieliśmy nadzieję, że się mylimy. Ku memu rozradowaniu wyniki wprawiły nas w osłupienie. Wielkie arterie w jej ciele – aorta, tętnice szyjne oraz nerkowe – jaśniały światłem, przecinając ekran komputera niczym komety. W ich świetlistych śladach znaleźliśmy upragnioną odpowiedź. Pająk w tym wypadku okazał się zmyłką. Doktor Talbot cierpiała na zapalenie dużych naczyń, schorzenie, w którym naczynia krwionośne ulegają podrażnieniu i wchodzą w stan zapalny, często wskutek działania układu odpornościowego, który zwraca się przeciwko

własnemu organizmowi i atakuje zdrowe tkanki. Dzięki tej diagnozie wiedzieliśmy już przynajmniej, co leczyć i natychmiastowo podaliśmy jej mocne leki immunosupresyjne.

Był to pokaz publicznej opieki zdrowotnej w jej najlepszym wydaniu. Medyczna zagadka, która drażniła i intrygowała nawet najbardziej doświadczonych konsultantów. Pacjentka i jej bliscy, których ogarniały rozpacz i strach, potrzebowali z naszej strony wszelkiego wsparcia i wrażliwości, na jakie tylko byliśmy się w stanie zdobyć. Fachowa wiedza trzech różnych zespołów specjalistów, ściągniętych do namysłu nad tym przypadkiem, a do tego supernowoczesna diagnostyka obrazowa i badania krwi. Proces diagnostyczny prowadzony nie na oślep, wedle procedury, a z wykorzystaniem przenikliwości klinicznej, myślenia lateralnego i pracy zespołowej. W rezultacie postawiliśmy diagnozę równie prędko, jak mogłoby się to stać w jakiejś lśniącej nowością prywatnej instytucji, tyle tylko, że w warunkach ruiny i zaniedbań oddziału rodem z połowy ubiegłego wieku. Zbyt często w tych niełatwych czasach NHS dopuszcza się niedociągnięć, lecz kiedy system działa bez zarzutu, jak przy tej okazji, wciąż nie ma sobie równych. Doktor Talbot nie tylko na nowo rozpałała we mnie dawną miłość do medycyny, ale też przywróciła mi nieco wiary w NHS. Wciąż zdarzały się sukcesy, i to liczne, z których wszyscy mogliśmy czuć dumę.



Na skraju blatu, przy którym stałam i uzupełniałam swe notatki, rozdzwonił się telefon. Pokusa, by go zignorować, była niemalże nie do odparcia. Gdy odbierasz dzwoniący w szpitalu przypadkowy telefon, ryzykujesz uwikłaniem się w skomplikowaną i długą rozmowę z kimś, komu nie masz pojęcia jak pomóc, podczas gdy przełożony wisi ci ponuro nad głową, pochrząkiwaniem i groźnymi spojrzeniami dając wyraz swemu niezadowoleniu z faktu, że całą sobą nie angażujesz się w opanowanie rwącego potoku pacjentów napływających na SOR. Brzmi to nadzwyczaj samolubnie – być może to właśnie

dzwonią przejęci i zrozpaczeni bliscy pacjentów – ale kiedy zadań masz tyle, że niekiedy nie znajdujesz nawet czasu na posiłek, pomoc zarówno pacjentom, jak i przypadkowym rozmówcom nie zawsze jest możliwa. Tak było właśnie w tej sytuacji. Laborantka chciała mi podać wyniki badania krwi pacjentki, o której nigdy nie słyszałam. Już żałowałam, że podniosłam słuchawkę. Wtem laborantka przeczytała wynik. Poziom potasu we krwi pacjentki wynosił 10,8, to jest dwa razy więcej, niż powinien.

– Wygląda na to, że ktoś wydrukował te wyniki dwie godziny temu, więc przypuszczam, że sprawą się zajęto, ale pomyślałam, że się upewnię – wyjaśniła.

Jej skrupulatność wynikała ze świadomości, jakie spustoszenie w organizmie może wywołać tak wysoki potas. Stężenie potasu we krwi ma newralgiczne znaczenie dla regulowania przewodzenia prądu przez serce. Nadmiar potasu, czyli hiperkaliemia, sprawia, że serce staje się ogromnie pobudzone, przepływ prądu robi się chaotyczny i w konsekwencji rytm serca może ulec zaburzeniu, a w skrajnych przypadkach nawet stanąć – czyli dochodzi do zatrzymania akcji serca. Ja również uznałam, że ktoś się tym wynikiem zajął, a to dlatego, że z ekranu komputera wyczytałam, że pacjentka nadal żyje i znajduje się tuż za rogiem, na resusie. Przy takim poziomie potasu teoretycznie powinna już być martwa.

– Jestem pewna, że ktoś się tym zajął, ale sama sprawdzę – powiedziałam i przeszłam na resus, aby odszukać pacjentkę i, co najważniejsze, rzucić okiem na monitor pracy jej serca.

EKG to wykres graficzny odzwierciedlający przepływ prądu przez serce. Nauka interpretowania jego szczytów i spadków, ich wymiarów, zniekształceń i osobliwości to bardzo istotny element studiów medycznych. Na przykład wydłużone, ponadwymiarowe skoki sugerują prawdopodobną diagnozę utrzymującego się od dawna nadciśnienia. Atak serca może się objawić dramatycznymi, wypukłymi wybrzuszeniami na wykresie EKG, które niektórym słusznie przypominają kształt nagrobka. W przypadku potasu wraz z nieubłaganym wzrostem jego poziomu we krwi wykres EKG pacjenta zaczyna

skakać i szarpać w jeszcze bardziej charakterystyczny sposób. Nawet najmłodszy stażem lekarze, z niewielką tylko praktyką w odczytywaniu EKG, powinni z miejsca rozpoznać przypadek ostrej hiperkaliemii.

Elektroniczny wykres pani Mulligan dostrzegłam, jeszcze nim zauważyłam samą pacjentkę. Naskoczył na mnie z ekranu jej przyłóżkowego monitora, alarmując o pełnowymiarowej hiperkaliemii. Chaotyczny rysunek przedstawiał się tak dziwacznie, jak gdyby za moment miało dojść do zatrzymania akcji serca. Co zdumiewające, sama pacjentka była w dobrej formie i gawędziła z trojgiem czy czworgiem zebranych przy jej łóżku członków rodziny, w dłoni trzymając nadgryzioną grzanekę. Hiperkaliemia to często cichy zabójca. Pacjent nie odczuwa jakichkolwiek objawów, gdy wtem jego serce bez ostrzeżenia przestaje bić. W tym przypadku nigdzie nie zauważyłam lekarza ani pielęgniarek, a co gorsza, zważywszy na to, jak pilnie serce pacjentki należało otoczyć opieką, nie założono jej wenflonu, którym można by podać leki. Czym prędzej znalazłam pielęgniarkę i ukradkiem, pilnując, by nie słyszała nas rodzina, wyjaśniłam sytuację.

– Tak, naprawdę dziesięć koma osiem. Nie, nie ma wejścia. Teraz dopiero jej założę. Polecisz po glukonian wapnia i jak najszybciej jej go podamy?

Następnie, starając się zająć pacjentkę kojącą pogawędką – skok adrenaliny to ostatnie, czego w tym momencie potrzebowała – jak najprędzej wbiłam jej igłę w żyłę, aby tą drogą podać jej leki mogące uchronić serce. Na szczęście zdążyliśmy. Wkrótce potem pani Mulligan została pospiesznie zabrana na intensywną terapię w celu przeprowadzenia hemodializy. To najszybszy sposób na usunięcie z krwi nadmiaru potasu. Przypadkowy telefon, który odebrałam z niechęcią, być może właśnie ocalił jej życie.

Parę miesięcy później przypomniałam sobie tę sprawę, kiedy jeden ze szpitalnych konsultantów hematologów został wieczorem po pracy – choć nikt mu za to nie płacił ani nijak inaczej tego nie wynagradzał – aby nam, grupce swoich rezydentów, udzielić nieprzewidzianej lekcji przy łóżku. W dyżurce pielęgniarek rozdzwonił się telefon. Nie było tam nikogo, kto mógłby go

odebrać. Podczas gdy wszyscy w grupie kręcili się niezręcznie, udając, że go nie słyszą, doktor Fraser – któremu tak pacjenci, jak i koledzy mówili Mark – nachylił się i podniósł słuchawkę.

– Mówi Mark Fraser, jak mogę pomóc?

Ktoś postanowił zażartować sobie z sytuacji:

– Pierwsza zasada pracy na oddziale: nigdy, przenigdy nie odbierać przypadkowych telefonów.

Mark podniósł wzrok i bynajmniej nie było mu do śmiechu.

– Czyim zadaniem jest odbierać telefony na oddziale? – spytał, a na pytanie odpowiedziała mu niezręczna cisza. – Zadaniem wszystkich. Zawsze sobie myślę, jakbym się czuł, gdyby to ktoś z mojej rodziny leżał gdzieś w szpitalu, a ja usiłowałbym telefonicznie namierzyć kogoś, kto coś o nim wie.

Ten gest, tak drobny, znaczył bardzo wiele. Przez całych siedem lat praktyki zawodowej prawie nigdy nie widziałam, by jakiś inny konsultant odebrał przypadkowy telefon. Nieodmiennie to zadanie przypada niższym rangą członkom załogi, jak gdyby wraz ze starszeństwem zyskiwało się prawo do ignorowania pomniejszych oddziałowych uciążliwości. Lecz Mark, całkiem słusznie, zakładał, że każdy dzwoniący telefon może oznaczać zrozpaczonego krewnego, który potrzebuje z naszej strony wsparcia i życzliwości. Od tamtego wieczoru nigdy nie zdarzyło się, bym nie odebrała telefonu.

Poza zdumieniem medycyną starsi lekarze zaszczepiają swoim wychowankom coś jeszcze. Na własnym przykładzie dają im zobaczyć, co to znaczy być lekarzem, czy to dobrym, czy obojętnym, czy też po prostu złym. Czy są tego świadomi, czy nie, każdy ich ruch – rozmowa z pacjentem, skłonność do obmawiania kolegów, konkretny sposób, w jaki układają dłonie na brzuchu pacjenta – jest obserwowany i zapamiętywany przez ich studentów oraz rezydentów. Im bardziej jesteśmy niedoświadczeni, tym bardziej zachowujemy się jak pisklęta, czepiamy się pierwszej większej od siebie istoty, jaką spotkamy na oddziale i przyswajamy sobie jej zachowania. Konsultanci, którzy są nieczuli, dają odgórne przyzwolenie na bezduszność, tak jakby wystawiali licencję

zezwalającą na okazywanie chłodu. Jeśli są życzliwi, uczą młodszych od siebie, że życzliwość ma znaczenie – że to cecha, którą należy traktować na poważnie i w sobie pielęgnować.

Pierwszy konsultant, jaki kiedykolwiek nauczał mnie przy łóżku pacjenta, profesor i erudyta tak wielki, że pewnego dnia pisana jest mu Nagroda Nobla, łączył w sobie medyczny rygor z nadzwyczajną uprzejmością. Z zafascynowaniem przyglądałam się, jak przy okazji witania się z pacjentami na oddziale, brał ich dłonie w swoje, na pozór po to, by dodać otuchy i nawiązać nić porozumienia, gdy spoglądał im w oczy i omawiał ich przypadłość. W rzeczywistości zaś przy okazji tego prostego ludzkiego gestu jednocześnie mierzył im puls, oceniał stopień nawodnienia, szukał na dłoniach oznak choroby i oceniał ogólny stan zdrowia. Pacjenci, jak sądzę, myśleli, że jest po prostu miły. Tak naprawdę dyskretnie ich diagnozował. Twarda, skuteczna medycyna przyobleczona w szaty życzliwego człowieczeństwa. Widziałam w nim wzór, który od tamtej pory starałam się naśladować.

Pewnego razu Mark Fraser, jedyny konsultant gotów odbierać przypadkowe telefony na oddziale, zdawszy sobie sprawę, że pacjentka wymaga podejścia wykraczającego poza sztywne procedury zakładu opieki zdrowotnej, złamał wszelkie dotyczące takich sytuacji zasady. Kończyliśmy właśnie poranny obchód oddziału, ale świadomie zostawiliśmy sobie na sam koniec wizytę u Alice Fitzpatrick. U pani Fitzpatrick zdiagnozowano niedawno wyjątkowo agresywną postać ostrej białaczki, która okazała się odporna na chemioterapię. Niedawno poddano ją przeszczepowi szpiku kostnego, żeby powstrzymać namnażanie się napastliwych zrakowaciałych komórek. Po potężnych dawkach leków przeciwnowotworowych powinny nastąpić dwie rzeczy: po pierwsze, pod wpływem chemicznej nawały musiał zniknąć rak, po drugie zaś szpik kostny od nieznanego dawcy musiał z powodzeniem zakotwiczyć w jej kościach. Tymczasem nasze codzienne badania krwi wskazywały, że tak się nie dzieje. Szpik był pusty jak fabryka, która przerwała produkcję.

Pacjentka w stanie poważnej anemii, narażona na infekcje i krwotoki, dzień za dniem była wzmocniana transfuzjami krwi w oczekiwaniu, aż sama – jak mieliśmy nadzieję – zacznie produkować własne komórki krwi. W końcu, wobec braku oznak poprawy, hematolog pobrał próbkę jej szpiku, aby przebadać ją pod mikroskopem i spróbować ustalić przyczynę problemu. Tego ranka poznaliśmy odpowiedź. Stare komórki nowotworowe wróciły – wciąż tam były, wciąż się namnażały, na przekór najsilniejszym truciznom, jakie przeciwko nim rzucaliśmy. Przyszłość pacjentki malowała się w ponurych barwach, a trudne do pozazdroszczenia zadanie przekazania jej tej wieści spadło na Marka.

Pamiętam każdą chwilę. Jego głos, łączący współczucie z cichym autorytetem, z którym jasno i spokojnie, bez cienia niejasności, przedstawił fakty. Wyraz jej twarzy, na której natychmiast odbiły się zgryzota i lęk, chude ramiona unoszące się i opadające na tle ściany liścików od przyjaciół i dzieci. Te karteczki, jak talizmany, miały ochronić tę kobietę przed niepewną przyszłością. Zwiesiła głowę, z łysiną buntowniczo owiniętą drogim szalem w barwach podstawowych. Zdała sobie sprawę, że nadzieja, którą żywiła i podtrzymywała przez wszystkie meandry tej podróży, zaraz zostanie zdmuchnięta. Słowa do niej nie docierały. Potrzebowała bardziej pierwotnej otuchy. Lekceważąc dyktaty dotyczące „zapobiegania infekcjom”, a bez wątpienia też i osobne regulacje poświęcone właściwemu zachowaniu wobec osób odmiennej płci, Mark przysiadł obok pacjentki na brzegu jej łóżka. Z czułością objął ramieniem jej barki, ona zaś oparła skroń na jego piersi. Jej łzy spływały mu na koszulę, on w milczeniu złożył swoją głowę na jej głowie. Siedzieli tak przez pewien czas bez słowa. Uderzyło mnie, jak niekiedy interakcja między pacjentami a lekarzem – przelotna i będąca dziełem przypadku – bardziej niż pracę przypomina akt miłości. To był taki przypadek. Później zastanawiałam się, jak wiele doktor Fraser musiał dać z siebie – jak wiele zapewnienie tego rodzaju pociechy wysysa z człowieka.



Podobnie jak setki lekarzy, którzy uczyli mnie fachu – zazwyczaj na własny koszt, pracując dłużej, później bądź ciężiej, ze swobodą dzielenia się wiedzą i umiejętnościami jako jedynym wynagrodzeniem – jak tylko opanowałam już cokolwiek wartego nauczania, sama zapragnęłam nauczać. Zawsze gdy biuro prasowe Departamentu Zdrowia przedstawia kwoty z kosmosu, rzekomo obrazujące koszt wykształcenia od zera lekarza publicznej służby zdrowia, smętnie się uśmiecham. Ich obecnym hitem jest bająska suma 230 tysięcy funtów za same tylko studia medyczne⁷⁴. Tymczasem przez ogromną większość czasu jako lekarze w trakcie kształcenia nie jesteśmy kształceni, a „świadczymy usługi” – przewalamy zlecenie za zleceniem, pacjenta za pacjentem, a nasze „potrzeby kształceniowe” mającą gdzieś w pół drogi między niedogodnością a obowiązkiem wiecznie odkładanym na później. Tego, co potrafię, nauczyli mnie lekarze – i to zerowym kosztem dla podatnika, bo zrobili to w swoim własnym czasie, jako pedagodzy z przypadku, nijak niewspierani przez swojego pracodawcę.

Tuż przed rozpoczęciem egzaminów końcowych na studiach medycznych szpitale zamieniają się w łowiska dla owładniętych paranoją studentów grasujących po nich w poszukiwaniu pacjentów z nietypowymi objawami klinicznymi, które mogłyby ich zaskoczyć na nadchodzących sprawdzianach. Jako lekarze musimy znaleźć równowagę pomiędzy chronieniem naszych pacjentów przed nieproszonymi najściami tabunów zafiksowanych na egzaminach studentów, a pragnieniem, by pomóc w nauce tym ostatnim. Każdej chorobie towarzyszy zbiór fizycznych oznak – możliwych do wyczucia guzów, słyszalnych w sercu szmerów, wysypek, które należy dostrzec, i innych osobliwości – o ile tylko student jest dostatecznie uzdolniony, by je zidentyfikować. Im rzadsze oznaki, tym pacjent ciekawszy. Jeśli rozejdzie się, że dany pacjent wykazuje przy badaniu wyjątkowo nietypowe objawy, studenci zbiegają się hordami, co niekiedy nas zmusza do odcięcia dostępu do chorego, jeżeli ten sobie tego zażyczy.

Pewnego razu dostałam od przyjaciółki drogocenny cynk. „Rach, obiecaj mi, że nikomu dalej nie powiesz, ale na dziesiątce mam pacjenta z *situs inversus*. Gotów jest dać się przebadac jednej grupce studentów”. Kiedy tylko byłam w stanie wyrwać się z oddziału, pospieszyłam na piętro, by namierzyć pacjenta. Istotnie wyrażał ochotę na spotkanie z moją niewielką grupą studentów. Nie oparłam się pokusie i nim sobie poszłam, poprosiłam go o zgodę i sama szybciotko go osłuchałam. Jak każda medyczna osobliwość, z którą człowiek osobiście się nie zetknął, *situs inversus*, czyli odwrócenie trzewi, było dla mnie czymś mitycznym, niemal równie prawdopodobnym jak to, że przez oddział przespaceruje się zaraz jednorożec. Ta rzadka osobliwość objawia się na etapie rozwoju płodowego. Polega na tym, że wszystkie główne organy rozwijają się po przeciwnej niż zwykle stronie organizmu. Kiedy zatem serce sytuuje się po prawej stronie klatki piersiowej, w lustrzanym odbiciu stanu normalnego, mówimy o dekstrokardii.

Przyłożyłam stetoskop w miejscu, gdzie spodziewałabym się najgłośniejsz usłyszeć bicie serca i usłyszałam... absolutnie nic. Ani śladu serca po lewej stronie piersi. Nigdy nie słyszałam cudowniejszej ciszy. Następnie przystawiłam stetoskop do prawej strony – w słuchawce rozległo się zdrowe, normalnie bijące serce. Było to coś zarazem tak niewłaściwego – jakby gwałciło prawa natury – i tak cudownego przez fakt, że stanowiło po prostu wariantową odmianę stanu normalnego, zdarzającą się u jednej na dziesięć tysięcy osób. Napisałam moim studentom, by pod koniec dnia spotkali się ze mną na oddziale, to poznają pacjenta, którego nigdy nie zapomną.

Pan Hodges, czyli pacjent, uśmiechał się serdecznie, podczas gdy każdy kolejny student osłuchiwał jego serce i usiłował opisać wyniki badania. Żaden z nich nie zdobył się na przyznanie, że absolutnie niczego nie słyszał.

– Bardzo ciche odgłosy serca – zauważył jeden z nich. – Ale, hm, wydaje mi się, że dało się też słyszeć lekki szmer niedomykalności zastawki aortalnej. – Tak oto poległ już na pierwszej przeszkodzie zajęć praktycznych: nigdy nie należy zmyślać wyników.

W końcu to pan Hodges pospieszył im z pomocą:

– Dlaczego moje serce miałooby brzmieć tak cicho?

Twarz jednej ze studentek się rozświetliła.

– Czy mogłabym raz jeszcze osłuchać panu klatkę piersiową? – spytała. Tym razem od razu sięgnęła stetoskopem ku przeciwnej stronie piersi, a gdy przyłożyła go u wierzchołka serca, tuż poniżej prawego sutka, aż jęknęła z radości i zaskoczenia. Pozostali studenci też zaczęli wiercić się z podekscytowania. Wszyscy zdążyli domyślić się diagnozy i grupka rozpromieniła się w zdumieniu. Pan Hodges widział to już pewnie setki razy, ale i tak uśmiechał się wylewnie.

– Ogromnie panu dziękuję – powiedziałam, gdy już wychodziliśmy. – Właśnie sprawił pan, że zapamiętają ten semestr na zawsze. Ja zresztą też.



Podstawę dobrego kształcenia medycznego stanowią tysiące codziennych kontaktów ze starszymi stażem lekarzami, które razem kształtują podejście młodego lekarza do wykonywania zawodu. Formalne szkolenie, to jest ta jedna jedyna godzina tygodniowo, kiedy oficjalnie mam prawo odłożyć pager, by wziąć udział w zajęciach, czasami się przydaje, ale nijak nie umywa się do prawdziwego, autentycznego przyuczenia do bycia lekarką, które odebrałam w pracy dzięki dobrej woli starszych kolegów i ich niezmordowanej ochocie do przekazywania wszystkiego, czego sami zdążyli się nauczyć. To dzięki właśnie takim kontaktom dowiedziałam się wszystkiego, co ważne – a przecież zależą one od tego, czy lekarze mają dość czasu na wspólną pracę w zespole, w ramach którego służymy sobie nawzajem wsparciem, otuchą i motywacją.

Mnóstwo lekarzy wprost uwielbia nauczać. Urzędnicy na wysokich posadach w NHS, którzy załamują ręce nad przenikającym szeregi personelu poczuciem rozpacz, nie dostrzegają czegoś istotnego; nic bowiem tak skutecznie nie rozpala w nas na nowo pasji medycznej jak spoglądanie na nasz fach jaśniejącymi entuzjazmem oczyma studentów. Udzielenie jednej porządnej lekcji

pokazowej robi więcej dla podniesienia ducha i poprawy podupadającego morale aniżeli tysiąc godzin zajęć zumbi. Kluczowe znaczenie ma jednak czas. Przy braku czasu, przy nawale obowiązków tak przytłaczającym, że lekarze ledwo co są w stanie się przezeń przebić, nauczanie innych – bez względu na to, jak osobiście satysfakcjonujące i jak szalenie istotne dla przyszłości publicznej służby zdrowia jako takiej – staje się luksusem nie do utrzymania.

Krótko mówiąc, wiele aspektów złożonego, delikatnego, nadzwyczajnego ekosystemu więzi, oddania, szacunku i dobrej woli, które skłaniają poszczególnych lekarzy do wzajemnego się szkolenia i nauczania, jest zagrożonych. Wobec braku czasu i ciągłości pozwalających na budowanie relacji z innymi lekarzami cechy te, tak ważne dla utrzymania się w zawodzie, mogą wyginać. Na myśl przychodzi mi Hector, wspaniale osobliwy nauczyciel Alana Bennetta z jego sztuki *The History Boys*, który tak pięknie ujmuje istotę nauczania:

„Przełącz paczkę. Czasami to jedyne, co możesz zrobić. Weź ją, poczuj i przekaz dalej. Nie z myślą o mnie, nie z myślą o sobie, ale o kimś, gdzieś, kiedyś. Przekażcie ją, chłopcy. Oto gra, której chciałbym was nauczyć. Przekażcie dalej ¹”.

Słowo „doktor” pochodzi od łacińskiego *docere* – nauczać – a moje doświadczenie wykazuje, że nie ma lepszego sposobu na podtrzymanie miłości do medycyny i zdolności odczuwania zdumienia jak podjęcie się przekazania komuś tej wiedzy. W epoce zaciskania pasa, gdy wydanie każdego funta z budżetu państwa wymaga rygorystycznego uzasadnienia, być może koncepcje tak zwiewne jak zdumienie czy dobra wola wydają się – podobnie jak życzliwość – zbyteczne. Nie da się jednak policzyć ich wkładu. Nie mamy jak tego wycenić. Prawda jednak wygląda tak, że choć takich wartości nie da się kupić czy sprzedać, to motywują one pracowników będących motorem NHS bardziej niż jakiegokolwiek czynniki zarobkowe. To zaś – w czasach odpływu personelu, spadającej motywacji, narastającego wypalenia zawodowego i rekordowych wskaźników nieobecności z przyczyn zdrowotnych – sprawia, że

są bezcenne. Jeżeli pragniemy w dalszym ciągu oferować opiekę zdrowotną na światowym poziomie, trwonimy te wartości na własne ryzyko.

1. *The History Boys*, Alan Bennett, Faber & Faber, London 2004, tłumaczenie własne (przyp. tłum.).
[\[wróć\]](#)

ROZDZIAŁ TRZYNASTY

OTUCHA

Gdy zmierzam w stronę jej łóżka, nie odrywa ode mnie spojrzenia. Mam koszmarne przeczucie, że już wie.

W rogu mrugają lampki choinkowe, stłumione śmiechy z pokoju socjalnego wylewają się na oddział.

– Margaret. – Uśmiecham się, starając się zdobyć na jak najwięcej ciepła. Akurat tego dnia szczególnie zależy mi, by zrobić to jak należy, ale jestem jeszcze niedoświadczoną lekarką, do tej pory robiłam to niewiele razy.

– Dzień dobry. – Odwzajemnia uśmiech z opanowaniem, którego mi brakuje.
– Zdaje się, że masz mi coś do powiedzenia?

Nie ma czegoś takiego jak odpowiedni moment na poinformowanie pacjentki, że jej badania obrazowe ukazują raka w fazie terminalnej, lecz akurat Wigilia Bożego Narodzenia nadaje się do tego wyjątkowo fatalnie.

Margaret Hamilton, pielęgniarka z intensywnej terapii, która niedawno przeszła na emeryturę, nawet w szpitalnej koszuli, podłączona do kroplówki mającej na celu powstrzymanie wymiotów i bólu, nie traci nic z postawy i samokontroli, jakiej jeszcze do niedawna wymagało jej zajęcie. Wraz z moim zespołem właśnie przyjrzeliliśmy się jej zdjęciom. Gdy tylko popatrzyliśmy na ekran, świąteczna radość w mig nas opuściła, a miny nam zrzedły. Rak nie był po prostu obecny, był wszędzie. Guzy w wątrobie, w trzustce, w jelitach, w miednicy – zbyt wiele, by dało się je policzyć.

Usiadłszy teraz obok Margaret, która nalegała, bym nie owijała w bawełnę, delikatnie tłumaczę jej zasięg i rozrost choroby. Pełna godności kobieta, która

sama w przeszłości spędziła tyle razy Gwiazdkę na opiece nad najciężej chorymi pacjentami NHS, zdobywa się na błady i posępny uśmiech.

– W przyszłym roku zamierzaliśmy się wybrać na trekking w Himalaje – mówi. – Przyoszczędziliśmy z myślą o wielkich przygodach na emeryturze.

Gawędzimy. Martwi się – tak jak bardzo wielu pacjentów NHS – przede wszystkim nie o siebie samą, a o kogoś innego. Do tej pory utrzymywała męża w błogiej nieświadomości swych podejrzeń, więc teraz będzie zdruzgotany. Dopiero kiedy proponuję, że wrócę po południu, by pomóc jej przekazać mu złe wieści, na chwilę traci opanowanie.

– Dziękuję – mamrocze z wilgotnymi oczyma. – Sama chyba nie dałabym rady.



Niekiedy uczucie zdumienia, jakiego doznaję jako lekarka, wykracza poza dokonania ludzkiego organizmu i dotyczy wyczynów samego NHS. Na przykład w zeszłym roku w Boże Narodzenie NHS rozdał niemal 400 tysięcy obiadów świątecznych – i przyjął 1800 świątecznych porodów. Od Penrith po Penzance, od Londynu po Tobermory cała armia pracowników służby zdrowia złączyła siły, by tym z nas, którym pechowo przyszło spędzić Boże Narodzenie w szpitalu, stworzyć jak najlepsze warunki do zaznania choć odrobiny świątecznej radości. W naszych szpitalach pracowało 100 tysięcy pielęgniarek, zaś w domach opieki w całej Anglii wsparcie bezradnym i starszym osobom zapewniało około 200 tysięcy opiekunów. Służbę pełniło 40 tysięcy sprzątających i ponad 12 tysięcy noszowych, a przez cały dzień zużyto 1,5 miliona sztuk pościeli i prześcieradeł.

Już sama skala świątecznych wyliczeń NHS zapiera dech w piersiach. Tak mnóstwo działań, tyle zespołów robiących w całym kraju wszystko, co w ich mocy dla swych pacjentów, bowiem choroby nie przestrzegają kalendarza dni wolnych od pracy, a niemoc czy wypadek może cię dopaść w każdej chwili. Lecz jako lekarzkę NHS w okresie świątecznym napawają mnie podziwem nie

monstrualne statystyki, a zapamiętałe człowieczeństwo, którym wykazują się zarówno pacjenci, jak i personel.

Każdy w głębi duszy wolałby być gdzieś indziej. Za każdym razem, gdy okazuje się, że znowu w Boże Narodzenie mam dyżur, wyklinam koordynatora zmian od najgorszych, że w tym roku dzieci znowu spędzą święta bez matki. Całuję je, wciąż opatulone w pizamkach w renifery, na do widzenia, po czym wychodzę na ziąb z poczuciem, że ktoś mnie zrobił na szaro. Lecz wystarczy parę chwil w pracy, bym pytała samą siebie, czemu to myśl o pracy w święta w służbie zdrowia wydaje się tak wstrętne, gdy rzeczywistość często okazuje się tak krzepiąca.

Ostatnio przy takiej okazji weszłam do szpitala z włosami uczesanyimi à la księżniczka Leia i przyozdobionymi w świecidełka. Błyskawicznie przybił mi piątkę noszowy w czapce Mikołaja. Parę pielęgniarek, które skończyły nocną zmianę, przemknęło obok nas, puszczając oko i opychając się mieszanką Quality Street. Pokój lekarzy ozdobiły kartonowe baseny dla chorych – mało kto wie, że pod względem kształtu nie ma nic lepszego, gdy przychodzi przystroić ściany w bożonarodzeniowe renifery. Mój konsultant potraktował temat Gwiezdných Wojen na poważnie i zabrał na oddział plastikowy miecz świetlny mojego syna. Może i lekarze do pobudzania serc pacjentów używają defibrylatorów, ale tym razem po naszej stronie mieliśmy też świąteczną Moc.

Jeden z pacjentów, osiemdziesięcioparolatek świeżo po poważnym zawale serca, usilnie częstował nas czekoladkami – każde z nas przed wyjściem z jego sali musiało zjeść co najmniej po dwie czy trzy sztuki z jego paczki Celebrations. Jakaś rodzina, której nigdy wcześniej nie widziałam, wetknęła mi świąteczną kartkę pełną podziękowań i wyrazów wdzięczności za opiekę nad ich bliskim. Niebawem po oddziale rozeszła się woń gotowanej brukselki i firmowego sosu NHS. Jak dotąd nie spotkałam jeszcze nikogo, kto opanowałby sekret przyrządzania posiłków szpitalnych, które byłyby apetyczne – nawet jeśli dołączyć do nich świąteczne tutki z upominkami. Ale pacjenci zdawali się tym

nie przejmować. Uśmiechali się szeroko w papierowych kapelusikach, podczas gdy chór z pobliskiego kościoła przyszedł na oddział pokolędować.

Gdy pacjentom wydawano świąteczny obiad, mój konsultant zwołał lekarzy i pielęgniarki do pokoju socjalnego. Uśmiełam się. Na stole wznosiła się wysoka piramida smakołyków, a za jego naleganiem zorganizowano też napastrki szampana, którym wspólnie, jako zespół, wznieśliśmy świąteczny toast. Mój oddział zdawał się bardziej przesiąknięty atmosferą świąt niż jakiegokolwiek inne miejsce, w którym mogłabym się tego dnia znajdować. Serdecznie wyściskałam ich jako członków mojej drugiej rodziny – tych, z którymi łączą mnie nie genetyczne, a dosłowne więzy krwi, razem bowiem w pracy znosimy krwotoki, dramatyczne sytuacje i zgony. Wspólnie wznieśliśmy okrzyk radości.



Publiczna służba zdrowia działa w oparciu o koleżeństwo, co szczególnie daje o sobie znać przy okazji świąt. Mój ojciec, który sam w latach sześćdziesiątych był młodym lekarzem, wspomina wędrowną rewię w wykonaniu lekarzy, którzy w Boże Narodzenie łązili z sali do sali w jego szpitalu, podnosząc na duchu pacjentów, pielęgniarki i kolegów po fachu. Ja z kolei pamiętam, jak później, gdy byłam małym dzieckiem, chwyciłam go kurczowo za rękę, kiedy rok w rok w poranek Bożego Narodzenia zabierał mnie wraz z rodzeństwem na odwiedziny do swoich pacjentów, którzy z perspektywy zdumionej sześciolatki wyglądali na niepokojąco pomarszczonych i powykręcanych, na oddział, gdzie unosił się zapach jodyny i kapusty. Patrzyłam, jak twarze chorych promieniały radością, gdy przy łóżku zjawiał się ich lekarz. Czasami był jedynym gościem, jaki tego dnia ich odwiedzał.

Lecz święta nie przebiegają wyłącznie pod znakiem dobrej woli i czułości. Boże Narodzenie nie chroni przed zagrożeniami związanymi z prześladowającym współczesny NHS zimowym kryzysem. W 2017 roku, gdy w naszych szpitalach doszło do tak poważnych zatorów, że Brytyjski Czerwony Krzyż określił sytuację mianem „kryzysu humanitarnego”, pacjenci na noszach oczekiwali

w korytarzach tak długo, że niektórzy tam umierali. Czynimy nadludzkie wysiłki, by wystawieni na niebezpieczeństwo pacjenci trafili na święta do domu pod opiekę bliskich, tyle tylko, że opiekunowie, których im potrzeba, po prostu nie zawsze są obecni. Co roku trafiają nam się pacjenci, którzy choć z medycznego punktu widzenia nadają się do wypisu, pozostają porzuceni w szpitalu z tego tylko powodu, że usługi pomocy społecznej w Wielkiej Brytanii są żałośnie niedofinansowane.

Święta nie dają też wytchnienia od umierania czy cierpienia. Pewnego razu, gdy na SOR-ze właśnie uporałam się z pewnym młodzieńcem, który przypadkowo „przysiadł” na bombce, natknęłam się na kobietę w średnim wieku, która kilka tygodni po tym, jak po raz pierwszy zauważyła u siebie osłabienie w rękach i w nogach, wpadła w końcu w panikę, gdy okazało się, że nie jest w stanie wyciągnąć nawet puszki z sosem w proszku z wysokiego kuchennego kredensu, nie mówiąc już o wstawieniu indyka do piekarnika. Rodzina żartowała, że chyba jej odbiło:

– Mamo, chyba po prostu chcesz się wymigać od oglądania przemówienia królowej, co?

Tymczasem w rzeczywistości badanie kończyn wykazało dramatyczne zaburzenia neurologiczne, które z niemal stuprocentową pewnością podpowiadały straszliwą diagnozę: stwardnienie zanikowe boczne. Czym prędzej przerzucono ją z SOR-u na neurologię, później zaś się dowiedziałam, że przed Wielkanocą zmarła.

Być może najbardziej poruszają jednak spotykane niekiedy przypadki pacjentów, których członkowie rodziny oddają na święta w ręce NHS. Pewnego razu w Wigilię ratownicy medyczni pospieszyli do domu Ethel Campbell, starszej pani, której syn zadzwonił pod 999 i zgłosił upadek ze schodów, złamanie biodra i możliwy poważny uraz głowy. Ku ich zdziwieniu, gdy zadzwonili do drzwi, otworzyła im Ethel we własnej osobie, krucha i rozkojarzona, ale absolutnie pewna, że nigdzie nie spadła i chętna zaprosić ich

do kuchni na herbatę. Jako że syna nigdzie nie było, postanowili na wszelki wypadek zabrać Ethel na SOR.

Przebrałam ją dokładnie od stóp do głów. Żadnych naruszonych kości, świeżych urazów czy ognisk bólu, po prostu sędziwa kobieta z możliwą demencją, która zdawała się wniebowzięta tym, ile poświęca się jej uwagi i nie chciała puścić mej dłoni.

W końcu udało mi się dodzwonić do jej syna na komórkę – był na lotnisku Heathrow.

– Nie, nie mam czasu na rozmowę o mojej matce, za minutę mamy samolot. Nie, na własne oczy nie widziałem, ale możliwe, że upadła, a w mieszkaniu nie ma zapasów jedzenia. Będziecie ją musieli potrzymać przez święta, bo wracamy dopiero po Nowym Roku.

Odłożyłam słuchawkę i zastanowiłam się, co teraz powiem. Nikt nigdy do końca nie zrozumie z zewnątrz sytuacji, z jaką mierzy się dana rodzina i rolę lekarza na pewno nie jest wydawanie o tym sądów. Wiedziałam tylko, że Ethel zaraz się dowie, że święta spędzi z rodziną NHS, a to mnie przypadnie w udziale przekazanie jej tej wieści. Kiedy powróciłam do jej łóżka, jej twarz się rozpromieniła, potem jednak zmartwiała. Kobieta chwyciła mnie za rękę i się rozplakała.



Prawdziwą nagrodą za pracę w święta w szpitalu jest, rzecz jasna, przywilej opieki nad innymi, którzy mają mniej szczęścia i którzy zrobiliby wszystko, by tylko być gdzie indziej. Jeśli personel w pewnym stopniu tęskni za swoimi bliskimi, to można sobie wyobrazić, jak bardzo pacjenci pragnęliby się stamtąd wyrwać. Lecz bez względu na wymizerowanie, złe samopoczucie czy też wrażenie odcięcia od ukochanych, pacjenci nieodmiennie znoszą Boże Narodzenie w szpitalu bez słowa skargi i z zapierającą dech godnością.

Kiedy tamtej Wigilii, jakieś osiem lat temu, powróciłam do łóżka Margaret Hamilton, moja zmiana teoretycznie miała się już skończyć. Cały dzień

pracowałam bez wytchnienia, czym prędzej wywiązując się z kolejnych zadań, daremnie licząc, że może tym razem uda mi się wyjść o czasie, abym zdążyła ułożyć dzieci do snu, powiesić świąteczne pończochy, uważnie ułożyć marchewki i ciastka na ruszcie. Po części chciałam stamtąd wybiec. Lecz kiedy z oddali ujrzałam, jak mąż i żona – przygarbieni, zamartwieni – trzymają się za ręce, pojęłam, że nigdzie indziej w tym momencie być nie mogłam.

Po długiej i trudnej rozmowie mąż Margaret usiadł, bezgłośnie popłakując z twarzą ukrytą w dłoniach, ona tymczasem zadała nader istotne pytanie.

– Jutro zjadą się tu wszystkie nasze dzieci i wnuki. Mam im powiedzieć, czy niech się cieszą świętami?

Rozmawiałyśmy dalej. Łatwych odpowiedzi nie było. Kiedy wstałam, by już pójść, Margaret poprosiła mnie, bym się przysunęła. Nachyliłam się nad łóżkiem w jej stronę. Pocałowała mnie w policzek, mówiąc:

– Dziękuję. Byłaś dzisiaj bardzo dzielna. To było dla mnie jak prezent na święta.

Kobieta właśnie otrzymała najgorszą nowinę, jaką człowiek może usłyszeć, a mimo to przejmowała się teraz wszystkimi dookoła siebie, nawet swoją lekarką, a nie sobą samą. Nie potrafiłam wtedy wyobrazić sobie bardziej dobitnego przykładu człowieczeństwa w jego najlepszym, najpełniejszym godności wydaniu niż jej spokojna siła i altruizm. W rzeczywistości jednak przez lata pracy jako lekarka NHS spotykałam się z takimi sytuacjami wielokrotnie – i za każdym razem robiły one na mnie kolosalne wrażenie.



Pewnego razu mój syn, będący wówczas w wieku, w którym pytanie o istnienie Świętego Mikołaja było kwestią nader palącą, spytał mnie:

– Mamusiu, w jaki sposób on odwiedza wszystkich chłopców i dziewczynki w szpitalu? Jak tam się dostaje? Czy w szpitalu są kominy?

Wtedy nie do końca jeszcze rozumiał, jaką rolę pełnię w szpitalu (kiedy ktoś spytał go, co ja tak naprawdę tam robię, ze śmiertelną powagą odparł: „Mamusia

całuje innych lekarzy, żeby lepiej się czuli”), a obecność dzieci w szpitalu postrzegał jako niepokojący dowód na nieistnienie Mikołaja.

Było to bardzo dobre pytanie. Nie mogłam się doczekać, aż pewnego dnia mu powiem, że zdarzenia rozgrywające się w szpitalu w Boże Narodzenie bywają niekiedy dość zdumiewające, by nawet najtwardszych lekarzy na jeden dzień przekonać, że magia istnieje.

Kiedyś w święta moja przyjaciółka Gemma, lekarka pracująca na oddziale intensywnej terapii pediatrycznej, została wezwana na SOR, by zająć się nagłym przypadkiem.

– Zawsze próbujesz się trochę uzbroić – mówiła mi – lecz tym razem było gorzej niż zazwyczaj. Tata miał na sobie sweter w renifery. A rodzic na resusie w Boże Narodzenie to zawsze zły widok.

Tommy miał pięć albo sześć lat. Nim rodzice zdolali go powstrzymać, wbiegł na lód, który popękał dookoła niego na kawałki, a chłopczyk wpadł pod powierzchnię wody. Przypadkowi gapie zdolali w końcu wyciągnąć go z wody, lecz już nie oddychał, a jego serce przestało bić. Ratownicy przez całą drogę do szpitala prowadzili masaż serca, lecz mały popadł w stan tak głębokiej hipotermii, że w chwili przybycia był biały jak lód, miał zamknięte oczy, sine usta i wyglądał bardziej jak posąg niż istota ludzka.

– Nie przestawaliśmy – opowiadała Gemma. – W przypadku dzieci nigdy nic nie wiadomo. Są w stanie przetrwać zatrzymanie krążenia na tyle długie, że u dorosłego oznaczałoby zniszczenie mózgu.

Zespół ratunkowy powoli i ostrożnie zaczął chłopca ocieplać. W pewnym momencie, wbrew najgorszym obawom wszystkich, jego serce pozbierało się z przedłużonego podtopienia i wznowiło pracę, na przekór wszystkiemu, początkowo cherlawo, niepewnie migając, lecz z każdą mijającą sekundą nabierając siły.

– Rodzice płakali z radości, ale ja w głębi duszy wciąż czułam się paskudnie – przyznała Gemma. Choć jego ciało wróciło znad przepaści, na tym etapie nikt nie wiedział, czy sam Tommy, czy chłopiec, którym dotychczas był, ocalał, czy

też odszedł. Jak najbardziej istniało prawdopodobieństwo, że Tommy doznał katastrofalnych uszkodzeń mózgu. Gemma dzień w dzień śledziła jego stan na oddziale intensywnej terapii pediatrycznej. Początkowo silne środki znieczulające utrzymywały go w stanie nieświadomości, aby dać jego mózgowi możliwość pozbierania się po urazie. Po kilku dniach zespół ostrożnie odważył się odstawić narkozę. Ku ogromnej radości i zdumieniu wszystkich, ze snu wyłonił się zwyczajny, żywiołowy, ciekawski chłopiec bez widocznych oznak uszkodzenia mózgu. Wyglądało na to, że Tommy powrócił.

– Wiem, że mam obsesję na punkcie dowodów naukowych – powiedziała mi potem Gemma – ale to wystarczyło, by człowiek uwierzył w cokolwiek. To było jak cud, kurde, jak świąteczny cud.



Jeśli pech sprawi, że przyjdzie ci się spotkać z nami w Boże Narodzenie – a w najgorszym wypadku przyjęciu do szpitala mogą towarzyszyć uczucia strachu, upokorzenia, beznadziei – natkniesz się na lekarzy i pielęgniarki, którzy pod względem ducha zespołowego mogliby się mierzyć z wojskiem. Może i będziemy wyglądać groteskowo w świątecznych sweterkach, borykając się z fałdkami spowodowanymi zbyt dużą liczbą cukierków, ale zrobimy, co w naszej mocy, aby ci pomóc. Możliwe, że nie będziemy w stanie doprowadzić cię do ładu, ale na pewno nie zostawimy cię samemu sobie.

My z kolei będziemy szczęśliwi, że dane nam było cię poznać. Jak rodzącą się w Boże Narodzenie dziewczynkę, która pod szpitalnymi świetlówkami wyje w niebogłose, obwieszczając światu swe przybycie. Jak nastolatka z nowotworem kości, który chce, by go zostawić w spokoju, lecz nie może powstrzymać uśmiechu na widok zmagających konsultanta z przyciasnym strojem Mikołaja. Jak dziewięćdziesięciosześcioletniego mężczyznę przywiezionego ambulansiem na SOR, któremu, jak się okazuje, najbardziej potrzeba kogoś – absolutnie kogokolwiek – z kim mógłby porozmawiać. Jak świeżo emerytowaną pielęgniarkę z intensywnej terapii, która dzielnie podejmuje swoich bliskich,

choć jej marzenia o podróżach po szerokim świecie właśnie uległy roztrzaskaniu i zostawiły za sobą niewielką, ostrą, skurczoną przyszłość pod znakiem chemioterapii paliatywnej aż do czasu, gdy symptomy choroby ją zmogą.

Przez wszystkie moje czterdzieści cztery Boże Narodzenia nigdy nie zaobserwowałam czegoś tak niezwykłego jak nieposkromiony duch okazywany przez pacjentów NHS. Opieka nad nimi była dla mnie zaszczytem. W tym roku w drugi dzień świąt wejść na mój oddział specjalistycznej opieki paliatywnej sprężystym krokiem i z uśmiechem na twarzy. Mogę tam zastać niewyobrażalną zgryzotę rodzin, którym wyrwano ich bliskich. Lecz w tych szpetnych, paskudnych i tragicznych chwilach zastanę tam również miłość, współczucie i życzliwość. Pacjent, lekarz, pielęgniarka, członek rodziny. Po prostu istoty ludzkie, które starają się, jak mogą, w Boże Narodzenie, gdy publiczna służba zdrowia wszystkich nas napawa dumą.

ROZDZIAŁ CZTERNASTY

SZCZEROŚĆ

Hej. Myślisz, że mógłbym wpaść w drodze z roboty?

Sam, dawny kolega ze studiów medycznych, zadzwonił do mnie z nienacka pewnego dnia wczesnym rankiem, co było do niego zupełnie niepodobne. Dopiero co podwiozłam dzieci do szkoły, a on skończył nocną zmianę jako chirurg specjalista w swoim szpitalu. Przy całej markowanej przez niego nonszalancji czułam, że rozmowa jest mu potrzebna. Mniej więcej godzinę później, po długim i niebezpiecznym przejeździe autostradą, podczas którego oczy zamykały mu się ze zmęczenia, Sam zjawił się pod moim domem. Jak tylko na niego spojrzałam, zabrałam się za parzenie mocnej kawy.

– Co jest? Zmiana z piekła rodem?

Była końcówka 2016 roku. Gazety od miesięcy pełne były mrozących krew w żyłach opowieści o publicznej służbie zdrowia. Na terenie całego kraju oddziały położnicze, pediatryczne oraz SOR-y zamykały się z powodu braku lekarzy. Pacjenci całymi godzinami czekali na noszach w korytarzach, ponieważ na oddziałach ratunkowych brakowało dla nich miejsca. Bardzo ciężko chore dzieci przewożono setki mil na jedyne dostępne w kraju miejsca na intensywnej terapii, potencjalnie narażając przy tym ich życie. I wtem, na tydzień przed Bożym Narodzeniem, do prasy wyciekła bezprecedensowa informacja, że każdy zakład opieki zdrowotnej w ramach NHS w Anglii otrzymał list z nakazem zawieszenia na cały miesiąc praktycznie wszystkich planowych operacji, co miało zredukować niebezpiecznie wysokie wskaźniki zajęcia łóżek szpitalnych.

Miesiąc chirurgii przekreślony jednym zamachem – nieszczęścia setek tysięcy pacjentów, którym odwołano operacje, wolałam sobie nawet nie wyobrazić.

Jako dyżurny chirurg specjalista w swoim miejscowym szpitalu Sam był odpowiedzialny za wszystkich oddziałowych pacjentów chirurgicznych, których stan nocą się pogorszył, a do tego za wszelkich nowych pacjentów zgłaszających się na SOR i potrzebujących konsultacji chirurgicznej. Do tego dochodziła drobna kwestia samego przeprowadzania nagłych interwencji chirurgicznych, jeśli zachodziła taka konieczność. Nawet kiedy wszystko idzie jak trzeba, nocne dyżury chirurgiczne bywają wykańczające. Lecz ten przeszedł wszelkie oczekiwania.

– Rach, czy powinienem podnieść alarm? No wiesz, jak bardzo to wszystko musi się spieszyć, nim człowiek pójdzie wygadać się Naczelnej Radzie Medycznej albo dziennikarzom?

– W tym momencie nie jesteś w stanie podjąć żadnej racjonalnej decyzji – doradziłam. – Jesteś zbyt zmęczony, by trzeźwo myśleć. Najpierw się trochę prześpij.

– Doskonale wiesz, co się dzieje z sygnalistami. Wiesz, że by mnie zniszczyli.

W przypadku NHS można mówić o długiej i haniebnej tradycji traktowania osobników, którzy usiłowali demaskować niebezpieczne zachowania, z bezwzględną brutalnością, druzgocącą ich życie zawodowe i prywatne.

– Wiem. Wiem, Sam, co by ci zrobili. Ale proszę cię, przede wszystkim musisz nieco odpocząć.

Sytuacja, która doprowadziła mojego kolegę do takiego stanu, dotyczyła małego dziecka. SOR znajdował się w stanie totalnego nocnego załamania. Pacjenci i ich bliscy zajmowali wszelkie dostępne krzesła. Większość czekała po sześć godzin na samą tylko rozmowę z lekarzem, nie mówiąc już o jakiegokolwiek pomocy medycznej czy też przyjęciu do szpitala. Pijacy i fanatyczne świry obrzucali personel wyzwiskami. Ktoś skrzeczał słowa kolędy *Away in a Manger* z taką mocą, że mógłby głosem trzaskać szyby. Wielu spośród obecnych, rozsierdzonych opóźnieniami, wygarniało bez skrępowania pielęgniarkom.

Pośród tak paskudnego SOR-owego chaosu Sam został poproszony o zbadanie Ayeshy, ośmiolatki z bólem brzucha. Kiedy ją odszukał, dziewczynka była zarumieniona, pojękiwała i kurczowo ścisnęła dłoń matki. Tętno jej szalało, była rozpalona, a ból w jamie brzusznej doprowadzał ją do płaczu. Jednym słowem, wyglądała „toksycznie” – jak gdyby zmagająca się z poważną infekcją. Sam stawiał na zapalenie wyrostka robaczkowego. Również bardzo wysoki poziom białych krwinek podpowiadał, że chodzi o infekcję.

Lecz coś nie do końca się zgadzało. Kiedy Sam dotknął jej brzucha, ten był zupełnie miękki. Zazwyczaj gdy w jamie brzusznej dojdzie do poważnej infekcji, pokrywające ją mięśnie ściany jamy brzusznej się naprężają z powodu bezwolnego spazmu. Nietypowa miękkość brzuszka Ayeshy sprawiła, że Sam powstrzymał się przed zabraniem jej na blok. Nikt nie chce wyjść na chirurga-rzeźnika, który bez potrzeby otwiera dziecko. Zarazem jednak diagnostyczna tomografia komputerowa też nie wchodziła w grę, ponieważ w przypadku dziecka w tym wieku tak duża dawka promieniowania dopuszczalna jest tylko w razie absolutnej konieczności. Sam podłączył Ayeshy dożylny antybiotyk i postanowił ją przez chwilę poobserwować, jednocześnie organizując obsadę bloku na wypadek pilnej operacji, która prawdopodobnie mogła okazać się konieczna.

Dla dyżurnego chirurga wszystko to stanowiło część rutyny. Ale to, co nastąpiło później, rutynowe nie było. Jak spod ziemi wyłonił się pracownik administracji w garniturze, który poinformował Sama, że z braku dostępnego łóżka, na które można by potem przyjąć Ayeszę, nie ma prawa zabrać dziecka na blok. Mało tego, wobec braku łóżek w ogóle nie powinien był zlecać podania płynów i antybiotyków.

– Przepraszam, ale pan chyba nie docenia powagi sytuacji – spokojnie wytłumaczył Sam. – Jeśli w ciągu następnej godziny jej stan się nie poprawi pod wpływem antybiotyków, będę musiał zabrać ją na blok, bo w innym wypadku istnieje spore prawdopodobieństwo, że umrze.

– Nie, to pan nie rozumie – nie ustępował administrator do spraw przyjęć. – Nie mamy łóżek i mówię panu, że nie zabierze pan tej pacjentki na blok. Jeśli uważa pan, że konieczna jest operacja, to proszę znaleźć jakiś inny szpital, który zgodzi się ją przyjąć.

– Ale skoro w szpitalu nie ma żadnych miejsc na pediatrii – odparował Sam – to dlaczego, u licha, wciąż pozwalacie, by karetki zwoziły chore dzieci na SOR? To niebezpieczne. Dlaczego nie zarządzicie przekierowania?

Szpital, które zarządzają „przekierowanie” – czyli na dobrą sprawę zamykają swe podwoje przed ambulansami, bo skończyły im się łóżka, na które mogłyby przyjmować pacjentów – spotykają dotkliwe kary finansowe. W rezultacie rozwiązanie to budzi nienawiść dyrekcji placówek – dla zakładu opieki zdrowotnej, który i tak nieodmiennie boryka się z deficytem środków, oznacza ono dodatkowe koszty, na które po prostu nie może sobie pozwolić. Choć na jego pomoc czekało jeszcze wielu innych pacjentów, Sam był zmuszony spędzić kolejne dwie godziny na szaleńczym obdzwanianiu wszystkich szpitali w pobliżu w poszukiwaniu takiego, który zgodziłby się przyjąć pacjentkę. Ale na próżno. Nikt nie chciał przyjąć Ayeshy, bo w pozostałych placówkach również nie mieli wolnych łóżek.

– W tym momencie – opowiadał mi Sam, oklapłszy na kanapie z głową ukrytą w dłoniach – musiałem się bardzo powstrzymać, by nie wypaść do poczekalni SOR-u i nie wrzasnąć do wszystkich tych rodziców, by natychmiast się stąd wynosili i poszukali miejsca, gdzie dla odmiany byłoby bezpiecznie.

Coraz to bardziej zaniepokojony stanem pacjentki, która do tego czasu zaczęła mieć majaki, zadzwonił do swojego konsultanta, który wówczas spał u siebie w domu.

– Przepraszam, że przeszkadzam, ale naprawdę potrzebuję pańskiej wiedzy fachowej – wyjaśnił. – Nie wiem, co powinienem zrobić.

Niespełna pół godziny później konsultant Sama stawił się na SOR-ze, by razem z nim ocenić stan Ayeshy. Jak przyznał, nigdy dotąd nie widział tak

objawiającego się zapalenia wyrostka i zgodził się z Samem, że biorąc pod uwagę fatalny stan dziecka, konieczna była operacja zwiadowcza.

– Jeśli nic nie zrobimy, a jej stan będzie się pogarszał, nie przetrzyma nocy.

Wówczas ponownie zjawił się kierownik przyjęć. Powtórzył – tym razem jednemu z najważniejszych konsultantów chirurgicznych w tym szpitalu – że w żadnym razie Ayeshy nie można przyjąć na blok.

– Nie ma dla niej łóżka, a to znaczy, że nie ma operacji. Koniec tematu.

– No, ale przecież – zaczął chirurg – teraz leży w łóżku. To łóżko w bocznej sali SOR-u. Może tu wrócić prosto z bloku, prawda?

– Nie, nie może – upierał się kierownik. – To łóżko diagnostyczne, a nie łóżko do przyjęć. Służy diagnozowaniu przypadków pediatrycznych na SOR-ze.

Chirurg zamilkł na chwilę – najpewniej z niemałego wysiłku, by ubrać odpowiedź w słowa uznawane za przyzwoite – nim odpowiedział:

– Skoro w szpitalu brak łóżek na pediatrii, to dlaczego wciąż diagnozujemy pacjentów pediatrycznych na SOR-ze? Co niby ma nastąpić, kiedy diagnozowanie skończy się wnioskiem, że dziecko trzeba przyjąć?

Kierownik nie miał na to odpowiedzi. Lecz nawet jasno wyrażone przez doświadczonego lekarza podejrzenie, że bez operacji dziecko może umrzeć, nie skłoniło go, by odpuścić. Tego było za wiele.

– Rozumiem – szorstko odparł konsultant. – No cóż. Proszę mnie dokładnie zrozumieć. To dziecko pojedzie na blok. Jeśli ma pan ochotę zadzwonić do dyrektora tego szpitala do domu, obudzić go i ściągnąć go tu w piżamie, by powiedział mi prosto w twarz, że nie mam prawa ratować życia mojej pacjentki, wówczas – i tylko wówczas – jej nie zoperuję. W innym wypadku zejść mi pan z drogi.

To powiedziawszy, Sam wraz z konsultantem osobiście przewieźli Ayeszę na łóżku na blok, gdzie poddali ją operacji diagnostycznej brzucha. Pod pierwszym dotknięciem skalpela gęsta żółta ciecz buchnęła pod ciśnieniem z jamy brzusznej. Wszystko w brzuszku Ayeshy pływało w ropie spowodowanej

straszliwym zapaleniem wyrostka, najgorszym, jaki konsultant kiedykolwiek widział.

– Cuchnęło zepsutą rybą – opowiadał mi Sam. – Anestezjolog musiał na chwilę wyjść, żeby wymiotować. – Później konsultant powiedział Samowi, że gdyby jej wtedy nie operowali, mała niemal z pewnością by umarła.

Słuchałam z przerażeniem opowieści Sama, wyobrażałam sobie scenariusze „co by było, gdyby” i musiałam schować twarz w dłoniach. Co by było, gdyby Sam nie był dość stanowczy i sumienny, by o drugiej w nocy zadzwonić do przełożonego? Co, gdyby jego konsultant był młodszy stażem, nie tak pewny siebie, gdyby łatwiej dał się zastraszyć dogmatycznemu kierownikowi przyjąć? Co, gdyby ta dziewczynka rzeczywiście marniała dalej na łóżku na SOR-ze, aż w końcu zmarłaby pokonana przez sepsę? A może przede wszystkim – zważywszy na fakt, że Ayesha ocalała o mały włos, dzięki temu, że dwóch chirurgów postawiło się głupawemu systemowi, w którym to człowiek w garniturze, a nie lekarz, miał orzekać, czy dopuścić do przeprowadzenia ratującej życie operacji – co, jeśli gdzieś indziej, w innych regionach kraju, dzieci przelatywały przez oka systemowej sieci? Krótka rzecz ujmując, czy to możliwe, że inne takie Ayeshe już zmarły, bo szpitale bez choćby jednego dostępnego łóżka pediatrycznego wołały dopuszczać, by karetki dalej zwoziły chore dzieci na ich zatłoczone SOR-y, niż zapłacić karę za przekierowanie ich gdzieś indziej? Jak w ogóle mielibyśmy o tym wiedzieć?

Nikt nie mógł udawać, że tak wygląda dobra opieka zdrowotna. Bo nie wygląda; tak wygląda totalne szaleństwo. Gdy wysłuchałam tej opowieści, chciało mi się płakać. Szczerze mówiąc, jako lekarzkę – oraz matkę – myśl o tym, że anonimowi krawaciarze grasują nocami po szpitalach, demonstrując swoją władzę w takich konfrontacjach z klinicystami, mnie przerażała. To lekarze, a nie biurokraci, wiedzą, czego trzeba pacjentom, szczególnie, gdy ci pacjenci stoją w obliczu śmierci. A jeśli naciski natury finansowej w ten oto sposób zakłócają świadczenie opieki – teraz, niepostrzeżenie, w naszych publicznych szpitalach –

to znaczy, że ze służbą zdrowia, którą chcielibyśmy uważać za to, co w Wielkiej Brytanii najlepsze, stało się coś koszmarnie złego.



Tragedia zarówno lekarzy, pielęgniarek i kierownictwa – nie mówiąc już o pacjentach, o których tak bardzo pragniemy się troszczyć – polega na tym, że funkcjonujemy w ramach systemu, który z wszystkich nas robi idiotów. W sytuacji, gdy niemal każdy zakład opieki zdrowotnej w kraju tonie w długach rządu wielu milionów funtów (dzieje się tak, ponieważ ich przychody znacznie ustępują potrzebom ich pacjentów), instytucje te stoją na z góry przegranej pozycji. Oczywiście, że taki Trust będzie rękami i nogami bronił się przed płaceniem kar za przekierowanie, skoro i tak pod względem finansowym jest już na kolanach i musi znosić środki dyscyplinujące narzucone odgórnie w związku z rzekomą nieodpowiedzialnością fiskalną. System – a przede wszystkim poczynione przez władze założenie „oszczędności przy zachowaniu efektywności” rządu 22 miliardów funtów, w których osiągnięcie nikt w NHS tak naprawdę nie wierzy – jest tak skonstruowany, że naciska Trusty, by cięły wydatki, gdzie to tylko możliwe. O tym, by narazić się na koszty, których można uniknąć, w ogóle nie ma mowy.

Wciąż jednak pomijamy rzecz najważniejszą, a mianowicie niezaprzeczalny, namacalny fakt, że tej konkretnej nocy nie było wolnych łóżek. Ani w szpitalu Sama, ani w żadnym z pobliskich. Ayeshy po prostu nie było gdzie odesłać. Nawet gdyby ambulanse były przekierowywane spod szpitala Sama, to ile mil musiałyby przejechać, aby znaleźć szpital rzeczywiście gotów w bezpiecznych warunkach przyjąć dzieci? Z jakim ryzykiem dla dzieci w niestabilnym, kiepskim stanie musiałyby się wiązać takie podróże? Wszyscy zdajemy sobie sprawę, że koniec końców słowa – bez względu na to, jak piękne – konfrontuje się z rzeczywistością. A w przypadku NHS rzeczywistością jest opieka, którą otrzymują pacjenci. Personel na pierwszej linii ma ją zapewnić i obserwować. Bywa, że rzeczywistością są noce takie jak dyżur Sama, kiedy dziecko o mały

włos nie umiera, bowiem system jest niezdolny zapewnić potrzebną mu opiekę. A jeśli mój lekarski obowiązek szczerości – uczciwości i otwartości wobec pacjentów w omawianiu błędów i niedociągnięć w świadczonej im opiece – coś w ogóle znaczy, to moim obowiązkiem, tak jak obowiązkiem wszystkich nas, którzy pracujemy w systemie NHS, jest odważnie o tej rzeczywistości opowiadać. W innym wypadku jakże moglibyśmy spojrzeć naszym pacjentom w oczy?



– Jeśli przyzna pani, że jako lekarka przeżyła pani załamanie, wszystko to zniknie.

Tym „wszystkim” była groźba podjęcia formalnych kroków dyscyplinarnych przeciwko mnie, wysunięta przez kogoś z szefostwa w jednym ze szpitali, gdzie wcześniej pracowałam. Na własną zgubę przekonałam się, że szczerość kosztuje. Odważyłam się złamać wewnętrzną regułę Trustu, o której istnieniu nie wiedziałam, i teraz zbierałam tego konsekwencje. Trudno wyrazić, jak wielkim lękiem w tak sztywno zhierarchizowanym zawodzie jak medycyna – i przy tym tak zaciekle wrogim wobec osób postrzeganych jako wichrzyciele – napawa groźba podjęcia postępowania dyscyplinarnego. Po tym, jak drogą e-mailową dowiedziałam się, że może mnie to czekać, z miejsca wybuchłam płaczem. W medycynie zdarzenie dyscyplinarne prześladowuje człowieka przez resztę kariery, wzmianka o nim musi się pojawiać w każdej kolejnej ocenie rocznej i każdym podaniu o pracę. Dla lekarki tak niedoświadczonej jak ja wtedy, większość kariery wciąż mającej przed sobą, była to perspektywa nader niepokojąca. I oczywiście z tego też powodu Trust wie, że nawet półgębkiem zasugerowana groźba podjęcia formalnych działań przeciwko lekarzowi stanowi skuteczny środek wymuszania milczenia i posłuszeństwa.

– Co ja teraz zrobię? – płaczliwie pytałam męża, chwilowo pogrążona w panicznym lęku. Odpowiedź nadeszła sama. Otrzymałam maila wzywającego mnie do stawienia się przed naczelnym kierownikiem w celu osobistego

wytłumaczenia się z podjętych działań wywrotowych. Perspektywa, że ktoś w pełni świadom tego, jak bardzo może zaszkodzić mojej przyszłości w medycynie, dokumentnie mnie teraz przeczołga, nie napawała mnie radością. Tej nocy spałam krótko i niespokojnie.

Nierzadko lekarze, których spotyka dyscyplinarka, znaleźli się w takiej sytuacji, ponieważ chęć chronienia własnych pacjentów zmusiła ich, by wbrew własnej woli stali się sygnalistami. Wiedzą, z jakim to się wiąże ryzykiem, a mimo to poczucie obowiązku względem interesu pacjenta obliguje ich do szczerości. Gdy nie są w stanie przekonać dyrekcji szpitala, by ich zastrzeżenia w kwestiach bezpieczeństwa potraktowano poważnie, koniec końców decydują się uderzyć wyżej – a to do sprawującej pieczę nad działaniami lekarzy Naczelnej Rady Medycznej, a to do instytucji strzegącej dochowywania standardów NHS w imieniu pacjentów, to jest Komisji Jakości Opieki. Wówczas, o ile nie nastąpiło to już wcześniej, pracodawca uderza w nich niczym gniew boży. Pieniądze – zapewniane przez podatników – nie grają roli, gdy przychodzi zebrać doborowy zestaw prawników, którzy w imieniu NHS stają przeciwko sygnaliście. Publiczna służba zdrowia zna mnóstwo przypadków byłych lekarzy, którzy usiłowali zgłaszać swe zastrzeżenia, a w wyniku zaciekłych batalii prawnych ze swoimi Trustami potracili zatrudnienie, domy, małżonków oraz zdrowie. Sygnalistom teoretycznie gwarantuje się ochronę prawną, która umożliwia im wyrażanie zastrzeżeń w dobrej wierze co do organizacji, w której pracują. Lecz w rzeczywistości takie działania często druzgocą kariery lekarzy, pielęgniarek i każdego, kto spróbuje podnieść alarm. Bywa, że występujący w imieniu pacjentów klinicyści poświęcają dla sprawy samych siebie.

Praktyka negacji i maskowania niedociągnięć szczytowy poziom osiągnęła w Mid Staffs. Kiedy poszczególni pracownicy próbowali zgłaszać powody do zaniepokojenia przez „formularze zgłaszania incydentów”, przesyłając drogą elektroniczną doniesienia o sprawach zagrażających bezpieczeństwu pacjentów, wyglądało na to, że nikt na nie nie reagował. Gdy zastrzeżenia sygnalizowano na

poziomie zarządów Trustów, również nieodmiennie były one ignorowane. Skargi od pacjentów i ich bliskich zamiatano pod dywan. Sir Robert Francis, który przeanalizował powody, dla których tak niewielu pracowników Mid Staffs decydowało się mówić o tym, co się tam działo, opisuje przypadki zatrudnionych, którzy czynili wszelkie wysiłki, by zwrócić uwagę na problem, lecz gdy nie przynosiło to żadnego efektu, ulegali zniechęceniu i koniec końców kapitulowali. Hamował ich również strach przed odwetem. Doktora Pradipa Singha, konsultanta z Mid Staffs, który próbował, aczkolwiek dość późno, zwrócić uwagę na problem bezpieczeństwa pacjentów, spytano, dlaczego nie zrobił nic więcej. W odpowiedzi zasadniczo stwierdził, że choć jest odważny, to nie aż do tego stopnia.

Pytanie: Jak odpowie pan na słowa krytyki, które, jak sądzę, mogą paść: jeśli tak bardzo zależało panu na tej sprawie, dlaczego nie wyszedł pan z nią poza szpital i nie urządził, jak to się mówi, piekielnej awantury?

Odpowiedź: Wówczas zapracowałbym sobie bądź na udar, bądź na atak serca, a na dodatek wylądowałbym na bruku.

Pytanie: To znaczy, straciłby pan pracę?

Odpowiedź: Tak. Po prostu. A nie brak mi odwagi – no bo to, co zrobiłem, wymaga sporo ikry. Ale też żaden ze mnie Nelson Mandela... Człowiek zawsze myśli też o sobie. Koniec końców jestem istotą ludzką. Mogę popełnić błąd, a to by oznaczało kres mojej kariery. Wykorzystaliby go przeciwko mnie. W naszej pracy od czasu do czasu coś pójdzie nie tak. Nieważne, jak jesteś dobry, jeśli coś przeoczysz, wykorzystają to jako pretekst, by zniszczyć ci karierę⁷⁵.

Francis uznał strach lekarzy pracujących na pierwszej linii przed wypowiedzeniem swoich zastrzeżeń za jeden z najważniejszych czynników odpowiedzialnych za to, że przypadki okrucieństwa w Mid Staffs tak długo nie spotykały się z reakcją. Wpływ takiej kultury strachu na ogólny cel zapewnienia

pacjentom bezpieczeństwa oceniał na tyle fatalnie, że podjął się szerszego przebadania doświadczeń pracowników NHS, którzy usiłowali dać wyraz swym obawom. W ramach swego przeglądu „Wolności wyrażania zdania” odkrył, że przeszkody powstrzymujące jednostki przed sygnalizowaniem swoich zastrzeżeń miały charakter ciągły i nieustępły:

NHS ma szczęście zatrudniać personel, który pragnie czynić dla swoich pacjentów jak najlepiej. Ludzie ci chcą móc wypowiadać swe wątpliwości bez strachu, że zostaną za to źle potraktowani, i z ufnością, że w odpowiedzi przedsięwzięte zostaną skuteczne działania... Niestety docierają do mnie szokujące relacje zgnębionych pracowników służby zdrowia, którzy po zabraniu głosu spotkali się ze zgoła odmienną reakcją⁷⁶.

Wykroczenie, którego sama się dopuściłam, było w porównaniu z tym bardzo nieznaczne. Nie byłam nawet sygnalistką. Kiedy kilka lat przed rozpoczęciem sporu o lekarzy rezydentów dzieliłam się z prasą moim zaniepokojeniem co do projektu całotygodniowej opieki zdrowotnej, który nie przewidywał dodatkowego finansowania, popełniłam jedynie grzech – aczkolwiek, jak to miałam odkryć, grzech główny – polegający na wymienieniu nazwy Trustu, dla którego podówczas pracowałam. Z perspektywy czasu było to z mojej strony wyjątkową naiwnością. Zgodnie z drakońskimi regulacjami Trustu dotyczącymi kontaktów z mediami, o których nie wiedziałam, wszyscy pracownicy przed poczynieniem jakiegokolwiek wzmianki o swoim zakładzie opieki zdrowotnej mieli obowiązek skonsultować się z jego biurem prasowym. Fakt, że mój komentarz dotyczył działań władz państwowych i w żaden sposób nie krytykował ani nie atakował mojego Trustu, nie stanowił żadnego wytłumaczenia; tak czy inaczej złamałam oficjalny regulamin.

Siadając przed przedstawicielem kierownictwa, czułam, jak skręca mnie w żołądku, lecz na zewnątrz – jak liczyłam – przedstawiałam się nieprzejednanie. Ponownie usłyszałam, że jeśli powiem, że przeżyłam załamanie, „to wszystko” zniknie. To doskonale znana taktyka, jaką kadra

kierownicza w placówkach publicznej służby zdrowia stosuje przeciwko uskarżającym się pracownikom: ma na celu napiętnowanie ich jako mentalnie niestabilnych, co od tego momentu sprawnie przekreśla istotność zgłaszanych przez nich uwag. Należało natychmiast dać temu odpór.

– Nie mogę tak zrobić – oznajmiłam – ponieważ to nieprawda. Jeśli zajrzy pan do mojego portfolio w sieci, co z pewnością już pan uczynił, ujrzy pan, że zarówno koledzy po fachu, jak i pacjenci wystawiają mi doskonałe opinie. Nie jestem lekarką w stanie załamania. Jestem kimś, kto za swój zawodowy obowiązek uznał zabranie głosu przeciwko projektowi władz, który w mojej ocenie zaszkodzi pacjentom, ponieważ nie przewidziano jego finansowania.

Można powiedzieć, że moje słowa nie spotkały się z ciepłym przyjęciem. Oczekiwano, że wyrażę żal i przyznam się do mentalnej słabości, nie zaś że wykażę zatwardziałym idealizmem. Godzinę później spotkanie dobiegło końca wraz z szorstkim komunikatem, że sprawa na tym bynajmniej się nie kończy i że owszem, mogę wciąż spodziewać się wszczęcia formalnej procedury dyscyplinarnej. Ostatecznie, po niemal dwóch miesiącach zmartwień, otrzymałam informację, że sprawę zamknięto. Szef Trustu nawet zaprosił mnie na kawę, żeby przeprosić mnie za cały incydent. Poza poczuciem ogromnej ulgi doszłam również do niekomfortowego wniosku, że skoro w ten sposób traktuje się lekarkę publicznej służby zdrowia, która na dobrą sprawę wcale nie została sygnalistką, to z o ile bardziej opresyjnym podejściem musi sobie radzić ktoś na tyle odważny, by rozgłaszać poczynania lokalnego Trustu, które w jego opinii narażają pacjentów na niebezpieczeństwo. W obrębie tak autorytarnej i hermetycznej subkultury to cud, że w ogóle ktoś wystawia się na strzał.



Parę miesięcy po tych niemiłych doświadczeniach w sobotni poranek rozmawiałam ze znajomym rodzicem przy linii bocznej podczas meczu piłkarskiego, w którym grali nasi synowie. Był prawnikiem, specjalizował się

w tematyce zaniedbań lekarskich i okazał żywe zainteresowanie moim opisem konfrontacji z władzami Trustu.

– Możliwe, Rachel, że o tym nie wiesz, ale tak się składa, że pracuję w zespole sir Roberta Francisa. Tak sobie myślę, że z chęcią wysłuchałby twojej opowieści.

Nie miałam o tym pojęcia. Ale pomyśl, by pomóc Francisowi, choćby nawet w trywialny sposób, w jego wysiłkach mających na celu uczynienie z NHS instytucji bezpieczniejszej dla pacjentów, wydał mi się zaszczytem. Parę tygodni później otrzymałam zaproszenie na sesję dowodową w ramach prac nad raportem o „Wolności wyrażania zdania”. Francis już wcześniej opisał lekarzy rezydentów jako „oczy i uszy” NHS i osoby, których relacje i nieustrasżoność, gdy przychodziło zabrać głos, odegrały kluczowe znaczenie w ujawnieniu koszmarów rozgrywających się w Mid Staffs. Bardzo chciał osobiście wysłuchać opowieści rezydentów z całego kraju o ich doświadczeniach z podnoszeniem alarmu. Zebraliśmy się w sali w centrum Londynu na nieformalnym spotkaniu, któremu przewodniczył sam Francis. Mój przypadek był błahy w porównaniu z tym, przez co przeszli inni. Młodzi lekarze jeden po drugim opisywali wstrząsające traktowanie, jakie spotykało ich ze strony Trustów już za to, że odważyli się wyrazić autentyczne obawy, iż bezpieczeństwo pacjentów było zagrożone. Niektórzy padali ofiarą nękania, pomówień i oczernień. Ze świadectw rezydentów wynika, że Trusty często zagrywały kartą zdrowia psychicznego, usiłując przedstawić sygnalistów jako niewiarygodnych bądź też niekompetentnych, bo emocjonalnie niestabilnych.

Pamiętam, że rozglądając się po pomieszczeniu, odczuwałam w równej mierze dumę i gniew. Lekarze rezydenci sytuują się w dolnym odcinku łańcucha pokarmowego NHS. W żadnym razie nie dysponują taką siłą przebicia, co konsultanci. Fakt, że ci rezydenci występowali w imieniu swych pacjentów, co niekiedy kończyło się dla nich zaciekłym nękaniami w miejscu pracy, budził we mnie głęboką pokorę. Z kolei to, że sir Robert Francis z własnej inicjatywy zapragnął dotrzeć do ich relacji, napełniło mnie nadzieją na bardziej

transparentną i otwartą przyszłość zarówno dla klinicystów pracujących w NHS, jak i dla ich pacjentów.



To niezła ironia losu, że Trust, który rozdmuchał sprawę mojej przypadkowej niesubordynacji, w przypadku pewnego rezydenta sygnalisty zachował się bez zarzutu. Warunki na Oddziale Chirurgii Ratunkowej (OCR), gdzie swego czasu na własnej skórze doświadczyłam dotkliwej braku kadrowych, od mojego odejścia nie uległy poprawie. Lekarze rezydenci byli tak przeładowani obowiązkami, że jeden z nich postanowił wziąć sprawy w swoje ręce. W zaledwie rok po rozpoczęciu pracy w zawodzie napisał list do najwyższego rangą przedstawiciela Trustu, czyli dyrektora generalnego, wyszczególniając zagrożenia, jakie braki kadrowe mogły ściągnąć na pacjentów. List podpisali wszyscy szeregowi lekarze oddziałowi na OCR, co zmieniło go w dramatyczną zbiorową skargę najmłodszych stażem medyków obsadzających pierwszą linię frontu. Wyrażone przez nich niepokoje bezceremonialnie odrzucili zarówno konsultanci, jak i bezpośredni przełożeni w administracji, toteż masowo podjęto decyzję, by uderzyć do samej góry. Dyrektor generalny zaś – trzeba mu to przyznać – nie tylko ich wysłuchał, ale i oznajmił, że z problemem braków kadrowych koniecznie trzeba coś zrobić. Tak oto dzięki jednemu porywczemu lekarzowi tuż po studiach cały oddział doczekał się zmiany na lepsze. Był to podręcznikowy przykład Trustu, który zadziałał, jak należy.

Na tym bynajmniej się nie skończyło. Przez parę lat wraz z kilkoma innymi lekarzami prowadziłam coroczne sesje dydaktyczne dla studentów ostatniego roku, którzy właśnie stawali na progu kariery w medycynie. W ramach zajęć zapraszaliśmy pracujących już lekarzy, by dzielili się ze studentami opowieściami z życia o sytuacjach, w których na początku ich pracy coś poszło nie tak. Cele były proste, ale istotne. Chcieliśmy pokazać, że błędy zdarzają się każdemu, że to nie powód do wstydu, że każdy błąd to okazja do nauki i do poprawy bezpieczeństwa pacjentów na oddziałach, że lekarze, jak każdy, są

omylni – i że to w porządku; że błędzić jest rzeczą ludzką. Niekiedy relacje mroziły krew w żyłach. Z raz czy dwa opisujący swe doświadczenia lekarze nie mogli powstrzymać łez. Sam Trust, pragnąc wprowadzić atmosferę transparentności i szczerości, zaproponował nam, byśmy zaoferowali udział w naszych sesjach także lekarzom rezydentom. Było w tym coś postępowego – ot, mały krok ku mniej konfrontacyjnej przyszłości, w której dla dobra naszych pacjentów nauka na błędach być może weźmie górę nad szukaniem winnych.



Szczerość w przypadku lekarzy nie jest już opcjonalnym bonusem – i bardzo dobrze. Za długo pacjenci i ich krewni trzymeni byli w nieświadomości co do indywidualnych i systemowych zaniedbań w opiece. Bezpośrednią konsekwencją aktów brutalności, do jakich dochodziło w Mid Staffs, było wprowadzenie w 2015 roku przez Naczelną Radę Medyczną oraz Radę Pielęgniarstwa i Położnictwa nowego zawodowego zobowiązania do szczerości, dotyczącego wszystkich lekarzy i pielęgniarek pracujących na terenie Zjednoczonego Królestwa. Była to ewidentna próba odejścia od dawnych praktyk tuszowania problemów i wymagała od nas, byśmy byli uczciwi wobec naszych pacjentów i przepaszali ich, gdy dochodzi do błędów, co pacjentom może tylko wyjść na dobre.

Zarazem wciąż trwa pewien stan napięcia pomiędzy nowym zobowiązaniem do szczerości a utrzymującymi się warunkami, które zniechęcają do zabrania głosu. Przypadki nękania i kultura obwinień wciąż plenią się w strukturach NHS, lecz lekarzy oraz pielęgniarki do otwartych wyznań zniechęca też coś bardziej podstępnego, a mianowicie przykład, jaki dają nam nasi najwyżsi przełożeni, to jest politycy, którym w ten czy inny sposób podlegamy. Rząd twierdzi, że pragnie szerzyć w publicznej służbie zdrowia szczerość. W przedmowie do oficjalnej odpowiedzi władz na raport z przeglądu „Wolności wyrażania zdania” Jeremy Hunt zadeklarował:

Chciałbym oddać hołd tym członkom personelu, pacjentom i ich najbliższym, którzy wystąpili w obronie kultury prawdy i współczucia i którzy nie ugięli się przed tymi, którzy to, co uważali za interes systemu, przedkładali ponad to, co słuszne. Jedynym sposobem, by uczcić ich odwagę, jest stanąć z nimi ramię w ramię i razem budować kulturę słuchania, uczenia się i mówienia prawdy⁷⁷.

To prawe słowa. Wzbudzają nadzieję i optymizm. Ale czy są szczerze? Sam raport stwierdzał, co następuje:

W instytucji tak rozległej i tak złożonej jak NHS – funkcjonującej pod presją, poddawanej bacznej ocenie i gdzie codziennie zapadają decyzje, od których zależy życie – bez względu na siłę profesjonalnego instynktu, który podpowiada, by czynić słusznie, bez względu na moc impulsu, by okazywać troskę, nieodmiennie zdarzać się będą sytuacje, w których łatwiejszym wyjściem może się wydawać zatuszowanie błędów, zaprzeczenie, jakoby coś poszło nie tak i wycofanie się na pozycje defensywy instytucjonalnej⁷⁸.

Tę pokusę – by zatuszować, by zaprzeczyć, by przejść do krętaskiej obrony – dobrze widać nie tylko na poziomie szpitalnym czy indywidualnym, ale także wyżej, na poziomie samego rządu. Wszyscy jesteśmy obeznani – niektórzy powiedzieliby, że aż do nudności – z politycznym spinem, z zastępami rządowych rzeczników prasowych, których jedyną rolą jest glansować rzeczywistość i opakowywać ją w możliwie najmniej niestrawną formę, aby przekonać elektorat o skuteczności działania danego gabinetu. Jednakże z punktu widzenia pracowników służby zdrowia proces ten jest wyjątkowo niekomfortowy, jako że wszyscy w szeregach NHS są teraz zawodowo zobowiązani do szczerości – z wyjątkiem, jak się może wydawać, przedstawicieli najwyższych kręgów, politycznych mocodawców, którzy najwyraźniej nie są w stanie powstrzymać się przed upiększaniem i podkreśnianiem faktów. Z perspektywy szarego pracownika na pierwszej linii publicznej służby zdrowia szczerłość, tak jak grawitacja, zdaje się ciągnąć

wyłącznie w dół. Politycy natomiast swobodnie sobie szybują poza jej zasięgiem.

Nigdzie nie jest to tak widoczne jak przy okazji drażliwej kwestii zagwarantowania naszym szpitalom bezpiecznej obsady. Rozpoznawszy jedną z fundamentalnych przyczyn okropieństw dziejących się w Mid Staffs w drakońskich cięciach personalnych – wynikających z umyślnej taktyki Trustu obliczonej na poczynienie oszczędności – sir Robert Francis słusznie uznał bezpieczny poziom obsadzenia kadr za kluczowy imperatyw publicznej służby zdrowia. Aby dopilnować, by pacjenci już nigdy więcej nie byli narażeni na tak rażący niedostatek opieki, wprost zarekomendował, by to NICE (National Institute for Health and Care Excellence, wcześniej National Institute for Health and Clinical Excellence) zlecono opracowanie opartych na materiale dowodowym wskazówek co do minimalnych poziomów zatrudnienia. Francis nie bez powodu wskazał właśnie na NICE. W odróżnieniu od większości organizacji quasi-pozarządowych, których wokół publicznej służby zdrowia można znaleźć całe mnóstwo, NICE cieszy się reputacją organizacji zdecydowanie niezależnej od politycznych wpływów i opierającej swe wskazówki na obiektywnych, podbudowanych dowodami analizach klinicznej i finansowej opłacalności.

Tyle że personel, jak wiemy, kosztuje. I choć NICE przystąpił do pracy przy ocenie materiału dowodowego – doszedł do wniosku, że dla zagwarantowania bezpieczeństwa pacjentom konieczne było zatrudnianie przynajmniej jednej pielęgniarki na ośmiu chorych w stanie ostrym – po zwycięstwie Partii Konserwatywnej w wyborach powszechnych z 2015 roku nastąpiło coś nieoczekiwanego: NICE znienacka ogłosił, że ceduje program dotyczący bezpiecznych poziomów obsady kadr na rzecz NHS England i że odtąd to NHS będzie go nadzorować⁷⁹.

Sir Robert Francis nie był ani trochę zadowolony. „Ta wiadomość dziwi mnie i niepokoi” – oznajmił w rozmowie z „Health Service Journal”. Następnie dodał:

Z rozmysłem zarekomendowałem, by to NICE podjęło się tych działań. Zdecydowałem tak przez wzgląd na ich oparte na materiale dowodowym, analityczne podejście, które w mojej ocenie mogłoby wypełnić lukę, jaką dostrzegłem w dyskusji na ten temat. Na dodatek NICE ma zaletę, jaką nie może się pochwalić NHS England: jest niezależne⁸⁰.

Powszechnie obawiano się, że NHS England, upolityczniona instytucja pozostająca w bliskich stosunkach z aktualnym rządem, priorytetowo potraktuje polityczny imperatyw cięcia kosztów, a nie imperatyw zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa, a standardy kadrowe, które być może wprowadzą, nie pomogą uniknąć powtórki z Mid Staffs. Decyzję skrytykowali przedstawiciele środowiska pielęgniarskiego oraz organizacji zabiegających o bezpieczeństwo pacjentów, w tym, co dla Jeremy'ego Hunta stanowiło niemały powód do wstydu, krewni pacjentów, którzy zmarli w szpitalu Mid Staffs. Jedną z wiodących aktywistek, Julie Bailey, która bez wytchnienia walczyła o publiczne dochodzenie, potępiła rozwiązanie jako „absolutną hańbę”, przestrzegając Hunta, że jeżeli wyrazi dlań poparcie, straci wszelką wiarygodność w oczach pacjentów i opinii publicznej:

Jesteśmy strasznie rozczarowani. Jeremy Hunt opowiadał się po stronie pacjentów i ich bezpieczeństwa. To będzie ogromny krok wstecz. Nie jesteśmy gotowi, by cofnąć się do tych ponurych dni. Bardzo zaciekle walczyliśmy o Raport Francisa, a teraz dodatkowo musimy dopilnować, by jego rekomendacje doceniono i wprowadzono w życie, aby taka sytuacja nigdy się już nie powtórzyła⁸¹.

Na światło dzienne wyciągnięto niewygodną prawdę. Przy całej wzniosłej retoryce strony rządowej, gdy przyszło co do czego – a rekomendacje poczynione przez Francisa wydały się skarbowi państwa zbyt kosztowne – najważniejszym priorytetem okazało się ograniczenie wydatków NHS, nie zaś ochrona pacjentów. Jednoznaczna deklaracja Hunta w odpowiedzi na raport Francisa coraz bardziej zdawała się pustosłowiem. Wyglądało na to, że w kwestii

bezpiecznych poziomów obsadzenia kadr był on gotów zamiast szczerości
wybrać działania pozorujące.

ROZDZIAŁ PIĘTNASTY

HEMOSTAZA

Najbardziej niedocenianymi bohaterami ludzkiego ciała są bez wątpienia skromne strupy. To nie dorośli, a dzieci w pełni doceniają krwawe rozkosze należycie uformowanych strupów. Jako mała dziewczynka potrafiłam długimi godzinami uporczywie skubać skorupki na moich kolanach, a przyjemność z porządnego zdarcia strupka przewyższały jedynie okazjonalne kąski gwoli sprawdzenia, czy zaschnięta krew smakuje tak samo jak świeża. U obojga moich dzieci z aprobatą zauważam, że często bywają równie pochłonięte tym tematem, co dowodzi, że w świecie wi-fi i tabletów stare, dobre strupy cieszą się niesłabnącą popularnością.

Niemal równie niezwykle co przyjemności skubania strupów są procesy, które prowadzą do ich utworzenia. Hemostaza – przeciwieństwo krwotoku – to sposób, dzięki któremu organizm zapobiega krwawieniu, tworząc skrzepy, które zatrzymują krew wewnątrz uszkodzonych naczyń krwionośnych. Niepozorny strup stanowi produkt końcowy jednego z najbardziej zawiłych procesów chemicznych, jakie zachodzą w ludzkim organizmie. Tak zwana „kaskada krzepnięcia” – łańcuch wydarzeń, w ramach których płynna krew tężeje i przyjmuje postać skrzepu bądź strupa – jest tak zdumiewająca, że kolejne pokolenia studentów medycyny nawet nie próbują do końca ogarnąć jej rozumem. Jedynie rzadka odmiana lekarzy, to jest odczytany podgatunek hematologów przezywanych „skrzeplikami”, należycie pojmują procesy, za pomocą których nasz organizm opanowuje krwawienie.

W rzeczywistości powstrzymanie krwotoku – czyli uzyskanie u pacjenta hemostazy – to sytuacja, w której chce ci się wydać okrzyk ulgi. Krew, nad którą nikt nie panuje, napawa lekarzy przestraczem. Wiemy, że musimy działać szybko, bo inaczej stracimy pacjenta. Młodym lekarzom nieco zajmuje, nim odkryją, że drobne krwawienie miewa potężne konsekwencje. Pewnego razu na kardiologii wezwano mnie do mężczyzny, który niedawno wrócił z zabiegu wszczepienia do klatki piersiowej rozrusznika serca, czyli niewielkiego metalowego pudełka, które od tej pory miało za zadanie stymulować bicie jego serca. Nikt nie wiedział, że od chwili, gdy kardiochirurg umieścił urządzenie w ciele, z drobnutkiej ranki w jednym z naczyń w pobliżu serca niepostrzeżenie wyciekała krew. Do czasu, aż mnie wezwano, ciśnienie sączącej się krwi wzrosło do tego stopnia, że teraz wyciekała ona z klatki piersiowej pacjenta przez szpary pomiędzy szwami. Trzy czy cztery pielęgniarki stały oniemiałe obok łóżka. Pacjent, blady jak prześcieradło, przyglądał się w przerażeniu krwawej jatce na własnej piersi, podczas gdy ja ze wszystkich sił starałam się sprawiać wrażenie pewnej siebie i spokojnej. Byłam bardzo nieopierzona i absolutnie nie panowałam nad sytuacją, toteż najsensowniejszą rzeczą, jaką mogłam w tym momencie zrobić, było wezwać czym prędzej na pomoc kogoś z doświadczeniem. Kiedy zjawił się kardiolog – czarujący, zdystansowany i diabelnie przystojny – wszyscy w okolicach łóżka praktycznie mdleli. W przypadku pacjenta było to co prawda spowodowane utratą krwi, lecz reszcie z nas kolana zmiękły w znaczeniu romantycznym. Kardiolog z wprawą porzcinał wszystkie szwy i wyciągnął z ziejącej rany pokaźny, zakrwawiony skrzep – który na moment uniósł niczym myśliwy pozujący z łbem upolowanej antylopy – a następnie zgarnął pacjenta na blok operacyjny, by naprawić cieknące naczynie.

– Pff! Żaden tam wielki krwotok – rzucił z nonszalancją, znikając za rogiem. Jeszcze nigdy hemostaza nie przedstawiała się tak stylowo.



Odływ personelu z publicznej służby zdrowia zagraża jej istnieniu równie poważnie, jak niezatamowany krwotok w pobliżu serca zagraża ludzkiemu życiu. Jeżeli NHS ma przetrwać, konieczne jest osiągnięcie hemostazy. W chwili, gdy w minionym roku znalazłam się w najgłębszym dołku, podobnie jak tylu innych przyjaciół i znajomych lekarzy rezydentów doszłam do wniosku, że muszę porzucić medycynę. Wycofanie podania o przyjęcie na szkolenie specjalizacyjne nie wystarczyło. Doszłam do punktu, w którym wiedziałam, że muszę zupełnie zrezygnować z leczenia ludzi, ale nie potrafiłam jeszcze powiedzieć, czy na jakiś czas, czy też definitywnie.

Moja lekarska iskierka kujona zgasła pewnego letniego wieczoru około godziny dziesiątej. Długa zmiana na dyżurze miała się ku końcowi. Było parę nagłych wezwań, ktoś się gorzej poczuł, nic szczególnie uciążliwego. Ale że na naszym oddziale brakowało jednego lekarza – i taki stan utrzymywał się już od wielu miesięcy – od dziewiątej rano biegałam do pożarów, byle tylko zapanować nad wszystkimi oddziałowymi zleceniami. Teraz byłam więc głodna, zmęczona i rozeźlona na wszystkich. Na kierownictwo, które nie zwracało uwagi na nadmiar bezpłatnych godzin, które musiałam dzień w dzień przepracowywać, na BMA za rozmęślanie i nieumiejętność określenia, o co tak właściwie walczą, na prasę, która oskarżała mnie o bezczelną chciwość, na ministra zdrowia za rozpętanie przeciwko lekarzom wojny medialnej, której jak najbardziej dałoby się uniknąć. Jestem przekonana, że była też w tym spora dawka użalania się nad sobą.

Tego ranka jeden z moich ulubionych pacjentów, siedemdziesięcioparoletni Szkot o łagodnym głosie miał wielką ochotę na rozmowę. Obiecałam mu, że później do niego wpadnę. Przypadek Calluma dotknął nas wszystkich. Wirusowa infekcja skórna przeniknęła mu do krwiobiegu, co spowodowało nieodwracalną niewydolność nerek. W ciągu paru dni z osoby niesamowicie wręcz aktywnej, wolnej od wszelkich kłopotów zdrowotnych, zmienił się w pacjenta trzy razy w tygodniu wymagającego dializy. Podczas każdego zabiegu większość dnia spędzał podłączony do maszyny, która wykonywała pracę za jego nerki. Choć

chwilami świadomość, że został tak gwałtownie wyrwany z pełnego zdrowia i skazany na ograniczenia mobilności, doprowadzała go do łez, ze wszystkich sił starał się zachować stoicyzm. Bez względu na to, jak bardzo przeciążona byłam obowiązkami na oddziale, zawsze znajdowałam parę minut, by z nim pogawędzić. Uwielbiał omawiać przymioty poszczególnych odmian whisky single malt, nalegając, bym zaraz po powrocie do domu przetestowała rozmaite mało znane i nowe marki.

Jednakże tej nocy już nic nie mogłam z siebie dać. Przez cały dzień byłam zbyt zajęta, by zgodnie z daną obietnicą przysiąc u niego i porozmawiać. Za każdym razem, gdy przemykałam obok otwartych drzwi do jego sali, pędząc do kolejnego pacjenta, który wymagał mojej uwagi, spragniony rozmowy Callum wołał w ślad za mną:

– Hejże, pani doktor, my tu musimy pogadać o whisky. Kiedy pani klapnie?

Za każdym razem pokornie mamrotałam przeprosiny, w głębi ducha przeklinając nawał obowiązków. W końcu, ze spuszczoną głową, nazbyt zażenowana, by spojrzeć mu w oczy, poczułam, że gniew, który przez cały dzień we mnie wzbierał, znalazł sobie nową i absolutnie niezaskługującą na to ofiarę. „Callum, pan nie widzi, co się dzieje? – chciałam się na niego wydrzeć. Nie widzi pan, że cały czas biegiem mijam pański pokój? Nie zjadłam dziś ani jednego porządnego posiłku. Nie mogę przystanąć w miejscu, a co dopiero godzinami gawędzić o whisky”. Choć nie wypowiedziałam tych myśli na głos, i tak wprawiły mnie w przestach. Wydawało mi się, że to zaczątki znieczulicy – pierwszy występny krok na drodze ku okrucieństwom Mid Staffs – deprawują lekarkę, jaką zawsze starałam się być.

W końcu, gdy uporałam się już ze wszystkimi zleceniami, jakąś godzinę po tym, jak powinnam była przejąć dzieci od opiekunki, zatoczyłam się niepewnie w pustym pokoju lekarzy, rozdarta między zawiedzeniem pacjenta, który liczył na moje wsparcie, a odbyciem z nim obiecaną pogawędki. Wiedziałam, że ostatekiem sił mogę zebrać się w sobie, iść go wysłuchać i być życzliwa, z drugiej jednak strony ogarniał mnie paranoiczny lęk, że jeśli tego wieczoru wrócę do

domu jeszcze bardziej spóźniona, niepewne godziny mojej pracy mogą popchnąć ukochaną opiekunkę moich dzieci w stronę decyzji o rezygnacji. Tak więc wymknęłam się, z ociąganiem i wstydem omijając salę Calluma.

Kiedy zaczynałam życie jako lekarka NHS, rankiem pędziłam na rowerze z górki w stronę szpitala z szerokim uśmiechem na twarzy. Zapinałam rower i dreptałam do pokoju lekarskiego, nie mogąc się doczekać początku pracy. Promieniałam dumą. Byłam nie tylko lekarką, ale – co lepsze – lekarką NHS, pracownicą sfery publicznej, która haruje nie po to, by napełniać kieszenie korporacyjnym udziałowcom, a po prostu aby pomóc pacjentom. Teraz wyglądało na to, że dehumanizujący system, w którym pracowałam, zdołał wreszcie zatruć miłość, jaką czułam wobec medycyny, wobec NHS i – przede wszystkim – wobec moich pacjentów. Wiedziałam, że po zakończeniu umowy, które przypadało na to lato, nie mogę dłużej być lekarką publicznej służby zdrowia.



Gdy rok 2016 zmierzał ku końcowi, w BBC pojawiło się pytanie, czy w 2017 roku dojdzie do „załamania” publicznej służby zdrowia. Nick Triggle, doświadczony reporter stacji specjalizujący się w tematyce zdrowotnej, odmalował złowrogi obraz tego, co przyszłość mogła mieć w zanadru. „Wytrawni obserwatorzy zaczęli wspominać o powrocie do sytuacji z lat dziewięćdziesiątych, kiedy to obrazki z przepełnionych szpitali i opowieści o pacjentach czekających latami na leczenie prześladowały rząd torysów pod wodzą Johna Majora niemal na każdym kroku – napisał w ostatnim tygodniu 2016 roku. – Czy to samo może spotkać Theresę May?”⁸².

Jego przepowiednia okazała się porażająco trafna. W pierwszym tygodniu 2017 roku bezdusność i ryzyko, czyli stany, w jakie służba zdrowia dotknięta dramatycznym niedoborem zasobów nieuchronnie musi kiedyś popaść, gromko dały o sobie znać na łamach krajowej prasy. Doniesienia wspominały o pewnym szpitalu – Worcestershire Royal – gdzie kobieta zmarła na atak serca po tym, jak

przez trzydzieści pięć godzin czekała na noszach w korytarzu, podczas gdy pewien mężczyzna, również umieszczony na noszach, doznał gwałtownego krwotoku z pękniętego tętniaka. Jego również nie udało się uratować. Mąż kolejnej pacjentki, która po wylewie musiała spędzić porażające pięćdziesiąt pięć godzin na szpitalnym korytarzu, skomentował sytuację:

– To było potworne. Pielęgniarki robiły, co mogły, ale panował tam zupełny chaos. Jakiś obłęd. Na noszach czekało przynajmniej ze dwadzieścia osób. Bardzo trudno się między nimi przechodziło. Jeden noszowy powiedział mi, że część pacjentów umieszczają w pomieszczeniu odkażającym – czyli na dobrą sprawę sporej sali prysznicowej – aby tylko pomieścić więcej łóżek. Skończyły im się poduszki i koce⁸³.

Inni krewni chorych opisywali, że szpital wyglądał „niczym strefa walk”, co przypominało relacje, które sir Robert Francis zebrał od pielęgniarek pracujących w szpitalu Mid Staffs.

Bynajmniej nie była to sytuacja jednostkowa. Do pomocy z transportem pacjentów między ich miejscem zamieszkania a wieloma innymi obleganymi szpitalami NHS zaangażowano ochotników z Brytyjskiego Czerwonego Krzyża za kierownicą land roverów. Choć w żadnym razie nie był to pierwszy rok, w którym Brytyjski Czerwony Krzyż wspierał działania NHS, tym razem stojący na czele organizacji Mike Adamson skrytykował ten stan rzeczy, określając sytuację mianem „kryzysu humanitarnego” i dodając: „Widzieliśmy przypadki ludzi odsyłanych do domu bez ubrania, niektórzy przewracają się i mijają całe dni, nim ktoś ich odnajdzie, a inni nie mogą się umyć, ponieważ żaden opiekun nie może im asystować”⁸⁴.

Na terenie całego kraju przeciążone Trusty ogłaszały „czarny alert” ze względu na nadmierne obłożenie – mieli zbyt mało łóżek, zbyt mało lekarzy i pielęgniarek, by radzić sobie z taką liczbą pacjentów – a przewodniczący Królewskiego Kolegium Medycyny Ratunkowej (Royal College of Emergency Medicine), doktor Taj Hassan, oznajmił: „Dane liczbowe nie są w stanie odzwierciedlić niewyrażalnego nieszczęścia pacjentów. Na przepełnionych,

zapchanych pacjentami oddziałach może dochodzić do zgonów, których dałoby się uniknąć. System ratunkowej opieki zdrowotnej jest na kolanach i to pomimo ogromnych starań ze strony personelu, któremu coraz trudniej jest stawiać czoła potężnym wyzwaniom, jakie się przed nimi stawia”⁸⁵.

W mediach zaroilo się od historii nieszczęść, odzierania z godności i groźnych zaniedbań w opiece – a to poważnie chorzy pacjenci porzucani byli w szpitalnych siłowniach bez aparatów z tlenem, bez dzwonek alarmowych czy chociażby odpowiedniego zaopatrzenia w żywność; a to dorosłych umieszczano na oddziałach dziecięcych; a to kobietom w ciąży odcięto dostęp do publicznego oddziału położniczego, aby pomieścić na nim zalew pacjentów z SOR-u; a to znowuż ratujące życie operacje nowotworów ulegały przesunięciu. Obrazkiem definiującym powagę kryzysu stało się zdjęcie małego chłopca z podejrzeniem zapalenia opon mózgowych, któremu przyszło czekać pięć godzin na SOR-ze na leżance zaimprovizowanej z koców rozciągniętych na dwa plastikowe krzesła⁸⁶. Nawet szef NHS England Simon Stevens powiedział deputowanym z Komitetu Finansów Publicznych Izby Gmin, że premier Theresa May „przegina”, gdy udaje, że przyznała NHS środki budżetowe w wysokości, o jaką instytucja ta się ubiegała. Stevens bezwzględnie stwierdził, że jeśli oczekiwania opinii publicznej względem służby zdrowia mają zostać spełnione, będzie to wymagało więcej pieniędzy. Na dobrą sprawę wezwał rząd, by albo znalazł więcej pieniędzy na NHS i opiekę społeczną, albo uczciwie poinformował opinię publiczną o konsekwencjach zaniechań.

Wyglądało na to, że wiarygodność rządu w kwestii publicznej służby zdrowia osiągnęła newralgiczny punkt. Na pierwszych parę dni kryzysu minister zdrowia zapadł się pod ziemię. Nikt go nie widział ani nie słyszał, nikomu nie udzielał komentarzy, a swoją nieobecnością doprowadził do wściekłości personel na pierwszej linii. W przerwie, która nastąpiła, nim Hunt ponownie się pojawił, ja z całkowitą jasnością wiedziałam, co mogłoby przywrócić nam morale. Bardziej niż kiedykolwiek wcześniej potrzebowaliśmy teraz szczerości. Władz, które stawiają czoła kryzysowi zamiast próbować zaprzeczyć jego istnieniu. Władz

gotowych nawiązać z opinią publiczną szczerzy dialog o niemożliwości podtrzymania bezpiecznej, światowej klasy opieki zdrowotnej w warunkach kurczących się zasobów. Gdyby władze zwróciły uwagę na zagrożenia wynikające z zaistniałej sytuacji i braków finansowych, lekarze i pielęgniarki z NHS poczuliby, że ich ostrzeżenia zgłaszane w imieniu pacjentów zostały wreszcie usłyszane.

We mnie również tliła się iskierka nadziei, że Jeremy Hunt jednak nas zaskoczy. Mój optymizm brał się z zaskakującej obserwacji, że podczas sporu z rezydentami minister był gotów do rozmowy twarzą w twarz z jednym z najdonośniej krytykujących go przedstawicieli środowiska.

Był wrzesień 2016 roku, prawdopodobnie najdrażliwszy okres w całym sporze, a BMA właśnie ogłosił najdłuższy jak dotąd strajk i zarządził kompletne odsunięcie lekarzy rezydentów od obowiązków na pięć kolejnych dni, i to już za dwanaście dni. Wielu szeregowych lekarzy rezydentów odczuwało zaniepokojenie w związku z wpływem, jaki tak długi strajk ogłoszony z tak niewielkim wyprzedzeniem mógł mieć na bezpieczeństwo ich pacjentów. Niektórzy z nich otwarcie oznajmili, że nie chcą wziąć udziału w akcji. Mnie niepokoił brak jasności ze strony BMA co do tego, co konkretnie strajk miał na celu poza „powstrzymaniem wprowadzenia tych kontraktów”. Odnosiłam wrażenie, że związek zapędził się w strategiczny kozł róg - groził zastosowaniem własnej wersji wzmiankowanej przez Hunta „opcji nuklearnej”, lecz zarazem właściwie nie podawał uzasadnienia dla takiej decyzji.

Korzystając z pośrednika, spytałam, czy Hunt byłby gotów spotkać się ze mną na osobności. Naprawdę chwytałam się brzytwy. Nie dysponowałam żadną władzą ani też informacjami, które mogłyby mi pozwolić przełamać impas pomiędzy władzami a BMA – ani, co najważniejsze, nie miałam mandatu, by taką próbę podjąć – ale miałam nadzieję, że jeśli jako szeregową lekarkę wyrażę swoje wątpliwości, moje słowa być może przynajmniej pomogą wyjaśnić, dlaczego jesteśmy tak rozgniewani i zdeterminowani.

Wziąwszy pod uwagę to, ile razy na łamach prasy bądź w telewizji zarzuciłam Jeremy'emu Huntowi nieuczciwość, byłam zdumiona, że zgodził się ze mną spotkać. A jednak. W małym biurze na terenie parlamentu, przycupnąwszy na starych, powycieranych kanapach, przyglądaliśmy się sobie niezręcznie. Było mi lekko niedobrze. Minister przybrał zboląły wyraz twarzy, którego można byłoby spodziewać się po królowej, gdyby kiedyś utknęła w ciasnej windzie z Johnnym Rottenem z Sex Pistols. Z niewytłumaczalnych przyczyn spróbowałam przełamać lody, wspominając o dekapitacji. Opisałam, jak to moja pięcioletnia córka ujrzała ostatnio wysokiego mężczyznę, który wchodził do mojego szpitala i rozdarła się:

– Mamusiu! Jeremy Hunt właśnie wchodzi do twojego szpitala! Leć za nim i utnij mu głowę!

Po tym mało fortunnym zagajeniu wypłynęło wiele kwestii, co do których, zgodnie z przewidywaniami, nie byliśmy zgodni: że złożone przez władze zobowiązanie całotygodniowej opieki nie ma pokrycia w funduszach i personelu; że materiał dowodzący istnienia „efektu weekendu” i zwiększonej liczby szpitalnych zgonów jest wątpliwy; że brak danych dowodzących, iż nowy kontrakt zwiększyłby bezpieczeństwo pacjentów, istnieją natomiast solidne przesłanki, by się obawiać, że stanie się odwrotnie. O wiele bardziej jednak zaskakiwały sfery, w których się zgadzaliśmy.

– Zupełnie zawałam kwestię komunikacji z lekarzami rezydentami i rwę sobie włosy z głowy, usiłując dojść, jak powinienem był to załatwić w inny i lepszy sposób – powiedział Hunt, a ja podziękowałam mu za szczerość.

Bez wahania przyznał też coś, czego nigdy dotąd publicznie z jego strony nie słyszałam: że wie, że w Wielkiej Brytanii brakuje lekarzy. Lecz najbardziej zdumiewający punkt wspólny odnaleźliśmy, kiedy określił swój „kontekst sporu” – zaangażowanie na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjentów umotywowane wstrząsającymi zajściami z Mid Staffs. Zażartował wręcz, że winą za spór o lekarzy rezydentów można obarczyć sir Roberta Francisa, bowiem to Francis sprawił, iż Hunt tak głęboko przejął się bezpieczeństwem pacjentów, że gotów

był dla tej sprawy zrobić, co tylko będzie konieczne, nawet jeśli oznaczałoby to skupienie na sobie nienawiści lekarzy.

Z punktu widzenia lekarki klinicystki bez dwóch zdań jest coś niepokojącego w fakcie, że minister zdrowia zdaje się postrzegać wrogość lekarzy wobec swoich planów jako krzyż, który musi dźwigać za to, że za priorytet uznał dobro pacjentów. Sugeruje to głęboką nieufność co do kierujących nami motywów – tak jakbyśmy my, lekarze, byli w odróżnieniu od niego zbyt skupieni na samych sobie, by postawić na bezpieczeństwo pacjentów. Mogłabym na taki podtekst zareagować wybuchem furii albo po prostu odrzucić jego twierdzenia, że zależy mu na bezpieczeństwie pacjentów, uznając je za wciskanie kitu, jakby fakt, że wybąkał je minister zdrowia, oznaczał, że z gruntu musiały być nieszczerze. Tyle że o kwestii bezpieczeństwa Hunt mówił z rozbijającym, niemal mesjanistycznym zapałem. Zaniepokoił mnie u niego nie brak przekonania, lecz jego nadmiar. Krótko mówiąc, jeśli zawiesiłabym swój sceptycyzm, byłabym w stanie przyznać, że w pewnym punkcie się zgadzamy. A skoro on i ja, tak bardzo się różniący, byliśmy w stanie się spotkać, porozmawiać i zgodzić co do absolutnej nadrzędności sprawy bezpieczeństwa pacjentów, to znaczyło, że mniej wroga przyszłość, w której pracownicy z pierwszej linii działań nie ścieraliby się wciąż z Departamentem Zdrowia, była – przynajmniej teoretycznie – możliwa.

Musiałam uwierzyć w taką możliwość, bowiem byłam pewna, że alternatywą jest rozpad NHS. Hemostaza – zatamowanie krwotoku, którym z życia zawodowego lekarzy i pielęgniarek na pierwszej linii wyciekała wiara, radość, poczucie sensu i entuzjazm, nie mówiąc już o odpływie ich samych z instytucji, której swego czasu byli tak bardzo oddani – wymaga przede wszystkim warunków pracy, które przestałyby być dla tylu pracowników NHS niemożliwe do zniesienia. Ale wymaga to też wskrzeszenia wiary. Obecnie, wbrew wszystkiemu, zdecydowana większość z 1,4 miliona pracowników NHS wciąż żarliwie wierzy w instytucję, w strukturach której pracujemy. Jest ona dla nas inspiracją, jest dla nas ważna, uosabia wiele ideałów, które są nam drogie. Większość korporacji mogłaby tylko pomarzyć o tego rodzaju więzi między

marką a personelem. Ile Google albo McDonald's gotowe byłyby zapłacić za takie oddanie ze strony pracowników? Nadużywanie, wykorzystywanie, a koniec końców dławienie tych olbrzymich pokładów dobrej woli nie wydaje się już czymś ledwie rozrzutnym, ale wręcz zabójczym. W sytuacji, gdy polityczni mocodawcy NHS najwyraźniej znają cenę wszystkiego, ale nie znają wartości niczego, krew tej instytucji – jej pracownicy – wciąż uchodzi.

Wiare jednak da się odbudować. Nieco zwykłej prawdomówności na poziomie ministerialnym co do tego, jak NHS w rzeczywistości sobie radzi – i, co kluczowe, jakie naprawdę otrzymuje fundusze – mogłoby zdziałać cuda, jeśli chodzi o rewitalizację załogi znajdującej się na skraju załamania. Czy tego rodzaju polityczna szczerota naprawdę jest czymś tak dziwnym? Czy uczciwe i otwarte mówienie o tym, że tak czy inaczej służba zdrowia na światowym poziomie wymaga więcej pieniędzy i że jako naród musimy zdecydować, ile jesteśmy gotowi za nią zapłacić, czy to poprzez podatki, czy ubezpieczenie, czy w inny sposób, oznaczałoby polityczne samobójstwo? Czy brytyjska opinia publiczna jest aż tak niedojrzała? Nie wydaje mi się. Nikt tak naprawdę nie wierzy, że małym nakładem środków da się sfinansować wzorcową opiekę zdrowotną, nawet jeśli politycy lubią udawać, że jest inaczej.

Moja iskierka nadziei prędko zgasła. W odpowiedzi na rozgrywający się kryzys rząd podjął się najbardziej jak dotąd brawurowej próby przeinaczenia codziennej rzeczywistości NHS. Premier Theresa May włożyła twierdzenia Brytyjskiego Czerwonego Krzyża między bajki⁸⁷. Jeremy Hunt ruszył do mediów, by zaprzeczać kryzysowi – twierdził, że z kłopotami borykają się zalewie „jeden czy dwa szpitale”, podczas gdy „ogromna większość” w rzeczywistości radzi sobie tej zimy lepiej niż zazwyczaj⁸⁸. Ujawniona notatka, którą wyżsi urzędnicy NHS England rozesłali dyrektorom szpitali, dała wgląd w gorączkowe starania góry, by umniejszyć skalę rozgrywającego się kataklizmu. Pouczano w niej szpitale co do „linii”, jaką miały obierać, gdyby prasa wypytywała je o trudności, z jakimi się mierzą. Apelowano w niej o unikanie sformułowań takich jak „czarny alert” i podsuwano szereg nijakich

określeń na potrzeby kontaktu z mediami⁸⁹. Jedną z najbardziej surrealistycznych chwil tej zimy przyszła, gdy wdałam się w dziwną wymianę zdań na Twitterze z pewną istotną postacią medycznego establishmentu, to jest z prezesem NHS Providers Chrisem Hopsonem, który również poczuł się urażony użyciem przez Czerwony Krzyż określenia „kryzys humanitarny” i wymienił syryjski kryzys uchodźczy, trzęsienie ziemi w Nepalu, epidemię wirusa Ebola w Afryce Zachodniej oraz susze w Somalii i w Ameryce Środkowej jako przykłady kryzysów z prawdziwego zdarzenia.

Zastanawiałam się, czy rzeczywiście sprawy mają się już tak źle, że najlepsze, co możemy powiedzieć o naszej niedomagającej służbie zdrowia, to że przynajmniej sytuacja nie jest tak fatalna jak w Aleppo?⁹⁰ Stary przyjaciel chirurg, który w tygodniu kryzysu „nie-humanitarnego” pełnił akurat dyżur, opowiedział mi, jak przyszło mu przeprowadzić interwencję chirurgiczną u krzyczącego pacjenta, który przytrzymywany przez innego lekarza leżał na podłodze na SOR-ze, na oczach innych pacjentów i ich krewnych, bowiem wszystkie nosze na korytarzach były pozajmowane.

– Po wszystkim podeszli do mnie starsi państwo, którzy przez znaczną część aktywnego zawodowo życia mieszkali w Indiach – opowiadał – i powiedzieli, że nie mogli uwierzyć w to, co widzieli. Zauważyli, że pacjent otrzymałby lepszą opiekę, gdyby znajdował się w państwowym szpitalu w Delhi. I mieli rację. W tym tygodniu istotnie tak było”.

Jako lekarka z bólem odkryłam, że nawet w sytuacji, gdy ludzie dosłownie umierali na noszach na szpitalnych korytarzach – i nawet po tym wszystkim, o co apelował sir Robert Francis – instynktowną reakcją władz było, jak zwykle, zbagatelizowanie i zaprzeczenie niekorzystnej informacji, która mogłaby postawić je w niekorzystnym świetle.

Na nieszczęście dla Hunta i May, dosłownie parę dni po tym, gdy zaprzeczyli, jakoby jakikolwiek kryzys miał miejsce, światło dzienne ujrzały statystyki jawnie przeczące twierdzeniom, by problem dotyczył tylko jednego czy dwóch szpitali. Z materiałów, które przeciekły do BBC, wynikało, że ogromna liczba

pacjentów NHS – ponad 18 tysięcy tylko w ostatnim tygodniu – zaznała oczekiwania na noszach przez więcej niż cztery godziny; 485 pacjentów czekało ponad 12 godzin – to trzykrotnie więcej, niż w przez cały styczeń w poprzednim roku⁹¹. Świeżo opublikowane statystyki Departamentu Zdrowia wykazały, że w tygodniu poprzedzającym wypowiedź Hunta szokujący odsetek 40 procent spośród 153 funkcjonujących w Anglii zakładów opieki zdrowotnej, w strukturach których funkcjonowały szpitale przyjmujące stany nagłe, wydały ostrzeżenia, ponieważ borykały się z poważnymi problemami niedoboru łóżek i nadmiaru pacjentów⁹². Nawet sir Robert Francis we własnej osobie poczuł się w obowiązku odnieść do braku szczerości ze strony władz, opisując na łamach „Health Service Journal” „narastający rozziw” między tym, co ludzie w terenie obserwowali w placówkach NHS, a tym, co głoszone na cały kraj:

Postawmy sprawę jasno, NHS mierzy się z kryzysem egzystencjalnym. Służba zdrowia pędzi coraz szybciej, starając się nadążyć za wymaganiami, ale nie daje rady, ewidentnie nie daje rady.

Ryzykujemy tym, że osiągniemy punkt krytyczny; jeszcze do niego nie dotarliśmy, ale nadejdzie moment, w którym zaufanie publiczne do służby zdrowia się rozpadnie⁹³.

Ani myślałam stać i patrzeć, gdy rząd po raz kolejny usiłował uciszyć starania lekarzy, starających się zwrócić uwagę na zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów. O ile dobrze rozumiałam sytuację, tego wymagał ode mnie obowiązek szczerości. Wykorzystując zatem moje kontakty oraz lekarskie powiązania w mediach społecznościowych, zgromadziłam relacje od lekarzy pracujących na Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych w całym kraju i za ich zgodą przekazałam je redakcji „Guardiana”. W niektórych komentarzach dawało się wyczuć rozpacz. Jeden z lekarzy napisał:

Ostatnio to wygląda jak istna strefa walk. Władze, nie mówiąc już o ciałach nadzorczych, ignorują najgorszą sytuację, jaka zaistniała w szpitalach za mojej pamięci. Podobnie przeciążona jest służba londyńskiego pogotowia

ratunkowego. Nie byli w stanie zapewnić mi ambulansu do przewozu nagłego przypadku, jedenastoletniego dziecka z infekcją zagrażającą wzrokowi, w mniej niż 70 minut. Wartością docelową jest 8 minut. To cud, że dziecko nie straciło oka⁹⁴.

Kolejny lekarz rezydent stwierdzał:

Nasz szpital się wali; dzień w dzień pojawiają się w nim zagrożenia. Wykwalifikowani pracownicy służby zdrowia rozważają porzucenie zatrudnienia, gdyż są zdania, że ktoś niebawem umrze pod naszą opieką. To zupełnie wymknęło się spod kontroli... Jestem niesamowicie wściekły, że ignoruje się tę sytuację i zamiata ją pod dywan. Jestem wściekły, że to nam przychodzi sprzątać i przeproszać za system, któremu oddaliśmy serce i duszę, ale nad którym zupełnie teraz nie panujemy⁹⁵.

Narastające zaniepokojenie w szeregach NHS, jak również pośród parlamentarzystów ze wszystkich ugrupowań, osiągnęło skalę, której władze nie mogły zignorować. Theresa May zdecydowała się jednak na zaskakujące posunięcie, jakby przenoszące mnie w czasie z powrotem do początku sporu, który uczynił ze mnie lekarzkę-aktywistkę: winą za problemy zalewające oddziały ratunkowe NHS obarczyła nowe grono lekarzy – tym razem już nie rezydentów, a lekarzy rodzinnych. Powodem, dla którego SOR-y były tak przeciążone, jak poinformował prasę przedstawiciel Downing Street, była niezdolność lekarzy pierwszego kontaktu do zapewnienia należytej opieki siedem dni w tygodniu, co powoduje presję na szpitale w całym kraju. Wykorzystując ten sam *modus operandi*, który wcześniej zastosowano przeciwko rezydentom, Downing Street nawoływał opinię publiczną, by to lekarzy pierwszego kontaktu obwiniać za bolączki NHS, i insynuował, że niektórzy z nich nie traktują swych pacjentów priorytetowo: „Większość lekarzy pierwszego kontaktu wykonuje fantastyczną pracę, a dobro pacjentów leży im na sercu – zapewnił informator z Downing Street. – Zarazem jednak coraz wyraźniej widać, że znaczna część przychodni nie zapewnia należytej opieki po godzinach – i że w rezultacie cierpią na tym

pacjenci, którzy zmuszeni są szukać pomocy na SOR-ach”⁹⁶. May zaordynowała, że wszystkie przychodnie mają być otwarte siedem dni w tygodniu, od godziny 8:00 do 20:00, bo jeśli nie, to stracą część finansowania.

Reakcją była przewidywalna lawina negatywnych nagłówków, w których piętnowano tych nieodpowiedzialnych lekarzy rodzinnych, którzy – jak twierdzono – urządzają sobie trzygodzinne przerwy obiadowe bądź „zamykają warsztat” na całe popołudnie, za wywołanie kryzysu na SOR-ach. Kryzysu, którego istnieniu May ledwie parę dni wcześniej zaprzeczała⁹⁷. Podobnie jak w przypadku sporu o lekarzy rezydentów, wszelkie statystyki czy dowody przeczące narracji May wygodnie pomijano – wśród nich zaś również fakt, że poprzednio podjęta przez rząd próba wprowadzenia całotygodniowej opieki w przychodniach kosztowała horrendalne 45 milionów funtów, a na zmniejszeniu przez to liczby wizyt na SOR-ach NHS zaoszczędził zaledwie 3 miliony funtów⁹⁸. Co więcej, zgodnie z opinią wszelkich think tanków i ekspertów w dziedzinie zdrowia publicznego, głównym czynnikiem napędzającym kryzys na SOR-ach nie były zaniedbania lekarzy rodzinnych na pierwszej linii, a braki personelu, łóżek szpitalnych i opieki społecznej na tyłach, spowodowane co do jednego przez rządowe cięcia budżetowe. Lekarze, akademicy i deputowani z wszystkich ugrupowań, w tym Sarah Wollaston, konserwatywna posłanka zasiadająca w Specjalnej Komisji Izby Gmin do spraw Zdrowia, jednogłośnie potępili podjęte przez May starania, by odwrócić uwagę od kryzysu poprzez obarczanie winą lekarzy rodzinnych, którzy nie zapewniają opieki siedem dni w tygodniu.

Zatoczyliśmy pełen krąg. Zawarty w sloganie o całotygodniowej opiece potencjał prowokowania nagłówków odpowiedniej treści raz jeszcze okazał się dla Downing Street pokusą nie do odparcia. I nie miało znaczenia, że przyjęta przez May retoryka dotkliwie obrażała i postponowała lekarzy rodzinnych, którzy już i tak musieli się mierzyć z trudnym do zniesienia nawałem obowiązków. Nie miało znaczenia, że taka narracja nie znajdowała poparcia w faktach. Hasła o całotygodniowej opiece powróciły, bo zdejmowały presję

z rządu, a winę za niedostatki służby zdrowia, która zawodziła z powodu niedofinansowania, przrzucali na personel na pierwszej linii. Głosy oburzenia lekarzy rodzinnych z całego kraju brzmiały niczym echa furii, jaką rok wcześniej zapłonęli lekarze rezydenci, kiedy Jeremy Hunt zasugerował, iż pośrednio przyczyniamy się do tysięcy dających się uniknąć przypadków śmierci w weekendy.

Wyglądało na to, że nic się nie zmieniło. Aby odwrócić uwagę od dowodów na kryzys ogarniający NHS, sięgnięto po te same zużyte strategie przrzucania winy. Przyszłość służby zdrowia przedstawiała się beznadziejnie.

ROZDZIAŁ SZESNASTY

NADZIEJA

Był czas, że sądziłam, że największym aktem nieczułości, jakiego może ode mnie wymagać moja praca, jest odebranie pacjentowi nadziei. Przypatrywałam się ich twarzom, gdy robili to inni lekarze, widziałam, jakie te słowa powodowały w pacjentach spustoszenie. I sama również po wielokroć jako lekarka znalazłam się w tej roli. Nie da się pana wyleczyć. Pani umrze. On się już nigdy nie obudzi. Nic więcej nie da się zrobić.

Z czasem jednak zaczęłam tracić pewność. Podejrzewam, że najgorsze, co możemy zaoferować pacjentowi, to fałszywa nadzieja. Tymczasem niemal równie uporczywe, co sama nadzieja, jest pragnienie lekarza, by nie musieć jej odbierać, by nie być posłańcem rozpacz i beznadziei, nawet jeśli wiemy, że przyszła pora na szczerość.

O ile w życiu zawodowym zdążyłam się przyzwyczaić zarówno do dawania nadziei innym, jak i do jej odbierania, o tyle sama – jak być może większość z nas – traktowałam nadzieję (a także zdrowie) jako coś w dużej mierze oczywistego. Jej brak jednakże okazał się druzgocący. Do lata 2016 roku zdążyłam stracić wiarę w tyle różnych spraw – w to, że nadal mogę być taką lekarką, jaką być pragnęłam, w to, że publiczna służba zdrowia zdoła zapewnić bezpieczeństwo powierzonym jej pacjentom, w to, że system opieki zdrowotnej, któremu tak bardzo brakuje zarazem funduszy, jak i optymizmu, w ogóle może przetrwać. Gdy moja rezydentura dobiegła końca, puste teraz dni przeniknęło w pierwszej chwili poczucie beznadziei.

Nie mogę powiedzieć, że moje życie po odejściu z NHS było złe. Zaczniemy od tego, że ucieczka od presji pracy w szpitalu wydała mi się wyzwoleniem. Zaczęłam pisać. Codzienny rytm pisania, rozwożenia do szkoły, czas, jaki mogłam teraz spędzać z Dave'em i z dziećmi, wszystko to było dla mnie czymś egzotycznym i nieznanym. Przerwa – czasowe oderwanie się od konieczności wykonywania obowiązków za dwoje lekarzy czy też od lęku, że wcześniej czy później ktoś powierzony mojej opiece przyplaci luki w systemie życiem – podziałała na mnie ożywczo niczym środek przepisany przez lekarza. Stawałam sobie przy bocznej linii szkolnego boiska, patrzyłam, jak mój syn wraz z kolegą obryzgują się błotem i czułam się tak, jakbym znowu mogła oddychać.

I wtem, z dala od szpitala, stało się coś równie podnoszącego na duchu, co niespodziewanego. Okazało się, że nie mogę porzucić medycyny. Za bardzo tęskniłam za moimi pacjentami. Tak jak swego czasu zasłuchiwałam się w lekarskich opowieściach, które snuli mój ojciec i dziadek, tak teraz, kiedy tylko spotykałam kogoś ze znajomych po fachu, cała w emocjach przeżywałam ich opowieści z pracy, rozkoszując się każdym szczegółem. I rzeczywiście, w miarę upływu kolejnych tygodni coraz bardziej tęskniłam za szpitalem. Nachodziło mnie poczucie, że to, co dla mnie najważniejsze, choć pokonane i pogrążone w letargu, wciąż żyło i mogło ulec wskrzeszeniu. W głębi duszy dalej byłam lekarką. Chciałam znaleźć się tam z powrotem, pośród moich przyjaciół i znajomych, przede wszystkim jednak pośród pacjentów. Gdy pocztą pantoflową dowiedziałam się o dostępnej posadzie w dziedzinie medycyny paliatywnej, to jest w specjalności, na której zamierzałam się skupić, postanowiłam złożyć podanie.

Hospicja częstokroć wzbudzają zrozumiały lęk. Postrzega się je jako złowrogie twierdze śmierci i umierania, za których wrotami kryje się to, co otaczamy najpierwotniejszym tabu. Dla wielu to ucieleśnienie beznadziei. Dla mnie jednak hospicjum często wydaje się pełniejsze tego, co w życiu istotne, niż jakakolwiek inna część szpitala. Rodzin, które otaczają troską swoich bliskich i których wspólny żal stanowi dowód łączącej ich miłości i przywiązania.

Pacjentów, którzy stawiają czoła temu, przed czym wszyscy niekiedy uciekamy, z godnością i siłą, które wbijają w podłogę. Pracowników, którzy starają się, jak tylko mogą, by tym, którym kończy się czas, zapewnić najlepsze możliwe warunki życia. Człowieczeństwo, współczucie, skomplikowane wyzwania medyczne, zwykły ludzki gest lub czyjś czas – cenny czas spędzony na słuchaniu kogoś i byciu świadkiem. Nawet w służbie zdrowia, która goni resztką sił, hospicjum wciąż pozostaje przestrzenią, w której można się skupić na działalności terapeutycznej w stopniu, jakiego oczekiwaloby się po każdym lekarzu. Niestety, nasze przeciążone, niedostatecznie obsadzone szpitale i przychodnie coraz bardziej nie są w stanie tego zapewnić. Na wieść o tym, że moje podanie rozpatrzono pozytywnie, poczułam się tak właściwie, tak naturalnie, jak gdybym wracała do domu.

W pierwszym dniu po powrocie do pracy w charakterze lekarki publicznej służby zdrowia jazda rowerem wydawała się niczym podróż w czasie. Wiatr smagał mi twarz, lecz na niebie panował błękit. Zjechałam z rozpędu ze wzgórza na teren szpitala, równie chętna i gotowa, jak przed ośmiu laty. Sama byłam tym najbardziej zdziwiona.

Hospicjum, umiejscowione w najspokojniejszej części kompleksu, znajduje się pośród urokliwych ogrodów, którymi z oddaniem opiekują się wolontariusze. Wewnątrz panuje spokój, jakiego rzadko kiedy można zaznać pośród gorączkowych działań przyjmującego nagle przypadki zakładu opieki zdrowotnej. Dzieła sztuki, naturalne oświetlenie, dyskretne zakamarki z kryjącymi się w nich fotelami, miłosierna nieobecność szpitalnych plakatów rozkazujących ludziom, by myli ręce, jedli więcej owoców, a w przerwie obiadowej chodzili na zumbę.

Wcisnęliśmy się do nieco zbyt ciasnego jak na ten cel pomieszczenia, gdzie zaraz mieliśmy odebrać odprawę ze strony nocnej zmiany. Zająłam miejsce pośród pozostałych lekarzy, pielęgniarek, psychologa dziecięcego, pracowników społecznych, terapeutów zajęciowych, muzykoterapeuty, psychologa oraz szpitalnego kapelana. Dzienna odprawa oddziałowa – po kolei każdy pacjent,

numer sali oraz powód przyjęcia na oddział – brzmiała niczym litania medycznych koszmarów. Rak płuc, niewydolność serca, rak piersi, mięsak, stwardnienie zanikowe boczne, glejak, rak jelita grubego, rak jajnika, niewydolność nerek w stadium terminalnym. Lecz w miarę jak skupialiśmy się po kolei na potrzebach każdego z pacjentów, nazwy chorób prawie nie padały. Co możemy uczynić, by Grace poczuła się na tyle pewnie, by spędzić w tym tygodniu parę godzin w domu z mężem? Czy nowe leki w pompie infuzyjnej poradziły sobie z bólem u Boba? Czy da się załatwić, by stary zespół jazzowy Jima odwiedził go i razem z nim zagrał w szpitalnej kaplicy? Czy córka Simona zdołała się nieco uspokoić? Czy suknia ślubna Anny już przyszła i czy wszyscy pamiętamy, że ceremonia będzie w tę sobotę? Ze wszystkich stron otaczała nas nie tylko śmierć, ale i życie, a naszym zadaniem było dopilnować, by bez względu na swoją ulotność było to życie tak dobre, jak to tylko możliwe.

Jednym z najbardziej ludzkich aspektów hospicjum są ustawione w każdym pokoju sofy, które rozkładają się w łóżka, aby bliscy, jeśli tego zapragną, mogli pozostawać dzień i noc u boku umierającego pacjenta. Kiedy rozpoczynałam pracę, Sarah już od czterdziestu ośmiu godzin była przy mężu. Jak mi powiedziała, wcześniej zawarli porozumienie, że gdy przyjdzie pora, Stuart zechce się tu pojawić, ale tylko pod warunkiem, że ona będzie mu towarzyszyć. W zaciszu ich subtelnie oświetlonego pokoju o wpół zaciągniętych zasłonach, gdzie na szafce przy łóżku stała kolekcja kartek z życzeniami, można było odnieść wrażenie, że pięćdziesiąt lat ich małżeństwa – całe życie razem – ważyło więcej niż sam Stuart, którego nowotwór zdążył tak wyniszczyć, że teraz bardziej niż człowieka przypominał zjawę.

– Tak jakbym już się z nim pożegnała – powiedziała mi Sarah. – Jedną nogą wciąż tu jest, ale drugą znajduje się już tam i choć wie, że ja tu jestem, wydaje mi się, że z jego perspektywy już odszedł.

Pogładziła męża po zapadłym policzku, przyklękła i ucałowała go w brew. W tym najdelikatniejszym geście zawierała się ogromna intymność. Choć życie uchodziło, miłość zdawała się silna jak nigdy. Przy pomocy pieczołowicie

dobrych proporcji leków w pompie infuzyjnej byliśmy w stanie zapanować nad objawami jego choroby. Wysłałam z satysfakcją, że zarówno mąż, jak i żona czuli się tak komfortowo, jak to było możliwe, chyląc czoła przed czułością, której dane mi było być świadkiem.

Śmierć, rzecz jasna, nawet w warunkach hospicjum może nadejść w formie absolutnie wyzutej z poczucia spokoju. Teresę, czterdziestokilkuletnią pacjentkę z rakiem jajnika, prześladowała perspektywa, że nie będzie jej przy jej nastoletnich dzieciach. Choć potwornie zamartwiała się tym, jak przeżyją wizytę u matki w hospicjum, widok jej ogromnie opuchniętych kończyn i ból przy poruszaniu się, to ewentualność podjęcia próby odwiedzin w domu napełniała ją jeszcze większym lękiem. Trzeba było perswazji, otuchy i uważnego doglądania jej objawów, aby przekonać ją, że wizyta jest możliwa. Cały zespół – pielęgniarki, lekarze, terapeuci zajęciowi – przez cały tydzień wspólnie pracował nad zbudowaniem u niej pewności siebie.

– Chcę tylko tak jak kiedyś położyć się z Jasmine na moim łóżku, pogadać i potrzymać ją za dłoń – powiedziała Theresa.

Pod koniec mojego pierwszego tygodnia w pracy Theresa podjęła próbę wizyty. Nim ruszyła, ujęłam ją za rękę, starając się uspokoić jej nerwy, a gdy powróciła, udałam się do jej pokoju, by zobaczyć, jak jej poszło. Jej twarz zmieniła się nie do poznania. Miejsce wymęczonej, poszarzałej maski zniechęcenia zajął blask.

– Leżałyśmy razem na łóżku i gadałyśmy sobie, tak jak kiedyś – opowiadała, a łzy rozświeślały jej oczy. – Nie myślałam, że to będzie możliwe. Nie wierzyłam, że kiedykolwiek trafię jeszcze do domu.

Uśmiechnęłam się. Bo jak tu się nie uśmiechnąć? Przy wsparciu całego zespołu pracowników hospicjum matka spędziła czas w domu z córką, chociaż myślała, że nie dostanie takiej szansy. Stanowiąca obramowanie sytuacji rzeczywistość jej nowotworu pozostawała równie ponura i brutalna, lecz w jej granicach byliśmy w stanie pozwolić Theresie zaznać więcej tego, co ważne, a co uznawała za niemożliwe. Gdy to się udało, radość dosłownie z niej biła.



W równoległym świecie takie intensywnie osobiste podejście do opieki jak w hospicjum spotkać można by było wszędzie w NHS. Co jasne, uniemożliwiają to ograniczone środki. A zresztą sama wola, by na oddziałach zajmujących się nagłymi przypadkami fundusze skupiano przede wszystkim na podstawowych działaniach mających na celu pomoc pacjentom z pilnymi potrzebami, w stanie zagrożenia życia. Niemniej jednak jest doskonale zrozumiałe, że coraz większe ograniczanie dostępnych środków powoduje, że współczucie, życzliwość i uwaga poświęcana pacjentom jako odrębnym istotom ludzkim zaczynają podlegać racjonowaniu na tej samej zasadzie, co w przypadku operacji zaćmy, wstawiania implantów bioder czy najnowszych i drogich lekowych terapii przeciwnowotworowych. Personel może w dalszym ciągu porzucać podlegające brutalizacji warunki pracy – tak jak tymczasowo uczyniłam to ja – bądź też, w sytuacji, gdy ich współczucie i oddanie NHS uległo wyczerpaniu, mogą przeistoczyć się w wypalonych podwładnych odliczających godziny do końca zmiany. Tak czy inaczej, odbywa się to ze szkodą dla służby zdrowia, która oddala się od tego, czym powinna i czym wciąż może być.

Podobnie jak w przypadku innych potężnych podziałów w brytyjskiej polityce lat 2016–2017 – dotyczących Brexitu, Nigela Farage’a, ceny pasty Marmite, kształtu czekolady Toblerone – państwowa służba zdrowia pozostaje jednym z wielkich czynników polaryzujących społeczeństwo. W badaniach opinii publicznej NHS konsekwentnie zajmuje pierwsze miejsce na liście czynników, które przynoszą nam dumę z bycia Brytyjczykami, wygrywając z naszą historią, rodziną królewską, ustrojem demokratycznym oraz kulturą i sztuką. Opieka zdrowotna od kołyski aż po grób, dostępna za darmo wszystkim potrzebującym, bez względu na ich stan konta, ewidentnie porusza w nas jakąś głęboko umieszczoną strunę. Być może chodzi o poczucie więzi ze współobywatelami, a może o bardziej naturalną reakcję na ból i cierpienie, o pierwotny instynkt nakazujący opiekę nad sobą nawzajem i życzliwość. Lecz choć kochamy NHS,

nie możemy udawać, że nie dostrzegamy dowodów na to, że publicznej służbie zdrowia coraz trudniej przychodzi zapewniać dobrą opiekę.

W swoim ostatnim artykule, napisanym na kilka dni przed śmiercią spowodowaną nieoperacyjnym rakiem płuc, felietonista „Timesa” A. A. Gill pięknie uchwycił atuty, ambicje, paradoksy oraz niedostatki naszej hołubionej, lecz wysłużonej publicznej służby zdrowia:

Uczynienie z choroby i rekonwalescencji ołtarza wotywnego i kamienia węgielnego krajowej polityki wydaje się czymś nieprawdopodobnym, nietypowym, tak nie-„naszym”. A jednak: za każdym razem, gdy zbliżają się wybory, to NHS okazuje się zarówno termometrem, jak i kulą, na której wspierają się kolejne rządy. NHS reprezentuje sobą wszystko to, co uważamy za najlepsze w nas samych. (...) Po wejściu do szpitala NHS nie da się być rasistą. Z miejsca cię z tego uleczą. (...) W NHS nie da się być seksistą, nie da się traktować ludzi protekcjonalnie, zaś troska, humor i poczucie bliskości, z jakimi zarówno świadczący opiekę, jak i nią otaczani stawiają czoła rozchwierutanemu od dawna systemowi, przywołują na myśl to, co w nas najlepsze: hardość i sentymentalność z czasów nalotów na Anglię, i poczucie „przyparcia do muru” – toteż wolimy o NHS opowiadać kłamstwa¹.

Kłamstwa, czy chociaż wyolbrzymienia – wedle których system NHS jest niespotykane genialny, nie ma sobie równych, jest po prostu najlepszy na świecie – zostały boleśnie zdemaskowane, gdy Gill dowiedział się, że w ramach NHS nie może liczyć na otrzymanie kosztownego, nowatorskiego leku przeciwnowotworowego, od którego co prawda by nie wyzdrowiał, lecz dzięki któremu miałby szansę spędzić więcej czasu z bliskimi. Gdyby Gill mieszkał w innym kraju Europy, na nowy lek o nazwie nivolumab mógłby liczyć od ręki, lecz w Anglii, jak wyjaśniał, aby otrzymać go bez zbędnej zwłoki, musiałby zapłacić zań z własnej kieszeni. W sytuacji, gdy przeżywalność pacjentów nowotworowych leczących się w ramach NHS oscyluje na tak rozpaczliwie niskim poziomie, można sobie tylko wyobrazić rozpacz Gilla, gdy – jak sam to

postrzegał – odebrano mu perspektywę przeżycia dodatkowych tygodni lub miesięcy, dlatego tylko, że nivolumab wydał się NHS nie dość wartościowy jak na koszt, jaki jego zakup oznaczałby dla podatników.

Mimo to Gill zdawał się trafnie wyczuwać, dlaczego tak wielu z nas tak zaciekle trzyma stronę NHS: ze względu na to, co NHS mówi o nas samych. Gdybyśmy nie mieli publicznej służby zdrowia, w którą możemy wierzyć, jak bardzo ucierpiałby na tym nasz zbiorowy portret własny? Chcemy przekonać samych siebie, że jesteśmy przyzwoici, wrażliwi i szczodrzy, że tworzymy społeczeństwo jednostek gotowych w każdym momencie pospieszyć sobie nawzajem z pomocą. Lecz jeśli nie jesteśmy skory płacić dość wysokich podatków, by utrzymać system, który gwarantuje, że każdy z nas, bez względu na zasoby finansowe, otrzyma potrzebną mu opiekę zdrowotną, to co to o nas mówi? Czyżbyśmy musieli zmierzyć się z konstatacją, że koniec końców jesteśmy zbyt skąpi, by opłacić przyszłość NHS?

Są to sprawy o wysokim ładunku emocjonalnym. Przeciwnicy NHS nierzadko odrzucają taką argumentację, uznając, że to nic więcej jak zaciemniająca obraz mowa-trawa. Z ich perspektywy zimna i niestrawna dla niektórych prawda wygląda tak, że NHS to monolityczny dinozaur – niezgrabny, bezwładny relikw przeszłości, który nie wywiązuje się ze swych powinności, za dużo wydaje i na dobrą sprawę powinien być już dawno wyginąć, gdyby nie sentymentalizm tych, którzy nie potrafią dostrzec korzyści wynikających z działania niewidzialnej ręki rynku. Jak to ujmuje strateg polityczny John McTernan w tekście dla prawnicowego think-tanku Institute of Economic Affairs:

Kiedy chodzi o NHS, fakty i argumenty nie mają żadnego znaczenia – liczą się jedynie emocje i odczucia. Komentatorzy często stwierdzają, że żyjemy w epoce „post-prawdy”. Jeżeli tak jest w istocie, to szlak przetarła NHS – debata o jej przyszłości już od dłuższego czasu prowadzona jest przy użyciu określeń właściwych post-prawdzie².

Jest to, ma się rozumieć, gruba przesada. Jak najbardziej da się żarliwie wierzyć w polityczne zasady, na których wspiera się NHS, a jednocześnie chłodno i realistycznie oceniać dane dotyczące tego, jak dobrze i efektywnie z finansowego punktu widzenia radzi sobie nasza służba zdrowia. Byłoby wręcz czymś dziwnym, gdybyśmy my – lekarze, od czasów studiów stale zaangażowani w uprawianie medycyny opartej na faktach – w naszych staraniach powstrzymywali się od racjonalnej oceny ogólnej skuteczności NHS. W ramach własnych poglądów politycznych mogę sobie cenić sprawiedliwą opiekę zdrowotną finansowaną z podatków dochodowych, lecz jako lekarka chcę tego, co najlepsze dla moich pacjentów, więc NHS musi się sprawdzać w działaniu.

Nie da się ukryć, że niektóre zestawienia ogólnoswiatowych statystyk czyta się ponuro. Ukazują one, jak NHS wlecze się z tyłu za innymi krajami Europy i Zachodu pod względem wielu istotnych wskaźników. Rażącem przykładem niech będzie rak. Na przykład dane dotyczące śmiertelności zgromadzone przez OECD dowodzą, że statystyki dotyczące pięcioletniej przeżywalności w przypadkach raka jelita grubego, piersi bądź szyjki macicy umiejscawiają Wielką Brytanię w dolnej jednej trzeciej spośród trzydziestu pięciu państw zrzeszonych w OECD³.

Ale czy powinno to zaskakiwać, zważywszy na to, jak niewielką część PKB przeznaczamy na sprawy zdrowia? W chwili, gdy piszę te słowa, Wielka Brytania stanowi szóstą najbogatszą gospodarkę świata, ale najnowsze dane OECD wykazują, że w 2013 roku (którego dotyczą najnowsze w pełni opublikowane wyliczenia) Wielka Brytania wydała na opiekę zdrowotną zaledwie 8,5 procent PKB, co plasuje kraj na pozycji trzynastej spośród piętnastu krajów założycielskich Unii Europejskiej⁴. Średnia unijna wynosiła 10,1 procenta. Z punktu widzenia ekonomistów zajmujących się zdrowiem, takich jak John Appleby, główny ekonomista niezależnego think-tanku z branży zdrowotnej Nuffield Trust, kluczową kwestią

coraz bardziej staje się nie to, czy stać nas na wydawanie więcej – wszak wiele krajów już to robi, i to od dziesięcioleci. Pytanie raczej, czy stać nas na to, by nadal wydawać tak relatywnie mało, biorąc pod uwagę poprawę jakości opieki i rezultatów, jakich pragniemy i oczekujemy od naszej służby zdrowia⁵.

Inaczej rzecz ujmując, czy chcemy przycinać usługi NHS, aby dopasować je do obecnego budżetu, czy też zapewnić budżet odpowiadający opiece zdrowotnej, jakiej sobie życzymy? Na pieniądzu, oczywiście, sprawa się nie kończy. NHS wciąż niekiedy potrafi doprowadzić do furii swoją ociążałością. Lecz o ile bez wątplenia istnieją pomysłowe sposoby na zwiększenie efektywności NHS, o tyle samo ograniczenie zasobów ludzkich i racjonowanie świadczonych usług można uznać za antypody roztropności. W tym wypadku mniej nie oznacza więcej. Skąpe budżety nie stanowią sposobu na osiągnięcie światowego poziomu doskonałości. W polityce zdrowotnej, tak jak w medycynie, nie ma miejsca na fałszywą nadzieję, nieszczerłość czy myślenie życzeniowe.

Transparentność, o ile w przypadku NHS cokolwiek to oznacza, zaczyna się od uczciwości co do kosztów utrzymania opieki zdrowotnej na światowym poziomie. Jeżeli pragniemy tego, co najlepsze, to siłą rzeczy musimy za to płacić. Tymczasem jednak przejawiany przez polityków strach przed otwartą debatą publiczną na ten temat sprawia, że w dalszym ciągu dla politycznych korzyści zaprzecza się faktom na temat opłakanego stanu naszej służby zdrowia, którą władze ponoć tak hołubią.



Odkrycie, że nie jestem w stanie zrezygnować z opieki nad pacjentami, na nowo wzbudziło we mnie optymizm. Można było dopatrzeć się w tym sugestii istnienia podobnego uporu i nieustępliwości, które utrzymują NHS przy życiu. W pracy spotykam się z tym na każdym kroku. Znajomi lekarze i pielęgniarki bywają zgnębieni i przemęczeni, lecz dla bardzo wielu z nich, tak zresztą jak

i dla mnie, gratyfikacja wynikająca z opieki nad drugim człowiekiem wciąż przewyższa ponoszone koszty. I wciąż, jak rozumiem, kurczowo trzymamy się iskielki nadziei, że pewnego dnia sytuacja ulegnie zmianie – dojdzie do gwałtownej zmiany w podejściu polityków do kwestii NHS, nastąpią nowe inwestycje w tragicznie zaniedbane usługi, a w grafiku pojawi się dodatkowy lekarz czy pielęgniarka.

Zaprzeczanie istnieniu problemów to najprostszy sposób, by nadzieję tę zdławić. I ostatecznie takie też są najbardziej szkodliwe konsekwencje przejawianej przez władze skłonności do politycznego spinu, ponieważ pozbawia on pracowników NHS prawa do zabrania głosu, do bycia wysłuchanym, do tego, by ktoś im uwierzył; pozbawia prawa do głosu. Jeśli nikt nie słucha, gdy próbujesz zasygnalizować, że pacjentom grozi niebezpieczeństwo, jeśli nikt nie wierzy, gdy mówisz, że NHS jest na skraju załamania, jeśli władze obsmarowują cię i postępują za próby zabrania głosu, koniec końców nie można cię winić, jeśli zwiesz głowę w milczącej rozpacz. Udało im się cię uciszyć.

Lekarze rezydenci przez rok alarmowali o niebezpieczeństwach wynikających z nadmiernego obciążenia i braków kadrowych – a katastrofalny kryzys zimą 2016–2017 potwierdził większość naszych obaw. Mimo to resort zdrowia w dalszym ciągu utrzymuje swe swobodne podejście do prawdy. Można zatem dojść do wniosku, do którego chwilami dochodziłam i ja, że rezydenci nic nie wskórali – nasze starania okazały się daremne – i że w obecnej epoce „post-prawdy” istotnie naiwnością z mojej strony byłoby spodziewać się czegoś więcej. Wszak to w 2016 roku jeden z członków gabinetu stwierdził, że Brytyjczycy „mają już dość ekspertów”, zaś po drugiej stronie Atlantyku udokumentowany notoryczny kłamca wygrał amerykańskie wybory prezydenckie. Fakty i fachowa wiedza jeszcze nigdy nie przedstawiały się tak bezradnie.

Z mojego punktu widzenia najczarniejszy moment sporu z rezydentami nastąpił wówczas, gdy po roku bombardowania nas wątpliwymi statystykami

dotyczącymi śmiertelności, Jeremy Hunt wykorzystał swoje przemówienie na jesiennej konwencji Partii Konserwatywnej w 2016 roku, by wydać zdumiewające oświadczenie: „Zwracam się do BMA i wszystkich lekarzy rezydentów: nie kłóćmy się o statystyki”⁶. Niemalże na tym samym wdechu sięgnął po statystyki – i tym razem wątpliwe – aby przydać retorycznej wagi swojemu postulatowi opieki zdrowotnej siedem dni w tygodniu. Tym razem sugerował, że opieka w weekendy jest niewystarczająca i utrzymywał, że „kiedy ostatnio sprawdzaliśmy”, jedynie w jednym szpitalu na dziesięć pacjenci w ciągu czternastu godzin od przyjęcia byli badani przez konsultanta. Tymczasem niezależne statystyki wykazały, że w okresie tym udaje się przebadać przynajmniej 80 procent pacjentów⁷. Była to więc kolejna statystyczna sztuczka.

Fakty i statystyki stanowią fundament dobrej medycyny. Lekarze są naukowcami, nie zaś szarlatanami, a polityka zdrowotna w równym stopniu co nasza praktyka powinna opierać się na dowodach. Nadzwyczajnego tupetu wymaga jednocześnie wypaczanie statystyk i nawoływanie lekarzy, by przestali się o nie wyklócać w ramach jednego dwudziestominutowego przemówienia. Czy można sobie wyobrazić dobitniejszy przykład „alternatywnego podejścia do faktów”? Zwłaszcza, gdy dopiero co przedstawiało się swoją osobę, i to kolejny raz, jako zwolennika szczerego podejścia do tematu NHS. Hunt właśnie to uczynił w tym samym przemówieniu, a ponadto zapewnił opinię publiczną, iż pacjenci „pragną wiedzieć, że w naszej demokracji potężne państwo czy też machina biurokratyczna żadnego obywatela nie pozbawi głosu i siły, choćby nawet chodziło o organizację tak kochaną jak NHS”⁸.

Jeżeli przez cały rok przykrych sporów jakieś zdanie wyrażało odczucia lekarzy rezydentów, to było to właśnie stwierdzenie, że poczuli się pozbawieni przez władze „głosu i siły”. A – o czym pacjenci i ich rodziny mogli się dotkliwie przekonać na przykładzie Mid Staffs – kiedy wyrazy zaniepokojenia dość długo spotykają się z lekceważeniem, personel koniec końców przestaje je zgłaszać. Milczenie nie oznacza wówczas, że sprawy uległy poprawie, lecz że górę wzięła przesiąknięta fatalizmem rezygnacja.

Ale tak być nie musi. Kapitulacja stanowi wybór. Jak to ujmuje amerykańska autorka i aktywistka Rebecca Solnit:

Nasi przeciwnicy pragną, byśmy uwierzyły i uwierzyli, że sytuacja jest beznadziejna, że nie mamy żadnej władzy, żadnych podstaw do działania, że nie możemy wygrać. Nadzieja to dar, którego nie musimy się wyrzekać, moc, której nie musimy się wyzbywać. I choć nadzieja może być wyrazem buntu, to bunt sam w sobie nie jest dostateczną podstawą nadziei. Mamy jednakże inne dobre podstawy ⁹.

Być może najlepszym powodem, by nie tracić nadziei, jest to, że choć Hunt uzyskał upragnione „zwycięstwo” nad lekarzami rezydentami, to niezamierzenie dał nam przy tym zarówno głos, jak i pewność konieczną do jego zabrania. To satysfakcjonująca ironia, że pomimo wszelkich wysiłków obliczonych na przedstawienie lekarzy rezydentów jako oszukanych przez BMA „bojowców”, żaden człowiek nie zrobił tyle dla wpojenia rezydentom pewności siebie, determinacji oraz woli zabrania głosu, co sam Jeremy Hunt.

Nikt też tak skutecznie nie zjednoczył dotychczas zróżnicowanego zbiorowiska lekarzy w jedną spójną całość – 54 tysięcy rezydentów ze wspólnym poczuciem tożsamości i świeżo odkrytą predylekcją do burzącej spokój szczerości. Koniec końców każdego dnia jesteśmy w pracy orędownikami naszych pacjentów – a teraz rozszerzyliśmy to poczucie orędownictwa o sferę polityczną, popchnięci do tego przez hipokryzję obecnych władz.

Moje pokolenie lekarzy, niegdyś tak potulne i nieskore się wychylać, nauczyło się na własnej skórze, jak zabierać głos i zadbać o bycie słyszonym. Z pewnością na tym nie poprzestaniemy. Czy się to władzom podoba, czy nie, dopilnujemy nieustającej transparentności i tego, by fakty wychodziły na wierzch, jeśli nie za sprawą Departamentu Zdrowia czy też bonzów medycznego establishmentu, to dzięki szeregowym przedstawicielom środowiska.



– Rach, dasz wiare? Dasz wiare, co się stało z Sally? Toż to cud!

Była ósma rano, stawiałam się przed czasem na zmianę w ośrodku chorych na raka z cichą nadzieją, że podczas przygotowań do porannego obchodu uda mi się jeszcze wypić wzmocnioną latte. Rzadko kiedy się zdarzało, by pielęgniarka rzucała się na mnie od wejścia, ale też Sally Morley nie była zwyczajną pacjentką.

– Co? Co się stało? – spytałam, z miejsca zaniepokojona. – Czy z Sally wszystko w porządku?

– „W porządku”? – Pielęgniarka się roześmiała. – Mówię ci, to cud! Zresztą idź i sama zobacz.

Jakieś dwa miesiące wcześniej, w moim pierwszym tygodniu pracy w ośrodku dla chorych na raka, Sally – żywiołowa była opiekunka domowa tuż po sześćdziesiątce, u której zdiagnozowano wyjątkowo zjadliwą odmianę białaczki – była powodem do dumy dla całego oddziału. Standardowa chemioterapia nie przynosiła żadnych skutków. Ostatnią szansą był dla niej przeszczep szpiku kostnego, co wiązało się z przyjmowaniem potężnego arsenału medykamentów. Zabieg przeszczepu przebiegł nadzwyczaj dobrze. Sally znosiła efekty uboczne chemioterapii ze zdumiewającym wigorem i niesłabnącym dobrym humorem. Szpik od dawcy wspaniale się przyjął. Badania krwi nie wykazały nawet śladu po białaczce, kobieta szykowała się więc, by wreszcie opuścić szpital i powrócić do życia w domu z oddanym jej małżonkiem.

Podczas sześciotygodniowego pobytu na oddziale chorych na raka Ron niemalże nie odstępował jej na krok. Gdy pod wpływem lekarstw jej skóra stała się nieznośnie sucha i swędząca, z czułością wcierał w jej ręce i nogi przynoszący ulgę balsam o różanym zapachu. Gdy pod wpływem chemioterapii przestała jeść, przynosił jej do łóżka sorbet cytrynowy – jedyne pożywienie, jakie była w stanie w siebie wmusić.

– Dlaczego to ja nie mogę wyjść za takiego Rona? – narzekały niezamężne pielęgniarki. – Dlaczego mnie nie trafiają się tacy goście?

We wtorek z uwagą sporządziłam jej wypis. Zawarłam w nim pełno informacji dla jej lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Następnego dnia miała wyjść do domu. Lecz w środę przy porannym obchodzie coś się zmieniło. Sally, zazwyczaj tak bezceremonialna i radosna, w chwili, gdy dotarliśmy do jej łóżka, była przygaszona, niemalże nieobecna. Nie był to jeszcze powód do szczególnego niepokoju, ale ze starą, dobrą Sally było coś nie tak. Możliwa przyczyna wyszła w badaniach krwi – za niski poziom sodu. Co więcej, miała zdecydowanie nazbyt wysokie tętno, jej serce łomotało z niewytłumaczalną szybkością i zaciekłością. Do czwartku jej stan uległ wyraźnemu pogorszeniu. W odpowiedzi na nasze pytania uśmiechała się tylko półgębkiem, niezdolna choćby wyartykułować odpowiedzi. Co gorsza, zdawała się zdezorientowana i strapiona – gorączkowo skubała swoje prześcieradło i drapała się po założonym na rękę wenflonie.

– Co się stało? – Ron błagalnym tonem wypytywał moich konsultantów. – Co poszło nie tak? Dlaczego ona teraz taka jest?

Prawda była taka, że nikt z nas tego nie wiedział.

– Sally – zwracał się do niej, chwytając za dłoń. – Sally, to ja, Ron. To ja, Ron, twój mąż. Sally, słyszysz mnie?

Z nieobecnym wzrokiem odwracała się w stronę, z której padały prośby jej męża, delikatnie muskając wierzchem dłoni jego pierś, jak gdyby kierowało nią wrodzone współczucie do drugiego człowieka, choć jego akurat teraz nie rozpoznawała. Nader często z wysiłku popadała w mroczny stan senności i otumanienia, gubiąc się w swoim własnym świecie. Na straszliwą udrękę Rona aż trudno było patrzeć.

Mijały tygodnie. Pomimo niezliczonych badań krwi, tomografii mózgu i nakłuć lędźwiowych nie byliśmy w stanie zidentyfikować przyczyny pogorszenia się jej stanu. Mimo wszystko Ron się upierał, że Sally wyjdzie z tego.

– To twarda sztuka – mówił mi. – Wiem, że nie odpuszcza i że to pokona.

Staraliśmy się, z początku delikatnie, doradzać wstrzemięźliwość i oswajać go z myślą, że wobec braku czy to diagnozy, czy też poprawy funkcji życiowych, szanse na powrót do zdrowia powoli się kurczyły. Ron nawet nie chciał o tym słuchać.

– Sally z tego wyjdzie – powtarzał, przycupnięty przy jej łóżku.

W końcu pewnego dnia udało nam się postawić diagnozę. Krople płynu mózgowo-rdzeniowego, który pobrałam z rdzenia Sally przy okazji kolejnego już bolesnego nakłucia lędźwiowego, okazały się pełne wirusa znanego jako HHV-6. Tę z reguły łagodną i samoograniczającą się infekcję zazwyczaj przechodzimy we wczesnym dzieciństwie, nawet nie zdając sobie z tego sprawy. Potem najczęściej wirus w naszym układzie krwionośnym popada w stan uśpienia i po cichu towarzyszy nam też w dorosłości. Lecz jeśli na późniejszym etapie życia zdarzy się konieczność zastosowania silnych leków immunosupresyjnych, tak jak w przypadku chemioterapii, którą podaliśmy Sally, wirus niekiedy się uaktywnia, by następnie siać zamęt w mózgu, czasami powodować poważne zaburzenia funkcjonowania, a nawet śmierć.

W przypadku Sally sięgnęliśmy po najbardziej agresywny z dostępnych na rynku leków antywirusowych, lecz wszystko wskazywało na to, że na próżno. Jej stan, o ile ulegał zmianie, to jedynie na gorsze – miotła się między podenerwowaniem, nieobecnością i niemalże śpiączką, niekiedy wszystkie te etapy zaliczając w ciągu jednego dnia. Sally, którą z czasem zdążyliśmy pokochać, oddalała się od nas coraz bardziej. Pozostawiała męża, który w dalszym ciągu doglądał jej najdrobniejszych nawet potrzeb, broniąc się przed żalobą po żonie, która zdawała się bezpowrotnie utracona.

– Jest szansa, że się jej poprawi, prawda, Rachel? – z błagalnym spojrzeniem szeroko otwartych oczu wypytywał mnie Ron.

Z całych sił pragnęłam podtrzymać w nim nadzieję, dać mu powód, by nie tracił wiary, lecz w rzeczywistości najmądrzejsi konsultanci w moim zespole wykazywali na tym etapie głęboki pesymizm.

– Im dłużej pozostaje w takim stanie, tym większe jest prawdopodobieństwo, że uszkodzenia w mózgu okażą się nieodwracalne – zawyrokował już na początku mój przełożony.

Od tego czasu minęło wiele tygodni i nikt z nas nie wierzył, że Sally się z tego wygrzebie. Nadzieję wykazywał jeszcze tylko Ron, a i w jego przypadku była ona już na wyczerpaniu.

Wtem, wczesnym rankiem pewnej niedzieli, kiedy to mnie przypadał dyżur, wszystko się zmieniło. Gdy w pokoju zjawiła się asystentka medyczna, by ocenić stan pacjentki, Sally z zupełną przytomnością umysłu spytała ją, jaki dziś mamy dzień. Oszołomione pielęgniarki zbiegły się do jej łóżka. Wówczas zdumiała je do cna, całkiem wyraźnie prosząc o śniadanie. Pielęgniarki czym prędzej zadzwoniły do Rona, który był w domu, i poleciły mu natychmiast przyjechać do szpitala.

I tak też się stało, że kiedy parę godzin później sama weszłam do pokoju Sally, niesiona otumaniającą mieszanką nadziei i zaintrygowania, ów spokojny, niepozorny i oddany mąż niemal rzucił mi się w ramiona – rozpromieniony, zapłakany i ledwo zdolny ogarnąć rozumem cud, dzięki któremu odzyskał żonę.

– Aj, Ron – dobrodusznie karciała go Sally. – Ale z ciebie głuptas! Weźże się już opanuj.

– Dzień dobry, Sally – powiedziałam, uśmiechając się z niedowierzaniem. – Jak się dzisiaj czujesz?

– *Ze mną* wszystko w porządku. Nie pojmuję tylko, co to się porobiło z tym moim małżonkiem.

Wirus wymazał jej z pamięci kilka miesięcy życia. Nie miała żadnych wspomnień dotyczących pobytu w szpitalu ani nawet zdiagnozowania u niej białaczki, lecz jej osobowość przetrwała w nienaruszonym stanie.

Nikt z nas nie był w stanie tego wytłumaczyć. Medycyna nie dawała odpowiedzi. Czasami zdarza się, że pacjent przekreśli najgorsze obawy wszystkich swoich lekarzy, a zarazem spełnia największe nadzieje swoich bliskich.

– To zupełnie tak, jak gdyby ktoś pstryknął przełącznik – wyznał mi później Ron, wciąż kręcąc głową z niedowierzaniem. – *Pstryk* i wróciła. To cud, to po prostu cud.



Na początku studiów medycznych nauczono mnie okazywać sceptycyzm wobec nieuzasadnionych wyrazów pewności. „Nigdy” i „zawsze” to dwa słowa, z których lekarze mogą korzystać na własne ryzyko. Wyjątki, jak prędko dane mi było przyswoić, zdarzają się wszędzie, a pacjenci i ich schorzenia rzadko kiedy stosują się do podręcznikowych opisów, które z tak sumiennym zaangażowaniem upychałam sobie w pamięci. Lecz w mętным, niepewnym, niedoskonałym, nieprzewidywalnym świecie szpitala jego działalność opiera się na pewnych ustalonych osiach.

Newralgicznym elementem naszej służby zdrowia są instynkty, na których polegają jej pracownicy. Generalnie rzecz ujmując, większość moich kolegów po fachu skierowało w stronę NHS pragnienie polepszenia doli tym spośród nas, którzy mieli pecha doświadczyć kłopotów ze zdrowiem. Robimy, co w naszej mocy, by dopomóc naszym pacjentom w ich zmaganiach z chorobą, nawet jeśli czasami popełniamy błędy. Naszą główną motywacją jest chęć pomocy innym, a nie żądza wzbogacenia się. Nasi pacjenci dzień w dzień dostarczają nam inspiracji. Mamy ten przywilej, że rutynowo na przykładzie pacjentów i ich rodzin widzimy w ludziach więcej tego, co dobre – siły, godności, miłości, współczucia – z czego nie do końca zdawałam sobie sprawę, nim zostałam lekarką. Jesteśmy świadkami tego, co w życiu najlepsze i najgorsze, najokrutniejszych razów od losu, najbardziej nieprawdopodobnych powrotów do zdrowia. Jeśli tylko możemy, robimy z naszej strony wszystko, aby pomóc. I zawsze, nawet wówczas, gdy medycyna wyczerpie swoje możliwości, pozostaje nasz dotyk, głos czy uśmiech. Mogą one sprawić ból, mogą wzbudzić ekscytację, mogą i pozbawić tchu. Ot, bolesna, słodko-gorzka, przytłaczająca, wspaniała medycyna. Jak dla mnie nie może się z nią równać żaden inny fach.

1. „AA Gill: «More life with your kids, more life with your friends, more life spent on earth – but only if you pay»”, A.A. Gill, „The Sunday Times”, 11.12.2016, dostępne pod adresem: <http://www.thetimes.co.uk/article/more-life-with-your-kids-more-life-with-your-friends-more-life-spent-on-earth-but-only-if-you-pay-d7lwph3j>. [wróć]
2. „Universal Healthcare without the NHS”, Kristian Niemietz, Institute of Economic Affairs, 2016, dostępne pod adresem: <https://iea.org.uk/wp-content/uploads/2016/12/Niemietz-NHS-Interactive.pdf>. [wróć]
3. „NHS: UK now has one of worst healthcare systems in the developed world, according to OECD report”, Paul Gallagher, „The Independent”, 04.11.2015, dostępne pod adresem: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/nhs-uk-now-has-one-of-the-worst-healthcare-systems-in-the-developed-world-according-to-oecd-report-a6721401.html>. [wróć]
4. „How does health spending in the UNITED KINGDOM compare?” OECD, 07.07.2015, dostępne pod adresem: <https://www.oecd.org/unitedkingdom/Country-Note-UNITED%20KINGDOM-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>. [wróć]
5. „How does NHS spending compare with health spending internationally?”, John Appleby, The King’s Fund, 20.01.2016, dostępne pod adresem: <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2016/01/how-does-nhs-spending-compare-health-spending-internationally>. [wróć]
6. Przemówienie Jeremy’ego Hunta na konwencji Partii Konserwatywnej w 2016 roku, dostępne pod adresem: <http://press.conservatives.com/post/151337276050/hunt-speech-to-conservative-party-conference-2016>. [wróć]
7. „Let’s argue about statistics”, David Oliver, „British Medical Journal”, 21.10.2016, dostępne pod adresem: <http://www.bmj.com/content/355/bmj.i5649.full.print>. [wróć]
8. Przemówienie Jeremy’ego Hunta na konwencji Partii Konserwatywnej w 2016 roku, dostępne pod adresem: <http://press.conservatives.com/post/151337276050/hunt-speech-to-conservative-party-conference-2016>. [wróć]
9. *Nadzieja w mroku. Nieznane opowieści, niebywałe możliwości*, Rebecca Solnit, przeł. Anna Dzierzowska i Sławomir Królak, Karakter 2019. [wróć]

EPILOG

Pewnego popołudnia, wkrótce po moim tymczasowym rozbracie z medycyną, ojciec zadzwonił do mnie, gdy akurat wyruszyłam odebrać dzieci ze szkół. Właśnie się dowiedział, że ma raka. I to takiego paskudnego, agresywnego. Nowina z gatunku tych, których masz nadzieję nigdy nie musieć przekazywać swoim pacjentom. Poczułam, jakby wyszło mi powietrze z płuc, a moje ręce zaczęły dygotać. Zjechałam na bok. Podczas gdy jak lekarz z lekarką omawialiśmy wyniki i statystyki, ledwo zdawałam sobie sprawę, że gdzieś na obrzeżu tej krótkiej, profesjonalnej, spokojnej rozmowy unoszą się pojęcia „córka” i „ojciec”. Gdzieś tam tkwiły, odklejone, ale potem, wciąż na poboczu, cisnęłam telefon pod nogi, tak jak uczyniłby to każdy na wieść o tym, że życie kogoś kochanego znalazło się w niebezpieczeństwie, skuliłam się nad kierownicą i zalałam łzami, niezdolna się ruszyć. Powtarzałam wciąż:

– Nie umieraj. Nie umieraj. Tato, nie miej raka, proszę. Nie umieraj.

Od lat zajmowałam się chorymi na raka. Mnóstwo godzin spędziłam na rozmowach z pacjentami i ich bliskimi, przeświadczona, że mam w sobie dość wiedzy i empatii, by zrozumieć kataklizm, z którym starali się uporać. Jak to często w takich sytuacjach bywa, okazało się, że nie miałam racji. Nie wydaje mi się, by ktokolwiek, nawet najbardziej doświadczony onkolog, mógł zrozumieć raka, jeżeli go nie odczuje. Świat tomografii, procedur, operacji i chemioterapii jest bardziej nasycony nadziejami i lękami, niżbym była gotowa przypuszczać, nawet pomimo lat doświadczenia w medycynie. Każdy niuans każdej rozmowy z lekarzem podlega gorączkowej analizie – oznacza to wyczerpującą,

niekończącą się czujność. Próbuje się logiki, własnych poszukiwań, ślepej wiary, chłodnego rozumowania – każdej zagrywki w naszym mentalnym repertuarze, aby tylko odsunąć od siebie najczarniejsze scenariusze. Ze wszystkich sił pragniesz cofnąć wydaną diagnozę, uchronić tatę przed kartami, jakie otrzymał w tym rozdaniu od losu. A twój dyplom medyczny jest w takiej chwili psu na budę.

Przy całej bezsilności i udręce, jakich się zaznaje, gdy ktoś bliski zмага się z upokorzeniami poważnej choroby, przez cały czas towarzyszyła mi jedna ogromnie pozytywna myśl. Dzięki Bogu, myślałam sobie nieskończenie wiele razy, Bogu niech będą dzięki, że nie musimy się zamartwiać tym, jak zapłacimy za leczenie taty. Żadnych pytań o jego kartę kredytową w momencie przyjęcia do szpitala, żadnych wrzucanych przez szparę w drzwiach rachunków na horrendalne kwoty, żadnego głowienia się, czy obciążyć hipotekę domu, by zdobyć środki na kolejną serię chemioterapii.

Nigdy nie czułam się bardziej dumna ani wdzięczna wobec faktu, że żyję w kraju, w którym postanowiliśmy zapewnić z naszych podatków bezpłatną opiekę zdrowotną tym, którzy akurat jej potrzebują. A podziękowań i bombonierek, którymi moja rodzina obficie zasypuje personel raczący tatę toksycznymi wlewami, współczuciem i życzliwością, naprawdę nie ma co żałować. Właśnie teraz bowiem jego życie, tak jak w przypadku każdego pacjenta NHS, na swój sposób spoczywa nie w rękach jednego lekarza, a całego narodu – wszystkich nas, którzy płacimy podatki, bez których system NHS by się zawalił. Jego onkolog, jego pielęgniarki, jego szpitalne łóżko – wszystko to koniec końców istnieje tylko dzięki Brytyjczykom.

Lektura nagłówków poświęconych najnowszemu zimowemu kryzysowi NHS – pacjentom umierającym na szpitalnych korytarzach, ratującym życie zabiegom onkologicznym, które trzeba było odwołać – nie przychodzi łatwo, kiedy ukochana osoba akurat wymaga leczenia szpitalnego. A co, jeśli tacie się pogorszy? A co, jeśli nie będzie wolnych łóżek? Skąd będziemy mieli pewność, że jest bezpieczny, że długimi godzinami nie tkwi porzucony gdzieś na noszach?

Lecz najtrudniejsze dla mnie do przyjęcia – zarówno jako dla lekarki, jak i jako dla córki – było to, jak pani premier zaprzeczała istnieniu problemu.

Tymczasem gorzka prawda, której musiała być świadoma, wyglądała tak, że po sześciu latach zmniejszania przez rząd odsetka PKB wydatkowanego na kwestie opieki zdrowotnej napięty budżet służby zdrowia po prostu trzasnął. NHS nie ma już środków, by nadążyć za rosnącymi potrzebami. W szpitalach skończyły się łóżka. Lekarze pierwszego kontaktu wprowadzili racjonowanie wizyt. Brakuje pielęgniarek. Brakuje lekarzy. Dzieci z podejrzeniem zapalenia opon mózgowych leżą na SOR-ze na łóżeczkach zaimprovizowanych z plastikowych krzeseł. NHS rozsypuje się na naszych oczach, a pracownicy służby zdrowia alarmują, że zagraża to bezpieczeństwu pacjentów. Kolejne Mid Staffs – skandal, co do którego David Cameron poprzysiągł, że już nigdy się nie powtórzy – nie wisi w powietrzu, a już tu jest. Tyle że władze postanowiły tego nie zauważać.

Gdy zima przerodziła się w wiosnę, kryzys w NHS jedynie się pogłębił. Pod koniec marca dyrektor naczelny NHS England Simon Stevens ogłosił posępną nowinę, że w ramach wysiłków obliczonych na zbilansowanie rachunków na dobrą sprawę porzuca zobowiązanie – zapisane w statucie NHS – by przynajmniej 92 procentom pacjentów w Anglii wymagających zabiegów chirurgicznych w trybie innym niż pilny udzielać tego świadczenia w ciągu osiemnastu tygodni¹. Jak twierdził, było to posunięcie konieczne, aby szpitale mogły skupić się na bardziej naglących priorytetach, takich jak przeciążenie SOR-ów i poprawa opieki onkologicznej. Tyle że istniejący od dziesięciu lat cel na poziomie 92 procent wprowadzono, aby oszczędzić pacjentom udreki przeciągającego się w nieskończoność oczekiwania na, zdawać by się mogło, prozaiczne, lecz mogące odmienić jakość życia operacje, takie jak wymiana stawu biodrowego czy kolanowego lub usunięcie zaćmy. Porzucenie tego zobowiązania to zapowiedź możliwych koszmarów dla dziesiątków tysięcy pacjentów, w szczególności osób starszych.

Ledwie kilka tygodni po oświadczeniu Stevensa gruchnęła wiadomość, że w niektórych rejonach Londynu wprowadza się szlaban na operacje zaćmy we

wszelkich okolicznościach poza „naprawdę wyjątkowymi”². Królewski Państwowy Instytut Osób Niewidomych (RNIB) niezwłocznie potępił tę decyzję, a Fazilet Hadi, dyrektorka RNIB do spraw projektów, oznajmiła:

Wszyscy pacjenci powinni mieć dostęp do leczenia zaćmy bez opóźnień i w oparciu o ich potrzeby kliniczne. Kiedy zaćma zaczyna wpływać na czyjeś widzenie, wzrok takiej osoby pogarsza się aż do czasu jej usunięcia. Pacjentom z zaawansowaną zaćmą grozi izolacja społeczna, depresja, a także urazy będące wynikami upadków, takie jak złamania kości biodrowej.

Raz jeszcze pomyślałam o moim ojcu, u którego przeprowadzona przed kilkoma laty operacja zaćmy zmieniła ponurą wizję przyszłości stojącej pod znakiem kalectwa i ślepoty w przyszłość skrzącą się żywymi barwami. Chodziło o proste, błyskawiczne operacje, które skutkują radykalną poprawą jakości życia. Czy naprawdę zamierzaliśmy skazać naszych seniorów na w pełni możliwą do uniknięcia ślepotę, zastanawiałam się, chyba że byliby na tyle bogaci, by zapłacić z własnej kieszeni?

System NHS nie jest idealny i bez wątplenia trochę innowacji i reform dobrze by mu zrobiło. Pieniądze to nie wszystko. Lecz jeśli nie zapewnimy naszej służbie zdrowia adekwatnego finansowania, bez cienia wątpliwości czeka ją upadek. A jeśli to nastąpi, można przewidzieć, że system NHS zostanie zastąpiony lub przynajmniej uzupełniony alternatywnym sposobem finansowania nie z pieniędzy podatników, a ze środków prywatnych. Możliwe nawet, jak sądzę, że tego pragnęłaby opinia publiczna (aczkolwiek jej badania jednoznacznie wskazują, że jest przeciwnie), tyle tylko, że na daną chwilę nie przedstawia się nam bezstronnych faktów i informacji, w oparciu o które moglibyśmy sobie wyrobić zdanie na ten temat. Theresa May jako premier ma prawo uznać, że kraju nie stać na dodatkowe wydatki publiczne, jakich wymagałoby utrzymanie naszych obecnych standardów opieki zdrowotnej. Ale jeśli dojdzie do takiego wniosku, jest winna społeczeństwu uczciwość w kwestii

ograniczonego poziomu opieki, jakiego odtąd możemy się spodziewać – winna otwarcie przyznać, czego NHS nie będzie już w stanie zapewnić – a następnie stawić czoła politycznym konsekwencjom takiego posunięcia.

Obawiam się jednak, że największym zagrożeniem dla długowieczności NHS może się okazać nie obecna rezydentka Downing Street³, a – paradoksalnie – jedna z cech, które czynią nas wszystkich tak wytrzymałymi: nieskończona zdolność ludzkiego ducha, by żyć na przekór cierpieniom i śmierci. Rak, zawał serca, wypadek samochodowy, uraz mózgu – zdajemy sobie sprawę, że niekiedy grom pada z jasnego nieba, po prostu nigdy nie sądzimy, że to w nas akurat trafi. Być może dopiero w momencie, kiedy pada na ciebie lub na twoją rodzinę, jesteś w stanie w pełni – z ulgą i wdzięcznością – docenić fakt, że NHS czeka w gotowości, by pozbierać twoich bliskich do kupy i postawić ich na nogi, a żaden rachunek na horrendalną kwotę nie zostanie dołączony do wypisu ze szpitala.

Lecz jako lekarka pracująca w szpitalu dzień w dzień widzę, jak choroba rozrywa życie na strzępy. Katastrofy to dla mnie chleb powszedni. Jutro może się to przytrafić mnie, mojemu dziecku albo wam. Ale jeśli tak się stanie, NHS będzie na swoim miejscu, poda rękę, pomoże, pocieszy, ukoi. Jak dla mnie nic w Wielkiej Brytanii nie uosabia lepiej przyzwoitości, człowieczeństwa i szczodrości ducha kraju, z którego pochodzę i w którym mieszkam. Pacjentem, którego stan najbardziej mnie dzisiaj niepokoi, jest sam NHS; ostatecznie to nie ja trzymam rękę na jego pulsie, tylko wy.

1. „NHS «waving white flag» as it axes 18-week waiting time operation target”, Denis Campbell, „The Guardian”, 31.03.2017, dostępne pod adresem: <https://www.theguardian.com/society/2017/mar/31/nhs-surgery-target-operations-cancelled-simon-stevens>. [wróć]
2. „Patients fear NHS group may axe cataract surgery”, Sarah- Kate Templeton, „The Times”, 09.04.2017, dostępne pod adresem: <https://www.thetimes.co.uk/article/patients-fear-nhs-group-may-axe-cataractsurgery-95d8vsj26>.

OD TŁUMACZA

Tłumacz serdecznie dziękuje wszystkim pracownikom Instytutu Kardiologii w warszawskim Aninie – lekarzom, pielęgniarkom i salowym – za stworzenie dogodnych warunków umożliwiających pracę nad przekładem podczas hospitalizacji. [wróć]

3. Theresa May od 24 lipca 2019 roku nie jest już premierem Wielkiej Brytanii.

Źródła [wróć]

PODZIĘKOWANIA

Nie sądziłam, że naprawdę mogłabym napisać książkę, aż do czasu, gdy otrzymałam... tweeta od Lauren Gardner z agencji Bell Lomax Moreton. To ona dał początek tej książce. Ogromnie Ci, Lauren, dziękuję! Jako agentka okazałaś się wprost wymarzonym źródłem wsparcia, otuchy i inspiracji dla takiej debiutującej autorki jak ja. Z wprawą poprowadziłaś mnie krok po kroku i to Twoja wiara we mnie sprawiła, że i ja sama w siebie uwierzyłam.

Na ogromne podziękowania zasłużył James Hodgkinson, mój fantastyczny redaktor z wydawnictwa John Blake Books, który odważył się zaryzykować współpracę z aktywistką środowiska lekarzy rezydentów i którego niesłabnąca wiara w znaczenie tej książki pomagała mi przeć przed siebie. Wszystkie Twoje roztropne obserwacje dotyczące procesu pisania (nie wspominając już o alarmowych GIF-ach, gdy zaszła taka konieczność) stanowiły dla mnie nieocenioną pomoc. Dziękuję też Emmie Stokes z wydawnictwa John Blake oraz Lizzie Dorney-Kingdom, September Withers i całej reszcie ekipy Bonnier Publishing za pomoc oraz doświadczenie.

Taryn Youngstein, Denis Campbell, Tim Littlewood, John Reynolds, David Oliver, Jane Grundy i Rebecca Inglis zasłużyli na olbrzymie podziękowania za niesamowicie pomocne komentarze do rękopisu. Naprawdę bardzo jestem Wam wdzięczna, że znaleźliście czas, by go przeczytać i pomóc mi nadać mu ostateczny kształt.

Spór przedstawicieli strony rządowej ze środowiskiem lekarzy rezydentów rozognił nie tylko nas, rezydentów, ale również naszych kolegów konsultantów,

lekarzy rodzinnych, pielęgniarki i innych pracowników NHS. Ogromne dzięki wszystkim członkom personelu służby zdrowia, którzy stanęli ramieniem w ramię z nami. Wasza solidarność miała dla nas olbrzymie znaczenie. Johannie Malawana, dzięki za skrzyknięcie rezydentów i zainspirowanie nas do stawienia oporu. Na podziękowania za szczególne wsparcie dla rezydentów zasługują również Neena Modi, Jane Dacre, Simon Wessely, Taj Hassan, Philippa Whitford, Partha Kar, Stella Vig, Rob Galloway, Trish Greenhalgh i Alistair Hall. Phil Hammond przez cały ten czas służył ogromnym wsparciem i życzliwością. Przede wszystkim zaś chciałabym podziękować wszystkim tym przedstawicielom opinii publicznej, którzy wspierali nas osobiście, w mediach oraz na manifestacjach. Lektura obecnej w prasie przez większość tygodni antylekarskiej propagandy nie była niczym przyjemnym, a Wasze wsparcie naprawdę pomogło nam wytrwać w oporze.

Jednym z wielkich pozytywów tego z gruntu głęboko demoralizującego i niszczyielskiego sporu było nawiązanie nowych i trwałych przyjaźni z tyloma innymi rezydenckimi działaczami z przypadku. Marie, Nadia M., Ben W., Amar i Fran – piątka niez mordowanych organizatorów najskuteczniejszej crowdfundingowej zbiórki procesowej w dziejach brytyjskiego systemu sądownictwa, która pozwoliła zetrzeć się z Jeremym Huntem przed obliczem Sądu Najwyższego – a także Paola, Lolly, Amrita, Ruhe, Aislinn, Azra, Mei, Reena, Aoife, Ben D., Nadia R., Matteo, Roshana, Zoe, Hoong-Wei, Jeeves i Matt winni wiedzieć, że prowadzenie wraz z nimi kampanii, podobnie jak przyjaźń, która nas w końcu połączyła, uważam za zaszczyt. Zwłaszcza Wy, Taryn i Dagan: inteligencja, pasja i zaangażowanie, z którymi walczyliście o to, w co wierzycie, stanowiły dla mnie niewyczerpane źródło inspiracji. Dagan – szczególnie Ci dziękuję za te dwie pamiętne noce, spędzone razem pod progiem Departamentu Zdrowia.

Wielkie podziękowania składam mojej mamie, pielęgnowarce i higienistce NHS, oraz mojemu tacie, lekarzowi, którzy wychowali mnie w przekonaniu, że wytężona praca, dawanie z siebie wszystkiego, bycie życzliwą i dbanie o innych

to sprawy, które w życiu liczą się naprawdę. Dzień w dzień dostrzegam te cechy w NHS – gdzie są zarazem powszechne i bezcenne. Tato, zawsze pragnęłam naśladować to, jakim byłeś lekarzem dla swoich pacjentów – i mam nadzieję, że zdołałam się do tego chociaż zbliżyć.

Finn, Abbey – przykro mi, że przez dwa lata Waszą mamę tak bardzo pochłaniało coś tak zagmatwanego i nudnego jak krajowa polityka. Pragnę wierzyć, że pewnego dnia Wy również wystąpicie w obronie czegoś, co uznacie za słuszne, na chwilę obecną natomiast szczerze Was przepraszam.

Przede wszystkim zaś serdecznie dziękuję Tobie, Dave. Okazywane mi przez Ciebie miłość, wsparcie, cierpliwość i entuzjazm miały dla mnie kolosalne znaczenie na każdym etapie tej drogi. Dziękuję, że zawsze we mnie wierzyłeś.

ŹRÓDŁA

- 1 'Making healthcare more human-centred and not system-centred', Jeremy Hunt, 16.07.2015, dostępne pod adresem <https://www.gov.uk/government/speeches/making-healthcare-more-human-centred-and-not-system-centred>.
- 2 'Jeremy Hunt: „We have 6,000 avoidable deaths every year” BBC News, 16.07.2015, dostępne pod adresem <http://www.bbc.co.uk/news/health-33546800>.
- 3 „«I'm in work Jeremy... are you?»: Angry doctors take to Twitter to post pictures of themselves on duty after Jeremy Hunt claimed medics weren't doing enough weekend shifts" Lydia Willgress, Mail Online, 18.07.2015, dostępne pod adresem: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-3166330/ImInWorkJeremy-Doctors-Twitter-post-pictures-work-Jeremy-Hunt-claimed-medics-werent-doing-weekend-shifts.html#ixzz4f5I8KrEG>.
- 4 Konto Jeremy'ego Hunta na Twitterze, 18.07.2015, dostępne pod adresem: https://twitter.com/jeremy_hunt/status/622398974478155776.
- 5 Konto Lauren Nicole Jones na Twitterze, 18.07.2015, dostępne pod adresem: https://twitter.com/Lauren_SLT/status/622402426843340800?ref_src=twsrc%5Etfw&ref_url=https%3A%2F%2Fwww.theguardian.com%2Fpolitics%2F2015%2Fjul%2F18%2Fjeremy-huntprovokes-anger-on-twitter-for-breaking-patient-confidentiality.
- 6 „These four words that may offend you... may also just save you”, Louis Profeta, LinkedIn, 01.11.2016, dostępne pod adresem: <https://www.linkedin.com/pulse/those-four-words-may-offend-you-also-justsave-louis-m-profeta-md>.
- 7 Oświadczenie dla prasy. Robert Francis, publiczne dochodzenie w sprawie zakładu opieki zdrowotnej Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, 06.02.2013, dostępne pod adresem: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffspublicinquiry.com/sites/default/files/report/Ch>
- 8 „Independent Inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, January 2005 – March 2009, Volume I”, publiczne dochodzenie w sprawie zakładu opieki zdrowotnej Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, 24.02.2010, dostępne pod adresem: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffspublicinquiry.com/sites/default/files/First_Inqu
- 9 Ibidem.
- 10 „Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Executive Summary”, sir Robert Francis, publiczne dochodzenie w sprawie zakładu opieki zdrowotnej Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, 05.02.2013, dostępne pod adresem: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffspublicinquiry.com/sites/default/files/report/Exe>
- 11 „Independent Inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, January 2005 – March 2009, Volume I”, publiczne dochodzenie w sprawie zakładu opieki zdrowotnej Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, 24.02.2010, dostępne pod adresem: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffspublicinquiry.com/sites/default/files/First_Inqu
- 12 Ibidem.
- 13 Ibidem.
- 14 „Thousands of NHS nursing and doctor posts lie vacant”, Dominic Hughes i Vanessa Clarke, BBC News, 29.02.2016, dostępne pod adresem: <http://www.bbc.co.uk/news/health-35667939>.
- 15 „Rapid Response Re: Government's own documents question «seven day NHS» feasibility”, Tom Hines i Rachel Clarke, „British Medical Journal”, 24.08.2016, dostępne pod adresem: <http://www.bmj.com/rapid-responses?>

sort_by=field_highwire_a_epubdate_value_1&sort_order=ASC&items_per_page=5&page=21697.

16 Raport *Health at a Glance 2015*, OECD, 2015 (OECD Publishing, Paryż), dostępny pod adresem http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.

17 „Almost half of junior doctors reject NHS career after foundation training”, Denis Campbell, „The Guardian”, 05.12.2015, dostępne pod adresem: <https://www.theguardian.com/society/2015/dec/04/almost-half-of-junior-doctors-left-nhs-after-foundation-training>.

18 „Shocking letter reveals the stress of being a midwife”, Paddy Shennan, „The Liverpool Echo”, 22.10.2016, dostępne pod adresem: <http://www.liverpoolecho.co.uk/news/health/shocking-letter-reveals-stressbeing-12062284>.

19 „Independent Inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, January 2005 – March 2009, Volume I”, publiczne dochodzenie w sprawie zakładu opieki zdrowotnej Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, 24.02.2010, dostępne pod adresem:

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffspublicinquiry.com/sites/default/files/First_Inqu

20 „NHS hospitals now so overwhelmed patients could die, says top doctor”, Denis Campbell, „The Guardian”, 10.03.2016, dostępne pod adresem: <https://www.theguardian.com/society/2016/mar/10/nhs-hospitals-overwhelmed-patients-could-die-top-doctor>.

21 „Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Executive Summary”, sir Robert Francis, publiczne dochodzenie w sprawie zakładu opieki zdrowotnej Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, 05.02.2013, dostępne pod adresem:

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffspublicinquiry.com/sites/default/files/report/Exe>

22 „Hard Truths. The Journey to Putting Patients First. Volume One of the Government Response to the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry”, Departament Zdrowia, styczeń 2014, dostępne pod adresem:

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/270368/34658_Cm_8777_Vol_1_accessible.pdf

23 „Five Year Forward View”, Departament Zdrowia, październik 2014, dostępne pod adresem:

<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>.

24 „Jeremy Hunt: Junior doctors have been misled by the BMA”, Jeremy Hunt, „The Daily Telegraph”, 31.10.2015, dostępne pod adresem: <http://www.telegraph.co.uk/news/health/11968014/Jeremy-Hunt-Junior-doctors-have-been-misled-by-the-BMA.html>.

25 „Jeremy Hunt angers junior doctors by saying some are paid «danger money»”, Rowena Mason, „The Guardian”, 30.10.2015, dostępne pod adresem: <https://www.theguardian.com/society/2015/oct/30/jeremy-hunt-angers-junior-doctors-by-saying-some-are-paid-danger-money>.

26 „Moderate doctors must defeat the militants”, Daniel Finkelstein, „The Times”, 11.11.2015, dostępne (za paywallem) pod adresem: <http://www.thetimes.co.uk/tto/opinion/columnists/article4610596.ece>.

27 Ibidem.

28 „Jeremy Hunt offers junior doctors pay rise in bid to end dispute”, Denis Campbell, „The Guardian”, 03.11.2015, dostępne pod adresem: <https://www.theguardian.com/society/2015/nov/03/jeremy-hunt-offer-junior-doctors-pay-rise>.

29 „The Conservative Party Manifesto 2015”, s. 38, marzec 2015, dostępne pod adresem:

<https://www.conservatives.com/manifesto>.

30 „Nuffield Trust responds to «seven-day NHS»”, Nigel Edwards, The Nuffield Trust, 28.03.2015, dostępne pod adresem: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/media-centre/press-releases/nuffield-trust-responds-sevenday-nhs>.

31 „No coherent attempt to assess headcount implications of 7-day NHS”, Public Accounts Committee, 11.05.2016, dostępne pod adresem: <https://www.parliament.uk/business/committees/committees-a-z/commons-select/public-accounts-committee/news-parliament-2015/nhs-staff-numbers-report-published-15-16/>.

32 Ibidem

33 „The tragic naivety of immature junior doctors and their strike”, James Kirkup, „The Daily Telegraph”, 25.04.2016, dostępne pod adresem: <http://www.telegraph.co.uk/news/2016/04/25/the-tragic-naivety-of-immature-junior-doctors-and-their-strike/>.

34 Ibidem.

35 „Junior doctors are making a critical mistake”, Hugo Rifkind, „The Times”, 26.04.2017, dostępne (za paywallem) pod adresem: <http://www.thetimes.co.uk/article/junior-doctors-are-making-a-critical-mistake-grp3cv9zl>.

36 „BMA has marched doctors into a dead end”, Daniel Finkelstein, „The Times”, 07.09.2016, dostępne (za paywallem) pod adresem: <http://www.thetimes.co.uk/edition/comment/incompetent-bma-has-led-doctors-astray-wjlhnstcq>.

37 „Women Surgeon Statistics”, The Royal College of Surgeons, dostępne pod adresem: <https://www.rcseng.ac.uk/careers-in-surgery/women-in-surgery/mission-and-goals/women-surgeon-statistics/>.

38 „The one sex change available on the NHS that nobody has been talking about”, Dominic Lawson, „The Sunday Times”, 17.01.2017, dostępne (za paywallem) pod adresem: <http://www.thesundaytimes.co.uk/sto/comment/columns/dominiclawson/article1656813.ece>.

39 „Always #LikeAGirl”. Always, 26.06.2014, dostępne pod adresem: <https://www.youtube.com/watch?v=XjJQBJWYDTs>.

40 „Like a lady doc”, British Medical Association, styczeń 2016, dostępne pod adresem: <https://storify.com/TheBMA/like-a-lady-doc>.

41 „Junior doctors hit out at column blaming the feminisation of NHS for causing out of hours crisis”, Caroline Mortimer, „The Independent”, 18.01.2016, dostępne pod adresem: <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/junior-doctors-hit-out-at-column-blaming-the-feminisation-of-nhs-for-causing-out-of-hours-crisis-a6817991.html>.

42 „Like a lady doc”, British Medical Association, styczeń 2016, dostępne pod adresem: <https://storify.com/TheBMA/like-a-lady-doc>.

43 Dagan Lonsdale, konto na Twitterze, 17.01.2016, dostępne pod adresem: <https://twitter.com/daganlonsdale/status/688863469874077696>.

44 „Prime Minister: My one nation government will close the gender pay gap”, komunikat prasowy, biuro premiera, Downing Street 10, 14.07.2015, dostępne pod adresem: <https://www.gov.uk/government/news/prime-minister-my-one-nation-government-will-close-the-gender-pay-gap>.

45 „Junior doctors' contract causes outrage as official report highlights «indirect adverse effect on women»”, Serina Sandhu, „The Independent”, 01.01.2016, dostępne pod adresem: <http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/junior-doctors-contract-causes-outrage-as-official-report-highlights-indirect-adverse-effect-on-a6963146.html>.

46 Ibidem.

47 „RCS & RCP joint statement on publication of junior doctors' contract and equality analysis”, The Royal College of Surgeons, 01.01.2016, dostępne pod adresem: <https://www.rcseng.ac.uk/news-and-events/media-centre/press-releases/rcs-and-rcp-joint-statement-on-publication-of-junior-doctors-contract/>.

48 „Chair's Update”, Maureen Baker, The Royal College of General Practitioners, kwiecień 2016, dostępne pod adresem: <http://e.rcgp.org.uk/linkapp/cmaview.aspx?LinkID=pageid100264520znfrz-njrffijt-xnrft-nqnr9-z-x-f-f-n>.

49 „Junior doctors outraged over new contract that «discriminates against single women»”, Charlie Cooper, „The Independent”, 01.01.2016, dostępne pod adresem: <http://www.independent.co.uk/news/uk/politics/junior-doctors-outraged-over-new-contract-that-discriminates-against-single-women-a6963356.html>.

50 „Jeremy Hunt's junior doctors' contract will «contradict UN women's rights», says WHO director”, Alexandra Sims, „The Independent”, 03.01.2016, dostępne pod adresem: <http://www.independent.co.uk/news/uk/politics/jeremy-hunt-s-junior-doctors-contract-will-contradict-the-un-status-of-women-says-who-director-a6966756.html>.

51 „Doctors need «emotional resilience» training like soldiers in Afghanistan”, Laura Donnelly, „The Telegraph”, 29.08.2015, dostępne pod adresem: <http://www.telegraph.co.uk/news/health/news/11787678/Doctors-need-emotional-resilience-training-like-soldiers-in-Afghanistan.html>.

52 Ibidem.

53 Ibidem.

54 „NHS staff health & wellbeing: CQUIN supplementary guidance”, NHS England, 2016, dostępne pod adresem: www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/03/HWB-CQUIN-Guidance.pdf.

- 55 „£5million plan to improve the health of NHS staff“, NHS England, 02.09.2015, dostępne pod adresem: www.england.nhs.uk/2015/09/improving-staff-health/.
- 56 „The night shift in A&E: a hellish blur where my best is never enough“, anonimowy lekarz rezydent, „The Guardian“, 20.10.2016, dostępne pod adresem: <https://www.theguardian.com/healthcare-network/2016/oct/20/night-shift-ae-hellish-hospital-beds-patients>.
- 57 Ibidem.
- 58 *Is Tomorrow Hitler's? 200 Questions on the Battle of Mankind*, H. R. Knickerbocker, Reynal & Hitchcock, New York 1941, s. 96.
- 59 „In memory of Rose who we miss every day“, Heather Polge, JustGiving, dostępne pod adresem: <https://www.justgiving.com/fundraising/HeatherPolge>.
- 60 Ibidem.
- 61 „Christmas No1 campaign for NHS choir wins nearly 100,000 fans in a week in rebuke to Jeremy Hunt“, Dan Bloom, „The Mirror“, 27.10.2016, dostępne pod adresem: <http://www.mirror.co.uk/news/uknews/christmas-no1-campaign-nhs-choir-6715925>.
- 62 „NHS choir: «I want to show how proud I am of the health service by getting our song to No 1»“, Sarah Johnson, „The Guardian“, 23.12.2015, dostępne pod adresem: <https://www.theguardian.com/healthcare-network/2015/dec/23/nhs-choir-no-1-bridge-over-you>.
- 63 „Justin Bieber backs NHS Choir for Christmas number one.“, BBC News, 23.12.2015, dostępne pod adresem: <http://www.bbc.co.uk/newsbeat/article/35167996/justin-bieber-backs-nhs-choir-for-christmas-number-one>.
- 64 „Jeremy Hunt pressures junior doctors to end strike“, Nicholas Watt i Denis Campbell, „The Guardian“, 12.01.2016, dostępne po adresem: <https://www.theguardian.com/society/2016/jan/12/jeremy-hunt-pressure-junior-doctors-to-end-strike>.
- 65 „Video shows moment Jeremy Hunt refuses to talk to junior doctor outraged at new contract“, Adam Withnall, „The Independent“, 11.02.2016, dostępne pod adresem: <http://www.independent.co.uk/news/uk/politics/jeremy-hunt-literally-ignores-the-concerns-of-a-junior-doctor-confronting-him-in-westminster-a6867381.html>.
- 66 „Jeremy Hunt squirms as Andrew Marr reads letters from junior doctors“, Adam Withnall, „The Independent“, 07.02.2016, dostępne pod adresem: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-andfamilies/health-news/jeremy-hunt-squirms-as-andrew-marr-reads-out-letters-from-junior-doctors-a6858921.html>.
- 67 „Jeremy Hunt called «a liar and manipulator» by junior doctor Rachel Clarke during live BBC interview“, Chris York, The Huffington Post UK, 08.02.2016, dostępne pod adresem: http://www.huffingtonpost.co.uk/2016/02/08/jeremy-hunt-juniordoctor_n_9185024.html.
- 68 „Junior doctors' Facebook and Twitter campaigns «were partly to blame for talks on a new contracts breaking down», according to Government negotiator“, James Dunn, „Daily Mail“, 13.02.2016, dostępne pod adresem: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-3445458/Junior-doctors-Facebook-Twitter-campaign-blame-talks-new-contracts-breaking-according-Government-negotiator.html>.
- 69 „Leak reveals junior doctors' plot to «draw out» contract dispute for 18 months and «tie government in knots»“, Henry Bodkin i Laura Donnelly, „The Telegraph“, 26.05.2016, dostępne pod adresem: <http://www.telegraph.co.uk/news/2016/05/26/leak-reveals-junior-doctors-plot-to-draw-out-bitter-contract-dis/>.
- 70 Ibidem.
- 71 „Seven-day NHS «impossible under current funding levels»“, BBC News, 11.09.2016, dostępne pod adresem: <http://www.bbc.co.uk/news/health-37331350>.
- 72 „Five ways to improve support for junior doctors“, sir Bruce Keogh, Health Service Journal, 29.07.2016, dostępne (za paywallem) pod adresem: <https://www.hsj.co.uk/sectors/acute-care/five-ways-to-improve-support-for-junior-doctors/7009576.article>.
- 73 „GMC concerned about «state of unease» in medical profession“, General Medical Council, 27.10.2016, available at <http://www.gmc-uk.org/news/27482.asp>.
- 74 <https://fullfact.org/health/cost-training-doctor/>

75 „Independent Inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, January 2005 – March 2009, Volume I”, publiczne dochodzenie w sprawie zakładu opieki zdrowotnej Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, 24.02.2010, dostępne pod adresem: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffspublicinquiry.com/sites/default/files/First_Inqu

76 „Sir Robert Francis publishes his report on whistleblowing in the NHS”, Freedom To Speak Up, 11.02.2015, dostępne pod adresem: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150218150343/https://freedomtospeakup.org.uk/wp-content/uploads/2014/07/Press_release.pdf.

77 „Learning Not Blaming”, Department Zdrowia, lipiec 2015, dostępne pod adresem: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/445640/Learning_not_blaming_acc.pdf.

78 Ibidem.

79 „NHS patient safety fears as health watchdog scraps staffing guidelines”, Denis Campbell, „The Guardian”, 04.06.2015, dostępne pod adresem: <https://www.theguardian.com/society/2015/jun/04/nhs-patient-safety-fears-nice-scrap-staffing-level-guidelines-mid-staffs-scandal>.

80 Ibidem.

81 Ibidem.

82 „Is the NHS going to break in 2017?”, Nick Triggle, BBC News, 29.12.2016, dostępne pod adresem: <http://www.bbc.co.uk/news/health-38323184>.

83 „«It was manic»: patients describe meltdown at Worcestershire hospital”, Steven Morris, „The Guardian”, 06.01.2017, dostępne pod adresem: <https://www.theguardian.com/society/2017/jan/06/it-was-manic-patients-describe-meltdown-at-worcestershire-hospital>.

84 „NHS faces «humanitarian crisis» as demand rises, British Red Cross warns”, Denis Campbell, Steven Morris i Sarah Marsh, „The Guardian”, 06.01.2016, dostępne pod adresem: <https://www.theguardian.com/society/2017/jan/06/nhs-faces-humanitarian-crisis-rising-demand-british-red-cross>.

85 Ibidem.

86 „Baby boy forced to spend FIVE HOURS in A&E without a bed d – THIS is what you're doing to the NHS, Prime Minister”, Ben Rossington, „The Mirror”, 13.01.2017, dostępne pod adresem: <http://www.mirror.co.uk/news/uk-news/heartbreaking-picture-poorly-boy-2-9612899>.

87 „Theresa May rejects claims of «humanitarian crisis» in NHS hospitals”, Katie Forster, „The Independent”, 08.01.2017, dostępne pod adresem: <http://www.independent.co.uk/news/uk/politics/theresa-may-nhs-humanitarian-crisis-sky-interview-hospitals-red-cross-justine-greening-jeremy-hunt-a7515801.html>.

88 „Jeremy Hunt states only «one or two hospitals» are in trouble despite claims of humanitarian crisis”, Joe Watts, „The Independent”, 09.01.2017, dostępne pod adresem: <http://www.independent.co.uk/news/uk/politics/jeremy-hunt-nhs-one-or-two-hospitals-trouble-halth-secretary-red-cross-humanitarian-crisis-a-and-e-a7516926.html>.

89 „NHS accused of trying to spin its way out of trouble”, Laura Donnelly, „The Telegraph”, 10.01.2017, dostępne pod adresem: <http://www.telegraph.co.uk/news/2017/01/06/crisis-crisis-nhs-accused-trying-spin-way-trouble/>.

90 Chris Hopson, konto na Twitterze, 06.01.2017, dostępne pod adresem: <https://twitter.com/ChrisCEOHopson/status/817486459968114689>.

91 „Leak shows full extent of NHS winter crisis”, Faye Kirkland i Nick Triggle, BBC News, 10.01.2017, dostępne pod adresem: <http://www.bbc.co.uk/news/health-38570960>.

92 „NHS crisis: 40% of hospitals issue alert in first week of new year”, Denis Campbell, „The Guardian”, 13.01.2017, dostępne pod adresem: <https://www.theguardian.com/society/2017/jan/13/nhs-crisis-hospitals-issue-alert-first-week-january>.

93 „Jeremy Hunt: NHS problems completely unacceptable”, Matthew Weaver, „The Guardian”, 10.02.2017, dostępne pod adresem: <https://www.theguardian.com/politics/2017/feb/10/jeremy-hunt-nhs-problems-completely-unacceptable>.

94 „«The worst conditions in memory»: NHS doctors describe a week in A&E”, Denis Campbell, „The Guardian”, 08.01.2017, dostępne pod adresem: <https://www.theguardian.com/society/2017/jan/08/an-absolute-warzone-nhs-doctors-describe-their-week-in-ae>.

95 Ibidem.

96 „Theresa May to tell GP surgeries to give patients appointments when they want them or face funding cuts”, Peter Dominiczak i Laura Donnelly, „The Telegraph”, 13.01.2017, dostępne pod adresem: <http://www.telegraph.co.uk/news/2017/01/13/theresa-may-tell-gp-surgeries-give-patients-appointments-want/>.

97 „The doctor WON'T see you now: Mail names and shames some of the thousands of GP surgeries shutting up shop in the afternoon”, Sophie Borland i Ben Wilkinson, „Daily Mail”, 11.01.2017, dostępne pod adresem: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-4111188/The-doctor-WON-T-Mail-names-shames-thousands-GP-surgeries-shutting-shop-afternoon.html>.

98 „Prime Minister's Challenge Fund: Improving Access to General Practice First Evaluation Report: October 2015”, NHS England, październik 2015, dostępne pod adresem: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/10/pmcf-wv-one-eval-report.pdf>.

Od Tłumacza

Tłumacz serdecznie dziękuje wszystkim pracownikom Instytutu Kardiologii w warszawskim Aninie – lekarzom, pielęgniarcom i salowym – za stworzenie dogodnych warunków umożliwiających pracę nad przekładem podczas hospitalizacji.